

Suvestinė redakcija nuo 2014-03-14 iki 2014-03-25

Įsakymas paskelbtas: Žin. 2000, Nr. [10-253](#), i. k. 1002250ISAK00000049

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

**Į S A K Y M A S
DĖL KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ SĄRAŠŲ PATVIRTINIMO**

2000 m. sausio 28 d. Nr. 49
Vilnius

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 1999, Nr. [62-2035](#)) 9 straipsnio 1 dalimi bei Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu,

1. T v i r t i n u :

1.1. Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) (pridedama).

1.2. Kompensuojamųjų vaistų sąrašą (B sąrašą) (pridedama).

1.3. Kompensuojamųjų vaistų skyrimo retoms ligoms gydyti tvarkos aprašą (pridedama).

Papildyta punktu:

Nr. [V-52](#), 2009-02-02, Žin., 2009, Nr. 17-675 (2009-02-12), i. k. 1092250ISAK0000V-52

2. Nustatau, kad įsakymas įsigalioja patvirtinus ir įsigaliojus naujam Kompensuojamųjų vaistų bazinių kainų kainynui.

3. Įsakymo vykdymo kontrolę pavedu Farmacijos departamento prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriui Gintautui Viskaičiui.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

RAIMUNDAS ALEKNA

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49
(Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2010 m. birželio 30 d. įsakymo Nr. V-599 redakcija)

**LIGŲ IR KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ JOMS GYDYTI SĄRAŠAS
(A SĄRAŠAS)**

I. INFEKČINĖS IR PARAZITINĖS LIGOS				
Eil. Nr.		Vaistai	TLK-10	Skirimo sąlygos
1. Tuberkuliozė (100 %)				
1.	1.	Amikacinum	A15–A19	Skiriama, jei tuberkuliozės mikobakterijos yra atsparios dviem arba daugiau vaistų nuo tuberkuliozės
1.	2.	Cycloserinum	A15–A19	Skiriama, jei tuberkuliozės mikobakterijos yra atsparios dviem arba daugiau vaistų nuo tuberkuliozės
1.	3.	Ethambutolum	A15 - A19	
1.	4.	Isoniazidum	A15 - A19	
1.	5.	Ofloxacinum	A15–A19	Skiriama, jei tuberkuliozės mikobakterijos yra atsparios dviem arba daugiau vaistų nuo tuberkuliozės
1.	6.	Pyrazinamidum	A15 - A19	
1.	7.	Prothionamidum	A15–A19	Skiriama, jei tuberkuliozės mikobakterijos yra atsparios dviem arba daugiau vaistų nuo tuberkuliozės
1.	8.	Rifampicinum	A15 - A19	
1.	9.	Rifampicinum+Isoniazidum	A15 - A19	
2. Nenormali tuberkulino mėginio reakcija, komplikacijos po imunizacijos ir sąlytis su sergančiaisiais tuberkulioze (100 %)				
2.	1.	Isoniazidum	R76.1, T88.1, Z20.1	Tik vaikams. Iki 6 mėnesių gydymo kursui
3. Toksoplazmozė (100 %)				
3.	1.	Pyrimethaminum	B58	
4. Sifilis (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
4.	1.	Benzathinpenicillinum	A50 - A53	
4.	2.	Benzylpenicillinum	A50 - A53	
4.	3.	Doxycyclinum	A50 - A53	

4.	4.	<i>Erythromycinum</i>	A50 - A53	
4.	5.	<i>Tetracyclinum</i>	A50 - A53	
5. Gonokokinė ir chlamidijų sukeltos infekcijos (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
5.	1.	<i>Ciprofloxacinum</i>	A54, A56	
5.	2.	<i>Doxycyclinum</i>	A54, A56	
6. Išangės ir lytinių organų Herpes viruso infekcijos (100 %)				
6.	1.	<i>Valaciclovirum</i>	A60	
7. Laimo liga (100%)				
7.	1.	<i>Amoxicillinum</i>	A69.2	
7.	2.	<i>Doxycyclinum</i>	A69.2	
8. Žmogaus imunodeficito viruso sukelta liga (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
8.	1.	<i>Efavirenzum</i>	B20–B24	
8.	2.	<i>Lopinavirum et Ritonavirum</i>	B20–B24	
8.	3.	<i>Abacavirum et Lamivudinum</i>	B20–B24	
8.	4.	<i>Zidovudinum et Lamivudinum</i>	B20–B24	
8.	5.	<i>Raltegravirum</i>	B20-B24	
8.	6.	<i>Darunavir</i>	B20-B24	
8.	7.	<i>Ritonavir</i>	B20-B24	
8.	8.	<i>Darunavir et Cobicistat</i>	B20–B24	
8.	9.	<i>Dolutegravirum</i>	B20-B24	
8.	10.	<i>Dolutegravrum et Abacavirum et Lamivudinum</i>	B20–B24	
8.	11.	<i>Tenofovir et Emtricitabin</i>	B20-B24	
8.	12.	<i>Dolutegravirum et Lamivudinum</i>	B20–B24	
8.	13.	<i>Dorovirinum, Lamivudinum et Tenofovirum disoproxilum</i>	B20–B24	Skiriamas, kai nėra jokių ankstesnių ar dabartinių duomenų apie atsparumą NNATI klasės vaistiniams preparatams Lamivudinum ar Tenofovirum, kai pirmaeilis gydymas pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tvarkos aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro

				2010 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-384 „Dėl Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tvarkos aprašo patvirtinimo“, negali būti skiriamas.
9. Echinokokoze (100%)				
9.	1.	<i>Albendazol</i>	B67	
10. Aspergiliozė (100 %)				
10.	1.	<i>Voriconazolum</i>	B44	Sergantiems: 1. invazine plaučių aspergilioze (TLK-10-AM kodas B44.0). Skiria gydytojas pulmonologas ne ilgesniam kaip 6 mėn. laikotarpiui; 2. leukemija, limfoma, aplazine anemija ir kitomis sunkiomis kraujo ligomis (TLK-10-AM kodai C81–C86, C90–C96, D61, D71, D76). Skiria gydytojas hematologas ar vaikų hematologas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui; 3. 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.
II. NAVIKAI				
Eil. Nr.		Vaistai	TLK-10	Skyrimo sąlygos
1. Onkologinės ir onkohematologinės ligos (100 %)				
1.	1.	<i>Amitriptylinum</i>	1*	
1.	2.	<i>Anastrozolum</i>	C50	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	3.	<i>Asparaginasum</i>	C91, C81	
1.	4.	<i>Bicalutamidum</i>	C61	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	5.	<i>Bleomycinum</i>	1*	
1.	6.	<i>Busulfanum</i>	C92, D47.1, D47.3	

1.	7.	<i>Calcii folinas</i>	1*	
1.	8.1.	<i>Capecitabinum</i>	C50	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	8.2.	<i>Capecitabinum</i>	C18, C19, C20	Monoterapijai ir pirmojo pasirinkimo kombinuotam gydymui.
1.	8.3.	<i>Capecitabinum</i>	C16	Skiriama tik esant išplitusiam skrandžio vėžiui
1.	9.	<i>Ciclosporinum</i>	1*	
1.	10.1.	<i>Carboplatinum</i>	C34	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	10.2.	<i>Carboplatinum</i>	C56	
1.	11.	<i>Cisplatinum</i>	1*	
1.	12.	<i>Cyclophosphamidum</i>	1*	
1	13.	<i>Cyproteronum</i>	1*	
1.	14.	<i>Chlorambucilum</i>	1*	
1.	15.	<i>Dacarbazinum</i>	1*	
1.	16.	<i>Diazepamum</i>	1*	
1.	17.1.	<i>Docetaxelum</i>	C34, C50, C61	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	17.2.	<i>Docetaxelum</i>	C01, C02, C03–C06, C09–C14, C16, C31	
1.	18.	<i>Doxorubicinum</i>	1*	
1.	19.	<i>Etoposidum</i>	1*	
1.	20.	<i>Exemestanum</i>	C50	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	21.1.	<i>Fentanylum</i>	1*	Tik pleistrai
1.	21.2.	<i>Fentanylum</i>	C00–C97	Skiriama sukeltam skausmo proveržiui malšinti tik tiems pacientams, kurie toleruoja opioidų terapiją nuo nuolatinio vėžio sukkelto skausmo.
1.	22.	<i>Filgrastimum</i>	1*	
1.	23.	<i>Fludarabinum</i>	C91.1	
1.	24.	<i>Fluorouracilum</i>	1*	
1.	25.1.	<i>Gemcitabinum</i>	C50; C34	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	25.2.	<i>Gemcitabinum</i>	C25, C56, C67	
1.	26.	<i>Goserelinum</i>	C50, C61	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	27.	<i>Granisetronum</i>	1*	Onkologinės ir onkohematologinės ligos.

				Jei gydant didžiausiomis ondansetrono dozėmis nenuslopinamas vėmimas arba jei šis vaistas sukelia nepageidaujamą reakciją
1.	28.	<i>Hydroxycarbamidum</i>	1*	
1.	29.	<i>Ifosfamidum</i>	1*	
1.	30.	<i>Interferonum alfa humanum</i>	1*	
1.	31.	<i>Letrozolum</i>	C50	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	32.	<i>Leuprorelinum</i>	C61	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	33.1.	<i>Megestrolum</i>	C50	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	33.2.	<i>Megestrolum</i>	C00–C96	Nuo vėžinės kacheksijos ir anoreksijos – ne daugiau kaip 4 pakuotės per 3 mėnesius.
1.	34.	<i>Melphalanum</i>	1*	
1.	35.	<i>Mercaptopurinum</i>	C91.0, C92.0, C92.1	
1.	36.	<i>Methotrexatum</i>	1*	
1.	37.	<i>Metoclopramidum</i>	1*	
1.	38.	<i>Miltefosinum</i>	1*	
1.	39.	<i>Morphinum</i>	1*	
1.	40.	<i>Mesna</i>	1*	
1.	41.	<i>Ondansetronum</i>	1*	
1.	42.	<i>Prednisolonum</i>	1*	
1.	43.1.	<i>Paclitaxelum</i>	C34, C50	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
1.	43.2.	<i>Paclitaxelum</i>	C56; C57	
1.	44.	<i>Tamoxifenum</i>	C50	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	45.	<i>Tioguaninum</i>	1*	
1.	46.1.	<i>Topotecanum</i>	C34	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	46.2.	<i>Topotecanum</i>	C53, C56	
1.	47.	<i>Tramadolium</i>	1*	
1.	48.	<i>Triptorelinum</i>	C61	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.

1.	49.	<i>Tropisetronum</i>	1*	Onkologinės ir onkohematologinės ligos. Jei gydant didžiausiomis ondansetrono dozėmis nenuslopinamas vėmimas arba jei šis vaistas sukelia nepageidaujamą reakciją
1.	50.	<i>Vinblastinum</i>	1*	
1.	51.	<i>Vincristinum</i>	1*	
1.	52.	<i>Vinorelbinum</i>	C34, C50	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	53.	<i>Tegafurum</i>	C18–C20	
1.	54.	<i>Anagrelidum</i>	D47.3	Skiriamas pagal registruotas vaistinio preparato indikacijas pacientams, kurių amžius pradedant gydymą yra iki 60 metų, ir vyresniems nei 60 metų pacientams, kurių gydymas vaistiniu preparatu <i>Hydroxycarbamidum</i> yra neveiksmingas arba kurio jie netoleruoja.
1.	55.	<i>Gefitinibum</i>	C34	Lokaliai progresavusiam arba metastazavusiam nesmulkiųjų ląstelių plaučių vėžiui, kuriam būdingos EAFR tirozinkinazę aktyvinančios mutacijos, gydyti. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	56.	<i>Fulvestrantum</i>	C50	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	57.	<i>Palonosetronum</i>	C00–C96	Skiriamas, jei gydant didžiausiomis ondansetrono dozėmis nenuslopinamas vėmimas arba jei šis vaistas sukelia nepageidaujamą reakciją.
1.	58.	<i>Pegfilgrastinum</i>	C81, C83	
1.	59.	<i>Histrelinum</i>	C61	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	60.1.	<i>Sunitinibum</i>	C64	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	60.2.	<i>Sunitinibum</i>	C15–C20, C25	
1.	61.1.	<i>Imatinubum</i>	C15–C20	Skiriamas adjuvantiniam suaugusiųjų, kuriems po atliktos Kit (CD 117)

				teigiamo virškinamojo trakto stromos naviko rezekcijos yra reikšmingai padidėjusi recidyvo rizika, gydymui ir pacientams, kuriems yra Kit (CD 117) teigiamas nerezekuotinas ir (ar) metastazavęs piktybinis virškinimo trakto stromos navikas
1.	61.2	<i>Imatinibum</i>	C92.1	Skiriamas Ph (bcr-abl) teigiamai lėtinei mieloleukemijai gydyti. Gydant vaistiniu preparatu <i>Imatinibum</i> , bcr-abl geno molekulinis tyrimas atliekamas ne rečiau kaip kas 3 mėnesius, kol bcr-abl tampa <0,1 %, ne rečiau kaip kas 6 mėnesius, kai bcr-abl < 0,1 %. Bcr-abl molekulinio tyrimo atsakymas registruojamas stebėsenos sistemoje http://www.hematologija.lt/
1.	62.	<i>Octreotidum</i>	C16–C20, C25, C37, C73, C74, C78, C80	Skiriama gydytojų chemoterapeutų konsiliumo sprendimu pacientams, kurių ECOG ≤ 2, tik histologiškai patvirtinus neuroendokrininį naviką
1.	63	<i>Nilotinibum</i>	C92.1	1) Skiriamas Ph (bcr-abl) teigiamai lėtinei mieloleukemijai gydyti pacientams, kuriems tirozino kinazės inhibitoriai netaikyti, kai gydymas <i>Imatinibum</i> yra neoptimalus ar kontraindikuotinas. Gydymas <i>Imatinibum</i> yra neoptimalus, kai: prieš paskiriant vaistinį preparatą nustatyta lėtinės mieloleukemijos didelės EUTOS rizikos lėtinė fazė ar akceleracijos fazė ar ekstramedulinė liga; prieš paskiriant vaistinį preparatą nustatyta atsparumą šiam vaistiniam preparatui rodanti bcr-abl geno mutacija. Prieš skiriant vaistinį preparatą <i>Nilotinibum</i> , nustatomos bcr-abl geno mutacijos. Gydant

				vaistiniu preparatu <i>Nilotinibum</i>, bcr-abl geno molekulinis tyrimas atliekamas ne rečiau kaip kas 3 mėnesius, kol bcr-abl tampa $<0,1\%$, ne rečiau kaip kas 6 mėnesius, kai bcr-abl $< 0,1\%$; 2) Skiriamas Ph (bcr-abl) teigiamai lėtinei mieloleukemijai gydyti pacientams, kuriems vaistinis preparatas <i>Imatinibum</i> yra neveiksmingas arba pacientams, kurie jo netoleruoja, ar kuriems jis yra kontraindikuotinas. Vaistinio preparato neveiksmingumu laikoma: nepakankamas bcr-abl geno atsakas į vaistinį preparatą; prieš paskiriant vaistinį preparatą ar gydymo vaistiniu preparatu metu nustatytą atsparumą šiam vaistiniam preparatui rodanti bcr-abl geno mutacija; gydymo metu atsiradusi ekstramedulinė liga; prieš paskiriant vaistinį preparatą ar gydymo metu nustatyta blastinė krizė. Prieš skiriant vaistinį preparatą <i>Nilotinibum</i>, nustatomos bcr-abl geno mutacijos. Gydant vaistiniu preparatu <i>Nilotinibum</i>, bcr-abl geno molekulinis tyrimas atliekamas ne rečiau kaip kas 3 mėnesius, kol bcr-abl tampa $<0,1\%$, ne rečiau kaip kas 6 mėnesius, kai bcr-abl $< 0,1\%$. Bcr-abl molekulinio tyrimo atsakymas registruojamas stebėsenos sistemoje http://www.hematologija.lt/
1.	64.	<i>Erlotinibum</i>	C34	Lokalčiai progresavusiam arba metastazavusiam nesmulkiųjų ląstelių plaučių vėžiui, kuriam būdingos EAFR tirozinkinazę aktyvinančios mutacijos, gydyti. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka

