



НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА

София 1407, ул. "Кричим" No 1

www.nhif.bg

тел: тел: +359 2 9659121

УТВЪРЖДАВАМ:

Д-Р ГЛИНКА КОМИТОВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК /п/

ОГНЯН КРОНЕВ
ДИРЕКТОР ДИРЕКЦИЯ
„АДМИНИСТРАТИВНА ДЕЙНОСТ,
УПРАВЛЕНИЕ НА СОБСТВЕНОСТТА
И ОБЩЕСТВЕНИ ПОРЪЧКИ“



**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 специалисти с код на специалност 05 (ендокринология и болести на обмяната) и 34 (детска ендокринология и болести на обмяната) от специализирани комисии в лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК. Специализираните комисии се създават със Заповед на директора в следните ЛЗ: УСБАЛЕ „Акад. Иван Пенчев“ - София, ВМА – МБАЛ - София, СБАЛДБ „Проф. Иван Митев“ – София, УМБАЛ „Света Марина“ - Варна.

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



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 "Протокол за предписване на лекарства, заплащани от НЗОК/РЗОК" – обр. МЗ-НЗОК, издаден от лекаря специалист. Протоколът задължително се подписва от всички членове на специализираната комисия.

1.4. Епикриза / етапна епикриза от ЛЗ за болнична помощ с приложени всички необходими показатели и изследвания по Приложение 1.

1.5.Решение на специализирана комисия с ясна медицинска мотивация (подписано от всички членове на специализираната комисия).

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.



⁴ При достигане на трайни стойности на $HbA_{1c} < 7.0\%$ критерият не се прилага, като се отбелязва в решението на специализираната комисията

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. ИСКЛЮЧАЩИ 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 ендокринологи, 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 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.

5. При заверка на протокола в НЗОК/РЗОК следва да се издаде нов протокол, съобразно експертното решение. Протокол за базален инсулинов аналог се издава в хода на лечението с инсулинова помпа, като дозата трябва да е съответно адаптирана от наблюдаващия ендокринолог.

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

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....) месечна стойност, съгласно Решение на РД-НС-04-13/10.02.2016г.

3. ПРИ СПЕЦИАЛИСТА, съгл. чл. 158 Б, т. 1 от НРД за медицинските дейности 2015 г. (обн. ДВ бр. 6 от 23.01.2015 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, експертни становища, дневник за самоконтрол на болния, заверен от лекуващия ендокринолог (приложение 4) и разпечатка на данни от запаметени резултати /ако ползваният модел инсулинова помпа позволява/, становище на фирмата, предоставила/или от която е закупена помпата - приложение 5 и други документи, 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.

КОМИСИЯТА, издала протокола на ЗОЛ, съхранява втори екземпляр на протокола и всички необходими документи за издаването му.

Настоящите изисквания са разработени на основание чл. 56 от Национален рамков договор за медицинските дейности за 2015 година (обн., ДВ, бр. 6 от 23.01.2015 г.) и Решение № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 от Закона за здравето осигуряване на НС на НЗОК (обн. ДВ бр. 25 от 31.03.2016г.) и са одобрени с Решение № РД-НС-04-59/10.06.2016 г. на НС на НЗОК.



ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ
ПРИ ПРЕДПИСВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ИНСУЛИНОВИ ПОМПЫ
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 самоволно 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 изделие 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:.....



СЛУЖЕБНА БЕЛЕЖКА

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 дог.

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:.....

