

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TARYBA

NUTARIMAS DĖL LIGŲ IR KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ JOMS GYDYTI SĄRAŠO (A SĄRAŠO) PAKEITIMO

2017 m. lapkričio 30 d. DT- 8/3

Vilnius

Vadovaudamasi Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 10 straipsnio 1 dalimi ir atsižvelgdama į Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2017 m. spalio 5 d., 12 d. ir 24 d. posėdžiuose priimtus sprendimus, Privalomojo sveikatos draudimo taryba n u t a r i a pritarti:

1. šių ligų įrašymui į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą):

1.1. *aspergiliozė*, kurios kodas B44 pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) (toliau – TLK-10-AM) įrašymui į A sąrašo I skyrių „Infekcinės ir parazitinės ligos“. Pritarti šios ligos gydymo išlaidų kompensavimui 100 procentų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis;

1.2. *rezus nesuderinamumas*, kurios kodas T80.4 pagal TLK-10-AM įrašymui į A sąrašo III skyrių „Kraujo ir kraujodaros organų ligos bei tam tikri sutrikimai, susiję su imuniniais mechanizmais“. Pritarti šios ligos gydymo išlaidų kompensavimui 100 procentų PSDF biudžeto lėšomis.

2. šių vaistinių preparatų įrašymui į A sąrašą iš Rezervinio vaistų sąrašo:

2.1. *Posaconazolium*, skirto aspergiliozei (TLK-10-AM kodas B44) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „sergantiems leukemija, limfoma, aplazine anemija ir kitomis sunkiomis kraujo ligomis (TLK-10-AM kodai C83, C91, C92, D61, D71, D76), kai sukėlėjas atsparus *Voriconazolium*. Skiria gydytojas hematologas ar vaikų hematologas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Pacientams po kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos (TLK-10-AM kodas Z94.8), kai sukėlėjas atsparus *Voriconazolium*. Skiria alogeninės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugas teikiantis gydytojas hematologas ar vaikų hematologas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui“ ir su sąlyga, kad šio vaistinio preparato gamintojas sudarys gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartį, kurioje būtų nustatyta prognozuojama PSDF biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.2. *Voriconazolium*, skirto aspergiliozei (TLK-10-AM kodas B44) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „sergantiems leukemija, limfoma, aplazine anemija ir kitomis sunkiomis kraujo ligomis (TLK-10-AM kodai C83, C91, C92, D61, D71, D76). Skiria gydytojas hematologas ar vaikų hematologas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Pacientams po kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos (TLK-10-AM kodas Z94.8). Skiria alogeninės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugas teikiantis gydytojas hematologas ar vaikų hematologas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui“. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų.

3. vaistinio preparato *Anti-D imunoglobulino*, įrašymui į A sąrašą, skiriant jį esant rezus nesuderinamumui (TLK-10-AM kodai O36.0, T80.4). PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų.

4. vaistinių preparatų įrašytų į A sąrašą skyrimo sąlygų ir TLK-10-AM kodų pakeitimui:

4.1. *Moxonidinum*, kompensuojamo 80 procentų iš PSDF biudžeto lėšų, skirto hipertenzinėms ligoms (TLK-10-AM kodai I10-I11, I15) gydyti, TLK-10-AM kodų patikslinimui iš „I10-I11, I15“ į „I10, I11.9“ bei naujų skyrimo sąlygų „1) *Moxonidinum* pridedamas kaip penktas antihipertenzinis vaistas, kai gydymas AKF inhibitoriumi ar angiotenzino II receptorių

blokatoriumi, kalcio kanalų blokatoriumi, diuretikais ir beta adrenoreceptorių blokatoriumi yra neefektyvus; 2) jei gydymas AKF inhibitoriumi ar angiotenzino II receptorių blokatoriumi, kalcio kanalų blokatoriumi, diuretikais ir beta adrenoreceptorių blokatoriumi yra kontraindikuotinas ar pasireiškia nepageidaujamos reakcijos, dėl kurių vaisto vartojimą būtina nutraukti, *Moxonidinum* gali būti pridedamas prie kitų antihipertenzinių vaistų anksčiau nei penktas antihipertenzinis vaistas“ nustatymui;

4.2. *Rilmenidinum*, kompensuojamo 80 procentų iš PSDF biudžeto lėšų, skirto hipertenzinėms ligoms (TLK-10-AM kodai I10-I11, I15) gydyti, TLK-10-AM kodų patikslinimui iš „I10-I11, I15“ į „I10-I11“ bei naujų skyrimo sąlygų „1) *Rilmenidinum* pridedamas kaip penktas antihipertenzinis vaistas, kai gydymas AKF inhibitoriumi ar angiotenzino II receptorių blokatoriumi, kalcio kanalų blokatoriumi, diuretikais ir beta adrenoreceptorių blokatoriumi yra neefektyvus; 2) jei gydymas AKF inhibitoriumi ar angiotenzino II receptorių blokatoriumi, kalcio kanalų blokatoriumi, diuretikais ir beta adrenoreceptorių blokatoriumi yra kontraindikuotinas ar pasireiškia nepageidaujamos reakcijos, dėl kurių vaisto vartojimą būtina nutraukti, *Rilmenidinum* gali būti pridedamas prie kitų antihipertenzinių vaistų anksčiau nei penktas antihipertenzinis vaistas“ nustatymui;

4.3. *Sorafenibum*, kompensuojamo 100 procentų iš PSDF biudžeto lėšų kepenų, skirto intrahepatinių tulžies latakų piktybiniams navikams (TLK-10-AM kodas C22) gydyti, TLK-10-AM kodų patikslinimui iš „C22“ į „C22.0“ bei skyrimo sąlygos patikslinimui iš „skiriamas gydytojų onkologų chemoterapeutų konsiliumo sprendimu, patvirtinus, kad bet koks lokalus gydymas (kepenų transplantacija, kepenų rezekcija, transarterinė chemoembolizacija, radiodažnuminė abliacija, pritaikomoji spindulinė terapija, etanolizacija) negalimas (jei liga yra lokali, būtina chirurgo, turinčio patirties operuojant kepenis, konsultacija), esant pakankamai geriems kepenų funkcijos rodikliams (*Child Pugh* A ir B funkcinės klasės, iki 8 balų) ir pakankamai gerai paciento funkciniai būklė (ECOG 0–1 balai). Skiriant šį vaistinį preparatą, kas 2–3 mėnesius turi būti atliekami kontroliniai radiologiniai, laboratoriniai tyrimai“ į „skiriamas gydytojų onkologų chemoterapeutų konsiliumo sprendimu, patvirtinus, kad bet koks lokalus gydymas (kepenų transplantacija, kepenų rezekcija, transarterinė chemoembolizacija, radiodažnuminė abliacija, pritaikomoji spindulinė terapija, etanolizacija) negalimas (jei liga lokali, būtina chirurgo, turinčio patirties operuojant kepenis, konsultacija), esant pakankamai geriems kepenų funkcijos rodikliams (*Child Pugh* A klasė) ir pakankamai gerai paciento funkciniai būklė (ECOG 0-1). Vaistą išrašyti ne ilgesniam nei 1 mėn. laikotarpiui. Prieš pratęsiant vaisto skyrimą kartoti kontrolinius radiologinius tyrimus (kas 2 mėn.).“

Privalomojo sveikatos draudimo
tarybos pirmininkė



Rima Vaitkienė