



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

ЦЕНТРАЛНО УПРАВЛЕНИЕ

София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg

тел: +359 2 9659301

УТВЪРЖДАВАМ: /п/
ДОЦ. Д-Р ПЕТКО СТЕФАНОВСКИ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

ВЯРНО:
ДИРЕКТОР ДИРЕКЦИЯ ЧРАО:
БОЖИДАРА ЧУФАРЛИЧЕВА

ИЗИСКВАНИЯ НА НЗОК
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ
ПРИ ХИПОФОСФАТАЗИЯ
В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

**ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ
НА ХИПОФОСФАТАЗИЯ**

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

	МКБ Е83.3 (хипофосфатазия)	
1	Сигурна диагноза — клиничната симптоматика, потвърдена на базата на ензимна активност и ДНК анализ ^{1, 2}	
2	Инструментални и лабораторни изследвания ^{1, 2}	
3	Консултативни прегледи ¹	
4	Липса на изключващи критерии по т. Б	

¹ решение на специализирана комисия по АПр № 38

² медицинска документация, потвърждаваща критериите по **приложение 1** и всички необходими изследвания, съобразно **приложение 2**

Б. ИЗКЛЮЧАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)

1. Свръхчувствителност към активното или някое от помощните вещества
2. Бременност и лактация

ЛИСТ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КРИТЕРИИТЕ ПРИ ПРОДЪЛЖАВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО НА ХИПОФОСФАТАЗИЯ

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

	МКБ Е83.3 (хипофосфатазия)
1	Сигурна диагноза — клиничната симптоматика, потвърдена на базата на ензимна активност и ДНК анализ ^{1, 2}
2	Инструментални и лабораторни изследвания ^{1, 2}
3	Консултативни прегледи ^{1, 3}
4	Липса на изключващи критерии по т. Б

¹ решение на специализирана комисия по АПр № 38

² медицинска документация, потвърждаваща критериите по **приложение 1** и всички необходими изследвания, съобразно **приложение 2**

Б. ИЗКЛЮЧАЩИ КРИТЕРИИ (ПРИ ЗАПОЧВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО)

1. Свръхчувствителност към активното или някое от помощните вещества
2. Бременност и лактация

I. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

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

Таблица 1

INN	DDD
ASFOTASE ALFA	Препоръчителната схема: - 2 mg/kg телесно тегло, прилагани подкожно три пъти седмично Или - 1 mg/kg телесно тегло, прилаган подкожно шест пъти седмично Максималната препоръчителна доза - 6 mg/ kg/ седмица.

2. ПРОСЛЕДЯВАНЕ:

Таблица 2

Показатели и изследвания	изходни	3 месец	+ 6 месеца*	+ 12 месеца*
Ръст	x	x	x	x
Телесна маса	x	x	x	x
Обиколка на глава, описание на форма (само за деца до 4 годишна възраст)	x	x	x	x
ПМК (хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити)	x	x	x**	x**
CYE	x	x	x*	x**
Общ белтък	x	x	x**	x**
ASAT	x	x	x**	x**
ALAT	x	x	x**	x**
Алкална фосфатаза	x	x	x	x
Билирубин	x	x	x**	x**
Калций	x	x	x	x
Фосфор	x	x	x	x
Витамин Д	x	x	x	x
Паратхормон	x	x	x	x
Кръвна захар	x	x	x**	x**
Креатинин	x	x	x	x
Пикочна киселина и урея	x	x	x**	x**
Креатининов клирънс	x	x	x	x
Изследване на урина - общо и седимент	x	x	x**	x**
Кръвно-газов анализ	x		x**	x**
Абдоминална ехография	x	x		x
Рентгенография на бял дроб, китки и колена	x			x
Консултация с пулмолог	x			x**
Консултация с оториноларинголог	x			x**
Консултация с офталмолог	x			x**

+ 6 м.* - извършват се на всеки 6 месеца; + 12 м.* извършват се на всеки 12 месеца; изследванията се представят на оригинални бланки или заверени копия с подпис и печат на ЛЗ (при наличие на хоспитализация с давност до 1 месец преди кандидатстването се прилага заверено копие от епикриза с номер ИЗ);

** изследванията и консултациите са по преценка

Дата:

Лекуващ лекар:

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 ИАП по реда на чл. 184 от ЗЛПХМ. Копие от съобщението се прилага към медицинската документация на ЗОЛ при кандидатстване за лечение.
 6. Всеки е-протокол се издава въз основа на издаден медицински документ от 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 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“.
 8. Издаването на Е-протокол се осъществява в съответствие със съвместни „Указания за работа с подаден по електронен път протокол IA/IB/IC (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 Ns РД-НС-04-00-53/10.06.2026 г. 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, обн., ДВ, бр. 75 от 20.09.2022 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, 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.
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:.....

