



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg

тел: тел: +359 2 9659301

УТВЪРЖДАВАМ:

ПРОФ. Д-Р ПЕТКО СЛАВЧЕВ: /п/

УПРАВИТЕЛ НА НЗОК



ВЯРНО:

ДИРЕКТОР ДИРЕКЦИЯ

ЧРАО:

РАЙНА ЙОРДАНОВА

ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК

ПРИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

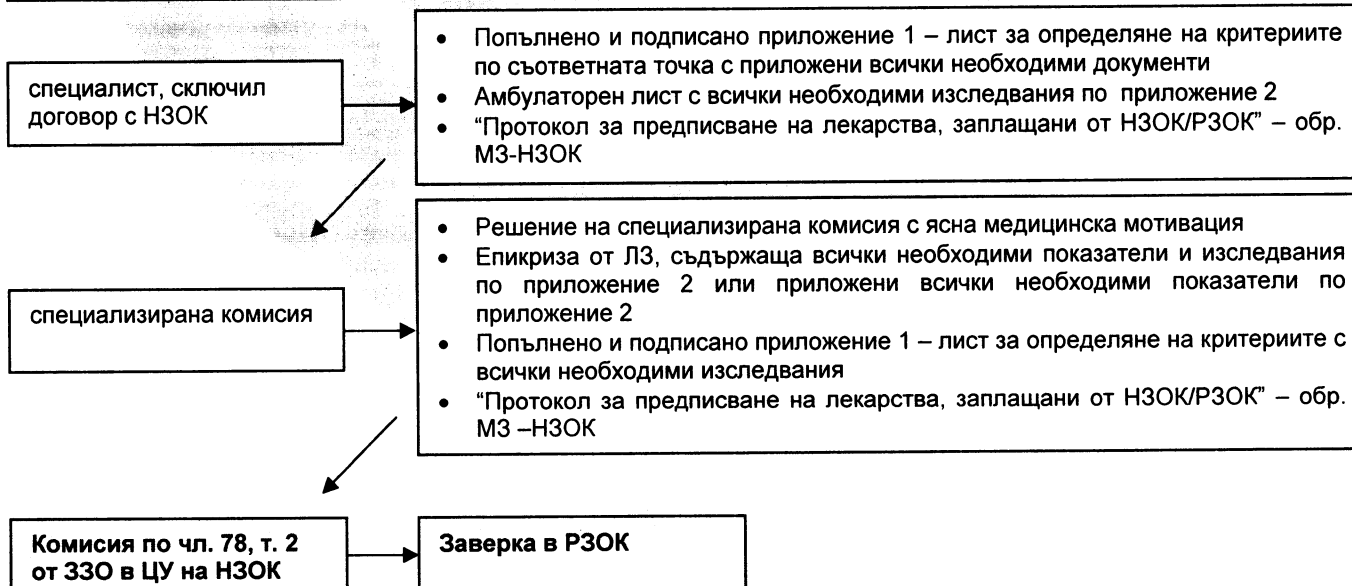
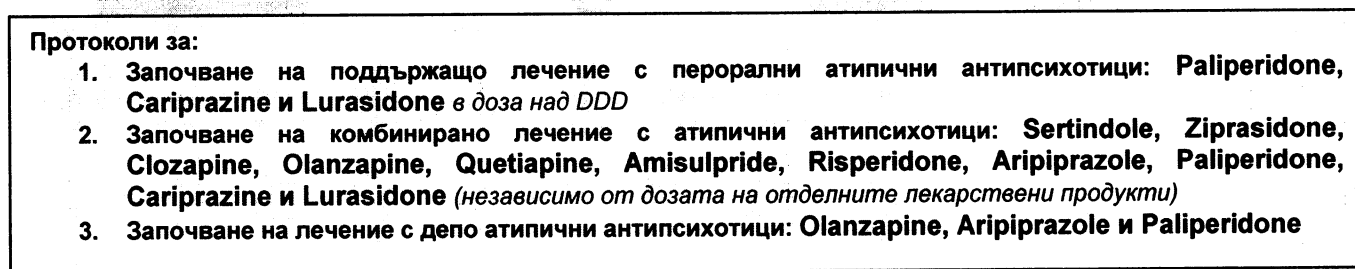
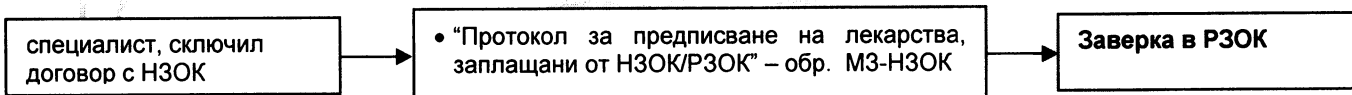
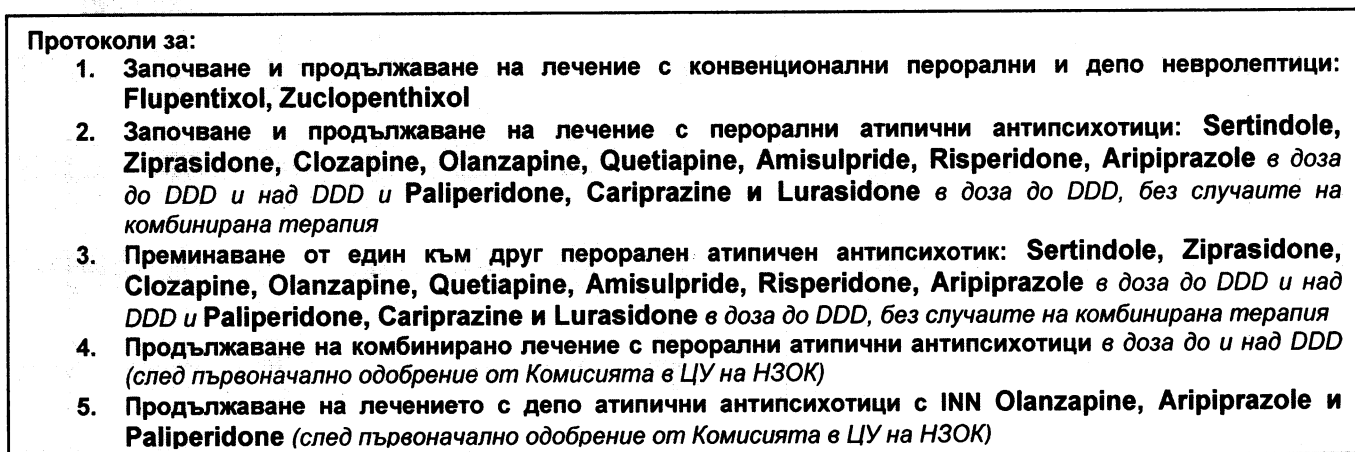
НА БОЛНИ С ШИЗОФРЕНИЯ

