



класификация на информацията  
ниво 1 TLP-GREEN

25 ГОДИНИ  
НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ  
София 1407, ул. "Кричим" No 1

[www.nhif.bg](http://www.nhif.bg)

тел: +359 2 9659301

вх. № 1085  
25.09 2024 г.

УПРАВИТЕЛЕН СЪВЕТ



ДО  
Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ  
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УПРАВИТЕЛНИЯ  
СЪВЕТ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ  
УЛ. „ДОСПАТ“ №2  
ГР.СОФИЯ, 1606

24-09-2024

**ОТНОСНО:** съгласуване на актуализирани изисквания на НЗОК по заболявания за провеждане на домашно лечение

**УВАЖАЕМИ ДОКТОР МАДЖАРОВ,**

В изпълнение разпоредбите на чл. 61 от Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Български лекарски съюз за 2023-2025г. (обн., ДВ, бр. 77 от 08.09.2023 г.), приложено Ви представям за съгласуване изготвен проект на „**Изисквания на НЗОК при лечение на вродени коагулопатии в извънболничната помощ**“ с отразени изменения, допускащи възможност за провеждане на лечение в режим „профилактика“ и при пациенти над 18 годишна възраст. Промените са в съответствие с постъпило становище от експертен съвет по клинична хематология с вх. № 15-02-39/18.09.2023 г. и в съответствие с актуалното фармако-терапевтичното ръководство по клинична хематология. В съответствие с горесцитираното становище, профилактиката на кръвоизливи предпазва болните с тежки форми на вродени коагулопати - Хемофилия А (МКБ код D66), Хемофилия В (МКБ-код D67) и Болест на Вилебранд (МКБ-код D68.0) от кръвоизливи и инвалидизиране. До настоящия момент профилактичните терапевтични режими са регламентирани само за деца.

Моля за Вашето съгласуване/становище в оптимални срокове с оглед стартиране на практическото прилагане на регламентите за лекарствени терапии.

Приложения съгласно текста, само за адресата:

1. Проект на „Изисквания на НЗОК при лечение на вродени коагулопатии в извънболничната помощ“;
2. Писмо към вх. № 15-02-39/18.09.2023 г. от проф. д-р Жанет Грудева-Попова, дм, главен координатор на експертен съвет по клинична хематология.

С уважение:

ПРОФ. МОМЧИЛ МАВРОВ  
ВР. И. Д. УПРАВИТЕЛ НА НАЦИОНАЛНАТА  
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА



ГК-ЕС-КХ-40/18.09.23

ДО  
Г-Н СТАНИМИР МИХАЙЛОВ  
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

НАЦИОНАЛНА СРАВНОСИГУРИТЕЛНА	
К. Вх. №	15-02-39/18.09.2023
С О Д И Я	

Относно: Предложение за актуализация на "Изисквания на НЗОК при лечение на вродени коагулопатии в ИБП" (писмо № 15-02-39/28.07.2023 г.)

Г-н/г-жа <u>СТАНИМИР МИХАЙЛОВ</u>	
1. За отговор	5. На вашето внимание
2. За изпълнение	6. Размножаване в.....екз.
3. За доклад	7. Към архив
4. За становище	СРОК:

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН МИХАЙЛОВ,

Дата: \_\_\_\_\_ Управител НЗОК: \_\_\_\_\_

През последното десетилетие значително нарастна ефективността на терапията за <sup>п/дан</sup> пациенти с вродени коагулопатии - единиците фактор, включвайки и клиничните изпитвания, са около 4 ПУ на глава от населението в страната. Разрешиха се немалко съществуващи проблеми, но остават и някои нерешени такива.

1. Пациентите с Хемофилия „А“ и „В“ тежки форми с често кървене над 18 години и досега са получавали количества коагулационен фактор, отговарящи на *лечение тип „профилактика“*, но отбелязано в протоколите като „on demand“. Касае се за терминологичен компромис, който затруднява комисииите и не отговаря на правилата за добра медицинска практика. Следва да се промени точка 2 от „Изискванията...“, където е отбелязано лечение тип „профилактика“ при деца - да отпадне „при деца“ и остане единствено т.2 „лечение тип профилактика“.

Лечение тип „профилактика“ при Болест на Фон Вилебранд се налага при не повече от 3-5 пациента.

Предвид горепосочените факти предлаганата промяна в лечебния режим при пациенти над 18 години няма да се отрази съществено на предвидения бюджет.

