



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg

тел: тел: +359 2 9659121

УТВЪРЖДАВАМ:

Д-Р ДЕЧО ДЕЧЕВ

УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

ВЯРНО:

ДИРЕКТОР ДИРЕКЦИЯ

ЧРАО:

РАЙНА ЙОРДАНОВА



ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК

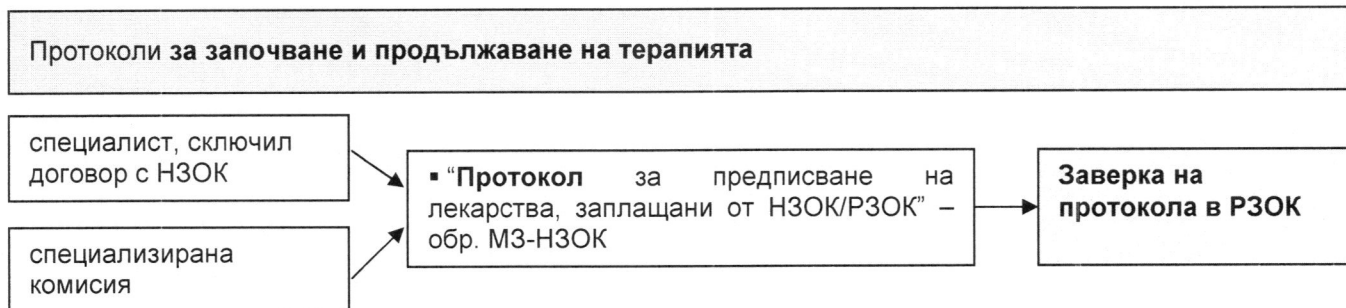
ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖЪК ПСОРИАЗИС

В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

**ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК
ПРИ ИЗДАВАНЕ НА ПРОТОКОЛИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖЪК ПСОРИАЗИС**

Протоколът се издава от **специалисти с код на специалност 04 – кожни и венерически болести, работещи по договор с НЗОК. Решение се издава от специализирана комисия в лечебни заведения за болнична помощ, сключила договор с НЗОК за изпълнение на Амбулаторна процедура №38. Специализираните комисии се създават със Заповед на директора на ЛЗ: УМБАЛ „Александровска“ – гр. София, ВМА - гр. София, УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ - гр. Плевен, УМБАЛ „Проф. д-р Стоян Киркович“ - гр. Стара Загора**

I. 1. РЕД ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ И ЗАВЕРЯВАНЕ НА ПРОТОКОЛИТЕ – ЛЕЧЕНИЕ С CICLOSPORIN



I. 2. РЕД ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ И ЗАВЕРЯВАНЕ НА ПРОТОКОЛИТЕ – ЛЕЧЕНИЕ С ADALIMUMAB, INFLIXIMAB, USTEKINUMAB, ETANERCEPT, SECUKINUMAB И IXEKIZUMAB



II. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. ЗОЛ подава подготвените документи в РЗОК, на територията на която е направило 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), отразен в **приложение 2**.

1.4. “Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК” – обр. МЗ-НЗОК, издаден от лекаря специалист, работещ по договор с НЗОК или от специализирана комисия. Прилага се оригинал на протокола, а при кандидатстване за продължаване на терапията се представя оригинал на предходния протокол с отразени всички назначения по него.

1.5. Решение на специализирана комисия от лечебно заведение – изпълнител на Амбулаторна процедура №38 „Определяне на план на лечение и проследяване на терапевтичния отговор при пациенти, получаващи скъпоструващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 ЗЗО“ - бл. МЗ-НЗОК № 13.

1.6. Декларация за информирано съгласие по образец (**приложение 3**)

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

3. Първият и всеки следващ протокол се издават за период до 180 дни.

ЛИСТ ЗА КРИТЕРИИ ПРИ ЗАПОЧВАНЕ И ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ
НА ТЕЖЪК ПСОРИАЗИС С CICLOSPORIN

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 първи курс на лечение с Ciclosporin (необходимо е наличие на всички критерии):

	МКБ L40.0, L40.1	
1	Сигурна диагноза – потвърдена на база клиничен преглед и кожна биопсия	
2	Тежест на болестта, съгласно BDA 2009, EU S3 2009, NICE 2012	
3	Липса на изключващи критерии по т. Г	

Б. Критерии за продължаване на лечение с Ciclosporin (необходимо е наличие на всички критерии):

	МКБ L40.0, L40.1	
1	Предшестващо лечение с Ciclosporin	
2	Повлияване на показателите: намаляване на клиничната симптоматика – еритем, инфилтрация, десквамация	
3	Липса на нежелана лекарствена реакция и изключващи критерии по т. В и т. Г	

