



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

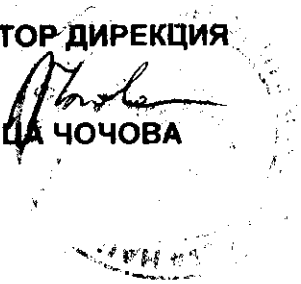
София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg

тел: +359 2 9659301

УТВЪРЖДАВАМ: /п/
СТАНИМИР МИХАЙЛОВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

ВЯРНО:
ДИРЕКТОР ДИРЕКЦИЯ
ЧРАО:
ЗОРНИЦА ЧОЧОВА



**ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК
ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА АКТИВНА БОЛЕСТ НА СРОНН И
УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ
В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ**

ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК ПРИ ИЗДАВАНЕ НА ПРОТОКОЛИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА АКТИВНА БОЛЕСТ НА СРОНН И УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ
(Adalimumab, Golimumab, Infliximab, Vedolizumab, Tofacitinib, Ustekinumab, Upadacitinib)

Протоколът се издава от специалисти - гастроентеролози от специализирана комисия в лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК. Специализираните комисии се създават със Заповед на директора на ЛЗ: УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ” - гр. София, УМБАЛ „Св. Иван Рилски” - гр. София, ВМА - гр. София, УМБАЛ „Св. Марина” - гр. Варна, УМБАЛ „Св. Георги” - гр. Пловдив, „Аджибадем Сити Клиник МБАЛ Токуда” - гр. София, УМБАЛ „Софиямед” - гр. София, „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ” - гр. София, УМБАЛ „Каспела” гр. Пловдив, УМБАЛ „Георги Странски” - гр. Плевен, УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович” - гр. Стара Загора, УМБАЛ „Александровска” – гр. София, ВМА Варна.

*При всяка промяна на състава на специализираните комисии се предоставя актуализирана заповед на директора на ЛЗ.

I. РЕД ЗА ЗАВЕРЯВАНЕ НА ПРОТОКОЛИТЕ



II. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Е-протокол се издава от лекари специалисти по профила на заболяването, членове на специализирани комисии в лечебни заведения, оказващи болнична медицинска помощ (ЛЗБП) на основание „Решение на специализирана комисия” по АПр № 38 „Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпо струващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 ЗЗО” в съответствие с настоящите Изисквания на НЗОК, като първият протокол при започване на лечение и протоколът при смяна с друг лекарствен продукт се издават за период до 180 дни, а всеки следващ протокол може да се издава за срок до 365 дни.

2. ЗОЛ удостоверява с подписа си в „Решение на специализирана комисия” по АПр № 38: следното: „Желая да ми бъде одобрено лечение с лекарствения продукт, като декларирам, че съм уведомен за действието на назначената лекарствена терапия и давам информирано съгласие същата да ми бъде прилагана”; „Съгласен/а съм за използване на личните ми данни за целите на експертизата”; „Желая да бъда уведомен/а за резултата от експертизата от РЗОК по един от следните начини: по e-mail, телефон или на място в РЗОК”; „Разрешавам достъп до електронното ми здравно досие”.

3. До получаване на информация за започване или продължаване на заявеното лечение, ЗОЛ продължава терапията с лекарствен/и продукт/и, с които е провеждал лечението до момента.

4. Преди стартиране на процеса по издаване на Е-протокол на ЗОЛ, специализираната комисия прави справка по електронен път за издадени на ЗОЛ предходни протоколи, по същия профил на заболяване. Процесът по издаване на Е-



протокол се реализира в медицински софтуер. **В настоящите изисквания са посочени необходимите документи за издаване на Е-протокол на ЗОЛ.**

5. Документите (амбулаторните листове, епикризи, изследвания), които съществуват в НЗИС/информационната система на НЗОК, се декларират в Е-протокола с техните уникални номера (НРН).

Информацията, относима към издаване на Е-протокола, която е в документ, който няма електронен формат и не се съдържа в НЗИС, се подава: като се попълва в Решението на специализирана комисия – основание за издаване на Е-протокола или документът се сканира и прикача към Е-протокола.