В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК ПРИ ИЗДАВАНЕ НА ПРОТОКОЛИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ШИЗОФРЕНИЯ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

Протоколът се издава от специалисти с код на специалност 18 (психиатрия) и 38 (детска психиатрия), работещи по договор с НЗОК или от специализирана комисия. Специализираните комисии се създават със Заповед на директора на лечебното заведение (ЛЗ) – Клиника по психиатрия в университетските болници, МБАЛ, държавни психиатрични болници и центрове за психично здраве.

I. РЕД ЗА ЗАВЕРЯВАНЕ НА ПРОТОКОЛИТЕ



II. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. ЗОЛ подава подготвените документи в РЗОК, на територията на която е направил избор на ОПЛ. Документите включват:

1.1 Заявление до Директора на РЗОК

1.2 Попълнено и подписано приложение 1. Попълва се по съответната точка и се прилага отразената в цифров индекс медицинска документация, удостоверяваща всеки един от критериите.

1.3 Пълният набор изследвания (физикални, инструментални и лабораторни), отразени в приложение 2

1.4 "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК" – обр. МЗ-НЗОК, издаден от лекар специалист в количества за не повече от 180 дни. При необходимост от експертиза от Комисията по чл. 78, т.2 от ЗЗО, РЗОК изпраща в НЗОК копие на протокола. Протоколът задължително се подписва от всички членове на комисията в случаите посочени в т. I

1.5 Оригинал на предхождащ протокол. Протоколът следва да съдържа отразени изпълнения на рецепти.

1.6 Декларация за информирано съгласие по образец (приложение 3)

1.7 При ЗОЛ под 18 годишна възраст заявлението и декларацията се подписват от родител/ настойник.