В. ИЗКЛЮЧАЩИ КРИТЕРИИ

1. Възраст под 18 години
2. Бременност и кърмене
3. Неконтролирани общи или локални инфекции
4. Тежки бъбречни заболявания с намалена бъбречна функция, с изключение на нефротичен синдром с минимални гломерулни изменения, фокална и сегментна гломерулна склероза и мембранозен гломерулонефрит.
5. Злокачествени новообразувания (особено хематологични и кожни неоплазии, с изключение на базалноклетъчния карцином)
6. Некомпенсирана артериална хипертония
7. Хематологични и/или биохимични отклонения, съобразно фармакологичното досие на продукта
8. Придружаващ прием на медикамент, който взаимодейства с Ciclosporin; придружаваща ПУВА терапия, придружаващ прием на други имunosупресори, ретиноиди или предхождащо дълготрайно лечение с Metotrexat.
9. Лечение с Ciclosporin повече от 24 месеца
10. Свърхчувствителност към основното или някое от помощните вещества
11. Прекъсване на терапията по вина на болния за повече от 2 месеца

Забележка: липсата на изключващи критерии се удостоверява с подпис на специалиста в настоящото приложение.

Отговаря на критериите за започване на
лечение с

в дневна доза

подпис на специалиста:.....

ЛИСТ ЗА КРИТЕРИИ ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖЪК ПСОРИАЗИС С БИОЛОГИЧНИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ

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 ПЪРВИ КУРС (задължителни са всички критерии)

	МКБ L40.0
1	Сигурна диагноза – потвърдена на база клиничен преглед и кожна биопсия ¹
2	Тежест на болестта, съгласно BDA 2009, EU S3 2009, NICE 2012 <ul style="list-style-type: none"> екстензивна форма на болестта със засягане на повече от 20% от повърхността на кожата при ЗОЛ над 18 години ² екстензивна форма на болестта със засягане на повече от 10% от повърхността на кожата при ЗОЛ под 18 години ²
3	Сумарна оценка по индекс на тежест на псориазис Psoriasis Area Severity Index (PASI) > 20 при ЗОЛ над 18 години ² Сумарна оценка по индекс на тежест на псориазис Psoriasis Area Severity Index (PASI) > 10 при ЗОЛ под 18 години ²
4	Резистентност на стандартната системна терапия след поне 6-месечно приложение в оптимални курсове и дози и PUVA/UVB, контраиндикации към стандартното системно лечение и PUVA/UVB или непоносимост/свръхчувствителност към стандартното системно лечение и PUVA/UVB при ЗОЛ над 18 години ³ Резистентност на провежданата терапия след поне 6-месечно приложение в оптимални курсове и дози и/или UVB, контраиндикации към провежданото лечение и/или UVB или непоносимост/свръхчувствителност към провежданото лечение и /или UVB при ЗОЛ под 18 години ³
5	Липса на изключващи критерии по т. Г ⁴

¹ прилага се задължително оригинална бланка или заверено копие от проведено хистопатологично изследване; при наличие на хоспитализация с давност до 1 месец преди кандидатстването се прилага епикриза ИЗ с № и дата. При хистологично доказана и потвърдена диагноза псориазис се приема давност на резултата не повече от 5 години.

² прилагат се **оценки по скала PASI**: необходимо е двукратно потвърждаване на показателите за поне 12-седмичен период без промяна в лечението; прилагат се и двата фиша, удостоверяващи провеждане на оценките с посочена дата на провеждане, подпис на специалиста, извършил оценката и печат на лекаря/лечебното заведение;

³ прилага се медицинска документация с проследяване на заболяването: амбулаторни листове от прегледи при специалист по КВБ, удостоверяващи назначаване и проследяване при провеждането на предходна стандартна системна терапия с отразени дози, продължителност на приложение и ефективност; вид и брой на проведените процедури фототерапия, индивидуални дози / кумулативна доза, продължителност и ефект от приложената фототерапия;

⁴ удостоверява се с подпис на специалиста в приложение 1 на настоящите изисквания.

в дневна доза

Отговаря на критериите за започване на лечение с

подпис на специалиста:.....



ЛИСТ ЗА КРИТЕРИИ ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО НА ТЕЖЪК ПСОРИАЗИС
С БИОЛОГИЧНИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ

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

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

Болните следва да бъдат мониторирани на 12-та седмица от началото на лечението. При кандидатстване за продължаване на лечението след завършен първи шестмесечен курс се осъществява нова оценка и задължително се представя медицинската документация от прегледа на 12-та седмица.