2. Лечение тип „индукция на имунен толеранс“ (ИТ) при пациенти с тежка форма на Хемофилия „А“ и „В“ се прилага предимно в детска възраст поради по-високия брой на пациенти с високотитърни инхибитори срещу коагулационни фактори. Нискотитърните не следва да провеждат ИТ.

Пациенти над 18 години с високотитърни инхибитори, изискващи терапия тип ИТ, са не повече от един пациент на годишна база. Следва да се отбележи, че към момента при подобни пациенти може да се използват за лечение реимбурсираните от НЗОК моноклонални антитела (МКА). МКА са с доказана ефективност, ефикасност и по-висока цена.

Ако се възприеме по определени причини или противопоказания лечение тип ГТ, то следва да се провежда с медикамента, към който пациента е индуцирал инхибитори в адекватна дневна доза + медикамент с байпас ефект в продължение на 12 месеца +/-3 м./ При липса на терапевтичен отговор пациентът трябва да продължи единствено с медикамент с байпас ефект.

Решението за такъв тип терапия следва да се взима с мотивирано медицинско становище (отчитащо нивото на инхибитора и състоянието на пациента), подкрепено от централната комисията към НЗОК. Следва да се добави т.3 „индукция на имуен толеранс“ (нова).

3. Пациентите с Болест на Гланцман получиха възможност за домашно лечение с активиран фактор VII, което значително подобри качеството им на живот. Същите, които все още нямат протокол за домашно лечение или са изчерпали количествата за такова, не могат да получат стационарна терапия по АПр № 38.2 при спешни състояния с животозастрашаващи хеморагии. Този факт следва да бъде променен, т.е. пациентите с Болест на Гланцман да имат възможност за болнично лечение с активиран фактор VII по амбулаторна процедура № 38.2.

4. Проблем остават и пациентите с Придобита инхибиторна хемофилия. Въпреки ниската честота на заболяемост 1:1-1,5 млн. (за България около четири пациента на годишна база) предлагаме в началния етап на диагностичния процес, при тежка животозастрашаваща хеморагична диатеза пациентите да имат възможност да получават медикамент с байпас ефект.

Предлагаме към изискванията да се добави т.4 „терапия с медикамент с байпас ефект за пациенти с придобита инхибиторна хемофилия (D68.4) до 3 месеца от поставяне на диагнозата“ (нова).

На конкретните въпроси на НЗОК, свързани с медицински критерии за лечение в режим „профилактика“; провеждане на имуен толеранс; приложение на плазмени, рекомбинантни и такива с удължено действие лекарствени продукти отговаряме:

1. Не може да се изработят категорични медицински критерии поради необходимост от индивидуализирана терапия при голяма част от пациентите.

2. Няма световни консенсусни гайдлайни относно типа на медикаментите за заместителна терапия, но следва да се има предвид че:

- за пациенти над 18 год., провеждащи лечение тип „on demand“ при хемофилия „А“ и „В“ и тип „профилактика при болест на Фон Вилебранд е уместно да се използват плазмени концентрати на съответните фактори. Рекомбинатните нямат преимущество.

- за лечение тип „профилактика“ при пациенти над 18 години - с оглед на медицинска целесъобразност предложението за вида на използвания медикамент трябва да се дава от лекуващия лекар (клиничен хематолог) на базата на мотивирано медицинско становище,

отчитащо спецификите в състоянието на пациента, подкрепено от централната комисията към НЗОК

- за лечение тип ITI е уместно да се използва лекарствения продукт, към който са индуцирани инхибитори + медикамент с байпас ефект
- очакваният брой пациенти над 18 години, подходящи за режим профилактика, са около 50 болни (да се има предвид, че те и сега са в дозов режим "профилактика");
- очакваният брой пациенти над 18 години, подходящи за режим „ITI“, е 1-2 пациенти годишно при средна продължителност на терапията около 12 месеца /+3 месеца);

На основание на така описаните проблеми и възможността за решението им, както и предвид потенциалния брой пациенти, провеждащи лечение тип „профилактика“/ ITI при възрастни, следва да се предвиди до 10% увеличение на бюджета за заплащане лечението на пациенти с вродени коагулопатии от НЗОК.

Становището е обсъдено и прието с мнозинство от членовете на ЕС по клинична хематология.