1.	65.	<i>Lenograstimum</i>	C00–C97	
1.	66.	<i>Pazopanibum</i>	C64	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
1.	67.	<i>Sorafenibum</i>	C22.0	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). Vaistinių preparatą išrašyti ne ilgesniam nei 1 mėn. laikotarpiui. Prieš pratęsiant vaistinio preparato skyrimą kartoti kontrolinius radiologinius tyrimus (kas 2 mėn.).
1.	68.	<i>Acidum pamidronicum</i>	C90.0	
1.	69.	<i>Acidum pamidronicum</i>	C00–C80	Skiriamas naviko sukeltai hiperkalcemijai ir vyraujančioms lizinėms kaulų metastazėms gydyti, jeigu spindulinis gydymas ir gydymas narkotiniais analgetikais yra neveiksmingi
1.	70.	<i>Dasatinibum</i>	C92.1	Skiriamas Ph (bcr-abl) teigiamai lėtinei mieloleukemijai gydyti pacientams, kuriems vaistiniai preparatai <i>Imatinibum</i> ir <i>Nilotinibum</i> yra neveiksmingi, arba pacientams, kurie jų netoleruoja, ar kuriems jie yra kontraindikuotini. Vaistinio preparato neveiksmingumu laikoma: nepakankamas bcr-abl geno atsakas į vaistinių preparatų; prieš paskiriant

				vaistinį preparatą ar gydymo vaistiniu preparatu metu nustatytą atsparumą šiam vaistiniam preparatui rodanti bcr-abl geno mutacija; gydymo metu atsiradusi ekstramedulinė liga; prieš paskiriant vaistinį preparatą ar gydymo metu nustatyta blastinė krizė. Prieš skiriant vaistinį preparatą <i>Dasatinibum</i>, nustatomos bcr-abl geno mutacijos. Gydant vaistiniu preparatu <i>Dasatinibum</i>, bcr-abl geno molekulinis tyrimas atliekamas ne rečiau kaip kas 3 mėnesius, kol bcr-abl tampa <0,1 %, ne rečiau kaip kas 6 mėnesius, kai bcr-abl < 0,1 %. Bcr-abl molekulinio tyrimo atsakymas registruojamas stebėsenos sistemoje http://www.hematologija.lt/.“
1.	71.	<i>Temozolomidum</i>	C71	
1.	72.	<i>Lanreotidum</i>	C16-C20, C25, C37, C73, C74, C78, C80	Skiriamas gydytojų chemoterapeutų konsiliumo sprendimu pacientams, kurių ECOG≤2, tik histologiškai patvirtinus neuroendokrininį naviką
1.	73.	<i>Aprepitantum</i>	C00-C60, C61, C62-D09, D37-D48, D76	Skiriamas tik su vaistiniu preparatu Ondansetronum, kai skiriant aukšto emetogeniškumo chemoterapinius vaistinius preparatus pykinimas ir / ar vėmimas nenuslopinamas didžiausiomis individualiai skiriamomis Ondansetronum dozėmis
1.	74.	<i>Pemetrexedum</i>	C34	1. Skiriamas pirmaeiliam ir antraeiliam nesmulkialąstelinio plaučių vėžio gydymui; 2. Skiriamas palaikomajam gydymui pacientams, kurių liga tuojau pat po keturių pirmaeilio gydymo <i>Pemetrexedum</i> ir platinos preparato deriniu kursų

				neprogresuoja, ir kuriems pirmaeiliam gydymui buvo skiriamas pirmiau nurodytų vaistinių preparatų derinys. <i>Pemetrexedum</i> negali būti skiriamas antraeiliam gydymui pacientams, kuriems šis vaistinis preparatas buvo skirtas palaikomajam gydymui.
			C45.0	Kartu su cisplatina skirtas gydyti neoperuojama piktybine pleuros mezotelioma sergančius pacientus, kuriems chemoterapija nebuvo taikyta.
1.	75.	<i>Abirateronum</i>	C61	Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka suaugusių vyrų, kurių liga progresavo taikant chemoterapiją su docetakseliu arba po jos, metastazavusiam kastracijai atspariam prostatos vėžiui gydyti arba metastazavusiam kastracijai atspariam prostatos vėžiui gydyti suaugusiems vyrams, kuriems nėra simptomų arba pasireiškia nedideli simptomai po nesėkmingos androgenų deprivacijos terapijos ir dar nėra klinikinių indikacijų skirti chemoterapiją. Gydymo metu vaistinis preparatas <i>Abirateronum</i> gali būti skiriamas tik vieną kartą. Gydymą skiria specializuotą onkologinę pagalbą teikiančioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantis gydytojas urologas, gydytojas onkologas chemoterapeutas ar gydytojas onkologas radioterapeutas, 11augiadalykiai komandai, dalyvaujant pirmiau išvardytiems gydytojams, parinkus gydymo taktiką ar nusprendus ją pakeisti.
1.	76.	<i>Cabazitaxelum</i>	C61	„Skiriamas tik metastazavusio kastracijai atsparaus priešinės liaukos (prostatos) vėžiui, progresavusiam taikant

				chemoterapiją su docetakseliu arba po jos, gydyti
1.	77	<i>Vismodegibum</i>	C44	Skiriamas suaugusiems pacientams, sergantiems simptomine metastazavusia bazalinių ląstelių karcinoma arba lokaliai pažengusia bazalinių ląstelių karcinoma, kai negalimas chirurginis ar spindulinis gydymas
1.	78.	<i>Vemurafenibum</i>	C43	Skiriamas pirmaeiliam suaugusių pacientų, kuriems yra diagnozuota neoperuotina ar metastazavusi melonoma su BRAF V600 mutacija, gydymui
1.	79.	<i>Ruxolitinibum</i>	D45, D47.3, D47.1,	Skiriamas ligos sukeltai splenomegalijai ir kitiems simptomams suaugusiems, kuriems nustatyta pirminė mielofibrozė (dar vadinama lėtine idiopatine mielofibroze), mielofibrozė sergant tikrąja policitemija arba mielofibrozė sergant pirmine trombocitemija, gydyti
1.	80.	<i>Lipegfilgrastimum</i>	C81, C83	Skiriamas pacientams, sergantiems Hodžkino limfoma ir difuzine ne Hodžkino limfoma.
1.	81.	<i>Aksitinibum</i>	C64	Skiriamas, kai buvo neveiksmingas gydymas sunitinibu ar citokinu.
1.	82.	<i>Azacitidinum</i>	D46	Skiriamas vidutinės 2 ir didelės rizikos suaugusiems pacientams, kuriems negali būti taikoma hemopoezinių kamieninių ląstelių transplantacija
1.	83.	<i>Pazopanibum</i>	C00-C97	Skiriamas minkštųjų audinių sarkomai gydyti
1.	84.	<i>Dabrafenibum</i>	C43	Skiriamas pirmaeiliam suaugusių pacientų, kuriems yra diagnozuota neoperuotina ar metastazavusi melonoma su BRAF V600 mutacija, gydymui
1.	85.	<i>Acidum Zoledronicum</i>	C00–C80, C90.0	
1.	86.	<i>Everolimus</i>	C25	

			C64	Skiriamas tik progresavusia inkstų ląstelių karcinoma sergantiems pacientams, kurių liga progresavo gydant arba po gydymo <i>Sunitinibum</i> ar <i>Pazopanibum</i> .
1.	87.	<i>Lenalidomidum</i>	C90.0	Skiriamas kartu su deksametazonu daugine mieloma sergantiems suaugusiems pacientams, kuriems jau buvo taikytas mažiausiai vienas gydymo kursas.
1.	88.	<i>Afatinibum</i>	C34	Skiriamas, nustačius EAFR tirozinkinazę aktyvinančias mutacijas, pacientams, sergantiems lokaliai išplitusiu ar metastazavusiu nesmulkiųjų ląstelių plaučių vėžiu, kuriems chemoterapija, biologinė ar imunologinė terapija dar nebuvo taikyta.
1.	89.	<i>Ibrutinibum</i>	C83.1	
			C91.1	Skiriamas kaip monoterapija: 1) suaugusiems pacientams, kuriems nustatyta 17p delecija ar TP53 mutacija ir yra lėtinės limfocitinės leukemijos (toliau – LLL) gydymo indikacijos (šios genetinės aberacijos rodo LLL biologinį atsparumą fludarabinui bei alkilinantiesiems vaistams); 2) jau anksčiau gydytiems LLL sergantiems pacientams, kuriems gydymas fludarabinu netinka ir yra LLL gydymo indikacijos, t. y. kai LLL progresuoja per 36 mėn. nuo gydymo fludarabinu ar fludarabinas kontraindikuotinas arba 12 mėn. po kito gydymo, t. y. refrakteriniams pacientams; 3) LLL sergantiems suaugusiems pacientams, kuriems yra LLL gydymo indikacijos, kurie anksčiau nebuvo gydyti ir kuriems netinka chemoimunoterapija; 4) gydytojo hematologo,

1.	90.	<i>Nintedanibum</i>	C34	teikiančio tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Skiriamas antraeiliam nesmulkialąstelinio plaučių vėžio gydymui.
1.	91.	<i>Denosumabum</i>	C00–C80	Skiriamas solidiniais navikais sergančių suaugusiųjų, kuriems yra metastazių kauluose, su skeletu susijusių reiškinių (patologinių lūžių, spindulinio poveikio kaulams, nugaros smegenų kompresijos arba chirurginių kaulų procedūrų) profilaktikai.
1.	92.	<i>Brentuksimabo vedotinas</i>	C81	Skiriamas suaugusiems pacientams, sergantiems recidyvuojančia arba gydymui nepasiduodančia CD30+ Hodžkino limfoma, gydyti: 1. po autologinės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos (toliau – AKLT) arba 2. po mažiausiai dviejų anksčiau taikytų gydymo metodų, kai AKLT arba chemoterapija daugeliu vaistinių preparatų nėra gydymo pasirinkimas, arba 3. esant padidėjusiai atkryčio ar progresavimo po AKLT rizikai. Skiria gydytojas hematologas, teikiantis tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas.
1.	93.	<i>Krizotinibum</i>	C34	Pirmaeiliam gydymui suaugusiems, sergantiems teigiamu anaplatinės limfomos kinazės atžvilgiu išplitusiu nesmulkiųjų ląstelių plaučių vėžiu.
1.	94.	<i>Olaparibum</i>	C56, C57	1. Kietųjų kapsulių formos vaistinis preparatas <i>Olaparibum</i> skiriamas suaugusių pacienčių, sergančių platinai jautriu recidyvavusiu BRCA mutavusiu (germinacinių ir (ar) somatinių ląstelių) didelio piktybiškumo laipsnio seroziniu epiteliniu kiaušidžių arba kiaušintakių

				vėžiu, kurioms po chemoterapijos, kurios pagrindinis komponentas platina, yra pasireiškusį visišką arba dalinę reakciją į gydymą, palaikomajai monoterapijai. 2. Plėvele dengtų tablečių forma vaistinis preparatas <i>Olaparibum</i> skiriamas tik gydymui tęsti palaikomajai monoterapijai suaugusių pacienčių, sergančių platinai jautriu recidyvavusiu didelio piktybiškumo laipsnio epiteliniu kiaušidžių arba kiaušintakių vėžiu, kurioms yra pasireiškęs visiškas arba dalinis atsakas į chemoterapiją platinos preparato pagrindu. Skiriamas pacientėms, sergančioms lokaliai išplitusiu ar metastazavusiu krūties vėžiu, kuris progresavo po ne mažiau kaip dviejų išplitusios ligos chemoterapijos kursų. Prieš tai turėjo būti taikomas gydymas antraciklinu, taksanu ir kapecitabinu.
1.	95.	<i>Eribulinum</i>	C50	
1.	96.	<i>Pembrolizumabum</i>	C34	Skiriamas pirmaeiliam gydymui suaugusiems pacientams: 1) kuriems diagnozuotas metastazavęs nesmulkiųjų ląstelių plaučių vėžys, kurių navikuose PD-L1 raiška naviko proporcijos balas yra ≥ 50 proc., o epidermio augimo faktoriaus receptoriaus raiška naviko mutacijų ar ALK translokacijų nenustatyta; 2) kuriems diagnozuotas metastazavęs neplokščialąstelinis nesmulkiųjų ląstelių plaučių vėžys ir kurių navikuose nenustatyta EGFR ar ALK mutacijų, derinant su chemoterapija pemetreksedu ir platinos vaistiniais preparatais. Gydymą gydytojų onkologų konsiliumo sprendimu pradėti
			C43	

