



**LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS  
LIGŲ, VAISTINIŲ PREPARATŲ IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONIŲ  
KOMPENSAVIMO KOMISIJA**

Biudžetinė įstaiga, Vilniaus g. 33, LT-01506 Vilnius, tel. (8 5) 266 1400,  
faks. (8 5) 266 1402, el. p. ministerija@sam.lt, http://www.sam.lt.  
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188603472

Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos  
priemonių kompensavimo komisijos nariui

2015-10-06 Nr. (1.1.20-253)-10-8740

**DĖL KOMISIJOS POSĖDŽIO DARBOTVARKĖS**

Informuojame, kad Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos (toliau – Komisija) posėdis vyks **2015 m. spalio 15 d. (ketvirtadienį), 10.00 val.**, LR SAM Farmacijos departamente, 202 posėdžių salėje (Vilniaus g. 16).

Posėdyje numatoma svarstyti šiuos klausimus:

1. Pirminis paraiškų svarstymas įrašyti vaistinius preparatus į **Kompensavimo sąrašus**:

1.1. Dėl vaistinio preparato *Dapagliflozinum (Forxiga)*, skirto suaugusių 18 metų ir vyresnių pacientų, sergančių 2 tipo cukriniu diabetu (TLK-10-AM kodas E11) glikemijos kontrolei pagerinti, taikant skyrimo sąlygą „1. skiriant kaip trečią vaistą cukriniam diabetui gydyti, jei ne trumpesniu nei 3 mėn. cukrinio diabeto gydymo kursu dviem vaistais maksimaliomis toleruojamomis dozėmis nepasiekta norimo tikslo, t. y. HbA1c yra 7,0 proc. arba daugiau; 2. skiriant kombinuotoje terapijoje su sulfonilkarbamido preparatais, kai netoleruojamas Metforminum arba yra jo vartojimo kontraindikacijos ir kai, skiriant vieną sulfonilkarbamidą, norimas efektas nepasiekiamas; 3. skiriant kombinuotoje terapijoje su Metforminum, kai netoleruojami sulfonilkarbamidai arba yra jų vartojimo kontraindikacijos ir kai, skiriant vieną Metforminum, norimas efektas nepasiekiamas“;

1.2. Dėl vaistinio preparato *Canagliflozinum (Invokana)*, skirto 2 tipo cukriniam diabetui (TLK-10-AM kodas E11) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „skiriamas kartu su metforminu ir sulfonilkarbamidais, kai gydymas metforminu ir sulfonilkarbamidais neužtikrina tinkamos glikemijos kontrolės. Kai netoleruojamas metforminas, kanagliflozinas skiriamas kartu su sulfonilkarbamidais, kai gydymas sulfonilkarbamidais neužtikrina tinkamos glikemijos kontrolės“;

1.3. Dėl vaistinio preparato *Bevacizumabum (Avastin)*, skirto gimdos kaklelio piktybiniam navikui (TLK-10-AM kodas C53) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „kartu su paplitakseliu ir cisplatina arba su paklitakseliu ir topotekanu suaugusioms pacientėms, kurioms nustatyta persistojanti, recidyvuojanti ar metastazavusi gimdos kaklelio karcinoma“;

1.4. Dėl vaistinio preparato *Ramucirumabum (Cyramza)*, skirto skrandžio vėžiui arba gastroezofaginės jungties adenokarcinomai (TLK-10-AM kodas C16) gydyti, taikant skyrimo sąlygą: „1. derinyje su paklitakseliu, skirtas gydyti suaugusiems pacientams, kuriems diagnozuotas progresavęs (išplitęs) skrandžio vėžys arba gastroezofaginės jungties adenokarcinoma, kai liga progresuoja po pirmesnės chemoterapijos platinos ir fluoropirimidino vaistiniais preparatais; 2. monoterapija skirta suaugusiems pacientams, kuriems diagnozuotas išplitęs skrandžio vėžys arba gastroezofaginės jungties adenokarcinoma, kai liga progresuoja po pirmesnės chemoterapijos

platinos ar fluoropirimidino vaistiniu preparatu, kuriems netinka gydymas derinyje su paklitakseliu“;

1.5. Dėl vaistinio preparato *Metoprololum et Ivabradinum (Implicor)*, skirto III ir IV funkcinės klasės anginai (TLK-10-AM kodas I20.8) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „pacientams, kurių sinusinis ritmas jau kontroliuojamas tokiomis pačiomis dozėmis kartu vartojamais Metoprololiu ir Ivabradinu“.