2. РЗОК приема документите по точка 1 след справка относно здравноосигурителния статус на ЗОЛ.

3. До получаване на решение от комисията в ЦУ на НЗОК ЗОЛ продължава лечение с лекарствен/и продукт/и, с които е провеждал лечението до момента на подаване на молбата и документите в РЗОК.

4. Описаният пълен комплект документи се изисква в случаите, при които е указана необходимост от решение на Комисията по чл. 78, т. 2 от ЗЗО в ЦУ на НЗОК. При заверка в РЗОК се представят протокол и копие от амбулаторен лист от последния преглед при специалист.

ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ШИЗОФРЕНИЯ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

Име:	ЕГН													
------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Забележка: медицинската документация, удостоверяваща всеки от критериите е посочена с цифра в индекс и задължително придружава настоящото приложение.

А. КРИТЕРИИ ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С АТИПИЧЕН АНТИПСИХОТИК КАТО СРЕДСТВО НА ПЪРВИ ИЗБОР (ЗАДЪЛЖИТЕЛНО Е НАЛИЧИЕТО НА ПОНЕ ЕДИН ОТ КРИТЕРИИТЕ)

По преценка на специалиста и затруднение при взимането на терапевтично решение пациентите могат да бъдат настанени на стационарно лечение за оценка необходимостта от лечение с атипични антипсихотици.

1	Първи психотичен епизод ^{1/2}	
2	Преобладаване на негативна симптоматика ^{1/2}	
3	Преобладаване на когнитивна симптоматика ^{1/2}	
4	Наличие на афективни симптоми и суициден риск ^{1/2}	

¹ амбулаторен лист от преглед при специалист с подробни клиничко-анамнестични данни и ясна медицинска мотивация за започване на лечение с АН като средство на първи избор

² епикриза от стационарно лечение с давност не повече от 1 месец до датата на кандидатстване

Б. КРИТЕРИИ ЗА ПРЕМИНАВАНЕ ОТ ЛЕЧЕНИЕ С КОНВЕНЦИОНАЛЕН НЕВРОЛЕПТИК КЪМ ЛЕЧЕНИЕ С АТИПИЧЕН АНТИПСИХОТИК И ЗА ПРЕМИНАВАНЕ ОТ ЕДИН КЪМ ДРУГ АТИПИЧЕН АНТИПСИХОТИК (ЗАДЪЛЖИТЕЛНО Е НАЛИЧИЕТО НА ПОНЕ ЕДИН ОТ КРИТЕРИИТЕ)

1	Липса или недостатъчен терапевтичен отговор, след като е проведен поне един пълен курс на лечение с конвенционален/ атипичен антипсихотик ¹	
2	Персистиране на екстрапирамидни странични явления, въпреки прилагането на коректори ²	
3	Други странични явления, свързани с прилагането на конвенционален/ атипичен антипсихотик ²	
4	Риск от възникване на късни дискинезии ²	
5	Възникване и доминиране на негативна или когнитивна симптоматика, водещи до влошено личносно функциониране ²	
6	Психотичен рецидив, довел до хоспитализация, при правилно провеждано поддържащо лечение с конвенционален невролептик ³	
7	Персисиране на когнитивни проблеми ²	

¹ медицинска документация с подробно описание на провежданата до момента терапия

² амбулаторни листи/ епикриза/и, удостоверяващи персистиране на ЕПС, развити странични реакции, риск от късна дискинезия или персистиращи когнитивни проблеми в хода на лечението с конвенционалния невролептик и/ или промяна в клиничната симптоматика

³ задължително се представя епикриза от стационарно лечение с давност не повече от 1 месец до датата на кандидатстване

В. КРИТЕРИИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ С CLOZAPINE (ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ СА: ЕДИН ОТ КРИТЕРИИТЕ ПО Т.В И ПОНЕ ЕДНИ ОТ КРИТЕРИИТЕ ПО Т.Б):

1	Терапевтична резистентност - да са проведени поне два неуспешни пълни курса на антипсихотично лечение с фармакологично различни (включително атипични) невролептици ¹	
2	Доминиращи прояви на късна дискинезия ²	
3	Клинична картина с чести и опасни агресивни и автоагресивни действия ²	

¹ медицинска документация с подробно описание на провежданата до момента терапия

² амбулаторни листи/ епикриза/и от прегледите, удостоверяващи риск от късна дискинезия или клинична картина с чести и опасни агресивни и автоагресивни действия

ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ШИЗОФРЕНИЯ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

Име:	ЕГН										
------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Забележка: медицинската документация, удостоверяваща всеки от критериите е посочена с цифра в индекс и задължително придружава настоящото приложение.