1.	97.	<i>Nivolumabum</i>	C65–C68 C00–C14 C34 C43	ir tęsti gali tik gydytojas onkologas chemoterapeutas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje licenciją teikti II lygio stacionarines onkologijos chemoterapijos paslaugas. Skiriamas melanomai gydyti: 1) kai nenustatyta BRAF V600 mutacija. Prieš skiriant gydymą būtina atlikti BRAF mutacijos nustatymo tyrimą; 2) antraeiliam gydymui, kai nustatyta BRAF V600 mutacija. Skiriamas suaugusiesiems, kuriems anksčiau buvo taikyta chemoterapija, kurios sudėtyje buvo platinos preparatų. Skiriamas pacientams, sergantiems lokaliai išplitusiu arba metastazavusiu nesmulkialąstelinio plaučių vėžiu, gydyti, kai liga progresuoja po taikyto gydymo chemoterapija platinos pagrindu. Pacientams, kuriems nustatyta aktyvinančių EGFR mutacijų arba ALK teigiamų naviko mutacijų, prieš pradėdant vartoti nivolumabum taip pat turi būti skirtas tikslinis navikų gydymas. Gydymą gydytojų onkologų konsiliumo sprendimu pradėti ir tęsti gali tik gydytojas onkologas chemoterapeutas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, turinčioje licenciją teikti stacionarines onkologijos chemoterapijos paslaugas. Skiriamas melanomai gydyti: 1) kai nenustatyta BRAF V600 mutacija. Prieš paskiriant gydymą būtina atlikti BRAF mutacijos nustatymo tyrimą; 2) antraeiliam gydymui, kai
----	-----	--------------------	--	--

				nustatyta BRAF V600 mutacija.
			C64	Skiriamas: 1. progresavusia inkstų ląstelių karcinoma sergantiems pacientams, kurių liga progresavo gydant arba po gydymo sunitinibum ar pazopanibum; 2. derinant su ipilimumabum suaugusių pacientų vidutinės ir didelės rizikos progresavusios inkstų ląstelių karcinomos pirmaeiliam gydymui.
1.	98.	<i>Epirubicini hydrochloridi</i>	C50	
1.	99.	<i>Dexamethasonum</i>	1*	
1.	100.	<i>Trifluridine et Tipiracilum</i>	C18–C20	
1.	101.	<i>Atezolizumabum</i>	C34	Skiriamas: 1) pacientams, sergantiems lokaliai išplitusiu arba metastazavusiu nesmulkiąstelinio plaučių vėžiu, gydyti, kai liga progresuoja po taikyto gydymo chemoterapija platinos pagrindu. Pacientams, kuriems nustatyta aktyvinančių EGFR mutacijų arba ALK teigiamų naviko mutacijų, prieš pradedant vartoti Atezolizumabum taip pat turi būti skirtas tikslinis navikų gydymas; 2) derinyje su bevacizumabu, paklitakseliu ir karboplatina, suaugusių pacientų, kuriems yra metastazavęs neplokščialąstelinis nesmulkiųjų ląstelių plaučių vėžys, pirmaeiliam gydymui, kai nenustatytos EGFR mutacijos, ALK neigiamas; 3) derinyje su karboplatina ir etopozidu suaugusiems pacientams, esant gerai paciento funkciniai būklei (ECOG 0-1), pažengusios stadijos smulkiųjų ląstelių plaučių vėžio pirmaeiliam

				gydymui.
1.	102.	<i>Cobimetinibum</i>	C43	Skiriamas pirmaeiliam suaugusių pacientų, kuriems yra diagnozuota neoperuotina ar metastazavusi melanoma su BRAF V600 mutacija, gydymui.
1.	103.	<i>Trametinibum</i>	C43	Skiriamas pirmaeiliam suaugusių pacientų, kuriems yra diagnozuota neoperuotina ar metastazavusi melanoma su BRAF V600 mutacija, gydymui.
1.	104.	<i>Bosutinibum</i>	C92.1	Skiriamas pacientams, kuriems liga yra atspari pirmaeiliam ir antraeiliam gydymui tirozinkinazės inhibitoriais (<i>Imatinibum</i> , <i>Nilotinibum</i>) gydyti ir kai pacientams dėl pašalinių reiškinių ar gretutinių ligų profilio <i>Dasatinibum</i> skyrimas yra negalimas.
1.	105.	<i>Netupitantum et Palonosetronum</i>	C00–C96	Skiriamas chemoterapijos sukeltam pykinimui ir vėmimui (TLK-10-AM kodas R11) slopinti, jei gydant didžiausiomis ondansetrono dozėmis nenuslopinamas vėmimas arba jei šis vaistas sukelia nepageidaujamą reakciją.
1.	106.	<i>Alektinibum</i>	C34	Skiriamas pirmaeiliam gydymui suaugusiesiems, sergantiems teigiamu anaplazinės limfomos kinazės atžvilgiu išplitusiu nesmulkiųjų ląstelių plaučių vėžiu.
1.	107.	<i>Cabozantinibum</i>	C22.0	
			C64	Skiriamas: 1. progresavusia inkstų ląstelių karcinoma sergantiems pacientams, kurių liga progresavo gydant arba po gydymo sunitinibum ar pazopanibum; 2. prieš tai negydytiems suaugusiesiems, esant vidutinei ar blogai ligos

				prognosei
1.	108.	<i>Venetoclaxum</i>	C91.1	Skiriamas: 1) kaip monoterapija gydyti LLL: suaugusiems pacientams, kuriems nustatyta 17p delecija ar TP53 mutacija ir kuriems gydymas B-ląstelių receptorių signalo perdavimo kelio inhibitoriais netinka arba nebuvo sėkmingas, arba suaugusiems pacientams, kuriems nėra nustatytos 17p delecijos ar TP53 mutacijos ir kuriems gydymas chemoimunoterapija ir B-ląstelių receptorių signalo perdavimo kelio inhibitoriais nebuvo sėkmingas; 2) derinant su rituksimabu lėtinei limfocitinei leukemijai gydyti, pacientams, kuriems prieš tai buvo taikytas nors vienas gydymas.
1.	109.	<i>Decitabinum</i>	C92.0	
1.	110.	<i>Thalidomidum</i>	C90.0	
1.	111.	<i>Ceritinibum</i>	C34	Pirmaeiliam gydymui suaugusiems, sergantiems teigiamu anaplatinės limfomos kinazės atžvilgiu išplitusiu nesmulkiųjų ląstelių plaučių vėžiu arba po anksčiau skirto gydymo krizotinibu.
1.	112.	<i>Osimertinibum</i>	C34	Skiriamas: 1. lokaliai progresavusiam arba metastazavusiam nesmulkiąsteliniam plaučių vėžiui su T790M mutacija gydyti, kai gydymo EGFR TKI metu arba po jo liga progresavo; 2. pirmieji suaugusių pacientų lokaliai progresavusiam arba metastazavusiam nesmulkiąsteliniam plaučių vėžiui, turinčiam aktyvinančių EGFR mutacijų, gydyti.

1.	113.	<i>Enzalutamidum</i>	C61	„Skiriamas suaugusių vyrų, kurių liga progresavo taikant chemoterapiją su docetakseliu arba po jos, metastazavusiam kastracijai atspariam prostatos vėžiui gydyti arba metastazavusiam kastracijai atspariam prostatos vėžiui gydyti suaugusiems vyrams, kuriems nėra simptomų arba pasireiškia nedideli simptomai po nesėkmingos androgenų deprivacijos terapijos ir dar nėra klinikinių indikacijų skirti chemoterapiją. Gydomo metu šis vaistinis preparatas gali būti skiriamas tik vieną kartą. Gydomą skiria specializuotą onkologinę pagalbą teikiančioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbantis gydytojas urologas, gydytojas onkologas chemoterapeutas ar gydytojas onkologas radioterapeutas, daugiadalykiai komandai, dalyvaujant pirmiau išvardytiems gydytojams, parinkus gydymo taktiką ar nusprendus ją pakeisti.
1.	114.	<i>Regorafenibum</i>	C15–C20	Skiriamas virškinamojo trakto stromos navikams, jei navikas progresuoja vartojant imatinibum ir sunitinibum arba pacientas netoleruoja gydymo šiais vaistiniais preparatais.
			C18–C20	Skiriamas gaubtinės ir tiesiosios žarnos piktybiniam navikui gydyti.
			C22.0	
1.	115.	<i>Bortezomib</i>	C90.0	Gydymą pradėti ir tęsti gali tik gydytojas hematologas
1.	116.	<i>Carfilzomibum</i>	C90.0	Skiriamas: 1) derinant su deksametazonu suaugusių pacientų, kuriems jau buvo taikytas gydymas bent vienu vaistiniu preparatu, skirtu daiginei mielomai gydyti; 2) derinant su lenalidomidu ir

				deksametazonu suaugusių pacientų, kuriems jau buvo taikytas gydymas bent vienu vaistiniu preparatu, skirtu daiginei mielomai gydyti. Skiriamas ne ilgiau kaip 18 ciklų.
1.	117.	<i>Ribociclibum</i>	C50	Skiriamas: 1) premenopauzinio arba perimenopauzinio laikotarpio moterų lokaliai progresavusiam ar metastazavusiam krūties vėžiui, kai nustatoma hormonų receptorių ir nenustatoma žmogaus epidermio augimo faktoriaus receptoriaus 2 rodmenų, gydyti derinant su aromatazės inhibitoriumi kaip pradinę endokrininę terapiją. Moterims prieš menopauzę arba perimenopauzės laikotarpiu endokrininę terapiją reikia skirti kartu su liuteinizuojančią hormoną atpalaiduojančio hormono agonistu; 2) pacientėms pomenopauziniu laikotarpiu, esant lokaliai progresavusiam ar metastazavusiam krūties vėžiui, kai nustatoma hormonų receptorių ir nenustatoma žmogaus epidermio augimo faktoriaus receptoriaus 2 rodmenų, gydyti derinant su fulvestrantu kaip pradinę endokrininę terapiją, arba moterims, kurioms anksčiau jau buvo skirta endokrininė terapija, gydyti.
1.	118.	<i>Durvalumabum</i>	C34	Skiriamas suaugusiems lokaliai progresavusiam, neoperuotinam nesmulkialąsteliniam plaučių vėžiui gydyti, kai PD-L1 raiška nustatyta ≥ 1 proc. navikinių ląstelių ir onkologinė liga neprogresavo po chemoterapijos, kurios sudėtyje yra platinos vaistinių preparatų ir spindulinio

				gydymo
1.	119.	<i>Pomalidomidum</i>	C90.0	Skiriamas derinant su deksametazonu pacientams, kurių liga progresavo po prieš tai taikyto gydymo bortezomibu ir lenalidomidu ir kurių liga buvo atspari paskutiniam gydymui.
1.	120.	<i>Abemaciclibum</i>	C50	Skiriamas moterų lokaliai išplitusiam ar metastazavusiam krūties vėžiui, kai nustatomas teigiamas hormonų receptorius ir žmogaus epidermio augimo faktoriaus receptorius 2 yra neigiamas, gydyti derinant su fulvestrantu (nepriklausomai nuo menopauzės statuso) kaip pradinę endokrininę terapiją, arba moterims, kurioms prieš tai jau buvo skirta endokrininė terapija lokaliai išplitusiam ar metastazavusiam krūties vėžiui. Moterims prieš menopauzę ir perimenopauzės laikotarpiais endokrininę terapiją reikia derinti su gydymu liuteinizuojantį hormoną atpalaiduojančio hormono agonistu.
1.	121.	<i>Ipilimumabum</i>	C64	Skiriamas derinant su nivolumabum suaugusių pacientų vidutinės ir didelės rizikos progresavusios inkstų ląstelių karcinomos pirmaeiliam gydymui.
1.	122.	<i>Irinotecanum</i>	C25	
1.	123.	<i>Lenvatinibum</i>	C73	Skiriamas gydyti geros funkcinės būklės (ECOG 0-2) suaugusius pacientus, sergančius progresuojančia, vietoje išplitusia ar metastazuojančia diferencijuota (papiline / folikuline / Hürthle ląstelių), radioaktyviam jodui atsparia skydliaukės karcinoma.
1.	124.	<i>Apalutamidum</i>	C61	Skiriamas nemetastazavusio kastracijai atsparaus prostatos vėžio gydymui suaugusiems

				vyrams, kuriems yra didelė metastazinės ligos išsivystymo rizika.
--	--	--	--	---

1* – C00 – C60, C61, C62 – D09, D37 – D48, D76.

III. KRAUJO IR KRAUJODAROS ORGANŲ LIGOS BEI TAM TIKRI SUTRIKIMAI, SUSIJĘ SU IMUNINIAIS MECHANIZMAIS				
Eil. Nr.	Vaistai		TLK-10	Skyrimo sąlygos
1. Krešėjimo defektai (100 %)				
1.	1.	Aktyvuotas protrombino koaguliacijos kompleksas	D66 – D68	Skiria ir išrašo gydytojas hematologas ar gydytojas vaikų hematologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas
1.	2.	<i>Factor VII conc.</i>	D66 – D68	Skiria ir išrašo gydytojas hematologas ar gydytojas vaikų hematologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas
1.	3.1.	<i>Factor VIII conc. (žmogaus)</i>	D66-D68	Skiria ir išrašo gydytojas hematologas ar gydytojas vaikų hematologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas
1.	3.2.	<i>Factor VIII conc. (rekombinantiniai)</i>	D66–D68	Skiria ir išrašo gydytojas hematologas ar gydytojas vaikų hematologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
1.	4.	<i>Factor IX conc.</i>	D66 – D68	Skiria ir išrašo gydytojas hematologas ar gydytojas vaikų hematologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas
1.	5.	<i>Eptacogum alfa (activatum)</i>	D66-D68	Skiria gydytojas hematologas ir gydytojas vaikų hematologas gydytojų konsiliumo sprendimu, jei gydymas vaistiniu preparatu <i>Aktyvuotu protrombino koaguliacijos kompleksu</i> ar kitais šiuo metu vartojamais krešėjimo faktoriais neefektyvus, vėliau laikotarpiui iki 6 mėn. gali skirti vidaus ligų, vaikų ligų ir šeimos gydytojais
1.	6.	<i>Žmogaus Willebrando faktorius + Žmogaus VIII koaguliacijos faktorius</i>	D68.0	

