



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: *Телу*
РАЙНА ИОРДАНОВА



ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК

ЗА ПРЕДПИСВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ

ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ С ИНСУЛИНОВИ ПОМПИ

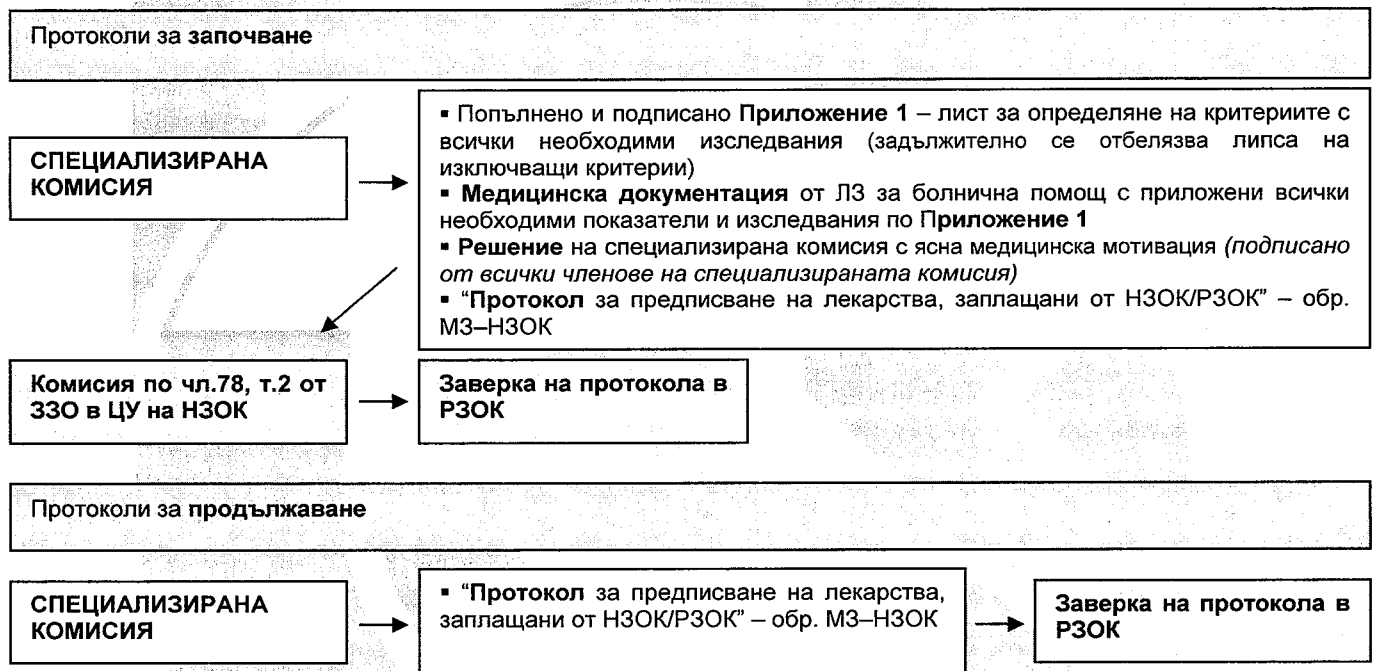
ПРИ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП 1

В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

**ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК
ПРИ ИЗДАВАНЕ НА ПРОТОКОЛИ ЗА ПРЕДПИСВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ С
ИНСУЛИНОВИ ПОМПИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП 1 В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ**

Протоколът се издава от специализирани комисии в лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК. Специализираните комисии могат да включват специалисти с код на специалност 05 (ендокринология и болести на обмяната) и 34 (детска ендокринология и болести на обмяната). Специализираните комисии се създават със Заповед на директора в следните ЛЗ: УСБАЛЕ „Акад. Иван Пенчев“ – гр. София, ВМА – МБАЛ – гр. София, СБАЛДБ „Проф. Иван Митев“ – гр. София, УМБАЛ „Света Марина“ – гр. Варна. В допълнение се включват УМБАЛ „Свети Георги“ – гр. Пловдив и „Аджибадем Сити Клиник МБАЛ Токуда“ АД - гр. София само за пациенти до 18 годишна възраст, като специализираните комисии включват специалисти с код на специалност 34 (детска ендокринология и болести на обмяната).

