

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ
от 12 февраля 2018 г. N 189-п

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СОСТАВА КОМИССИИ ПО ОЦЕНКЕ
ОБОСНОВАННОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ
ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ,
НЕ ВХОДЯЩИХ В ПЕРЕЧНИ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ И
ОБЛАСТНЫМИ НОРМАТИВНЫМИ ПРАВОВЫМИ АКТАМИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ
ГРАЖДАН, ПРОЖИВАЮЩИХ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ,
ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОБЛАСТНОГО БЮДЖЕТА**

С целью гарантированного и доступного обеспечения отдельных категорий граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, имеющих право на меры социальной поддержки по лекарственному обеспечению в рамках оказания им первичной медико-санитарной помощи, жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными препаратами, не входящими в перечни, утвержденные федеральными и областными нормативными правовыми актами, в соответствии с [Постановлением](#) Правительства Свердловской области от 22.06.2017 N 438-ПП "О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, проживающих в Свердловской области, по обеспечению лекарственными препаратами и медицинскими изделиями бесплатно и на льготных условиях по рецептам врачей в фармацевтических организациях за счет средств областного бюджета" приказываю:

1. Утвердить:

1) [состав](#) комиссии по оценке обоснованности дополнительного назначения жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, не входящих в перечни, утвержденные федеральными и областными нормативными правовыми актами для обеспечения на амбулаторном этапе лечения по жизненным показаниям граждан, проживающих в Свердловской области, за счет средств областного бюджета (приложение N 1);

2) форму [заявления](#) медицинской организации на рассмотрение дополнительного назначения жизненно необходимого лекарственного препарата, не входящего в льготные перечни, утвержденные федеральными и областными нормативными правовыми актами (приложение N 2);

3) форму [протокола](#) рассмотрения заявлений комиссией по оценке обоснованности дополнительного назначения жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, не входящих в перечни, утвержденные федеральными и областными нормативными правовыми актами (приложение N 3);

4) форму экспертного [заключения](#) главного штатного (внештатного) специалиста Министерства здравоохранения Свердловской области (приложение N 4).

2. Заместителю Министра здравоохранения Свердловской области С.Б. Туркову обеспечить работу комиссии по оценке обоснованности дополнительного назначения жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, не входящих в перечни, утвержденные федеральными и областными нормативными правовыми актами (далее - Комиссия) в соответствии с [Порядком](#) дополнительного обеспечения на амбулаторном этапе лечения по жизненным показаниям лекарственными препаратами, не включенными в перечни, утвержденные федеральными и областными нормативными правовыми актами, но предусмотренными стандартами медицинской

помощи и перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения отдельных категорий граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, за счет средств областного бюджета, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 08.02.2018 N 167-п "О Порядке дополнительного обеспечения на амбулаторном этапе лечения по жизненным показаниям лекарственными препаратами, не включенными в Перечни, утвержденные федеральными и областными нормативными правовыми актами, но предусмотренными стандартами медицинской помощи и перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения отдельных категорий граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, за счет средств областного бюджета".

3. Заместителю начальника отдела организации лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области Топорковой И.Н.:

1) организовать подготовку к проведению заседаний Комиссии;

2) довести настоящий Приказ до сведения и исполнения всех организаций, участвующих в предоставлении мер социальной поддержки по лекарственному обеспечению за счет средств областного бюджета.

4. Начальникам территориальных отделов здравоохранения по Западному, Южному и Горнозаводскому управленческим округам, руководителям отделов по организации оказания медицинской помощи населению Северного и Восточного управленческих округов в ГАУЗ СО "Красноурьинская ГБ" и ГБУЗ СО "Ирбитская ЦГБ":

1) принять настоящий Приказ к исполнению;

2) назначить лиц, ответственных за получение от медицинских организаций в соответствии с территориальным прикреплением документов для рассмотрения Комиссией.

5. Рекомендовать руководителям федеральных государственных учреждений здравоохранения ЦМСЧ ФМБА России, начальнику Управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга:

1) принять настоящий Приказ к исполнению;

2) назначить лиц, ответственных за получение от медицинских организаций в соответствии с территориальным прикреплением документов для рассмотрения Комиссией.

6. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Свердловской области принять настоящий Приказ к сведению и исполнению.

7. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Министр
А.И.ЦВЕТКОВ

Приложение N 1
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области

**СОСТАВ
КОМИССИИ ПО ОЦЕНКЕ ОБОСНОВАННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ
ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ,
НЕ ВХОДЯЩИХ В ПЕРЕЧНИ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ И
ОБЛАСТНЫМИ НОРМАТИВНЫМИ ПРАВОВЫМИ АКТАМИ**

Председатель комиссии:

Трофимов И.М. - Министр здравоохранения Свердловской области.

Заместитель председателя комиссии:

Турков С.Б. - Заместитель Министра здравоохранения Свердловской области.

Секретарь комиссии:

Казымова Г.Р. - специалист I категории отдела организации лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области.

Члены комиссии:

Малявина Е.А. - начальник отдела специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи Министерства здравоохранения Свердловской области;

Татарева С.В. - начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области;

Базите И.И. - начальник отдела первичной и скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Свердловской области;

Михайлов В.Г. - начальник отдела организации лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области;

Виноградов А.В. - главный специалист - терапевт Министерства здравоохранения Свердловской области;

Пастухова Т.П. - главный внештатный специалист - клинический фармаколог Министерства здравоохранения Свердловской области.

Главные штатные и внештатные специалисты Министерства здравоохранения Свердловской области привлекаются для участия в заседаниях комиссии для рассмотрения заявлений по профильным заболеваниям.

ЗАЯВЛЕНИЕ <*>
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА РАССМОТРЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОГО
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА, НЕ ВХОДЯЩЕГО В ЛЬГОТНЫЕ ПЕРЕЧНИ,
УТВЕРЖДЕННЫЕ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ И ОБЛАСТНЫМИ НОРМАТИВНЫМИ
ДОКУМЕНТАМИ

ШТАМП МО

от _____ 20 ____ г.

Наименование МО _____ код МО _____

Фамилия, имя, отчество пациента _____

Территория места жительства пациента (город, район) _____

Дата рождения пациента	№ страхового полиса	СНИЛС	Код категории льготы

Наименование лекарственного препарата

Международное непатентованное наименование лекарственного препарата	
Торговое наименование лекарственного препарата (при наличии карты-извещения о подозреваемой неблагоприятной побочной реакции на ранее назначенный лекарственный препарат)	
Форма выпуска (ед. изм.)	
Путь введения	
Разовая доза (ед. изм.)	
Суточная доза (ед. изм.)	
Месячная доза (ед. изм.)	
Курсовая доза (ед. изм., упаковка)	
Длительность курса (дни)	

ОБОСНОВАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

1. Клинический диагноз (основной, сопутствующие заболевания, осложнения), код МКБ, крупные операции, год постановки/проведения, показатели мониторинга динамики (ПМД) патологии – 3-х лет

Таблица N 1

* показатель непереносимости подтверждается приложением копий карты-извещения о подозреваемой неблагоприятной побочной реакции на ранее назначенный лекарственный препарат, зарегистрированной в Региональном центре мониторинга безопасности лекарственных средств Министерства здравоохранения Свердловской области.

3. Коррекция фармакотерапии на плановый период в случае введения дополнительных ЛП, коррекции ТН, коррекция введения текущей терапии

№ п/п	Показания (N раз. 1)	МНН (ТН) форма выпуска, дозировка	Режим введения, доза, кратность, длительность, путь	мес./год начала	мес./год переоценки **	Ориентировочная стоимость курса до переоценки
1						
2						
3						
ИТОГО:						

** период, после которого производится переоценка фармакотерапии, не более 6 месяцев

Ф.И.О. лечащего врача _____

Ф.И.О. зав. поликлиническим отделением (поликлиникой) _____

Контактный телефон в МО _____ М.П. МО _____

Наименование ТО _____

Ф.И.О. эксперта ТО _____

<*> Все графы обязательны к заполнению.