6. При издаване на Е-протокол по реда на експертизата по чл.78, т.2 от ЗЗО, отпада необходимостта да се предоставят и съхраняват приложение №1 и приложение №3 от настоящите „Изисквания на НЗОК“, при следните условия:

- за приложение №1, подписано от специализираната комисия, при наличието на текст в „Решение на специализирана комисия“ по АПр № 38: „Липсват изключващи критерии за започване/продължаване на лечение с ЛП“;

- за приложение №3, подписано от ЗОЛ, при наличието на текст в „Решение на специализирана комисия“ по АПр № 38: „Желая да ми бъде одобрено лечение с лекарствения продукт, като декларирам, че съм уведомен за действието на назначената **лекарствена терапия** и давам информирано съгласие същата да ми бъде прилагана“.

ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА АКТИВНА БОЛЕСТ НА СРОНН ПРИ БОЛНИ НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Лекарствените продукти се прилагат като втора линия на лечение, когато първата линия (кортикостероиди и имunosупресори) е била неуспешна, контраиндицирана или ЗОЛ не я понася.

А. КРИТЕРИИ ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ПЪРВИ КУРС (ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ СА ВСИЧКИ КРИТЕРИИ)

	МКБ К50.0, К50.1	
1	Сигурна диагноза с определено разпространение – потвърдено на базата на клиничната симптоматика, параклинични изследвания и комбинация от ендоскопски и рентгенологични изследвания - тотален оглед на ГИТ чрез ендоскопия, рентгенография и/или компютърна (КТ) или магнитно-резонансна (МРТ) томография ¹	
2	Резултат от хистологично изследване на материал от ендоскопска и/или лапароскопска биопсия, и/или интраоперативно взет материал, съвместим с диагнозата Болест на Crohn ¹	
3	Тежка и умерено тежка форма на болестта ▪ нарушено общо състояние и един или повече от следните симптоми: интермитентно повръщане, загуба на телесна маса над 10%, повишена телесна температура, силна коремна болка с палпаторна резистентност (болезнена маса), диария (над 3 дефекации дневно), или наличие на обструкция, фистули или абсцеси ¹	
4	Повишени нива на калпротектин във фекалии, високо ниво на CRP > ГРГ и/или други обективни белези за активност (ендоскопски или хистологични белези за активност) ¹	
5	Сумарна оценка по Crohn's Disease Activity Index (CDAI) над 220 точки ²	
6	Неповлияване от кортикостероиди и / или имunosупресори в оптимални курсове и дози за поне 3 месечен период (един месец за рефрактерните* на лечение случаи) ¹ <i>* за рефрактерни се приемат случаите с персистираща активна болест, въпреки лечението с prednisolone в доза над 0.75 mg/kg дневно за период над 4 седмици</i>	
7	Липса на изключващи критерии по точка Б	

¹ медицинска документация, потвърждаваща критериите по приложение 1 и всички необходими изследвания, съобразно приложение 2 (задължително се представят данни за ръст, тегло и BMI, както и резултат от инструменталните и хистологични изследвания)

² оценка по скала CDAI - необходимо е двукратно потвърждаване на изграждащите го показатели за поне 4-седмичен период от лечението

Б. ИЗКЛЮЧВАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)

1. Бременност и лактация (с изключение на случаите, посочени в кратките характеристики на определени лекарствени продукти)
2. Активна или латентна туберкулоза – Имунологично изследване (задължително Манту, по възможност Quantiferon T-spot). Преди започване на терапия R-графия на бял дроб и сърце, задължителна консултация с Фтизиатър / Пулмолог
3. Сепсис или друга тежка инфекция
4. HIV инфекция
5. Остър или хроничен вирусен хепатит
6. Неопластични заболявания
7. Застойна сърдечна недостатъчност (NYHA III-IV)
8. Апластична анемия, изразена гранулоцитопения, миелофиброза, лимфом
9. Множествена склероза и други болести с демиелинизация
10. Автоимунно заболяване

ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА АКТИВНА БОЛЕСТ НА СРОНН ПРИ БОЛНИ НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

В. КРИТЕРИИ ЗА ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО (ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ СА ВСИЧКИ КРИТЕРИИ)