1.	7.	<i>Nadroparino kalcio druska</i>	D68.6	
1.	8.	<i>Bemiparino natrio druska</i>	D68.6	
1.	9.	<i>Emicizumabum</i>	D66	Skiriamas, kai: 1) taikyta imunoterapijos indukcija (toliau – ITI) nesėkminga: 1.1. išliekantis inhibitorių prieš VIII faktorių titras ≥ 5 BU/ml po 24 mėn. ITI tęsimo; 1.2. nėra bent dalinio atsako (inhibitorių titro sumažėjimo ≥ 20 proc.) per 6 ITI mėnesius; 1.3. nėra galutinės ITI sėkmės 33 mėnesius nuo ITI pradžios; 1.4. jei dėl gyvybei gresiančių komplikacijų (nesuvaldomi kraujavimai iš vidaus organų ar į sąnarius ar raumenis, ar į centrinę nervų sistemą arba gresiant septinėms komplikacijoms) ITI reikia nutraukti ir gydymas „apeinančio veikimo preparatais“ (aktyvinto protrombino komplekso koncentrato (aPKK) ir rekombinantinio aktyvinto VII faktoriaus (rFVIIa)) neveiksmingas; 1.5. pacientas (paciento atstovai) nesutinka tęsti ITI arba nesilaikoma gydymo protokolo; 2) inhibitorinės hemofilijos A recidyvas po ITI; 3) ITI negalima ar neskirtinas, kai ITI sėkmė mažai tikėtina: 3.1. negalima užtikrinti veninės prieigos; 3.2. blogos prognostinės rizikos pacientams: anamnestinis inhibitorių titras ≥ 200 BU/ml ir ≥ 24 mėn. išliekantis inhibitorių titras ≥ 5 BU/ml prieš ITI; 3.3. dėl gyvybei gresiančių komplikacijų (nesuvaldomi kraujavimai iš vidaus organų, ar į sąnarius ar raumenis, ar į centrinę nervų sistemą arba gresiant septinėms

				komplikacijoms) ITI reikia nutraukti ir gydymas „apeinančio veikimo preparatais“ (aPKK ir rFVIIa) neveiksmingas; 4) sergantiems sunkia hemofilija A (įgimta VIII faktoriaus stoka, FVIII kiekis< 1 %), kai nėra nustatyta VIII faktoriaus inhibitorių.
1.	10.	Phytomenadionum	D66, D68.8	
2. Purpura ir kitos hemoraginės būklės (100 %)				
2.	1.	Azathioprinum	D69, D75	
2.	2.	Cyanocobalaminum	D75	
2.	3.	Cyclophosphamidum	D69, D75	
2.	4.	Neteko galios nuo 2018-12-12		
2.	5.	Methylprednisolonum	D69, D75	
2.	6.	Prednisolonum	D69, D75	
3. Aplazinės anemijos (100 %)				
3.	1.	Ciclosporinum	D60 – D61	
3.	2.	Prednisolonum	D60 – D61	
4. Autoimuninė hemolizinė anemija ir autoimuninė trombocitopenija (100 %)				
4.	1.	Prednisolonum	D59, D65	
4.	2.	Vincristinum	D59, D65	
5. Ūminė pohemoraginė anemija ir kitos anemijos (100 %)				
5.	1.	Prednisolonum	D62 – D64	
6. Mitybinės (alimentarinės) kilmės anemijos (100 %)				
6.	1.	Ferrosi sulfas	D50	
6.	2.	Cyanocobalaminum	D51	
7. Imunodeficitas su vyraujančiais antikūnų defektais (100 %)				
7.	1.	Žmogaus normalusis imunoglobulinas	D80-D84	Skiria ir išrašo gydytojas alergologas-klinikinis imunologas ar gydytojas vaikų alergologas, teikiantis tretinio lygio alergologijos ir klinikinės imunologijos paslaugas.
8. Idiopatinė trombocitopeninė purpura (100 %)				
8.	1.	Eltrombopagum	D69.3	
8.	2.	Romiplostimum	D69.3	
9. Rezus nesuderinamumas (100 %)				
9.	1.	Anti-D imunoglobulinas	O36.0, T80.4, Z29.1	
IV. ENDOKRININĖS, MITYBOS IR MEDŽIAGŲ APYKAITOS LIGOS				
Eil. Nr.	Vaistai		TLK-10	Skyrimo sąlygos
1. Cukrinis diabetas. Nėščiųjų cukrinis diabetas. Poprocedūrinė hipoinsulinemija (100				

%)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
1.	1.	<i>Gliclazidum</i>	E10 – E11, E89.1, O24	
1.	2.	<i>Glimepiridum</i>	E10 – E11, E89.1, O24	
1.	3.	<i>Glipizidum</i>	E10 – E11, E89.1, O24	
1.	4.	<i>Gliquidonum</i>	E10 – E11, E89.1, O24	
1.	5.	<i>Glucagonum</i>	E10–E11, E89.1, O24	
1.	6.	<i>Exenatidum</i>	E11	
1.	7.	<i>Insulinum</i>	E10 – 11, E89.1, O24	
1.	8.	<i>Metforminum</i>	E10-11, E89.1, O24	
1.	9.	<i>Pioglitazonum</i>	E11	
1	10.	<i>Pioglitazonum et Metforminum</i>	E11	
1.	11.	<i>Repaglinidum</i>	E10-11, E89.1, O24	
1.	12.	<i>Sitagliptinum</i>	E11	
1.	13.	<i>Saxagliptinum</i>	E11	
1.	14.	<i>Sitagliptinum et Metforminum</i>	E11	Skiriama 2 tipo cukrinio diabeto kombinuotam gydymui, derinant su sulfonilkarbamido dariniais, jei didžiausios toleruojamos metformino ir sulfonilkarbamido darinių dozės yra nepakankamai veiksmingos
1.	15.	<i>Linagliptinum</i>	E11	
1.	16.	<i>Lixisenatidum</i>	E11	Skiriamas antrojo tipo cukriniu diabetu sergantiems pacientams gydyti kartu su geriamaisiais gliukozės kiekį kraujyje mažinančiais vaistiniais preparatais, jei vartojant šių vaistinių preparatų ir laikantis dietos bei fizinio krūvio reikalavimų, reikiamos gliukozės kiekio kraujyje kontrolės nepasiekama ir kurių kūno masės indeksas ≥ 32 kg/m ² ir HbA1c yra 7,5 proc. arba daugiau, kaip trečias arba kaip antras vaistas CD gydyti, jei metforminas netoleruojamas ar yra jo vartojimo kontraindikacijų

1.	17.	<i>Vildagliptinum</i>	E11	
1.	18.	<i>Vildagliptinum et Metforminum</i>	E11	
1.	19.	<i>Saxagliptinum et Metforminum</i>	E11	
1.	20.	<i>Linagliptinum et Metforminum</i>	E11	
1.	21.	<i>Liraglutidum</i>	E11	
1.	22.	<i>Empagliflozinum</i>	E11	1) skiriamas taikant trigubą terapiją kaip pasirenkamasis gydymas deriniuose su metforminu ir sulfonilkarbamido deriniais; 2) skiriamas taikant kombinuotąją terapiją su sulfonilkarbamido preparatais, kai netoleruojamas Metforminum arba yra jo vartojimo kontraindikacijos.
1.	23.	<i>Dapagliflozinum</i>	E11	1) skiriamas taikant trigubą terapiją kaip pasirenkamasis gydymas deriniuose su metforminu ir sulfonilkarbamido deriniais; 2) skiriamas taikant kombinuotąją terapiją su sulfonilkarbamido preparatais, kai netoleruojamas Metforminum arba yra jo vartojimo kontraindikacijos.
1.	24.	<i>Dapagliflozinum et metformini hydrochloridum</i>	E11	Skiriamas taikant trigubą terapiją kaip pasirenkamasis gydymas derinyje su sulfonilkarbamido preparatais.
1.	25.	<i>Empagliflozinum et metforminum</i>	E11	Skiriamas taikant trigubą terapiją kaip pasirenkamasis gydymas derinyje su sulfonilkarbamido preparatais.
1.	26.	<i>Ertugliflozinum</i>	E11	1. Skiriamas taikant trigubą terapiją kaip pasirenkamasis gydymas deriniuose su metforminu ir sulfonilkarbamido deriniais. 2. Skiriamas taikant kombinuotąją terapiją su sulfonilkarbamido preparatais, kai netoleruojamas metforminas arba yra jo vartojimo kontraindikacijų.
1.	27.	<i>Dulaglutidum</i>	E11	
1.	28.	<i>Ertugliflozinum et</i>	E11	

		<i>Metforminum</i>		
1.	29.	<i>Semaglutidum</i>	E11	
2. Hipoparatirozė (100 %)				
2.	1.	<i>Alfacalcidolum</i>	E20, E89.2	
3. Necukrinis diabetas (100 %)				
3.	1	<i>Desmopresinum</i>	E23.2	
4. Cistinė fibrozė (100 %)				
4.	1.	<i>Amikacinum</i>	E84	
4.	2.	<i>Cefoperazonum</i>	E84	
4.	3.	<i>Ceftazidimum</i>	E84	
4.	4.	<i>Dornasum alfa</i>	E84	Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas ar gydytojas vaikų pulmonologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas
4.	5.	<i>Pancreatinum</i>	E84	
4.	6.	<i>Neteko galios nuo 2017-02-08</i>		
4.	7.	<i>Salbutamolum</i>	E84	
4.	8.	<i>Azitromycinum</i>	E84	
4.	9.	<i>Cefuroximum</i>	E84	
4.	10.	<i>Ciprofloxacinum</i>	E84	
4.	11.	<i>Clarithromycinum</i>	E84	
4.	12.	<i>Tobramycinum</i>	E84	1) ankstyvojo <i>P. aeruginosa</i> išnaikinimo atveju – iki 3 kursų; 2) neveiksmingo ankstyvojo <i>P. aeruginosa</i> išnaikinimo ar lengvo paūmėjimo atveju – 3 kursai; 3) lėtinės <i>P. aeruginosa</i> infekcijos ar sunkaus paūmėjimo atveju – iki 6 kursų. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas ar gydytojas vaikų pulmonologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
5. Įgimtas jodo trūkumo sindromas, miksedeminis tipas (100 %)				
5.	1.	<i>Levothyroxinum</i>	E00.1	
6. Fenilketonurija (kodas E70 pagal TLK-10; 100 %)				
7. Vilsono liga (100 %)				
7.	1.	<i>Penicillaminum</i>	E83.0	
7.	2.	<i>Cinkas</i>	E83.0	Pacientams, negalintiems gydytis vaistu <i>Penicillaminum</i> dėl pašalinių reiškinių, taip pat vaikams ir nėščioms moterims
8. Hipopituitarizmas (augimo hormono trūkumas; 100 %)				

8.	1.	<i>Humanum incrementi hormonum recombinantum</i>	E23.0	Skiria ir išrašo gydytojas endokrinologas ar gydytojas vaikų endokrinologas, teikiantis tretinio lygio endokrinologijos paslaugas, vėliau iki 6 mėnesių gali išrašyti gydytojas vaikų endokrinologas, vaikų ligų ar šeimos gydytojas. Gydomas tęsiamas, kol rentgenogramomis patvirtinamas paciento kaulinio augimo zonų užsivėrimas. Tęsti gydymą galima vaikams ir suaugusiems pacientams, kuriems augimo hormono trūkumas diagnozuotas vaikystėje ir išlieka užsivėrus kaulo augimo zonoms bei pasiekus galutinį ūgį.
8.	2.	<i>Somatropinum</i>	E23.0	Skiria ir išrašo gydytojas endokrinologas ar gydytojas vaikų endokrinologas, teikiantis tretinio lygio endokrinologijos paslaugas, vėliau iki 6 mėnesių gali išrašyti gydytojas vaikų endokrinologas, vaikų ligų ar šeimos gydytojas. Gydomas tęsiamas, kol rentgenogramomis patvirtinamas paciento kaulinio augimo zonų užsivėrimas. Tęsti gydymą galima vaikams ir suaugusiems pacientams, kuriems augimo hormono trūkumas diagnozuotas vaikystėje ir išlieka užsivėrus kaulo augimo zonoms bei pasiekus galutinį ūgį.
9. Antinksčių funkcijos sutrikimas (100 %)				
9.	1.	<i>Fludrocortisonum</i>	A18.7, A39.1, E25.0, E27,	
9.	2.	<i>Hydrocortisonum</i>	A18.7, A39.1, E25.0, E27,	
9.	3.	<i>Prednisolonum</i>	A18.7, A39.1, E25.0, E27,	
9.	4.	<i>Dexamethasonum</i>	E25.0, E27	
10. Kitas patikslintas cukrinis diabetas ir nepatikslintas cukrinis diabetas (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
10.	1.	<i>Gliclazidum</i>	E13-E14	
10.	2.	<i>Glimepiridum</i>	E13-E14	
10.	3.	<i>Glipizidum</i>	E13-E14	

10.	4.	<i>Gliquidonum</i>	E13-E14	
10.	5.	<i>Insulinum</i>	E13-E14	
10.	6.	<i>Metforminum</i>	E13-E14	
11. Hipofizės hipofunkcija ir kiti funkcijos sutrikimai (100 %)				
11.	1.	<i>Estradiolum</i>	E23, E89.3	
11.	2.	<i>Estriolum</i>	E23, E89.3	
11.	3.	<i>Estradiolum et Levonorgestrolum</i>	E23, E89.3	
11.	4.	<i>Estradiolum et Norethisteronum</i>	E23, E89.3	
11.	5.	<i>Ethinylestradiolum et Levonorgestrolum</i>	E23, E89.3	
11.	6.	<i>Fludrocortisonum</i>	E23, E89.3	
11.	7.	<i>Hydrocortisonum</i>	E23, E89.3	
11.	8.	<i>Levothyroxinum</i>	E23, E89.3	
11.	9.	<i>Prednisolonum</i>	E23, E89.3	
11.	10.	<i>Testosteronum</i>	E23, E29.1, E89.3, E89.5, Q98.0-Q98.2, Q98.4	
12. Skydliaukės hipofunkcija (100 %)				
12.	1.	<i>Levothyroxinum</i>	E00.0, E00.2-E04, E89.0	
13. Paveldėtoji eritropoezinė porfirija (100 %)				
14. Purino ir pirimidino apykaitos sutrikimai (100 %)				
14.	1.	<i>Allopurinolum</i>	E79	
15. Lipoproteidų apykaitos sutrikimai ir kitos lipidemijos (100 %)				
15.	1.	<i>Atorvastatinum</i>	E78	1. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis ≥ 3 mmol/l ir kurie turi didelės širdies ir kraujagyslių ligų (ŠKL) rizikos veiksnių. Didelės rizikos veiksniai apibrėžiami taip: 1) vidutinio sunkumo lėtinė inkstų liga (GFG 30-59 ml/min/1.73m²); 2) 1 ar 2 tipo cukrinis diabetas (CD) be organų taikinių pažeidimo; 3) apskaičiuotas SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 5 proc. ir < 10 proc. 2. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l ir kurie turi labai didelės ŠKL rizikos veiksnių. Labai didelės rizikos veiksniai apibrėžiami taip: 1) dokumentuota ŠKL: anksčiau buvęs miokardo infarktas,