I. РЕД ЗА ЗАВЕРЯВАНЕ НА ПРОТОКОЛИТЕ ЗА МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ ЗА ИНСУЛИНОВИ ПОМПИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАХАРЕН ДИАБЕТ



I. 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 "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК" – обр. МЗ-НЗОК, издаден от специализирана комисия.
 - 1.4. Медицинска документация от ЛЗ за болнична помощ с приложени всички необходими показатели и изследвания по Приложение 1.
 - 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 скъпо струващи лекарствени продукти по реда на чл. 78, ал. 2 ЗЗО" - бл. МЗ-НЗОК № 13
 - 1.6 Декларация за информирано съгласие по образец (приложение 3).
 - 1.7 Дневник за самоконтрол (приложение 4).
 - 1.8. Становище от фирмата, предоставила инсулиновата помпа /или от която е закупена инсулиновата помпа и е провела обучението (приложение 5).
2. РЗОК приема документите по точка 1 след справка относно здравноосигурителния статус на ЗОЛ.
3. Първият и всеки следващ протокол се издава за срок до 180 дни.
4. Първият и всеки следващ протокол при ЗОЛ с налична или планирана бременност се издава за срок до 180 дни за срока преди и по време на бременността.



ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ПРЕДПИСВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ИНСУЛИНОВИ ПОМПИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП 1

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 (необходимо е наличие на 5 от критериите, като е задължително наличието на критерии 1, 2, 3 и 8):

МКБ Е10.2, Е10.3, Е10.4, Е10.5 и Е10.9	
1	Потвърдена диагноза захарен диабет тип 1 ¹
2	Провеждане на интензифицирана терапия с инсулинови аналози с поне 4 приложения за денонощие ¹
3	Чести и непредвидими, вкл. тежки дневни и/или нощни хипогликемии ²
4	Висока кръвна захар сутрин на гладно / наличие на "феномен на зората" ²
5	Лош гликемичен контрол - HbA _{1c} ≥ 8.5% (под 18-годишна възраст HbA _{1c} ≥ 7.5%) ³
6	Деца под 6 годишна възраст ¹
7	Бременност/планирана бременност и поддържане на трайно високо ниво на HbA _{1c} ≥ 7.0% ⁴
8	Липса на изключващи критерии по т. В ⁵

¹ медицинска документация за хода на заболяването и провежданата терапия, удостоверяваща типа на захарния диабет, копие от действащ заверен в РЗОК протокол

² дневник за самоконтрол на болния, заверен от лекуващия ендокринолог (приложение 4)

³ оригинална бланка от лабораторно изследване с подпис и печат на лекаря и ЛЗ или заверено копие (в случай, че е вписано в епикриза с давност до 1 месец преди кандидатстването не е необходимо представянето на лабораторна бланка)

⁴ задължително се предоставя медицинска документация от АГ специалист за планиране на бременност, потвърдена бременност или медицинска документация за провеждане на процедура/и за забременяване

⁵ задължително се удостоверява с подписите на специалистите, членове на специализираната комисия

Б. КРИТЕРИИ ЗА ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ (необходимо е наличие на 4 от критериите, като е задължително наличието на критерии 1, 2 и 6):

МКБ Е10.2, Е10.3, Е10.4, Е10.5 и Е10.9	
1	Провеждане на лечение с инсулинова помпа за период над 6 месеца /след поставяне на инсулиновата помпа/ ¹
2	Намаляване/липса на дневни и/или нощни хипогликемии ²
3	Снижение на кръвната захар на гладно/липса на "феномен на зората" ²
4	Подобрение на гликемичния контрол, оценен чрез снижение на HbA _{1c} ^{3,4}
5	Бременност/планирана бременност и снижение на HbA _{1c} ^{5,6}
6	Липса на изключващи критерии по т. В ⁷

¹ медицинска документация за хода на заболяването и провежданата терапия

² дневник за самоконтрол на болния, заверен от лекуващия ендокринолог (приложение 4) и разпечатка на данни от запаметени резултати /ако използваният модел инсулинова помпа позволява/

³ оригинална бланка от лабораторно изследване с подпис и печат на лекаря и ЛЗ или заверено копие (в случай, че е вписано в епикриза с давност до 1 месец преди кандидатстването не е необходимо представянето на лабораторна бланка).