Г. КРИТЕРИИ ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С КОНВЕНЦИОНАЛЕН ДЕПО НЕВРОЛЕПТИК (ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН Е ЕДНИ ОТ КРИТЕРИИТЕ ПО Т.Г И ПОНЕ ЕДИН ОТ КРИТЕРИИТЕ ПО Т.А ИЛИ Т.Б)

1	Несигурно приемане на орални форми или несътрудничество на пациента при перорална терапия ¹	
2	Некритично отношение на пациента към болестта ¹	

¹ медицинска документация с подробно описание на провежданата до момента терапия

² амбулаторни листи или епикриза/и от лечебно заведение за болнична помощ, сключило договор с НЗОК, удостоверяващи персистиране на ЕПС, развити странични реакции, риск от късна дискинезия

Д. КРИТЕРИИ ЗА ПРЕМИНАВАНЕ КЪМ ПОДДЪРЖАЩА ТЕРАПИЯ С ДОЗА НАД DDD ИЛИ КОМБИНИРАНА ТЕРАПИЯ С АТИПИЧНИ АНТИПСИХОТИЦИ (ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ СА И ДВАТА КРИТЕРИЯ)

1	Частичен или непълен терапевтичен отговор, след като е проведен поне един пълен курс на лечение с атипичен невролептик ¹	
2	Терапевтична резистентност след 2 невролептични курса ²	

¹ медицинска документация с подробно описание на провежданата до момента терапия

² епикриза от стационарно лечение с давност не повече от 1 месец до датата на кандидатстване или амбулаторни листове/ етапна епикриза, удостоверяващи терапевтична резистентност

Е. КРИТЕРИИ ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С АТИПИЧЕН ДЕПО АНТИПСИХОТИК (ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН Е ЕДНИ ОТ КРИТЕРИИТЕ 1 ИЛИ 2 И ПОНЕ ЕДНИ ОТ ОСТАНАЛИТЕ, ЗА OLANZAPINE – ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН Е И КРИТЕРИЙ 6, ЗА PALIPERIDONE – ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН Е И КРИТЕРИЙ 7, ЗА ARIPIPRAZOLE – ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН Е И КРИТЕРИЙ 8, ЗА ДЕПО АНТИПСИХОТИК PALIPERIDONE – ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН Е И КРИТЕРИЙ 9

1	Несигурно приемане на орални форми или несътрудничество на пациента при перорална терапия ^{1,3}	
2	Некритично отношение на пациента към болестта ¹	
3	Персистиране на екстрапирамидни странични явления, въпреки прилагането на коректори ²	
4	Други странични явления, свързани с прилагането на конвенционален/ атипичен антипсихотик ²	
5	Риск от възникване на късна дискинезия ²	
6	При вече стабилизирани пациенти чрез минимум едномесечен перорален прием на оланзапин, както и при започване на лечение в стационарна обстановка ^{1,4}	
7	При вече стабилизирани пациенти чрез минимум едномесечен перорален прием на палиперидон или рисперидон и при започване на лечение в стационарна обстановка ^{1,5}	
8	При вече стабилизирани пациенти чрез минимум едномесечен перорален прием на арипипразол, както и при започване на лечение в стационарна обстановка ^{1,6}	
9	При вече стабилизирани пациенти чрез минимум четиримесечно приложение на едномесечен депо антипсихотик Paliperidone, при които не се изисква коригиране на дозата ^{1,7}	

¹ медицинска документация с подробно описание на провежданата до момента терапия

² амбулаторни листи/ епикриза/и, удостоверяващи персистиране на ЕПС, развити странични реакции, риск от късна дискинезия

³ амбулаторни листи или епикриза/и от лечебно заведение за болнична помощ, сключило договор с НЗОК

⁴ копие от предходен протокол за перорален прием на оланзапин

⁵ копие от предходен протокол за перорален палиперидон, перорален рисперидон или депо рисперидон

⁶ копие от предходен протокол за перорален прием на арипипразол

⁷ копие от предходен протокол за депо антипсихотик палиперидон

Забележка: подължителност на периода на лечение при пациенти с неадекватен отговор - **4-8 седмици** при малък или без терапевтичен отговор и **5-12 седмици** при частичен отговор (съгласно медицински стандарт «Психиатрия»)

Отговаря на критериите за лечение с в дневна доза

подпис на специалиста:.....



I. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

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

1. **ПОКАЗАНИЯ И НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ** - съгласно кратките характеристики на лекарствените продукти

Таблица 1 - Перорални невролептици и антипсихотици

INN	DDD	Периодични изследвания *	МКБ
Flupentixol	6 mg		F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Zuclopenthixol	30 mg		F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Sertindole	16 mg	<ul style="list-style-type: none"> задължително: артериално кръвно налягане и сърдечна честота - при всеки преглед, отразяват се в амбулаторния лист ЕКГ преди започване на лечението <p>Лечение не се започва, ако QT интервала е над 450 msec при мъже и при жени.</p> <ul style="list-style-type: none"> контролно ЕКГ на всеки шест месеца и при всяко покачване на дозата <p>АКН, сърдечната честота се отразяват при всеки преглед в амбулаторния лист; фишовите от ЕКГ се съхраняват в досието на болния.</p>	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Ziprasidone	80 mg	<ul style="list-style-type: none"> задължително: артериално кръвно налягане и сърдечна честота при всеки преглед, отразяват се в амбулаторния лист ЕКГ преди започване на лечението <p>Лечение не се започва или се спира, ако QT интервала е над 500 msec.</p> <ul style="list-style-type: none"> контролно ЕКГ на всеки шест месеца и при всяко покачване на дозата <p>(Допълнителни показания за предписване са наличие на хиперпролактинемия и наднормено тегло.)</p>	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Clozapine	300 mg	<ul style="list-style-type: none"> ПКК – преди лечението, 1 път седмично през първия месец и 1 път месечно след това; <p>Лечение не се започва или се спира, ако броят на левкоцитите е под $3,5 \times 10^9/l$</p> <ul style="list-style-type: none"> тегло и BMI – веднъж на 6 месеца кр. захар преди лечението и веднъж годишно 	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Olanzapine	10 mg	<ul style="list-style-type: none"> тегло и BMI – веднъж на 6 месеца при всеки преглед, отразяват се в амбулаторния лист кр. захар – веднъж на 6 месеца холестерол и триглицериди – веднъж годишно ASAT, ALAT - веднъж на 6 месеца 	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Quetiapine	400 mg	<ul style="list-style-type: none"> задължително: артериално кръвно налягане и сърдечна честота – при всеки преглед, отразяват се в амбулаторния лист <p>(Показания за предписване е и наличие на хиперпролактинемия.)</p>	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Amisulpride	400 mg	При клинични прояви на хиперпролактинемия се провежда консултация със специалист.	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6

Risperidone	5 mg	<ul style="list-style-type: none"> тегло и BMI – веднъж на 6 месеца при всеки преглед, отразяват се в амбулаторния лист <p>При клинични прояви на хиперпролактинемия се провежда консултация със специалист.</p>	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Aripiprazole	15 mg	В хода на лечението при болни със захарен диабет или рискови фактори се провежда редовен гликемичен контрол.	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Paliperidone	6 mg	<ul style="list-style-type: none"> урей, креатинин – преди започване на лечение и на 6 мес. (при болни с бъбречно увреждане) 	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Cariprazine	3mg	<ul style="list-style-type: none"> артериално кръвно налягане ЕКГ преди започване на лечението (при пациенти с известно сърдечно-съдово заболяване или фамилна анамнеза за удължен QT интервал) <p>В хода на лечението при болни със захарен диабет или рискови фактори се провежда редовен гликемичен контрол.</p>	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Lurasidone	60mg	<ul style="list-style-type: none"> задължително: артериално кръвно налягане и сърдечна честота при всеки преглед, отразяват се в амбулаторния лист ЕКГ контрол в рамките на месец след започване на лечението с измерване промените в QT и не по-рядко от веднъж годишно <p>серумна глюкоза и липиден профил – на 6 месеца</p>	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6

* Посочените изследвания са задължителни при започване на лечение. Представят се на оригинална лабораторна бланка или заверено копие. В случай, че са вписани в епикриза с давност до 1 месец преди кандидатстването не е необходимо представянето на лабораторни бланки.