				ūminis išemijos sindromas, koronarinė revaskuliarizacija, perkutaninė vainikinių arterijų intervencija, vainikinių arterijų jungčių operacija (VAJO), kitos revaskuliarizacijos procedūros; 2) smegenų infarktas (insultas) ar praeinantis smegenų išemijos priepuolis; 3) periferinių arterijų liga; 4) vaizdiniais tyrimais dokumentuota ŠKL (nustatyta aterosklerozinė plokštelė vainikinėse ar miego arterijose); 5) 1 ar 2 tipo CD su organų taikinių pažaida; 6) sunkus inkstų funkcijos nepakankamumas ($<30 \text{ mL/min/1,73 m}^2$); 7) apskaičiuotas SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 10 proc. 3. Skiriama asmenims, kuriems nustatyta ankstyvos ŠKL anamnezė (ŠKL įvykis įvyko pirmos eilės vyriškos lyties giminaičiams iki 55 m. amžiaus ar pirmos eilės moteriškos lyties giminaitėms iki 65 m.), jei jų MTL cholesterolis $\geq 5 \text{ mmol/l}$. 4. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis $\geq 3,0 \text{ mmol/l}$ ir kurie turi vidutinės ŠKL rizikos veiksnių. Vidutinės ŠKL rizikos veiksniai apibrėžiami taip: SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 1 proc. ir < 5 proc.
15.	2.	<i>Atorvastatinum et Amlodipinum</i>	E78	Skiriamas tik tuo atveju, jei gali būti skiriami kompensuojamieji vaistai Amlodipinum ir Atorvastatinum.
15.	3.	<i>Fluvastatinum</i>	E78	1. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis $\geq 3 \text{ mmol/l}$ ir kurie turi didelės ŠKL rizikos veiksnių. Didelės rizikos veiksniai apibrėžiami taip: 1) vidutinio sunkumo lėtinė inkstų liga (GFG $30\text{-}59 \text{ mL/min/1.73m}^2$); 2) 1 ar 2 tipo CD be organų taikinių pažeidimo; 3) apskaičiuotas SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 5 proc. ir < 10

				proc. 2. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l ir kurie turi labai didelės ŠKL rizikos veiksnių. Labai didelės rizikos veiksniai apibrėžiami taip: 1) dokumentuota ŠKL: anksčiau buvęs miokardo infarktas, ūminis išemijos sindromas, koronarinė revaskuliarizacija, perkutaninė vainikinių arterijų intervencija, VAJO, kitos revaskuliarizacijos procedūros; 2) smegenų infarktas (insultas) ar praeinantis smegenų išemijos priepuolis; 3) periferinių arterijų liga; 4) vaizdiniais tyrimais dokumentuota ŠKL (nustatyta aterosklerozinė plokštelė vainikinėse ar miego arterijose); 5) 1 ar 2 tipo CD su organų taikinių pažaida; 6) sunkus inkstų funkcijos nepakankamumas (<30 mL/min/1,73 m²); 7) apskaičiuotas SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 10 proc. 3. Skiriama asmenims, kuriems nustatyta ankstyvos ŠKL anamnezė (ŠKL įvykis įvyko pirmos eilės vyriškos lyties giminaičiams iki 55 m. amžiaus ar pirmos eilės moteriškos lyties giminaitėms iki 65 m.), jei jų MTL cholesterolis ≥ 5 mmol/l. 4. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis $\geq 3,0$ mmol/l ir kurie turi vidutinės ŠKL rizikos veiksnių. Vidutinės ŠKL rizikos veiksniai apibrėžiami taip: SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 1 proc. ir < 5 proc.
15.	4.	<i>Rosuvastatinum</i>	E78	1. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis ≥ 3 mmol/l ir kurie turi didelės ŠKL rizikos veiksnių. Didelės rizikos veiksniai apibrėžiami taip: 1) vidutinio sunkumo lėtinė inkstų liga (GFG 30-59

				ml/min/1.73m²); 2) 1 ar 2 tipo CD be organų taikinių pažeidimo; 3) apskaičiuotas SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 5 proc. ir < 10 proc. 2. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l ir kurie turi labai didelės ŠKL rizikos veiksnių. Labai didelės rizikos veiksniai apibrėžiami taip: 1) dokumentuota ŠKL: anksčiau buvęs miokardo infarktas, ūminis išemijos sindromas, koronarinė revaskuliarizacija, perkutaninė vainikinių arterijų intervencija, VAJO, kitos revaskuliarizacijos procedūros; 2) smegenų infarktas (insultas) ar praeinantis smegenų išemijos priepuolis; 3) periferinių arterijų liga; 4) vaizdiniais tyrimais dokumentuota ŠKL (nustatyta aterosklerozinė plokštelė vainikinėse ar miego arterijose); 5) 1 ar 2 tipo CD su organų taikinių pažaida; 6) sunkus inkstų funkcijos nepakankamumas (<30 mL/min/1,73 m²); 7) apskaičiuotas SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 10 proc. 3. Skiriama asmenims, kuriems nustatyta ankstyvos ŠKL anamnezė (ŠKL įvykis įvyko pirmos eilės vyriškos lyties giminaičiams iki 55 m. amžiaus ar pirmos eilės moteriškos lyties giminaitėms iki 65 m.), jei jų MTL cholesterolis ≥ 5 mmol/l. 4. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis $\geq 3,0$ mmol/l ir kurie turi vidutinės ŠKL rizikos veiksnių. Vidutinės ŠKL rizikos veiksniai apibrėžiami taip: SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 1 proc. ir < 5 proc.
15.	5.	<i>Simvastatinum</i>	E78	1. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis ≥ 3 mmol/l ir

				kurie turi didelės ŠKL rizikos veiksnių. Didelės rizikos veiksniai apibrėžiami taip: 1) vidutinio sunkumo lėtinė inkstų liga (GFG 30-59 ml/min/1.73m²); 2) 1 ar 2 tipo CD be organų taikinių pažeidimo; 3) apskaičiuotas SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 5 proc. ir < 10 proc. 2. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l ir kurie turi labai didelės ŠKL rizikos veiksnių. Labai didelės rizikos veiksniai apibrėžiami taip: 1) dokumentuota ŠKL: anksčiau buvęs miokardo infarktas, ūminis išemijos sindromas, koronarinė revaskuliarizacija, perkutaninė vainikinių arterijų intervencija, VAJO, kitos revaskuliarizacijos procedūros; 2) smegenų infarktas (insultas) ar praeinantis smegenų išemijos priepuolis; 3) periferinių arterijų liga; 4) vaizdiniais tyrimais dokumentuota ŠKL (nustatyta aterosklerozinė plokštelė vainikinėse ar miego arterijose); 5) 1 ar 2 tipo CD su organų taikinių pažeida; 6) sunkus inkstų funkcijos nepakankamumas (< 30 mL/min/1,73 m²); 7) apskaičiuotas SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 10 proc. 3. Skiriama asmenims, kuriems nustatyta ankstyvos ŠKL anamnezė (ŠKL įvykis įvyko pirmos eilės vyriškos lyties giminaičiams iki 55 m. amžiaus ar pirmos eilės moteriškos lyties giminaitėms iki 65 m.), jei jų MTL cholesterolis ≥ 5 mmol/l. 4. Skiriama asmenims, kurių MLT cholesterolis $\geq 3,0$ mmol/l ir kurie turi vidutinės ŠKL rizikos veiksnių. Vidutinės ŠKL rizikos veiksniai apibrėžiami
--	--	--	--	---

				taip: SCORE rizikos balas mirti nuo ŠKL per 10 m. ≥ 1 proc. ir < 5 proc.
16. Adenohipofizės hiperfunkcija (100 %)				
16.	1.	<i>Bromocriptinum</i>	E22, E24, D35.2	
16.	2.	<i>Cyproteronum</i>	E22, E24, D35.2	
16.	3.	<i>Triptorelinum</i>	E22, E24, D35.2	
16.	4.	<i>Octreotidum</i>	E22.0	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
16.	5.	<i>Lanreotidum</i>	E22.0	Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
16.	6.	<i>Pasireotidum</i>	E22.0	Skiriamas akromegalijai gydyti sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
			E24.0	Skiriamas hipofizinei Kušingo ligai gydyti, pasireiškus šios ligos recidyvui, nepaisant visų galimų gydymo metodų taikymo. 1. Diagnozė patvirtinama, jei ne mažiau kaip dviem tyrimais nustatoma, kad: 1.1. laisvo kortikosteroidinio hormono kortizolio (toliau – kortizolis) kiekis paros šlapime yra daugiau nei 2 kartus padidėjęs, palyginti su viršutine normos riba (kartoti tyrimą bent du kartus); 1.2. kortizolio kiekis kraujo serume nakties metu (23.00–24.00 val.) išlieka > 50 nmol/l; 1.3. kortizolio kiekis kraujo serume po nakčiai skirtą vaistinio preparato deksametazono (skiriama 1 mg) > 50 nmol/l; 1.4. mažasis vaistinio preparato deksametazono mėginys (skiriama 2 mg per 48 val.) yra teigiamas – kortizolio kiekis kraujo serume po mėginio > 50 nmol/l. 2. Gydymo pasireotidum laikotarpiu pacientai stebimi dėl šio vaistinio preparato charakteristikų santraukoje nurodytų kitų vaistinių preparatų galimo šalutinio poveikio. Ambulatoriškai atliekami tyrimai paciento apsilankymo pas gydytoją endokrinologą metu,

				vykdant gydymo pasireotidum stebėseną: 2.1. kepenų funkcijai įvertinti atliekami alaninaminotransferazės (ALT), aspartataminotransferazės (AST), gama gliutamilttransferazės (GGT), bilirubino, albumino kiekio kraujo serume tyrimai, protrombino rodiklių (protrombino komplekso aktyvumo – SPA) tyrimas ir tarptautinio normalizuoto santykio (TNS) tyrimas – prieš pradedant gydymą pasireotidum ir po 2, 4, 8 ir 12 gydymo savaitių; 2.2. elektrokardiograma – vertinant QT intervalo trukmę prieš pradedant gydymą pasireotidum ir po 1–2 gydymo savaitių; 2.3. fermentų amilazės ir lipazės tyrimai – prieš pradedant gydymą pasireotidum, po 1, 2, 3 ir 6 gydymo mėnesių, vėliau – kas 6 mėnesius; 2.4. tulžies pūslės ultragarso tyrimas – atliekamas prieš gydymą pasireotidum ir po 6 gydymo mėnesių, vėliau – kas 12 mėnesių; 2.5. hipofizės funkcijai įvertinti atliekami tirotropinio hormono (TTH), laisvojo tiroksino (T4) hormono, augimo hormono ir panašaus į insuliną augimo faktoriaus (IGF-1) kiekio kraujo serume tyrimai – prieš gydymą pasireotidu, po 2 ir po 6 gydymo mėnesių, vėliau – kas 6 mėnesius; 2.6. gliukozės kiekio kraujo serume, o sergantiesiems cukriniu diabetu – gliukozės ir glikolizinto hemoglobino (HbA1c) kiekio kraujo serume tyrimai – pagal Cukrinio diabeto ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašą, patvirtintą
--	--	--	--	--

				Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. vasario 28 d. įsakymu Nr. V-159 „Dėl Cukrinio diabeto ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo patvirtinimo“. 3. Efektyvaus gydymo pasireotidum kriterijai, taikomi po pirmųjų dviejų gydymo mėnesių. Gydymas laikomas efektyviu, jei: 3.1. adrenokortikotropinio hormono (AKTH) bei kortizolio kiekio kraujo serume ir (ar) laisvojo kortizolio kiekio šlapime tyrimais nustatomas AKTH ir kortizolio sekrecijos sumažėjimas; 3.2. Kušingo ligos komplikacijų – hipertenzijos, cukrinio diabeto, nutukimo, dislipidemijos, osteoporozės, emocinio labilumo – eiga yra lengvesnė. 4. Gydymo tęsimo tikslingumo kriterijai, taikomi kas 6 mėnesius. Laikoma, kad gydymas yra efektyvus ir turi būti tęsiamas, jei: 4.1. AKTH bei kortizolio kiekio kraujo serume ir (ar) laisvojo kortizolio šlapime kiekio tyrimais nustatomas AKTH ir kortizolio sekrecijos sumažėjimas (bent vieno iš jų kiekis sumažėja 30 proc., palyginti su pradine reikšme); 4.2. magnetinio rezonanso tyrimu (MRT) nustatoma, kad likutinė naviko masė hipofizėje nedidėja arba sumažėja (pirmą kartą MRT atliekamas po 6 mėnesių nuo gydymo pradžios, vėliau – kas 12 mėnesių); 4.3. Kušingo ligos komplikacijų – hipertenzijos, cukrinio diabeto, nutukimo, dislipidemijos, osteoporozės, emocinio labilumo – eiga yra lengvesnė. 5. Gydymo pasireotidum nutraukimo kriterijai: 5.1. AKTH ir kortizolio kiekis
--	--	--	--	---

				siekia viršutinę normos ribą ir nemažėja skiriant maksimalią leidžiamą ar toleruojamą pasireotidum dozę ne trumpiau kaip 2 mėnesius; 5.2. pasireiškia sunkios nepageidaujamos reakcijos į pasireotidum (pvz., gelta ar kiti kliniškai reikšmingą kepenų funkcijos sutrikimą rodantys požymiai: nustatomas ilgalaikis AST ar ALT kiekio kraujo serume padidėjimas, kuris 5 kartus ar daugiau viršija normą, arba kartu nustatoma, jog daugiau kaip 3 kartus normą viršija ALT ar AST kiekis kraujo serume ir daugiau kaip 2 kartus normą viršija bilirubino kiekis); 5.3. gydymas nutraukiamas paciento sprendimu.
17. Neteško galios nuo 2019-02-09				
18. Diabetinė polineuropatija (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
18.	1.	<i>Duloxetine</i>	E10.42, E11.42, E13.42, E14.42	
18.	2.	<i>Pregabalinum</i>	E10.42, E11.42, E13.42, E14.42	
19. Hiperparatirozė (100 %)				
19.	1.	<i>Cinacalcet</i>	N25.8	Skiriamas dializuojamiems pacientams, sergantiems terminalinės stadijos inkstų liga, kurių nekontroliuojamas kraujo plazmoje nepakitęs parathormono (apibrėžiamas kaip didesnis nei 85 pmol/l [800pg/ml]) lygis bei šie pacientai atsparūs standartiniam gydymui, ir normali arba didelė koreguota kalcio koncentracija serume, ir kuriems chirurginė paratiroidektomija kontraindikuotina, nes operacijos rizika didesnė už naudą. Skiria gydytojas nefrologas ar endokrinologas. Gydymo veiksmingumą būtina nuolat kontroliuoti. Nesant teigiamos dinamikos, gydymą nutraukti po

				4 mėnesių.
20. Tirotoksikozė (100%)				
20.	1.	Thiamazolum	E05	
V. PSICHIKOS IR ELGESIO SUTRIKIMAI				
Eil. Nr.	Vaistai		TLK-10	Skyrimo sąlygos
1. Schizofrenija. Schizofreniniai sutrikimai (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
1.	1.	Amisulpridum	F20, F25	2*
1.	2.	Aripiprazolum	F20	2*
1.	3.	Clozapinum	F20, F25	Tik sergantiesiems rezistentiška schizofrenija. Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras
1.	4.	Flupentixolum	F20, F25	2*
1.	5.	Fluphenazinum	F20, F25	2*
1.	6.	Haloperidolum	F20, F25	2*
1.	7.	Lithii carbonas	F20, F25	2*
1.	8.	Olanzapinum	F20, F25	2*
1.	9.	Quetiapinum	F20, F25	2*
1.	10.	Risperidonum	F20, F25	2*
1.	11.	Trihexyphenidylum	F20, F25	2*
1.	12.	Ziprasidonum	F20, F25	2*
1.	13.	Zuklopentixolum	F20, F25	2*
1.	14.	Olanzapino pamoato monohidratas	F20	2*
1.	15.	Paliperidonum palmitatum	F20	2*
2. Šizotipinis ir kliesesiniai sutrikimai (100 %)				
2.	1.	Amitriptylinum	F25	2*
2.	2.	Amisulpridum	F21	2*
2.	3.	Citalopranum	F25	2*
2.	4.	Escitalopramum	F25	2*
2.	5.	Flupentixolum	F21 – F29	2*
2.	6.	Fluphenazinum	F21 – F29	2*
2.	7.	Fluvoxaminum	F25	2*
2.	8.	Fluoxetinum	F25	2*
2.	9.	Haloperidolum	F21 – F29	2*
2.	10.	Lithii carbonas	F21 – F29	2*
2.	11.	Mirtazapinum	F25.1	2*
2.	12.	Paroxetinum	F25	2*
2.	13.	Risperidonum	F21	2*
2.	14.	Sertralinum	F25	2*
2.	15.	Trihexyphenidylum	F21 – F29	2*
2.	16.	Ziprasidonum	F21	2*
2.	17.	Zuklopentixolum	F21 – F29	2*
2.	18.	Olanzapinum	F21	2*

3. Sunkūs afektiniai sutrikimai (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
3.	1.	<i>Acidum valproicum</i> (<i>Natrium valproatum</i>)	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5	2*
3.	2.	<i>Amitriptylinum</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	2*
3.	3.	<i>Bupropionum</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	2*
3.	4.	<i>Citalopramum</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	Tik suaugusiesiems. Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras
3.	5.	<i>Escitalopramum</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	Tik suaugusiesiems. Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras
3.	6.	<i>Duloxetine</i>	F32.2, F33.2, F33.3	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras.
3.	7.	<i>Fluoxetine</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	Skiriamas nuo 8 metų amžiaus. Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras arba gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Jei vaikui gydymą skiria gydytojas psichiatras, po 6 mėn. privaloma vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija. Vaistinį preparatą skiriant vaikams ir paaugliams, būtina atsižvelgti į registruotas jo indikacijas
3.	8.	<i>Fluvoxaminum</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	Tik suaugusiesiems. Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras
3.	9.	<i>Haloperidolum</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	2*
3.	10.	<i>Lithii carbonas</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	2*
3.	11.	<i>Mirtazapinum</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	2*
3.	12.	<i>Paroxetine</i>	F30.2, F31.2,	Tik suaugusiesiems.