	МКБ К50.0, К50.1	
1	Повлияване на показателите: <ul style="list-style-type: none"> ▪ намаляване на клиничната симптоматика ▪ липса на спад на BMI, подобряване на отклонените биохимични показатели ▪ намаляване с над 50% или нормализиране на CRP ¹ 	
2	Сумарна оценка на показателите – значително понижение на CDAI спрямо изходната ²	
3	Липса на нежелана лекарствена реакция и изключващи критерии по точка Г	

¹ медицинска документация с отразена степен на повлияване на показателите, задължително се представя и от прегледа на 12-та седмица след започване на лечението, необходимите изследвания са отразени в таблица 2 на приложение 2

² оценка по скала CDAI;

табл. 1 Нежелани лекарствени реакции

гадене, главоболие, световъртеж	
алергия	
повишаване на артериалното налягане	
тежка инфекция	
хематологични и/или биохимични отклонения съобразно фармакологичното досие на продукта - хемоглобин под 80 g/l, левкоцити под 3 500, тромбоцити под 90 000	

Г. ИЗКЛЮЧВАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)

1. Липса на терапевтичен ефект след започване на лечението
2. Трайна ремисия на болестта

НЗОК ЗАПЛАЩА ДОМАШНОТО ЛЕЧЕНИЕ ДО ПОСТИГАНЕ НА ТРАЙНА КЛИНИЧНА И ЕНДОСКОПСКА РЕМИСИЯ (ОЗДРАВЯВАНЕ НА ЛИГАВИЦАТА).

Определение за оздравяване на лигавицата – без клинични, биохимични/лабораторни, ендоскопски или хистологични белези на възпаление, вкл. CDAI под 150 точки.

ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ
ПРИ БОЛНИ НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Лекарствените продукти се прилагат като втора линия на лечение, когато първата линия (кортикостероиди и имunosупресори) е била неуспешна, контраиндицирана или пациентът не я понася.

А. КРИТЕРИИ ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ПЪРВИ КУРС (ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ СА ВСИЧКИ КРИТЕРИИ)

	МКБ K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	
1	Сигурна диагноза с определено разпространение – потвърдено на базата на клиничната симптоматика, параклинични изследвания и комбинация от ендоскопски и рентгенологични изследвания - тотален оглед на ГИТ чрез колоноскопия, рентгенография и/или компютърна (КТ) или магнитно-резонансна (МРТ) томография ¹	
2	Резултат от хистологично изследване на материал от ендоскопска и/или лапароскопска биопсия, и/или интраоперативно взет материал, съвместим с диагнозата улцерозен колит ¹	
3	Умерено тежка форма на болестта кървава диария ≥ 3 дневно; с или без повишена телесна температура $\geq 37,8$; хемоглобин < 105 g/l; или СУЕ > 30 мм/ч или повишени нива на калпротектин във фекалии ¹	
4	Повишени нива на калпротектин във фекалии; високо ниво на CRP > 5 mg/l и/или други обективни белези за активност (ендоскопски или хистологични белези за активност) ¹	
5	Сумарна оценка по индекс на Маю над 6 точки ²	
6	Неповлияване от кортикостероиди и/или имunosупресори в оптимални курсове и дози за поне 3 месечен период (един месец за рефрактерните * на лечение случаи) ¹ <i>* за рефрактерни се приемат случаите с персистираща активна болест, въпреки лечението с prednisolone в доза над 0.75 mg/kg дневно за период над 4 седмици</i>	
7	Липса на изключващи критерии по точка Б	

¹ медицинска документация, потвърждаваща критериите по приложение 1 и всички необходими изследвания, съобразно приложение 2 (задължително се представят данни за ръст, тегло и BMI, както и резултат от инструменталните и хистологични изследвания (с давност до 1 година))

² оценка по индекс на Маю;

Б. ИЗКЛЮЧВАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)

1. Бременност и лактация (с изключение на случаите, посочени в кратките характеристики на определени лекарствени продукти)
2. Активна или латентна туберкулоза – Имунологично изследване (задължително Манту, по възможност Quantiferon T-spot). Преди започване на терапия R-графия на бял дроб и сърце, задължителна консултация със Фтизиатър / Пулмолог
3. Сепсис или друга тежка инфекция
4. HIV инфекция
5. Остър или хроничен вирусен хепатит
6. Неопластични заболявания
7. Застойна сърдечна недостатъчност (NYHA III-IV)
8. Апластична анемия, изразена гранулоцитопения, миелофиброза, лимфом
9. Множествена склероза и други болести с демиелинизация
10. Автоимунно заболяване

ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО НА УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ ПРИ ПАЦИЕНТИ НАД 18 ГОДИНИ

В. КРИТЕРИИ ЗА ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО (ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ СА ВСИЧКИ КРИТЕРИИ)

	МКБ K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	
1	<p>Повлияване на показателите:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ намаляване на клиничната симптоматика ▪ подобряване или нормализиране на отклонените лабораторни показатели ▪ ендоскопско или хистологично подобрене ¹ 	
2	Сумарна оценка на показателите – значително понижение на спрямо изходната ²	
3	Липса на нежелана лекарствена реакция и изключващи критерии по точка Г	

¹ медицинска документация с отразена степен на повлияване на показателите, задължително се представя и от прегледа на 12-та седмица след започване на лечението, необходимите изследвания са отразени в таблица 2 на приложение 2

² оценка по индекс на Mayo;

табл. 1 Нежелани лекарствени реакции

гадене, главоболие, световъртеж	
алергия	
повишаване на артериалното налягане	
тежка инфекция	
хематологични и/или биохимични отклонения съобразно фармакологичното досие на продукта - хемоглобин под 80 g/l, левкоцити под 3 500, тромбоцити под 90 000	

Г. ИЗКЛЮЧВАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)

1. Липса на терапевтичен ефект след започване на лечението
2. Трайна емисия на болестта – оздравяване на лигавицата

НЗОК ЗАПЛАЩА ЛЕЧЕНИЕТО ДО ПОСТИГАНЕ НА ТРАЙНА КЛИНИЧНА И ЕНДОСКОПСКА РЕМИСИЯ (ОЗДРАВЯВАНЕ НА ЛИГАВИЦАТА).

Определение за оздравяване на лигавицата – без клинични, биохимични/лабораторни, ендоскопски или хистологични белези на възпаление.

I. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

1. ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ, включени в Приложение 1 на ПЛС, които НЗОК заплаща в съответствие с действащите нормативни документи.

Таблица 1

INN	МКБ	ДОЗА
ADALIMUMAB	K50.0, K50.1, K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	<p>Индукционна терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> 80 mg през седмица 0, последвани от 40 mg през седмица 2 за K50.0 и K50.1 160 mg през седмица 0 (под формата на четири инжекции в рамките на едно дееноношие или като две инжекции дневно в два последователни дни), след което 80 mg през седмица 2 за K50.0, K50.1, K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9 <p>Поддържаща терапия*:</p> <ul style="list-style-type: none"> 40 mg през седмица
GOLIMUMAB	K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	<p>Индукционна терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> начална доза 200 mg 100 mg през втора седмица 50 mg/100 mg на шеста седмица <p>Поддържаща терапия*:</p> <ul style="list-style-type: none"> 50 mg/100 mg в зависимост от телесното тегло на всеки 4 седмици
INFLIXIMAB	K50.0, K50.1, K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	<p>Индукционна терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 mg/kg интравенозна инфузия на 0, 2-ра и 6-та седмици <p>Поддържаща терапия*:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5 mg/kg интравенозна инфузия на всеки 8 седмици след шеста седмица
VEDOLIZUMAB	K50.0, K50.1, K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	<p>Индукционна терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> 300 mg интравенозна инфузия на 0, 2-ра и 6-та седмици <p>Поддържаща терапия*:</p> <ul style="list-style-type: none"> 300 mg интравенозна инфузия на всеки 8 седмици след шеста седмица или 108 mg прилагани чрез подкожна инжекция веднъж на всеки 2 седмици, след поне две интравенозни инфузии (след индукция).**
TOFACITINIB	K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	<p>Индукционна терапия***:</p> <ul style="list-style-type: none"> 20 mg (2 x 10 mg) дневно в продължение на 8 седмици <p>Поддържаща терапия***:</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 mg (2 x 5 mg) дневно
USTEKINUMAB	K50.0, K50.1, K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	<p>Индукционна терапия/Поддържаща терапия (След предходна венозна индукция на 130 mg ****!):</p> <ul style="list-style-type: none"> 90 mg първо подкожно приложение на седмица 8 след интравенозната доза <p>Поддържаща терапия*:</p> <ul style="list-style-type: none"> 90 mg през 12 седмици
UPADACITINIB	K51.0, K51.1, K51.3, K51.5, K51.8, K51.9	<p>Индукционна терапия*****:</p> <ul style="list-style-type: none"> 45 mg веднъж дневно в продължение на 8 седмици <p>Поддържаща терапия*****:</p> <ul style="list-style-type: none"> 15 mg (30 mg) веднъж дневно в зависимост от индивидуални особености на ЗОЛ