2. Tolesnis paraiškų svarstymas įrašyti vaistinius preparatus į **Kompensavimo sąrašus**:

2.1. Dėl vaistinio preparato *Entecavirum (Baraclude)*, skirto lėtiniam virusiniam hepatitui B (TLK-10-AM kodai B18.0-B18.1) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „skiriant vietoje *Lamivudinum*“;

2.2. Dėl vaistinio preparato *Vortioxetinum (Brintellix)*, skirto vartoti suaugusiems didžiosios depresijos epizodų (TLK-10-AM kodai F32.1, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) gydymui, taikant skyrimo sąlygą „tik suaugusiems, kai bent po vienu antidepresantu skirto gydymo nebuvo tinkamo atsako. Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vėliau iki 6 mėnesių gali išrašyti gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas“;

2.3. Dėl vaistinio preparato *Liraglutido (Victoza)* nuo insulino nepriklausomam diabetui (TLK-10-AM kodas E11) gydyti, taikant pareiškėjo siūlomą apribojimą „kai gliukozės kiekio kraujyje kontrolė yra nepakankama net vartojant didžiausias toleruojamas metformino, sulfonilkarbamido arba metformino su tiazolidinedionu dozes“;

2.4. Dėl vaistinio preparato *Riociguatum (Adempas)*, skirto plaučių arterinės hipertenzijos (TLK-10-AM kodai I27.0, I27.8) gydymui, taikant apribojimus „skiria ir išrašo gydytojai kardiologai, gydytojai pulmonologai, gydytojai vaikų kardiologai dirbantys plaučių hipertenzijos centruose universitetų ligoninėse, turinčiose licenciją teikti tretinio lygio kardiologines ir pulmonologines paslaugas bei atliekančiose širdies ir/ar plaučių transplantacijas, kai gydymas vaistiniu preparatu *Sildenafilum* yra kontraindikuotinas ar nepakankamai veiksmingas“ ir skirto lėtinės tromboembolinės plautinės hipertenzijos (TLK-10-AM kodas I27.2) gydymui;

2.5. Dėl vaistinio preparato *Fentanylum (Lunaldin)*, skirto onkologinių ligų (TLK-10-AM kodai C00-C97) skausmo proveržių slopinimui;

2.6. Dėl vaistinio preparato *Lopinavirum et Ritonavirum (Kaletra 100 mg+25 mg tabl.)*, skirtą Žmogaus imunodeficito viruso sukeltai ligai (TLK-10-AM kodai B20-B24) gydyti, taikant apribojimą „tik vaikams“;

2.7. Dėl vaistinio preparato *Obinutuzumabo (Gazyvaro)*, skirto lėtinei limfocitinei leukemijai (TLK-10-AM kodas C91.1) gydyti, taikant siūlomą apribojimą „negydytiems pacientams, kurie dėl gretutinių ligų negali būti gydomi *Fludarabinu*“.

3. Dėl Lietuvos neurologų asociacijos 2015 m. rugsėjo 16 d. prašymo intraveninį žmogaus imunoglobuliną įrašyti į kompensavimo sąrašus daugiažidininei motorinei neuropatijai gydyti.

4. Dėl Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie SAM 2015 m. birželio 1 d. rašto Nr. D2-6599.01.11 „Dėl centralizuotai apmokamų medicinos pagalbos priemonių sąrašo“.

5. Dėl vaistinio preparato *Pregabalinum* kompensavimo.

6. Dėl vaistinio preparato *Vinorelbinum 10 mg geriami kieti* kompensavimo.

7. Dėl kompanijos prašymo pakeisti vaistinio preparato *Lenalidomidum (Revlimid)* siūlomas kompensuoti skyrimo sąlygas.

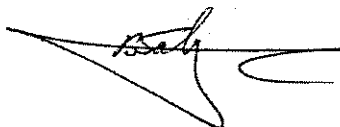
8. Dėl UAB „AstraZeneca Lietuva“ 2015 m. kovo 5 d. rašto Nr. 4-17/2015 „Dėl vaisto *Fulvestrantum (Faslodex)* skyrimo ir prieinamumo gerinimo“.

9. Dėl Ipsen Pharma Lietuvos filialo 2015 m. gegužės 29 d. rašto „Dėl vaistinio preparato *Somatulin Autogel (Lanreotidum)* terapinės vertės pervertinimo ir PSDF lėšų padidinimo“.

10. Dėl vaistinio preparato *Imatinibum* kompensavimo pacientams, kuriems yra Kit (CD 117) teigiamas nerezekuotinas ir (ar) metastazavęs piktybinis virškinimo trakto stomos navikas.

11. Dėl vaistinio preparato *Aripiprazolum (Abilify Maintena)*, skirto šizofrenijos (TLK-10-AM kodas F20) palaikomajam gydymui suaugusiems pacientams, kurių būklė stabilizuota geriamuoju *Aripiprazolu*, injekcinės vaisto formos bazinės kainos nustatymo.

Pirmininkas



Valentin Gavrilov

Diana Prochorova, tel. (8 5) 219 3333, el. p. [diana.prochorova@sam.lt](mailto:diana.prochorova@sam.lt)