Приложение N 3
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 12 февраля 2018 г. N 189-п

Утверждаю:
Министр здравоохранения
Свердловской области

_____ Цветков А.И.
от _____ 20__ г.

ПРОТОКОЛ N _____ от _____ 20__ г.
рассмотрения заявлений Комиссией по оценке обоснованности

назначения жизненно необходимых и важнейших лекарственных
препаратов, не входящих в перечни, утвержденные
федеральными и областными нормативными актами

Состав Комиссии: _____

Секретарь Комиссии: _____

Повестка дня:

1. Рассмотрение поступивших заявлений

N п/п	Наименование ЛПУ	код Медицинской организации	N страхового полиса пациента	N СНИЛС	Код категории льготности пациента	Ф.И.О.	Наименование ЛС МНН	Форма выпуска и дозировка ЛС	Дата рождения	Курсовая доза (амп., табл., др. и т.д.)		Количество доз в упаковке	Количество упаковок на весь курс	Решение Комиссии (разрешение/отказ)	Даты разрешения (от, до)		Об ва от ко нт
										на 1 мес.	на разрешенный курс лечения				от	до	

<*> для закупа и отпуска из аптечных организаций дробное количество упаковок округляется до целой упаковки в большую сторону

Члены Комиссии:

Секретарь Комиссии:

Приложение N 4
к Приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 12 февраля 2018 г. N 189-п

ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ГЛАВНОГО ШТАТНОГО (ВНЕШТАТНОГО) СПЕЦИАЛИСТА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА (ЛП),
НЕ ВХОДЯЩЕГО В ПЕРЕЧНИ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ
И ОБЛАСТНЫМИ НОРМАТИВНЫМИ ПРАВОВЫМИ АКТАМИ <*>

Фамилия, имя, отчество пациента и/или номер заявления _____

Клинический диагноз (основной, сопутствующие заболевания, осложнения) _____

Наличие клинического диагноза в **перечне** категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых ЛП, отпускаются бесплатно, утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 N 890 (нужное подчеркнуть): **включен/отсутствует**

Наименование ЛП (МНН) _____

Форма выпуска, ед. изм. _____

Цель назначения (нужное подчеркнуть): **базисная/вспомогательная и (или) дополнительная терапия**

Соответствие показаний к применению ЛП диагнозу согласно инструкции по медицинскому применению (нужное подчеркнуть): **соответствует/не соответствует**

Противопоказания по возрасту: наличие _____
до _____ лет/отсутствие (нужное подчеркнуть).

Наличие в стандартах медицинской помощи на амбулаторном этапе лечения _____

(указать приказ Минздравсоцразвития РФ/Минздрава РФ)

Уровень доказательства эффективности при указанном диагнозе _____

Анализ данных о предшествующем применении ЛП из утвержденных федеральными и областными нормативными правовыми актами льготных перечней для лечения

данного заболевания в максимальных суточных дозировках и проявлениях их неэффективности и (или) непереносимости _____

Возможности льготных перечней (нужное подчеркнуть): не использованы/исчерпаны

Указать используемые для лечения ЛП (входящие в утвержденный перечень для льготного применения) с показателями характеризующими отсутствие терапевтического эффекта или наличие побочных эффектов _____

Коррекция фармакотерапии на плановый период в случае введения дополнительных ЛП, коррекции ТН, коррекция введения текущей терапии

N п/п	Показания (N раз. 1)	МНН (ТН) форма выпуска, дозировка	Режим введения, доза, кратность, длительность, путь	мес./год начала	мес./год переоценки **	Ориентировочная стоимость курса до переоценки
1						
2						
3						
ИТОГО:						

**** период, после которого производится переоценка фармакотерапии, не более 6 месяцев**

Данные по расчету потребности в ЛП/:

Наименование лекарственного препарата (МНН) / _____

форма выпуска, ед. изм. _____

Разовая доза _____

Суточная доза _____

Месячная доза _____

Курсовая доза _____

Длительность курса (дни) _____

Планируемые даты применения: от _____ до _____

Примерная стоимость курса лечения на 1 месяц (руб.) _____

Дата _____ Ф.И.О., должность, подпись _____
(главного внештатного специалиста)

Дата _____ Ф.И.О., должность, подпись _____
(главного штатного специалиста)

<*> Все графы обязательны к заполнению.