			F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras
3.	13.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>		
3.	14.	<i>Tianeptinum</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	2*
3.	15.	<i>Trihexyphenidylum</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	2*
3.	16.	<i>Sertralinum</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	Tik suaugusiesiems. Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras
3.	17.	<i>Venlafaxinum</i>	F30.2, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	2*
3.	18.	<i>Agomelatinum</i>	F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	Tik suaugusiesiems. Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras
4. Vidutinio sunkumo afektiniai sutrikimai (100 %)				
4.	1.	<i>Acidum valproicum (Natrium valproatum)</i>	F31.3	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vėliau gali išrašyti gydytojas neurologas, vaikų ligų, vidaus ligų ar šeimos gydytojas. Po 3 mėnesių privaloma gydytojo psichiatro konsultacija.
4.	2.	<i>Amitriptylinum</i>	F32.1, F33.1	Tik suaugusiesiems. Išrašo gydytojas psichiatras, vidaus ligų ar šeimos gydytojas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Po 6 mėnesių privaloma gydytojo psichiatro konsultacija
4.	3.	<i>Bupropionum</i>	F32.1, F33.1, F31.3 (tik sergantiesiems vidutinio sunkumo depresija)	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vėliau iki 6 mėnesių gali išrašyti gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas
4.	4.	<i>Citalopramum</i>	F32.1, F33.1	Tik suaugusiesiems. Išrašo gydytojas psichiatras, vidaus ligų ar šeimos gydytojas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Po 6 mėnesių

				privaloma gydytojo psichiatro konsultacija
4.	5.	<i>Duloxetine</i>	F32.1, F33.1	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vidaus ligų ar šeimos gydytojas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Po 6 mėnesių privaloma gydytojo psichiatro konsultacija.
4.	6.	<i>Escitalopramum</i>	F32.1, F33.1, F31.3 (tik sergantiesiems vidutinio sunkumo depresija)	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vėliau iki 6 mėnesių gali išrašyti gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas
4.	7.	<i>Fluoxetine</i>	F32.1, F33.1	Skiriamas nuo 8 metų amžiaus. Vaikams vaistinį preparatą skiria ir išrašo gydytojas psichiatras arba gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Jei vaikui gydymą skiria gydytojas psichiatras, po 6 mėn. privaloma gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija. Vaistinį preparatą skiriant vaikams ir paaugliams, būtina atsižvelgti į registruotas jo indikacijas. Suaugusiesiems vaistinį preparatą skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vidaus ligų ar šeimos gydytojas ne ilgesniam kaip 6 mėn. laikotarpiui. Po 6 mėnesių privaloma gydytojo psichiatro konsultacija
4.	8.	<i>Fluvoxaminum</i>	F32.1, F33.1, F31.3 (tik sergantiesiems vidutinio sunkumo depresija)	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vėliau iki 6 mėnesių gali išrašyti gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas
4.	9.	<i>Haloperidolum</i>	F32.1, F33.1, F31.3 (tik sergantiesiems vidutinio sunkumo depresija)	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vėliau gali išrašyti gydytojas neurologas, vaikų ligų, vidaus ligų ar šeimos gydytojas. Po 3 mėnesių privaloma gydytojo psichiatro konsultacija
4.	10.	<i>Lithii carbonas</i>	F32.1, F33.1, F31.3 (tik sergantiems vidutinio sunkumo depresija)	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vėliau gali išrašyti gydytojas neurologas, vaikų ligų, vidaus ligų ar šeimos gydytojas. Po 3 mėnesių privaloma gydytojo psichiatro konsultacija

4.	11.	<i>Mirtazapinum</i>	F32.1, F33.1	Tik suaugusiesiems. Išrašo gydytojas psichiatras, vidaus ligų ar šeimos gydytojas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Po 6 mėnesių privaloma gydytojo psichiatro konsultacija
4.	12.	<i>Paroxetinum</i>	F32.1, F33.1	Tik suaugusiesiems. Išrašo gydytojas psichiatras, vidaus ligų ar šeimos gydytojas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Po 6 mėnesių privaloma gydytojo psichiatro konsultacija
4.	13.	<i>Neteko galios nuo 2018-12-12</i>		
4.	14.	<i>Tianeptinum</i>	F32.1, F33.1, F31.3 (tik sergantiesiems vidutinio sunkumo depresija)	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vėliau iki 6 mėnesių gali išrašyti gydytojui neurologai, vidaus ligų ar šeimos gydytojas
4.	15.	<i>Sertralinum</i>	F32.1, F33.1	Tik suaugusiesiems. Išrašo gydytojas psichiatras, vidaus ligų ar šeimos gydytojas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Po 6 mėnesių privaloma gydytojo psichiatro konsultacija
4.	16.	<i>Venlafaxinum</i>	F32.1, F33.1	Tik suaugusiesiems Išrašo gydytojas psichiatras, vidaus ligų ar šeimos gydytojas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Po 6 mėnesių privaloma gydytojo psichiatro konsultacija
4.	17.	<i>Agomelatinum</i>	F32.1, F33.1	Tik suaugusiesiems. Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vėliau iki 6 mėnesių gali išrašyti gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas
4.	18.	<i>Clomipraminum</i>	F32	
5. Demencija (100 %)				
5.	1.	<i>Amitriptylinum</i>	F00 (G30), F01- F03	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras ar gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas
5.	2.	<i>Donepezilum hydrochloridum</i>	F00 (G30), F01–F03	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, gydytojas neurologas, vidaus ligų, šeimos gydytojas ar gydytojas geriatras sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.

5.	3.	<i>Haloperidolum</i>	F00 (G30), F01 – F03	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras ar gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas
5.	4.	<i>Neteko galios nuo 2018-12-12</i>		
5.	5.	<i>Melperonum</i>	F00 (G30), F01 – F03	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras ar gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojai
5.	6.	<i>Memantinum</i>	F00 (G30)	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, gydytojas neurologas, vidaus ligų, šeimos gydytojas ar gydytojas geriatras sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
5.	7.	<i>Tiapridum</i>	F00 (G30), F01 – F03	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras ar gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas
5.	8.	<i>Trihexyphenidylum</i>	F00 (G30), F01 – F03	Skiria ir išrašo gydytojas psichiatras ar gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas
6. Organinės psichozės (100 %)				
6.	1.	<i>Citalopramum</i>	F06	2*
6.	2.	<i>Escitalopramum</i>	F06	2*
6.	3.	<i>Fluoxetinum</i> (geriami kieti)	F06	2*
6.	4.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>		
6.	5.	<i>Fluvoxaminum</i>	F06	2*
6.	6.	<i>Haloperidolum</i>	F06	2*
6.	7.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>		
6.	8.	<i>Mirtazapinum</i>	F06	2*
6.	9.	<i>Paroxetinum</i>	F06	2*
6.	10.	<i>Trihexyphenidylum</i>	F06	2*
6.	11.	<i>Sertralinum</i>	F06	2*
7. neteko galios nuo 2019-04-01				
8. Hiperkineziniai sutrikimai (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
8.	1.	<i>Atomoxetinum</i>	F90.0, F90.1	
8.	2.	<i>Metilfenidado hidrochloridas</i>	F90.0, F90.1	

2* – skiria ir išrašo gydytojas psichiatras.

VI. NERVŲ SISTEMOS LIGOS			
Eil. Nr.	Vaistai	TLK-10	Skirimo sąlygos
1. Epilepsija (100 %)			

Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
1.	1.	<i>Acidum valproicum</i> (<i>Natrium valproatum</i>)	G40	Neskiriami mergaitėms, vaisingo amžiaus moterims ir nėščiosioms, sergančioms epilepsija ir patiriančioms židininį ir (arba) generalizuotus epilepsijos priepuolius, nebent kiti gydymo būdai yra neveiksmingi arba pacientės jų netoleruoja.
1.	2.	<i>Carbamazepinum</i>	G40	
1.	3.	<i>Clonazepamum</i>	G40	
1.	4.	<i>Diazepamum</i>	G25.8, G40, G41	
1.	5.	<i>Ethosuximidum</i>	G40	
1.	6.	<i>Gabapentinum</i>	G40.1, G40.2, G40.6	
1.	7.	<i>Lamotriginum</i>	G40	
1.	8.	<i>Levetiracetamum</i>	G40	Skiria gydytojas neurologas arba gydytojas vaikų neurologas, vėliau gali išrašyti gydytojas neurologas, gydytojas vaikų neurologas, šeimos gydytojas, vidaus ligų gydytojas, vaikų ligų gydytojas.
1.	9.	<i>Nitrazepamum</i>	G40	
1.	10.	<i>Oxcarbazepinum</i>	G40	
1.	11.	<i>Phenytoinum</i>	G40	
1.	12.	<i>Pregabalinum</i>	G40.0, G40.1, G40.2	Tik suaugusiems. Skiria gydytojas neurologas, teikiantis tretinio lygio paslaugas, kaip papildomą gydymo priemonę, jei nustatoma atspari gydymui epilepsija arba jei yra kontraindikacijų skirti kitus vaistus nuo epilepsijos
1.	13.	<i>Primidonum</i>	G40	
1.	14.	<i>Retigabinum</i>	G40.1, G40.2	
1.	15.	<i>Stiripentolum</i>	G40.8	
1.	16.	<i>Sultiamum</i>	G40	
1.	17.	<i>Tiagabinum</i>	G40.2, G40.3	Skiriamas gydymui atspariai epilepsijai gydyti. Skiria gydytojas neurologas, teikiantis tretinio lygio

				paslaugas.
1.	18.	<i>Topiramatum</i>	G40	
1.	19.	<i>Vigabatrinum</i>	G40.1, G40.2, G40.4	Skiriamas epilepsiniams priepuoliams, kurių etiologija yra tuberozinė sklerozė (TLK-10-AM kodas Q85.1), taip pat bet kurios etiologijos infantiliniai spazmai (West sindromas) (TLK-10-AM kodas G40.4), kai per 2 savaites nepasiekama priepuolių ir hipsaritmijos kontrolės gydant steroidais arba kai yra kontraindikacijų gydymui steroidais; taip pat gydymui rezistentiški židininiai epilepsijos priepuoliai (TLK-10-AM kodas G40.2), kai gydymas kitais potencialiai tinkamais vaistais neefektyvus ar kontraindikuotinas, nusprendus III lygio gydytojų vaikų neurologų ar gydytojų neurologų konsiliumui.
2. Išsėtinė sklerozė (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
2.	1.	<i>Glatiramerum acetat</i>	G35	
2.	2.	<i>Interferonum beta 1-a</i>	G35	
2.	3.	<i>Interferonum beta 1-b</i>	G35	
2.	4.	<i>Fingolimodum</i>	G35	
2.	5.	<i>Natalizumabum</i>	G35	Monoterapija skirta kaip antros pakopos itin aktyvios formos pasikartojančiai recidyvuojančiai išsėtinei sklerozei gydyti pacientams, kuriems nepaveda gydymas beta interferonu ar glatiramero acetatu, arba sparčiai besivystančia sunkia pasikartojančiai recidyvuojančia išsėtine skleroze sergantiems pacientams
2.	6.	<i>Teriflunomidum</i>	G35	
2.	7.	<i>Dimethyl fumarate</i>	G35	Skiriamas tik

				monoterapijai pacientams, kuriems interferonai ir (arba) glatiramero acetatas ir (arba) teriflunomidas yra neveiksmingi, netoleruojami arba kontraindikuotini
2.	8.	<i>Peginterferonum beta 1-a</i>	G35	Skiriamas tik monoterapijai.
2.	9.	<i>Cladribinum</i>	G35	Skiriamas kaip antros pakopos monoterapija itin aktyvios formos pasikartojančiai recidyvuojančiai išsėtinei sklerozei gydyti pacientams, kuriems nepadeda gydymas beta interferonu ar glatiramero acetatu, ar teriflunomidu, ar dimetilfumoratu, arba skiriamas sparčiai besivystančiai sunkiai pasikartojančiai recidyvuojančiai išsėtinei skleroze sergantiems pacientams.
2.	10.	<i>Ocrelizumabum</i>	G35	Skiriamas: 1) suaugusiems pirminei progresuojančiai išsėtinei sklerozei gydyti, kuri apibrėžiama pagal ligos trukmę, negalios laipsnį ir uždegiminiam aktyvumui būdingais vaizdinių tyrimų požymiais; 2) kaip antraeilė monoterapija itin aktyvios formos pasikartojančiai recidyvuojančiai išsėtinei sklerozei gydyti pacientams, kuriems nepadeda gydymas beta interferonu ar glatiramero acetatu, ar teriflunomidu, ar dimetilfumoratu, arba skiriamas sparčiai besivystančiai sunkiai pasikartojančiai recidyvuojančiai išsėtinei skleroze sergantiems pacientams.