Б. КРИТЕРИИ ЗА ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО (задължителни са всички критерии)

	МКБ L40.0	
1	Повлияване на показателите: ▪ намаляване на клиничната симптоматика – еритем, инфилтрация, десквамация – намаляване с поне 50% и задържане във времето ¹	
2	Сумарна оценка на показателите – значително понижение на PASI спрямо изходната стойност – постигане на PASI 50 ²	
3	Липса на нежелани лекарствени реакции и изключващи критерии по т. В и т. Г ³	

¹ прилага се медицинска документация от преглед при специалист по КВБ с отразена степен на повлияване на показателите; попълнена таблица 2 от приложение 2 и оригинални бланки или заверени копия от актуални лабораторни изследвания (с посочени референтни стойности за съответната лаборатория)

² прилагат се оценки по PASI. При кандидатстване след първи шестмесечен курс се прилагат оценки от 12-та седмица и от 6-тия месец от началото на лечението; при кандидатстване за пореден шестмесечен курс се прилага актуална оценка с посочена дата на провеждане, подпис на специалиста, извършил оценката и печат на лекаря/лечебното заведение

³ удостоверява се с подпис на специалиста в приложение 1 на настоящите изисквания

В. НЕЖЕЛАНИ ЛЕКАРСТВЕНИ РЕАКЦИИ

Развитието на нежелани лекарствени реакции се потвърждава чрез представяне на амбулаторен лист от съответния преглед и копие от съобщението до ИАЛ по реда на чл.184 от ЗЛПХМ

гадене, главоболие, световъртеж	
алергия	
повишаване на артериалното налягане	
тежка инфекция	
хематологични (хемоглобин под 80 g/l, левкоцити под 3500, тромбоцити под 90000) и/или биохимични отклонения, съобразно фармакологичното досие на продукта	

Г. ИЗКЛЮЧВАЩИ КРИТЕРИИ

1. Възраст под разрешената, съгласно кратката характеристика на съответния биологичен продукт
2. Бременност и кърмене (с изключение на случаите, посочени в кратките характеристики на определени лекарствени продукти)
3. Активна или латентна туберкулоза, сепсис или други тежки инфекции
4. HIV инфекция
5. Остър или хроничен вирусен хепатит
6. Неопластични заболявания
7. Застойна сърдечна недостатъчност III и IV функционален клас по NYHA
8. Апластична анемия, изразена гранулоцитопения, миелофиброза, лимфом
9. Множествена склероза и други болести с демиелинизация
10. Автоимунно заболяване
11. Съпътстващо лечение с друг биологичен лекарствен продукт
12. Прекъсване на терапията по вина на болния за повече от 2 месеца

Отговаря на критериите за

продължаване на лечението 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.

Таблица 1

INN	МКБ	ДОЗА И НАЧИН НА ПРИЛОЖЕНИЕ	
		за ЗОЛ от 4 до 18 години	за ЗОЛ над 18 години
ADALIMUMAB	L40.0	<ul style="list-style-type: none"> 15 kg до < 30 kg - първоначална доза от 20 mg, последвана от 20 mg през седмица, една седмица след първоначалната доза ≥ 30 kg - първоначална доза от 40 mg, последвана от 40 mg през седмица, една седмица след първоначалната доза 	<ul style="list-style-type: none"> при започване на лечение - 80 mg поддържаща доза - 40 mg през седмица ** При пациенти с недостатъчен отговор на 12-та седмица, честотата на дозиране може да се повиши до 40 mg седмично за период до 16 седмици, след което лечението продължава с поддържаща доза
USTEKINUMAB	L40.0	x	<ul style="list-style-type: none"> < 100 kg: <ul style="list-style-type: none"> при започване на лечение - първи месец 45 mg на 0 и 4 седмица поддържаща доза - 45 mg на всеки 12 седмици > 100 kg <ul style="list-style-type: none"> при започване на лечение - първи месец 90 mg на 0 и 4 седмица поддържаща доза - 90 mg на всеки 12 седмици
INFLIXIMAB	L40.0	x	<ul style="list-style-type: none"> при започване на лечение - 5 mg/kg интравенозна инфузия на 0, 2 и 6 седмица поддържаща доза - 5 mg/kg интравенозна инфузия на всеки 8 седмици
ETANERCEPT	L40.0	за ЗОЛ от 6 до 18 години	за ЗОЛ над 18 години
		<ul style="list-style-type: none"> при започване на лечение - 0.8 mg на кг телесно тегло (максимална еднократна доза до 50 mg), приложена веднъж седмично поддържаща доза - 0.8 mg на кг телесно тегло (максимална еднократна доза до 50 mg), приложена веднъж седмично 	<ul style="list-style-type: none"> при започване на лечение - 25 mg или 50 mg два пъти седмично до 12 седмици поддържаща доза - 25 mg два пъти седмично или 50 mg веднъж седмично
SECUKINUMAB	L40.0	x	<ul style="list-style-type: none"> при започване на лечение - 300 mg на 0, 1, 2, 3 и 4 седмица поддържаща доза - 300 mg ежемесечно, като се започва от седмица 5. Всяка доза от 300 mg се прилага като две подкожни инжекции от 150 mg.
IXEKIZUMAB	L40.0	x	<ul style="list-style-type: none"> при започване на лечение - 160 mg на седмица 0, последвана от 80 mg на седмица 2, 4, 6, 8, 10 и 12 поддържаща доза - 80 mg на всяка 4-та седмица
CICLOSPORIN*	L40.0 L40.1	x	<ul style="list-style-type: none"> 2,5 – 5 mg/kg дневно

Забележки: *Максималната продължителност на курса на лечение с Cyclosporin е 24 месеца.