⁴ при достигане на трайни стойности на $HbA_{1c} < 7.0\%$ критерият не се прилага, като се отбелязва в решението на специализираната комисията. За лица до 18 годишна възраст задължително следва да се поддържат стойности на $HbA_{1c} < 9.0\%$.

⁵ задължително се предоставя медицинска документация от АГ специалист за потвърдена бременност или медицинска документация за провеждане на процедура/и за забременяване – извадка от диспансерното досие, издадена от наблюдаващия СИМП (АГ), с вписана кратка анамнеза, срок на бременността, термин на раждане, копие от карта за профилактика на бременността.

⁶ След раждане или преустановяване на процедурите за забременяване, специализираната комисия извършва преоценка на необходимостта от продължаване на провежданата терапия с инсулинова помпа.

⁷ задължително се удостоверява с подписите на специалистите, членове на специализираната комисия

В. ИЗКЛЮЧАЩИ КРИТЕРИИ (при започване и при продължаване на лечението)

1. Захарен диабет тип 1 с давност под 6 месеца
2. По-малко от 1 месец от поставяне на помпата (не важи в случаите на планиране и по време на бременност)
3. Прекъсване на терапията с инсулинова помпа за период от 2 и повече месеца.
4. Наличие на психологически проблеми или психично заболяване
5. Липса на адекватна комуникация с лекуващия екип
6. Чести хоспитализации по повод на декомпенсиран захарен диабет

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

Г. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ СЪС СПЕЦИАЛИЗИРАНИ КОМИСИИ

1. УБАЛ следва да разполага със специализирана клиника по ендокринология при наличие на добре подготвен за работа с инсулинови помпи персонал от лекари и медицински сестри.

2. Обучение, назначаване, стартиране и проследяване на терапията с инсулинови помпи се извършва от ендокринолози/детски ендокринолози, работещи по договор със съответната УБАЛ, с опит за извършване на дейността.

3. Членовете на специализираните комисии носят отговорност за подбора на пациентите, за които издават решение както по отношение на медицинските критерии, така и по отношение на възможността им за адекватно, осъзнато и отговорно поведение и отношение към провежданата терапия.

3. Лечебното заведение следва задължително да открие 24-часова телефонна връзка за оказване на помощ и консултация при възникване на спешна ситуация.

4. При първоначално издаване на решение и протокол от специализираната комисия за провеждане на терапия с инсулинова помпа, следва да бъде извършена преоценка на провежданата интензифицирана терапия с инсулинови аналози, като *преоценката* се вписва в решението и при необходимост от промяна на терапията се издава нов протокол с коригираните дози на инсулиновите аналози.

Отговаря на критериите за лечението с

подписи на специалистите от специализираната комисия:.....



I. НЗОК заплаща следните видове медицински изделия за приложение на инсулинови помпи при захарен диабет тип 1

- Инфузионен сет – до 10 броя месечно
- Инфузионен резервоар – до 10 броя месечно
- Сензори – до 5 броя месечно.

II. ОБЩИ ИЗИСКВАНИЯ

1. Възрастовата граница се изчислява в навършени години - т.е. включително към датата на издаване на протокола от специализираната комисия.

2. НЗОК заплаща до определената по реда на Наредбата по чл. 30а от ЗМИ (обн ДВ, бр. 104 от 14.12.2018г.) месечна стойност, съгласно Решение на РД-НС-04-28/01.04.2019г.