* За всяко дългосрочно поддържащо лечение един път годишно се изследват ПКК, ДКК, ASAT, ALAT, GGT, урея, кръвна захар, холестерол, триглицериди

Таблица 2 Инжекционни невролептици и антипсихотици

INN	DDD	Периодични изследвания *	МКБ
Flupentixol	4 mg		F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Zuclopenthixol	15 mg		F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Zuclopenthixol	50-150 mg (1-3 ml) i.m	еднократно, при необходимост дозата се повтаря през интервал от 2-3 дни. Прилагат се общо три дози, т.е до 9 ампули!	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Olanzapine	10 mg	<ul style="list-style-type: none"> тегло и BMI – веднъж на 6 месеца при всеки преглед, отразяват се в амбулаторния лист кр. захар - веднъж годишно холестерол и триглицериди – веднъж на 6 месеца ASAT, ALAT - веднъж годишно 	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
Aripiprazole	15 mg	<ul style="list-style-type: none"> ЕКГ преди започване на лечението (при пациенти с известно сърдечно-съдово заболяване или фамилна анамнеза за удължен QT интервал) <p>В хода на лечението при болни със захарен диабет или рискови фактори се провежда редовен гликемичен контрол.</p>	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6

Paliperidone	2,5 mg	<ul style="list-style-type: none"> • ЕКГ преди започване на лечението (при пациенти с известно сърдечно-съдово заболяване или фамилна анамнеза за удължен QT интервал) • урея, креатинин – преди започване на лечение и на 6 мес. (при пациенти с бъбречно увреждане) 	F20.0, F20.1, F20.5, F20.6
--------------	--------	---	----------------------------

* Посочените изследвания са задължителни при започване на лечение. Представят се на оригинална лабораторна бланка или заверено копие. В случай, че са вписани в епикриза с давност до 1 месец преди кандидатстването не е необходимо представянето на лабораторни бланки.

* За всяко дългосрочно поддържащо лечение един път годишно се изследват ПКК, ДКК, ASAT, ALAT, GGT, урея, кръвна захар, холестерол, триглицериди

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 към медицинската документация на ЗОЛ при кандидатстване за лечение.

6. **ПРИ СПЕЦИАЛИСТА**, съгл. чл. 218 Б, т. 1 от НРД за медицинските дейности 2020-2022 г. (обн., ДВ, бр. 7 от 24.01.2020 г.), на ЗОЛ, на които са издавани протоколи по реда на настоящите изисквания, следва да се прилагат всички необходими документи като: амбулаторните листове от извършените прегледи, вторият екземпляр от издадените протоколи, копия от епикризи, копия от решения по АПр. №38, които са основание за издаване на протокол, всички изискващи се изследвания, копие от приложение 1 на настоящите изисквания попълнено по съответната точка, подписано от специалиста, издал протокола.

7. **СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА КОМИСИЯ** издава Решение след проведена Амбулаторна процедура № 38 „Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, т. 2 от ЗЗО на основание чл. 53 и чл. 309 от Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Български лекарски съюз за 2020-2022г. (обн., ДВ, бр. 7 от 24.01.2020 г.) и предоставена от ЗОЛ медицинска документация. Специализираната комисия съхранява един екземпляр от Решението. При издаване на протокол на ЗОЛ, съхранява втори екземпляр на протокола, всички необходими документи за издаването му и копие от приложение 1 на настоящите изисквания, попълнено по съответната точка и подписано от членовете на специализираната комисия.

Настоящите изисквания са разработени на основание чл. 58 от Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Български лекарски съюз за 2020-2022г. (обн., ДВ, бр. 7 от 24.01.2020 г.), влизат в сила от 15 април 2020г. на основание решение № РД-НС-04-36/06.04.2020г. и отменят действащите изисквания, в сила от 15 май 2019г. на основание решение № РД-НС-04-38/08.05.2019г.

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 променя самovolно 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 и РЗОК, и ще върна в РЗОК последния протокол, по който съм получавал/а лекарствения продукт.
4. При неспазване на посочените условия лечението ми с упоменатия лекарствен продукт ще бъде прекратено и няма да имам претенции към НЗОК.

Дата:.....

Декларатор:.....
(име, презиме и фамилия)

Подпис:.....