* По време на поддържащата терапия дозата на кортикостероидите може да се намали постепенно, в съответствие с правилата на добрата клинична практика. При категорични показания се допуска интензификация на дозировката, съобразно разрешението за употреба / кратката характеристика на лекарствения продукт. Смяна на лекарствени продукти се допуска само при наличие на медицински индикации.

** Първата подкожна доза трябва да се прилага вместо следваща планирана интравенозна инфузия и на всеки 2 седмици след това.

***При пациентите, които не постигнат достатъчна терапевтична полза до седмица 8, приемът на индукционната доза може да бъде продължен за още 8 седмици (общо 16 седмици), последван от стандартната поддържаща терапия от 5 mg два пъти дневно. При пациентите, при които не се наблюдават доказателства за терапевтични ползи до седмица 16, индукционната терапия с тофацитиниб трябва да бъде прекратена.

****Пациентите се планират за венозна индукция (в доза, съобразно КХП, в съответствие с телесно тегло) след задължително подадени заявителни документи и утвърдена терапия, след решение на комисията за експертиза по чл.78, т.2 от ЗЗОК в НЗОК.
 *****При пациентите, които не постигнат достатъчна терапевтична полза до седмица 8, приемът на индукционната доза може да бъде продължен за още 8 седмици (общо 16 седмици).При поддържаща терапия доза 30 mg веднъж дневно може да е подходяща при някои ЗОЛ, напр. тези с по-голяма тежест на заболяването или при недостатъчен отговор на 15 mg веднъж дневно, съобразно съгласно разрешение за употреба/КХП.

При започване на терапия на нови болни (без предшестващо лечение с посочените в таблица 1 INN) се назначава лекарствения продукт/терапевтичния курс с най-голяма разходна ефективност (най-доброто съотношение между постигане на терапевтичен резултат от прилагане на лекарствен продукт/лекарствена терапия и разходване на средства от бюджета на НЗОК за същия продукт/терапия, при съпоставянето му с друг/и лекарствен/и продукт/и или лекарствени терапии, представляващи терапевтични алтернативи и заплащани напълно или частично от НЗОК), на основание чл. 23а, ал.1 от Наредба №4 от 2009г.

2. ПРОСЛЕДЯВАНЕ

Таблица 2

ИЗСЛЕДВАНИЯ И КОНСУЛТАЦИИ	ИЗХОДНИ (до 6 месеца преди кандидатстването)	НА ВСЕКИ 6 МЕСЕЦА	НА ВСЕКИ 12 МЕСЕЦА
ХЕМАТОЛОГИЧНИ			
Хемоглобин **	✓	✓ (III месец)	
еритроцити	✓	✓	
MCV	✓	✓	
хематокрит	✓	✓	
левкоцити	✓	✓	
неутрофили **	✓	✓ (III месец)	
Лимфоцити **	✓	✓ (III месец)	
тромбоцити	✓	✓	
СУЕ / CRP	✓	✓	
БИОХИМИЧНИ			
ASAT	✓	✓	
ALAT	✓	✓	
GGT / AP	✓	✓	
йонограма	✓	✓	
Креатинин / урея	✓	✓	
общ белтък / албумин	✓	✓	
Липиди (при терапия с Tofacitinib) **	✓	✓ (III месец)	
Серумно желязо / ЖСК	✓	✓	
СЕРОЛОГИЧНИ			
HBsAg / Anti HB c- total *	✓		
Anti HCV *	✓		
HIV	✓		
CMV	По преценка		
C. difficile	По преценка		
ИНСТРУМЕНТАЛНИ			
Ендоскопия (колоно или сигмоидоскопия)	✓		✓
хистологично изследване на материал от ендоскопска и/или лапароскопска биопсия, и/или интраоперативно взет материал	✓		✓
Обзорна или контрастна рентгенография или КАТ, или МРТ *	По преценка		По преценка
абдоминална ехография	✓	✓	
Рентгенография на бял дроб	✓		
ДРУГИ			