3. 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 1 юни 2019г. на основание решение № РД-НС-04-46/27.05.2019г. и отменят действащите изисквания, в сила от 01.06.2017г.



**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ
ПРИ ПРЕДПИСВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ИНСУЛИНОВИ ПОМПИ
ПРИ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ТИП 1**

.....
 Аз долуподписаният/ата

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

1. Съм запознат с начина на работа с инсулинова помпа и съм преминал обучителен курс към
, от където ми е предоставена безплатно/съм закупил/а инсулинова помпа.
 /ненужното се зачертава/
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 самovolно или под друго
 внушение назначената ми терапия.
4. Запознат съм с рисковете за собственото си здраве, в случаи на неспазване на назначената
 терапия, хранителен и двигателен режим, както и неправилна употреба на медицинското изделие.
 В случай на спешност или необходимост от спешна консултация ще се обръщам към
 специализирания център на предоставения ми 24-часов телефон
5. Ще ползвам и ще съхранявам инсулиновата помпа отговорно при спазване на инструкцията за
 употреба, която ми е предоставена и разяснена.
6. В случай на технически проблем с медицинското изделия съм уведомен да се обръщам към
 фирмата, от която съм закупил/получил инсулиновата помпа, за което ми е предоставен 24-часов
 телефон за контакт.
7. При преустановяване на лечението по причини, произтичащи от решението на Комисията за
 експертизи в РЗОК и/или Комисията по чл. 78, т.2 от ЗЗО, ще уведомя незабавно личния си
 лекар/наблюдаващ ендокринолог и РЗОК и ще върна в РЗОК последния протокол, по който съм
 получавал/а медицинските изделия.
8. При прекратяване на провежданата терапия за период от 2 и повече от два месеца се задължавам
 да върна предоставената ми безплатно инсулинова помпа на
9. При неспазване на посочените условия лечението ми с упоменатото медицинско изделие ще бъде
 прекратено и няма да имам претенции към НЗОК.

Дата:.....

Декларатор:.....

(име, презиме и фамилия)

Подпис:.....



Име:		ЕГН																					
ДНЕВНИК ЗА САМОКОНТРОЛ		ИНСУЛИНОВИ ДОЗИ				НИВО НА КРЪВНАТА ЗАХАР								Забележка									
дата	лекарствен/и продукти	7ч.	12ч.	19ч.	22ч.	преди закуска	2 часа след закуска	преди обяд	2 часа след обяд	преди вечеря	2 часа след вечеря	преди лягане	през нощта										

Необходимо е да се отбелязва всяка промяна в дозата и/или вида на инсулина.
 В колона „забележка“ се вписват всички състояния, които могат да повлияят на резултатите от тестовете (заболявания, промени в диетата, стресови ситуации, необичайно натоварване и др.)
 Нанасят се данните от проведените измервания на кръвната захар, като са задължителни поне десет измервания на кръвната захар през последния месец преди кандидатстването.

Дневникът за самоконтрол е заверен от: подпис на специалиста:.....

С Л У Ж Е Б Н А Б Е Л Е Ж К А

Настоящата служебна бележка се издава на,
насочен/а от специализираната комисия при....., в уверение на
следното:

Г-н/г-жа е преминал/а курс на обучение за ползване на инсулинова
помпа в периода от до

Инсулиновата помпа - /модел/ е предоставена/закупена от лицето и е
подписан двустранен договор за отговорно пазене и съхранение, както и за задължително ѝ връщане на
фирмата, чиято собственост е медицинското изделие в случаите на предоставяне, след прекъсване на
лечението за период до 2 и повече месеца.

След проведеното обучение, лицето (негов родител/настойник/попечител) е в състояние
самостоятелно да борави с изделието и осъзнава рисковете за собственото си здраве в случай на неправилна
употреба.

В случай на технически проблем с медицинското изделия на лицето е подсигурана 24-часова
телефонна линия за спешни консултации по възникнали технически проблеми

Провел обучението:
име, подпис

Управител:
име, подпис

Дата:.....