**ПРОФ. Д-Р ЖАНЕТ ГЕОРГИЕВА, ДМ**  
**ГЛАВЕН КООРДИНАТОР**  
**ЕКСПЕРТЕН СЪВЕТ ПО КЛИНИЧНА ХЕМАТОЛОГИЯ**  
(към 31.07.2023)

## Мария Христова Бонева

---

**From:** Daniela Bozhkova <daniela\_bozhkova@abv.bg>  
**Sent:** 18 септември 2023 г. 12:19  
**To:** NZOK  
**Subject:** ot prof. Grudeva  
**Attachments:** CCF18092023\_00000.pdf

Приложено изпращам за входирание становище от проф. Грудева -  
Главен координатор на ЕС по клинична хематология.

Поздрави,

Даниела Божкова  
Технически секретар Зам.- директор ДЛД, База 1  
УМБАЛ "Св. Георги" ЕАД - Пловдив  
032/602775



## НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" No 1

[www.nhif.bg](http://www.nhif.bg)

тел: +359 2 9659301

ПРОЕКТ!

УТВЪРЖДАВАМ:

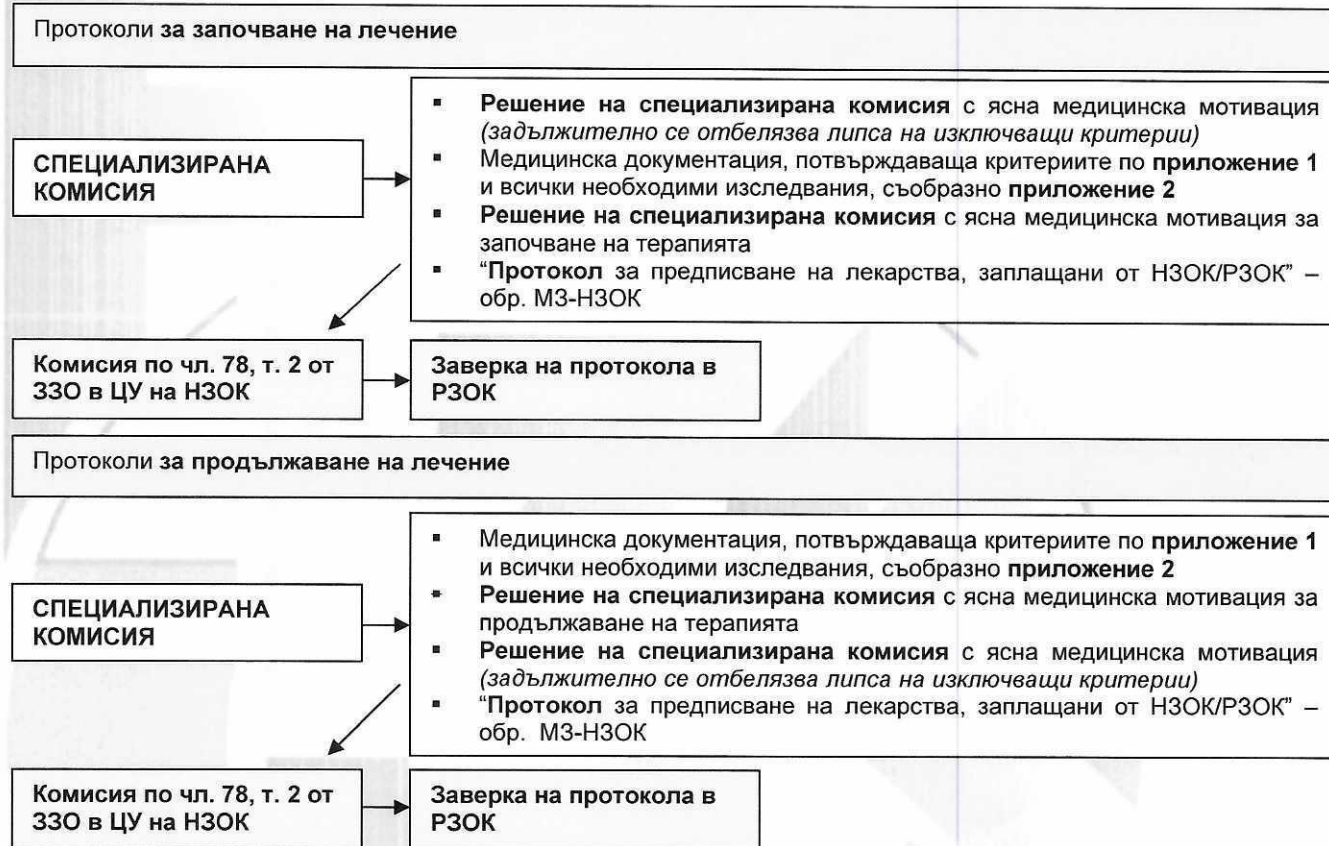
ПРОФ. МОМЧИЛ МАВРОВ  
ВР. И. Д. УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

**ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК  
ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ВРОДЕНИ КОАГУЛОПАТИИ  
В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ**

## ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК ПРИ ИЗДАВАНЕ НА ПРОТОКОЛИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С ВРОДЕНИ КОАГУЛОПАТИИ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

Протоколът се издава от специализирана комисия в лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК. Специализираните комисии се създават със Заповед на директора на лечебно заведение за болнична помощ (ЛЗБП) – клиника/отделение по клинична хематология/детска хематология и онкология трето ниво на компетентност с код на специалност 24 за възраст над 18 години и 51 за възраст под 18 години или педиатрични клиники/отделения трето ниво на компетентност с поне двама специалисти с код 51 за възраст под 18 години.“

### I. РЕД ЗА ЗАВЕРЯВАНЕ НА ПРОТОКОЛИТЕ



### II. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Е-протокол се издава от 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 скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 ЗЗО“ в съответствие с настоящите Изисквания на НЗОК, като първият и всеки следващ протокол се издават за период до 365 дни.

2. Здравноосигуреното лице 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. Преди стартиране на процеса по издаване на Е-протокол на ЗОЛ, специализираната комисия след получено разрешение за достъп от ЗОЛ до електронното му здравно досие, прави справка по електронен път за издадени 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.

4. Към всеки Е-протокол, с който е назначена лекарствена терапия, се прилагат необходимите документи (амбулаторните листове, епикризи, изследвания и др.), след което документите се изпращат по електронен път към информационната система на НЗОК. Документите, 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, се попълва в Решението на специализирана комисия - основание за издаване на Е-протокола, или се прилага като сканирано копие.

5. 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 „Изискванията на НЗОК“, при следните условия:

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

- за приложение № 3 - 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 ЛЕЧЕНИЕТО НА ПАЦИЕНТИ С ВРОДЕНИ  
КОАГУЛОПАТИИ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ**

**А. КРИТЕРИИ ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ (ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ СА ВСИЧКИ КРИТЕРИИ)**

	МКБ D66, МКБ D67, МКБ D68.0, МКБ D68.2, МКБ D69.1	
1	Сигурна диагноза - потвърдена на базата на общоприетите диагностични критерии <sup>1, 2</sup>	
2	Клиничен статус и изследвания, необходими за започване на лечение <sup>1, 2</sup>	
3	Липса на изключващи критерии по точка Б <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> решение на специализирана комисия по АПр № 38

<sup>2</sup> медицинска документация, потвърждаваща критериите по приложение 1 и всички необходими изследвания, съобразно приложение 2, като задължително се представят

**Б. ИЗКЛЮЧВАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)**

При регистриране на тежки алергични и други нежелани лекарствени реакции.

~~(1) Лечение „при необходимост“~~

~~(2) Профилактика при деца.....~~



**ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО НА ПАЦИЕНТИ С ВРОДЕНИ КОАГУЛОПАТИИ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ**

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

	МКБ D66; МКБ D67; МКБ D68.0; МКБ D68.2, МКБ D69.1	
1	Клиничен ефект от провежданото до момента лечение <sup>1</sup>	
2	Клиничен статус и изследвания, необходими за продължаване на лечение <sup>2</sup>	
3	Липса на изключващи критерии по точка Г <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> решение на специализирана комисия по АПр № 38

<sup>2</sup> медицинска документация, потвърждаваща критериите по приложение 1 и всички необходими изследвания, съобразно приложение 2

**Г. ИЗКЛЮЧВАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)**

При регистриране на тежки алергични и други нежелани лекарствени реакции

При промяна на терапията – увеличение на доза, режим, промяна на терапия задължително следва да се мотивира необходимостта от промяната като се представят съответните документи/изследвания.

~~(1) лечение „при необходимост“~~

~~(2) профилактика при деца.....~~

**I. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕН АЛГОРИТЪМ**

1. **ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ**, включени в Приложение 1 на Позитивния лекарствен списък, за които НЗОК заплаща в съответствие с нормативните документи.