ВМИ/Термо/Ръст	✓	✓	
СДАИ за болест на Crohn	✓	✓	
активност на улцерозен колит	✓	✓	
индекс на Mayo	✓		✓
туберкулинова проба (задължително Манту, по възможност Quantiferon или T-spot)	✓		✓
калпротектин	✓	✓	

*Положителен серологичен маркер за вирусен хепатит без активна вирусна репликация (PCR) не е противопоказание за провеждане на биологично лечение, но при задължителен контрол на вирусната репликация

** При терапия с Tofacitinib и Uradacitinib - задължителен контрол на всеки 3 месеца, съгласно разрешение за употреба/КХП.

II. ОБЩИ ИЗИСКВАНИЯ

- 1. Възрастовата граница** се изчислява в навършени години - т.е. включително към датата на издаване на е-протокола от специалист/специализираната комисия.
- При назначаване на терапия с е-протокол задължително се съобразяват възрастовите ограничения, съгласно кратката характеристика на съответния лекарствен продукт, утвърдена по реда на ЗЛПХМ.
- НЗОК не заплаща лечение извън указаната възрастова граница в кратката характеристика на лекарствения продукт.
- НЗОК не заплаща лечение с дози над максимално разрешените по кратка характеристика на лекарствения продукт.
- В случай на настъпила подозирана нежелана лекарствена реакция, лекарят уведомява ИАЛ по реда на чл. 184 от ЗЛПХМ. Копие от съобщението се прилага/описва към/в медицинската документация на ЗОЛ при кандидатстване за лечение.
- 6. Всеки е-протокол се издава** въз основа на издаден медицински документ: специализирана комисия в ЛЗБП на основание АПр № 38 „Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 ЗЗО“.
- Екземпляр на хартиен носител от АПр № 38 „Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 ЗЗО“, който е основание за издаване на протокол, подписан от специализирана комисия и ЗОЛ се води по ред, определен от лечебното заведение и се съхранява в комисията.
- При издаване на Е-протокол по реда на експертизата по чл.78, т.2 от ЗЗО, отпада необходимостта да се предоставят и съхраняват приложение №1 и приложение №3 от съответните „Изискванията на НЗОК“.
- Издаването на Е-протокол се осъществява в съответствие със съвместни „Указания за работа с подаден по електронен път протокол IА/В/С (е-протокол)“, между Националната здравноосигурителна каса и Български лекарски съюз за прилагане на Националния рамков договор за медицинските дейности.

Настоящите изисквания са утвърдени от управителя на НЗОК след Решение № РД-НС-04-56/11.08.2023 г. на Надзорния съвет на НЗОК и предварително съгласуване с БЛС, на основание чл.52, ал.8 във вр. с ал.6 от Правилника за устройството и дейността на Националната здравноосигурителна каса. Изискванията влизат в сила от датата на обнародването им в „Държавен вестник.“ и отменят действащите изисквания, в сила от 20 септември 2022 г. на основание решение № РД-НС-04-87/17.08.2022 г.



ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ С ИЗИСКВАНИЯТА ЗА ЗАПОЧВАНЕ/ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО С ЛЕКАРСТВЕНИЯ ПРОДУКТ

.....
Аз долуподписаният/ата

.....
след като се запознах с цялата ми предоставена информация и целта на лечението с лекарствения продукт..... и след като получих изчерпателни отговори на поставените от мен въпроси, декларирам че:

1. Ще спазвам препоръчаната ми схема на лечение и периодичност на контролните прегледи.
2. Редовно ще се явявам на контролни прегледи и няма да променям самоволно или под друго внушение назначената ми терапия.
3. При преустановяване на лечението по причини, неизтичащи от решението на Комисията за експертизи в РЗОК и/или Комисията по чл. 78, т.2 от ЗЗО, ще уведомя незабавно личния си лекар.
4. При неспазване на посочените условия лечението ми с упоменатия лекарствен продукт ще бъде прекратено и няма да имам претенции към НЗОК.