**НЗОК заплаща един курс интензифицирана терапия с Adalimumab на пациент.

2. ПРОСЛЕДЯВАНЕ:

2.1. При лечение с CICLOSPORIN

INN	ПРЕДИ ЗАПОЧВАНЕ*	КОНТРОЛ ПРИ ПРОСЛЕДЯВАНЕ
CICLOSPORIN	<ul style="list-style-type: none"> съобразно фармакологичното досие на продукта и Консенсуса за лечение на псориазис на БДД 	<ul style="list-style-type: none"> съобразно фармакологичното досие на продукта и Консенсуса за лечение на псориазис на БДД

2.2. При лечение с биологични лекарствени продукти

ИМЕ:	ЕГН										
------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Таблица 2

ИЗСЛЕДВАНИЯ	ИЗХОДНИ	НА ВСЕКИ 6 МЕСЕЦА
Тегло	✓	✓
Сумарна оценка по индекс на тежест на псориазис Psoriasis Area Severity Index (PASI)	✓	✓
ПКК с ДКК	✓	✓
ASAT, ALAT	✓	✓
СУЕ, CRP	✓	✓
серумен креатинин	✓	✓
хепатитни маркери (HBsAg, Anti HCV)	✓	-
HIV	✓	-
рентгенография на бял дроб	✓	-
кожна биопсия	✓	-
туберкулинова проба	✓	-

прилагат се:

- **оригинални бланки** или заверени копия от лабораторни изследвания, осъществени в лаборатория, сключила договор с НЗОК/РЗОК. За давност на изследванията се приема срок от не повече от 1 месец преди подаването на документите в съответната РЗОК.
- **оригинални фишове** от разчитането на образните изследвания, осъществени в лаборатория за образна диагностика, сключила договор с НЗОК/РЗОК. За давност на изследването се приема срок от не повече от 6 месеца преди подаването на документите в съответната РЗОК. **Не е необходимо да се прилага снимка или диск от рентген на бял дроб!**
- **оригинална бланка с резултат от проведена туберкулинова проба.**

II. ОБЩИ ИЗИСКВАНИЯ

- 1. Възрастовата граница** се изчислява в навършени години - т.е. включително към датата на издаване на протокола от специализираната комисия.
- При назначаване на терапия по 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 продукта.
- НЗОК не заплаща лечение с дози над максимално разрешените по кратка характеристика на продукта.
- В случай на настъпила подозирана нежелана лекарствена реакция, лекарят уведомява ИАЛ по реда на чл.184 от ЗЛПХМ. Копие от съобщението до ИАЛ се прилага към медицинската документация на ЗОЛ при кандидатстване за лечение.
- ПРИ СПЕЦИАЛИСТА, съгл. чл. 218 Б, т. 1 от НРД за медицинските дейности 2018 г. (обн., ДВ, бр. 28 от 29.03.2018 г.; изм. и доп., бр.34 от 2018г., бр.4 от 2019г.), 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.
- 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 ЗЗО на основание чл. 53 и чл. 303 от Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Български лекарски съюз за 2018г. (обн., ДВ, бр. 28 от 29.03.2018 г.; изм. и доп., бр.34 от 2018г., бр.4 от 2019г.) 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 2018г. (обн., ДВ, бр. 28 от 29.03.2018 г.; изм. и доп., бр.34 от 2018г., бр.4 от 2019г.), влизат в сила от 15.05.2019г. на основание решение № РД-НС-04-38/08.05.2019г. и отменят действащите изисквания, в сила от 15.10.2018г. на основание решение № РД-НС-04-57/27.09.2018г.

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. Информиран/а съм за отказ от майчинство/бащинство по време на провеждане на лечение с горепосочения лекарствен продукт (посочени в кратките характеристики на определени лекарствени продукти).

ДА НЕ

2. Ще спазвам препоръчаната ми схема на лечение и периодичност на контролните прегледи.
3. Редовно ще се явявам на контролни прегледи и няма да променям самоволно или под друго внушение назначената ми терапия.
4. 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.
5. 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:.....