Таблица № 1

Международно непатентно наименование /INN/	МКБ	Лечение при необходимост
Human coagulation factor VIII	D66	Необходимата доза се определя чрез използване на следната формула: изискваният брой единици = телесна маса (kg) x желаното повишаване на фактор VIII (%) x 0,5
Recombinant Coagulation factor VIII (Octocog alfa, Moroctocog alfa, Turoctocog Alfa, Simoctocog Alfa, Lonoctocog alfa)	D66	Изчисляването на необходимата доза на фактор VIII се прави въз основа на емпиричното правило, че 1 IU фактор VIII на kg телесна маса повишава плазмената активност на фактор VIII с 2 IU/dl. Необходимата дозата се определя по следната формула: Необходим брой единици (IU) = телесно тегло (kg) x желаното повишаване на фактор VIII (%) x 0,5
Coagulation factor VIII с удължено действие (efmoroctocog alfa, ruriococog alfa pegol, damoctocog alfa pegol, turoctocog alfa pegol)	D66	Изчисляването на необходимата доза рекомбинантен фактор VIII Fc се основава на емпиричното откритие, че 1 международна единица (IU) фактор VIII на килограм телесно тегло повишава активността на фактор VIII в плазмата с 2 IU/dl. Необходимата доза се определя чрез използването на следната формула: Необходими единици = телесно тегло (kg) x желано повишение на фактор VIII (%) (IU/dl) x 0,5 (IU/kg на IU/dl)
coagulation factor, Factor VIII inhibitor bypassing activity	D66	При инхибитори 50-100 IU/kg телесна маса с максимална еднократна доза до 100 IU/kg телесна маса и максимална дневна доза до 200 IU/kg телесна маса
Coagulation factor IX	D67	Необходимата доза се определя чрез използване на следната формула: необходими единици = телесна маса (kg) x желаното повишаване на активността на F IX (%) x 0,9.
Coagulation factor IX- (eftrenonacog alfa)	D67	Изчисляването на необходимата доза рекомбинантен фактор IX Fc се основава на емпиричното откритие, че 1 международна единица (IU) фактор IX на килограм телесно тегло повишава активността на фактор IX в плазмата с 1% от нормалната активност (IU/dl). Необходимата доза се определя чрез използването на следната формула: Необходими единици = телесно тегло (kg) x желано повишение на фактор IX (%) (IU/dl) x {реципрочното на наблюдаваното възстановяване (IU/kg на IU/dl)}.
Coagulation factor IX рекомбинантен коагулационен фактор IX (nonacog alfa, nonacog beta pegol с удължено действие)	D67	1.Изчисляването на необходимата доза от може да се основава на известния факт, че се очаква една единица активност на фактор IX на kg телесно тегло да повиши нивото на фактор 4 IX в циркулацията средно с 0,8 IU/dl (обхват от 0,4 до 1,4 IU/dl) при пациенти ≥ 12 години /Брой необходими IU фактор IX= Телесно тегло(в kg)X Желано повишение(%) или (IU/dl) на фактор IX X Реципрочността на наблюдаваното възстановяване/ 2.пациенти на 12 и повече години с хемофилия В.



<b>Coagulation factor VIII, Factor von Willebrand</b>	D66, D68.0	20-50IU/kg и 50-80IU/kg при БВФ тип 3
<b>Eptacog alfa (activated)</b>	D66, D67, D68.2 и D69.1	При пациенти с вродена хемофилия с инхибитори срещу факторите на кръвосъсирване VIII или IX > 5 BU (Бетезда единици) и при пациенти с вродена хемофилия, при които се очаква анамнестичен отговор с висок инхибиторен титър към прилагане на фактор VIII или фактор IX - 90 µg на kg телесното тегло. При пациенти с вроден дефицит на FVII -15 - 30 µg на kg телесно тегло на всеки 4 - 6 часа, докато се постигне хемостаза. При пациенти с Тромбастения на Гланцман - при неповлияване от тромбоцитни трансфузии.
<b>Antithrombin III</b>	D68.2	при вроден дефицит на антитромбин 3 30-50 IU/kg телесна маса
<b>coagulation factor IX, II, VII and X in combination и Human Prothrombin Complex</b>	D68.2	При вроден дефицит на витамин К, фактори II и X Изчислената доза се основава на емпиричната находка, че 1 IU коагулационен фактор VII, фактор IX, фактор II и фактор X от продукта повишават в плазмата съответно на фактор VII с 0,019 IU/ml, на фактор IX с 0,019 IU/ml, на фактор II с 0,02 IU/ml и на фактор X с 0,017 IU/ml. Единичната доза не трябва да надвишава 3000 IU.
<b>Emicizumab</b>	D66	3 mg/kg веднъж седмично за първите 4 седмици (натоварваща доза), последвана или от поддържаща доза 1,5 mg/kg веднъж седмично, 3 mg/kg на всеки две седмици, или 6 mg/kg на всеки четири седмици
<b>Human fibrinogen</b>	D68.2	При вродени хипо и афибриногенемия. 1. При възрастни и деца на и над 12 г. Доза (mg/kg телесно тегло) = $\frac{\text{Таргетно ниво} - \text{измерено ниво}}{0,018}$ (g/l на mg/kg телесно тегло) 2. деца до 12 г. Доза (mg/kg телесно тегло) = $\frac{\text{Таргетно ниво} - \text{измерено ниво}}{0,014}$ (g/l на mg/kg телесно тегло)
<b>Catridecacog</b>	D68.2	Препоръчителната доза е 35 IU/kg телесно тегло (т.т.) веднъж месечно (на всеки 28 дни ± 2 дни), приложен като интравенозна болус инжекция.