3. Neteko galios nuo 2018-07-18				
4. Neteko galios nuo 2015-10-14				
5. Neteko galios nuo 2018-11-01				
6. Demielinizuojančios centrinės nervų sistemos ligos: išsėtinė sklerozė, kitos demielinizuojančios centrinės nervų sistemos ligos, encefalitas, mielitas ir encefalomyelitas (100 %)				
6.	1.	<i>Neteko galios nuo 2018-12-12</i>		
6.	2.	<i>Neteko galios nuo 2016-10-18</i>		
6.	3.	<i>Amantadinum</i>	G35–G37, G04	Skiriamas simptominiam demielinizuojančių ligų gydymui. Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų arba šeimos gydytojas.
6.	4.	<i>Amitriptylinum</i>	G04, G35–G37, G44.2, G60–G64	Skiriamas simptominiam demielinizuojančių ligų gydymui. Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų arba šeimos gydytojas.
6.	5.	<i>Azathioprinum</i>	G35 – G37, G04	
6.	6.	<i>Baclofenum</i>	G35 – G37, G04	
6.	7.	<i>Carbamazepinum</i>	G35–G37, G04	Skiriamas simptominiam demielinizuojančių ligų gydymui. Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų arba šeimos gydytojas.
6.	8.	<i>Dexamethasonum</i>	G35 – G37, G04	
6.	9.	<i>Diazepamum</i>	G35–G37, G04	Skiriamas simptominiam demielinizuojančių ligų gydymui. Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų arba šeimos gydytojas.
6.	10.	<i>Methylprednisolonum</i>	G35 – G37, G04	
6.	11.	<i>Prednisolonum</i>	G35 – G37, G04	
6.	12.	<i>Neteko galios nuo 2018-06-08</i>		
6.	13.	<i>Tizanidinum</i>	G35 – G37, G04	
7. Parkinsono liga, antrinis parkinsonizmas (100 %)				
7.	1.	<i>Amantadinum</i>	G20 – G21	
7.	2.	<i>Neteko galios nuo 2018-06-08</i>		

7.	3.	<i>Baclofenum</i>	G20 – G21	
7.	4.	<i>Biperidenum</i>	G20 – G21	
7.	5.	<i>Bromocriptinum</i>	G20 – G21	
7.	6.	<i>Neteko galios nuo 2018-06-08</i>		
7.	7.	<i>Neteko galios nuo 2018-06-08</i>		
7.	8.	<i>Entacaponum</i>	G20 – G21	
7.	9.	<i>Levodopa</i> (+ <i>Carbidopa</i> / + <i>Benserazidum</i>)	G20-G21	
7.	10.	<i>Levodopa comb.</i> (+ <i>Carbidopa</i> + <i>Entacaponum</i>)	G20	Skiria gydytojas neurologas pacientams, kurie serga vėlyvąja (komplikuota) Parkinsono liga ir kuriems gydymas <i>Levodopa</i> su periferinės dekarboksilazės inhibitoriumi (+ <i>Carbidopa</i> / + <i>Benserazidum</i>) nėra pakankamai veiksmingas. Vėliau gali išrašyti vidaus ligų arba šeimos gydytojas
7.	11.	<i>Neteko galios nuo 2018-06-08</i>		
7.	12.	<i>Pramipexolum</i>	G20	
7.	13.	<i>Rasagilinum</i>	G20	Skiria gydytojas neurologas, šeimos ar vidaus ligų gydytojas pacientams, kurie serga ankstyvąja (nekomplikuota) Parkinsono liga.
7.	14.	<i>Ropinirolum</i>	G20	
7.	15.	<i>Selegilinum</i>	G21	
8. Praeinantieji (tranzitiniai) smegenų išemijos priepuoliai ir su jais susiję sindromai (100 %)				
8.	1.	<i>Ticlopidinum</i>	G45	
8.	2.	<i>Warfarinum</i>	G45	
8.	3.	<i>Atorvastatinum</i>	G45	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
8.	4.	<i>Fluvastatinum</i>	G45	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
8.	5.	<i>Rosuvastatinum</i>	G45	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.

8.	6.	<i>Simvastatinum</i>	G45	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
9. Generalizuota miastenija ir kitos mioneuralinės jungties ir raumenų ligos (100 %)				
9.	1.	<i>Azathioprinum</i>	G70 – G73	
9.	2.	<i>Dexamethasonum</i>	G70 – G73	
9.	3.	<i>Methylprednisolonum</i>	G70 – G73	
9.	4.	<i>Pyridostigminum</i>	G70 – G73	
9.	5.	<i>Prednisolonum</i>	G70 – G73	
10. neteko galios nuo 2019-04-01				
11. Ekstrapiramidiniai ir judesių sutrikimai, Huntingtono liga (100 %)				
11.	1.	<i>Amantadinum</i>	G10	
11.	2.	<i>Baclofenum</i>	G22–G25, G10	
11.	3.	<i>Haloperidolum</i>	G22–G25, G10	
11.	4.	<i>Levodopa</i> (+Carbidopa/+Benserazidum)	G22–G25, G10	
11.	5.	<i>Propranololum</i>	G25	
11.	6.	<i>Selegilinum</i>	G22–G25, G10	
11.	7.	<i>Tetrabenazinum</i>	G10	
12. Trišakio nervo neuralgija (100 %)				
12.	1.	<i>Carbamazepinum</i>	G50.0	
13. Migrena, klasteriniai galvos skausmai (100 %)				
13.	1.	<i>Rizatriptanum</i>	G43, G44.0	Pirmą kartą skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vaikų ligų, vidaus ligų ar šeimos gydytojas.
13.	2.	<i>Sumatriptanum</i>	G43, G44.0	Pirmą kartą skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vaikų ligų, vidaus ligų ar šeimos gydytojas.
13.	3.	<i>Naratriptanum</i>	G43, G44.0	Pirmą kartą skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vaikų ligų, vidaus ligų ar šeimos gydytojas.
13.	4.	<i>Zolmitriptanum</i>	G43, G44.0	Pirmą kartą skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vaikų ligų, vidaus ligų ar šeimos gydytojas.
13.	5.	<i>Erenumabum</i>	G43	Skiriamas migrenos profilaktikai suaugusiems, kuriems

				bent 4 dienas per mėnesį pasireiškia migrenos skausmai. Pirmą kartą skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas.
13.	6.	<i>Fremanezumabum</i>	G43	Pirmą kartą skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas.
14. neteko galios nuo 2019-04-01				
15. Šoninė amiotrofinė sklerozė (100 %)				
15.	1.	<i>Riluzolum</i>	G12.2	
16. Narkolepsija ir katalepsija (100 %)				
16.	1.	<i>Pitolisantum</i>	G47.4	Skiriamas narkolepsijai su katalepsija ar be jos gydyti
VII. AKIES IR JOS PRIEDINIŲ ORGANŲ LIGOS				
Eil. Nr.	Vaistai		TLK-10	Skyrimo sąlygos
1. Glaukoma (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
1.	1.	<i>Betaxololum</i>	H40–H42, Q15.0	
1	2.	<i>Bimatoprostum</i>	H40–H42, Q15.0	
1.	3.	<i>Bimatoprostum et Timololum</i>	H40–H42, Q15.0	
1.	4.	<i>Brinzolamidum</i>	H40–H42, Q15.0	Ligoniams, kurių neveikia beta-adrenoblokatoriai.
1.	5.	<i>Brinzolamidum et Timololum</i>	H40–H42, Q15.0	Ligoniams, kurių neveikia beta-adrenoblokatoriai.
1.	6.	<i>Brimonidino tartratas</i>	H40–H42, Q15.0	Ligoniams, kurių neveikia beta-adrenoblokatoriai.
1.	7.	<i>Brinzolamidum et Brimonidini tartras</i>	H40–H42	Skiriamas padidėjusiam akispūdžiui mažinti suaugusiems atviro kampo glaukoma ar akių hipertenzija sergantiems pacientams, kuriems taikant monoterapiją akispūdis sumažėja nepakankamai.
1.	8.	<i>Brimonidini tartras et Timololum</i>	H40–H42, Q15.0	Skiriamas ligoniams, kurių neveikia beta-adrenoblokatoriai.
1.	9.	<i>Dorzolamidum</i>	H40–H42, Q15.0	Ligoniams, kurių neveikia beta-

				adrenoblokatoriai.
1.	10.	<i>Dorzolamidum et Timololum</i>	H40–H42, Q15.0	Ligoniams, kurių neveikia beta-adrenoblokatoriai.
1.	11.	<i>Latanoprostum</i>	H40–H42, Q15.0	
1.	12.	<i>Latanoprostum et Timololum</i>	H40–H42, Q15.0	Ligoniams, kurių neveikia beta-adrenoblokatoriai.
1.	13	<i>Pilocarpinum</i>	H40–H42, Q15.0	
1.	14	<i>Pilocarpinum et Timololum</i>	H40–H42, Q15.0	
1.	15.	<i>Tafluprostum et Timololum</i>	H40–H42, Q15.0	Skiriamas pacientams, kurie yra jautrūs prostaglandinų vaistiniuose preparatuose esantiems konservantams.
1.	16.	<i>Tafluprostum</i>	H40–H42, Q15.0	Skiriama pacientams, kurie yra jautrūs prostaglandinuose esantiems konservantams.
1.	17	<i>Timololum</i>	H40–H42, Q15.0	
1.	18.	<i>Travoprostum</i>	H40–H42, Q15.0	
1.	19.	<i>Travoprostum et Timololum</i>	H40–H42, Q15.0	Ligoniams, kurių neveikia beta-adrenoblokatoriai.
2. Neteko galios nuo 2018-07-18				
3. Uveitas (100 %)				
3.	1.	<i>Adalimumab</i>	H30.2, H30.0, H30.1, H30.8, H44.1	Skiriamas, kai kortikosteroidų ir (ar) imunomoduliatorių (imunosupresantų) skyrimas kontraindikuotinas arba neefektyvus. Skiria ir išrašo gydytojas oftalmologas, teikiantis III lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas.
IX. KRAUJOTAKOS SISTEMOS LIGOS				
Eil. Nr.		Vaistai	TLK-10	Skyrimo sąlygos
1. Miokardo infarktas (100 %)				
1.	1.	<i>Atenololum</i>	I21, I22	
1.	2.	<i>Enalaprilum</i>	I21, I22	
1.	3.	<i>Glyceryli trinitras</i>	I21, I22	
1.	4.	<i>Isosorbidi dinitras</i>	I21, I22	
1.	5.	<i>Isosorbidi mononitras</i>	I21, I22	

1.	6.	<i>Metoprololum</i>	I21, I22	
1.	7.	<i>Warfarinum</i>	I21, I22	
1.	8.	<i>Atorvastatinum</i>	I21, I22	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
1.	9.	<i>Cipofibratum</i>	I21, I22	Išrašo gydytojas kardiologas iki 6 mėnesių laikotarpiui po miokardo infarkto, jei pagal lipidogramą, cholesterolis >5 mmol/l, MTL cholesterolis >3 mmol/l ar TG >2 mmol/l
1.	10.	<i>Clopidogrelum</i>	I21, I22	Iki 1 metų po miokardo infarkto.
1.	11.	<i>Fenofibratum</i>	I21, I22	Išrašo gydytojas kardiologas iki 6 mėnesių laikotarpiui po miokardo infarkto, jei pagal lipidogramą cholesterolis >5 mmol/l, MTL cholesterolis >3 mmol/l ar TG >2 mmol/l. Vaistinis preparatas skiriamas tik gydymui tęsti
1.	12.	<i>Fluvastatinum</i>	I21, I22	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
1.	13.	<i>Rosuvastatinum</i>	I21, I22	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
1.	14.	<i>Neteko galios nuo 2015-12-31</i>		
1.	15.	<i>Simvastatinum</i>	I21, I22	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
1.	16.	<i>Trandolaprilum</i>	I21, I22	
1.	17.	<i>Zofenoprilum</i>	I21, I22	
1.	18.	<i>Ramiprilum</i>	I21, I22	
1.	19.	<i>Ticagrelorum</i>	I21, I22	Skiriamas kartu su acetilsalicilio rūgštimi 12

				mėn. pacientams, kuriems yra ūmus koronarinis sindromas (ŪKS) ir atliekama perkutaninė koronarinė intervencija ar koronarinių arterijų šuntavimas.
2. Persirgtas miokardo infarktas (100 %)				
2.	1.	<i>Atorvastatinum</i>	I25.2	Gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas tęsia gydymą statinu po ūminio miokardo infarkto arba skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei statinas nebuvo paskirtas esant ūminiam miokardo infarktui, ir pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
2.	2.	<i>Fluvastatinum</i>	I25.2	Gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas tęsia gydymą statinu po ūminio miokardo infarkto arba skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei statinas nebuvo paskirtas esant ūminiam miokardo infarktui, ir pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
2.	3.	<i>Rosuvastatinum</i>	I25.2	Gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas tęsia gydymą statinu po ūminio miokardo infarkto arba skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei statinas nebuvo paskirtas esant ūminiam miokardo infarktui, ir pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.

2.	4.	<i>Simvastatinum</i>	I25.2	Gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas tęsia gydymą statinu po ūminio miokardo infarkto arba skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei statinas nebuvo paskirtas esant ūminiam miokardo infarktui, ir pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l
2.	5.	<i>Rivaroksabanum</i>	I25.2	Skiriamas kartu su acetilsalicilo rūgštimi aterotrombozinių reiškinių profilaktikai suaugusiems pacientams, sergantiems vainikinių arterijų liga arba simptomine periferinių arterijų liga, esant didelei išeminių reiškinių rizikai.