## 2. ПРОСЛЕДЯВАНЕ:

Таблица № 2

Показатели и изследвания	Исходни стойности при започване на лечение	на всеки 3 месеца	на всеки 6 месеца	на всеки 12 месеца	по клинични показания *
1. Телесна маса (кг)	x		x		
2. Ръст (см)	x		x		
3. Оценка на ставен статус	x		x		x
4. Документирано ниво на дефицитния коагулационен фактор*	x		x		x
5. Изследване на инхибитори (Bethesda)	x	x**	x***		x
6. ПКК (хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити)	x		x		
7. PT, aPTT, TT фибриноген,	x				

8. ALAT, ASAT, феритин	x		x		
9. Анти-HCV антитела, HBsAg, HIV	x			x	
10. Образни изследвания (рентген, КТ, МРТ, ехография) на таргетни зони					x
11. Ксерокопие от дневника на пациента с хемофилия с коректно попълнени Брой епизоди на кръвене и количество флакони за овладяване на всеки епизод			x		x
12. GGT, уреа, креатинин, пикочна киселина, обикновена урина,	x ****		x ****		
13. Само за Emicizumab по клинични показания D - димери 1x годишно Диферинциално броене - натривка - 2 x годишно за изключване на микроангиопатия /шизоцити/.			x	x	

\* изследванията се извършват по клинични показания

\*\* само за пациенти на профилактика до достигане на 50 експозиционни дни

\*\*\* само за пациенти на профилактика след достигнати 50 експозиционни дни

\*\*\*\* само за пациенти, лекувани с пегелирани лекарствени продукти

За пациенти с диагноза D69.1 при продължаване на терапията се представя само информация по т. 1, 2, 6, 7, 11 и 13.

За пациенти с хипо и афибриногенемия при продължаване на терапията се представя само информация по т. 1, 2, 6, 7, 9 и 11  
Необходимите показатели и изследвания следва да са с давност до 1 месец преди кандидатстването за лечение.

## II. ОБЩИ ИЗИСКВАНИЯ

1. Възрастовата граница се изчислява в навършени години - т.е. включително към датата на издаване на протокола от специализираната комисия.
  2. При назначаване на терапия по протокол задължително се съобразяват възрастовите ограничения, съгласно кратката характеристика на съответния лекарствен продукт, утвърдена по реда на ЗЛПХМ.
  3. НЗОК не заплаща лечение извън указаната възрастова граница в кратката характеристика на продукта.
  4. НЗОК не заплаща лечение с дози над максимално разрешените по кратка характеристика на продукта.
  5. 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 кабинета на комисията.
7. При издаване на Е-протокол по реда на експертната по чл.78, т.2 от ЗЗО, отпада необходимостта да се предоставят и съхраняват приложение №1 и приложение №3 от настоящите „Изисквания на НЗОК“.
  8. 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-...../.....2024г. на Надзорния съвет на НЗОК и предварително съгласуване с БЛС, на основание чл.51, ал.10 във вр. с ал.8 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 23.08.2024г. на основание решение № РД-НС-04-85/29.07.2024г. на НС на НЗОК.

**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, непроизтичащи 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.