3. Hipertenzinė nefropatija, jei yra inkstų funkcijos nepakankamumas (100 %)

Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka

3.	1.	<i>Amlodipinum et Valsartanum</i>	I12	
3.	2.	<i>Diltiazemum</i>	I12	
3.	3.	<i>Indapamidum</i>	I12	
3.	4.	<i>Lisinoprilum et Amlodipinum</i>	I12	
3.	5.	<i>Methyldopa</i>	I12	
3.	6.	<i>Telmisartanum et Amlodipinum</i>	I12	

4. Ūminis reumatizmas (100 %)

4.	1.	<i>Diclofenacum</i>	I00 – I02	Išskyrus išorinio vartojimo vaistus
4.	2.	<i>Prednisolonum</i>	I00 – I02	

5. III ir IV funkcinės klasės krūtinės angina (100 %)

Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka

5.	1.	<i>Atenololum</i>	I20	
5.	2.	<i>Betaxololum</i>	I20	
5.	3.	<i>Neteko galios nuo 2021-02-24</i>		
5.	4.	<i>Glyceryli trinitras</i>	I20	
5.	5.	<i>Heparinum</i>	I20	
5.	6.	<i>Isosorbidi dinitras</i>	I20	
5.	7.	<i>Isosorbidi mononitras</i>	I20	
5.	8.	<i>Molsidominum</i>	I20	Skiriamas, jei

				netoleruojami ilgo veikimo nitratai
5.	9.	<i>Metoprololum</i>	I20	
5.	10.	<i>Ivabradinum</i>	I20.8	Skiriamas suaugusiems pacientams, kurių sinusinis ritmas yra normalus ir širdies susitraukimų dažnis yra ≥ 70 susitraukimų per minutę. <i>Ivabradinum</i> šiuo atveju skiriamas: 1. Suaugusiems pacientams, kurie netoleruoja beta adrenoblokatorių arba kuriems juos vartoti draudžiama; 2. Kartu su beta adrenoblokatoriais tiems pacientams, kuriems vieni beta adrenoblokatoriai optimaliomis dozėmis nepakankamai veiksmingi. Vaistinį preparatą <i>Ivabradinum</i> 3 pirmus mėnesius skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vėliau – gydytojas kardiologas, šeimos arba vidaus ligų gydytojas. Jeigu krūtinės anginos simptomai nesusilpnėja* per 3 mėnesius nuo gydymo pradžios, gydymą vaistiniu preparatu <i>Ivabradinum</i> būtina nutraukti. *krūtinės anginos simptomai nesusilpnėja, jeigu: nesuretėja krūtinės anginos priepuolių dažnis ir (arba) nesumažėja nitrato tablečių skaičius, ir (arba) krūtinės anginos ar jos ekvivalento simptomai nesumažėja nors viena klase, ir (arba) objektyvaus ištyrimo metu (VEM, SPECT, krūvio mėginiai su vaistiniais preparatais) nesumažėja išemija.
5.	11.	<i>Ranolazinum</i>	I20	Skiriamas III–IV funkcinės klasės krūtinės anginai gydyti, kai skiriant

				betablokatorius arba kalcio antagonistus išlieka krūtinės anginos simptomai arba netoleruojant betablokatorių arba kalcio antagonistų. Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vėliau iki 1 metų gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas. Skiriamas tik gydymui tęsti.
5.	12.	<i>Metoprololum et Ivabradinum</i>	I20.8	Skiriamas suaugusiems pacientams, kurių sinusinis ritmas yra normalus ir širdies susitraukimų dažnis yra ≥ 70 susitraukimų per minutę. <i>Metoprololum et Ivabradinum</i> šiuo atveju skiriamas tiems pacientams, kuriems vieni beta adrenoblokatoriai optimaliomis dozėmis nepakankamai veiksmingi. Vaistinių preparatą <i>Metoprololum et Ivabradinum</i> 3 pirmus mėnesius skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vėliau – gydytojas kardiologas, šeimos arba vidaus ligų gydytojas. Jeigu krūtinės anginos simptomai nesusilpnėja per 3 mėnesius nuo gydymo pradžios, gydymą vaistiniu preparatu <i>Metoprololum et Ivabradinum</i> būtina nutraukti. Laikoma, kad krūtinės anginos simptomai nesusilpnėja, jeigu: nesuretėja krūtinės anginos priepuolių dažnis ir (ar) nesumažėja nitratų suvartojamas kiekis miligramais, ir (ar) krūtinės anginos ar jos ekvivalento simptomai nesumažėja nors viena klase, ir (ar) objektyvaus

				ištyrimo metu (VEM, SPECT, krūvio mėginiai su vaistiniais preparatais) nesumažėja išemija.
5.	13.	<i>Atorvastatinum</i>	I20.8	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l ir stabilios krūtinės anginos diagnozė yra patvirtinta elektrokardiografiniais arba vaizdiniais krūvio mėginiais, invazine ar neinvazine vainikinių arterijų angiografija.
5.	14.	<i>Fluvastatinum</i>	I20.8	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l ir stabilios krūtinės anginos diagnozė yra patvirtinta elektrokardiografiniais arba vaizdiniais krūvio mėginiais, invazine ar neinvazine vainikinių arterijų angiografija.
5.	15.	<i>Rosuvastatinum</i>	I20.8	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l ir stabilios krūtinės anginos diagnozė yra patvirtinta elektrokardiografiniais arba vaizdiniais krūvio mėginiais, invazine ar neinvazine vainikinių arterijų angiografija.
5.	16.	<i>Simvastatinum</i>	I20.8	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l ir stabilios krūtinės anginos diagnozė yra patvirtinta elektrokardiografiniais arba vaizdiniais krūvio mėginiais, invazine ar neinvazine vainikinių arterijų angiografija.

5.	17.	<i>Trimetazidinum</i>	I20	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei netoleruojamas gydymas pirmaeiliais vaistiniais preparatais. Neskiriamas Parkinsono liga sergantiems pacientams.
5.	18.	<i>Rivaroksabanum</i>	I20.8	Skiriamas kartu su acetilsalicilo rūgštimi aterotrombozinių reiškinių profilaktikai suaugusiems pacientams, sergantiems vainikinių arterijų liga arba simptomine periferinių arterijų liga, esant didelei išeminių reiškinių rizikai.
6. III ir IV funkcinės klasės širdies veiklos (kraujotakos) nepakankamumas arba kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija < 40 % (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
6.	1.	<i>Bisoprololum</i>	I50	
6.	2.	<i>Captoprilum</i>	I50	
6.	3.	<i>Carvedilolum</i>	I50	
6.	4.	<i>Digoxinum</i>	I50	
6.	5.	<i>Enalaprilum</i>	I50	
6.	6.	<i>Fosinoprilum</i>	I50	
6.	7.	<i>Furosemidum</i>	I50	
6.	8.	<i>Metoprololum (modifikuoto veikimo)</i>	I50.1	
6.	9.	<i>Nebivololum</i>	I50	
6.	9.	<i>Perindoprilum</i>	I50	
6.	10.	<i>Quinaprilum</i>	I50	
6.	11.	<i>Ramiprilum</i>	I50	
6.	12.	<i>Spironolactonum</i>	I50	
6.	13.	<i>Torasemidum</i>	I50	
6.	14.	<i>Warfarinum</i>	I50	
6.	15.	<i>Ivabradinum</i>	I50	Skiriamas, kai yra III ir IV funkcinės klasės širdies veiklos (kraujotakos) nepakankamumas arba kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija < 35 %, ligos sunkumas yra apibrėžiamas kaip NYHA III ir IV klasės su

				sistoline disfunkcija, kai yra sinusinis ritmas ir širdies susitraukimų dažnis yra >75 susitraukimai per minutę. Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vėliau iki 1 metų gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas. Tęsiant gydymą, po metų privaloma gydytojo kardiologo konsultacija
6.	16.	<i>Carvedilolum et Ivabradinum</i>	I50	Skiriamas, kai yra III ir IV funkcinės klasės širdies veiklos (kraujotakos) nepakankamumas arba kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija $< 35\%$, ligos sunkumas yra apibrėžiamas kaip NYHA III ir IV klasės su sistoline disfunkcija, kai yra sinusinis ritmas ir širdies susitraukimų dažnis yra >75 susitraukimai per minutę. Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vėliau iki 1 metų gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas. Tęsiant gydymą, po metų privaloma gydytojo kardiologo konsultacija.
6.	17.	<i>Sacubitrilum et Valsartanum</i>	I50	Skiriama, kai yra II-IV NYHA funkcinės klasės širdies veiklos nepakankamumas, kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija yra $\leq$ negu 35% , ir pacientams, kuriems skiriamomis maksimaliomis toleruojamomis angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitorių arba betaadrenoblokatorių dozėmis nepavyksta kontroliuoti širdies nepakankamumo

				simptomų. Vaistinių preparatų paskirti ir titruoti dozę iki maksimalios toleruojamos turėtų gydytojas kardiologas, vėliau, esant stabiliai būklei, iki 1 metų gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas. Tęsiant gydymą, privaloma gydytojo kardiologo konsultacija vieną kartą per metus.
7. Smegenų infarktas (100 %)				
7.	1.	<i>Warfarinum</i>	I63	Iki 1 metų po smegenų infarkto
7.	2.	<i>Clopidogrelum</i>	I63	Iki 1 metų po smegenų infarkto
7.	3.	<i>Dipiridamolum et Ac. Acetylsalicylicum</i>	I63	Iki 1 metų po smegenų infarkto
7.	4.	<i>Ticlopidinum</i>	I63	Iki 1 metų po smegenų infarkto
7.	5.	<i>Atorvastatinum</i>	I63, I69.3	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
7.	6.	<i>Fluvastatinum</i>	I63, I69.3	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
7.	7.	<i>Rosuvastatinum</i>	I63, I69.3	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
7.	8.	<i>Simvastatinum</i>	I63, I69.3	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
8. neko galios nuo 2019-04-01				
9. Hipertenzinės ligos (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				

9.	1.	<i>Amlodipinum</i>	I10 – I11, I15	
9.	2.	<i>Amlodipinum et Valsartanum</i>	I10 – I11	
9.	3.	<i>Atenololum</i>	I10 – I11, I15	
9.	4.	<i>Betaxololum</i>	I10 – I11, I15	
9.	5.	<i>Bisoprololum et Hydrochlorthiazidum</i>	I10	
9.	6.	<i>Candesartanum</i>	I10–I11, I15	
9.	7.	<i>Captoprilum</i>	I10 – I11, I15	
9.	8.	<i>Diltiazemum</i>	I10 – I11, I15	
9.	9.	<i>Doxazosinum</i>	I10 – I11, I15	
9.	10.	<i>Enalaprilum</i>	I10 – I11, I15	
9.	11.	<i>Enalaprilum et Hydrochlorothiazidum</i>	I10–I11, I15	
9.	12.	<i>Eprosartanum</i>	I10 – I11	Išrašo gydytojas kardiologas ar gydytojas nefrologas, jei gydant kompensuojamuoju angiotenzino II receptorių blokatorių grupės vaistu, turinčiu generinį analogą, per 3 mėnesius nepasiekiamas laukiamas rezultatas
9.	13.	<i>Eprosartanum et Hydrochlorothiazidum</i>	I10 – I11	Išrašo gydytojas kardiologas ar gydytojas nefrologas, jei gydant kompensuojamuoju angiotenzino II receptorių blokatorių grupės vaistu, turinčiu generinį analogą, per 3 mėnesius nepasiekiamas laukiamas gydymo rezultatas
9.	14.	<i>Hydrochlorthiazidum et Quinaprilum</i>	I10 – I11, I15	
9.	15.	<i>Felodipinum</i>	I10–I11, I15	
9.	16.	<i>Fosinoprilum</i>	I10 – I11, I15	
9.	17.	<i>Fosinoprilum et Hydrochlorthiazidum</i>	I10 – I11, I15	
9.	18.	<i>Hydrochlorothiazidum</i>	I10–I11, I15	
9.	19.	<i>Indapamidum</i>	I10 – I11, I15	
9.	20.	<i>Lacidipinum</i>	I10 – I11, I15	
9.	21.	<i>Lercanidipinum</i>	I10 – I11, I15	
9.	22.	<i>Lisinoprilum</i>	I10 – I11, I15	
9.	23.	<i>Lisinoprilum et</i>	I10 – I11	

		<i>Amlodipinum</i>		
9.	24.	<i>Losartanum</i>	I10 – I11, I15	
9.	25.	<i>Losartanum et Hydrochlorothiazidum</i>	I10 – I11	
9.	26.	<i>Methyldopa</i>	I10 – I11, I15	Tik nėščiosioms
9.	27.	<i>Metoprololum</i>	I10 – I11, I15	
9.	28.	<i>Moxonidinum</i>	I10, I11.9	1) <i>Moxonidinum</i> pridedamas kaip penktas antihipertenzinis vaistinis preparatas, 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 vaistinio preparato vartojimą būtina nutraukti, <i>Moxonidinum</i> gali būti pridedamas prie kitų antihipertenzinių vaistinių preparatų skiriant anksčiau nei penktą antihipertenzinį vaistinį preparatą.
9.	29.	<i>Nebivololum</i>	I10 – I11, I15	
9.	30.	<i>Nifedipinum</i>	I10 – I11, I15	
9.	31.	<i>Nitrendipinum</i>	I10 – I11, I15	
9.	32.	<i>Olmесartanum</i>	I10–I11, I15	Išrašo gydytojas kardiologas, gydytojas nefrologas, šeimos ar vidaus ligų gydytojas, jei gydant kompensuojamuoju angiotenzino II receptorių blokatorių grupės vaistu,

				turinčiu generinį analogą, per 3 mėnesius nepasiekiamas lauktinas rezultatas.
9.	33.	<i>Olmesartanum medoxomilum et Hydrochlorothiazidum</i>	I10–I11	Išrašo gydytojas kardiologas, gydytojas nefrologas, šeimos ar vidaus ligų gydytojas, jei gydant kompensuojamųjų angiotenzino II receptorių blokatorių grupės vaistu, turinčiu generinį analogą, per 3 mėnesius nepasiekiamas lauktinas rezultatas.
9.	34.	<i>Perindoprilum</i>	I10 – I11, I15	
9.	35.	<i>Perindoprilum et Amlodipinum</i>	I10 – I11	
9.	36.	<i>Perindoprilum et Indapamidum</i>	I10 – I11, I15	
9.	37.	<i>Neteko galios nuo 2018-12-12</i>		
9.	38.	<i>Quinaprilum</i>	I10 – I11, I15	
9.	39.	<i>Ramiprilum</i>	I10 – I11, I15	
9.	40.	<i>Ramiprilum et Hydrochlorothiazidum</i>	I10 – I11, I15	
9.	41.	<i>Rilmenidinum</i>	I10–I11	1) <i>Rilmenidinum</i> pridedamas kaip penktas antihipertenzinis vaistinis preparatas, 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

				vaistinio preparato vartojimą būtina nutraukti, <i>Rilmenidinum</i> gali būti pridedamas prie kitų antihipertenzinių vaistinių preparatų skiriant anksčiau nei penktą antihipertenzinį vaistinį preparatą.
9.	42.	<i>Neteko galios nuo 2018-12-12</i>		
9.	43.	<i>Spironolactonum</i>	I10 – I11, I15	
9.	44.	<i>Trandolaprilum</i>	I10 – I11, I15	
9.	45.	<i>Telmisartanum</i>	I10–I11, I15	
9.	46.	<i>Telmisartanum et Hydrochlorothiazidum</i>	I10–I11, I15	
9.	47.	<i>Valsartanum</i>	I10 – I11, I15	
9.	48.	<i>Valsartanum et Hydrochlorothiazidum</i>	I10–I11	
9.	49.	<i>Verapamilum</i> (prailginto veikimo)	I10 – I11, I15	
9.	50.	<i>Verapamilum et Trandolaprilum</i>	I10, I11	
9.	51.	<i>Zofenoprilum</i>	I10, I11	
9.	52.	<i>Nebivololum et Hydrochlorothiazidum</i>	I10–I11	Skiriama tik tiems pacientams, kurių kraujospūdis tinkamai kontroliuojamas kartu vartojant atskirus vaistinius preparatus <i>Nebivololum</i> ir <i>Hydrochlorothiazidum</i>
9.	53.	<i>Olmesartanum medoxomilum et Amlodipinum</i>	I10–I11	Išrašo gydytojas kardiologas, gydytojas nefrologas, šeimos ar vidaus ligų gydytojas, jei gydant kompensuojamuoju angiotenzino II receptorių blokatorių grupės vaistu, turinčiu generinį analogą, per 3 mėnesius nepasiekiamas lauktinis rezultatas.
9.	54.	<i>Telmisartanum et Amlodipinum</i>	I10–I11, I15	
9.	55.	<i>Olmesartanum et Amlodipinum et</i>	I10–I11	Išrašo gydytojas kardiologas, gydytojas

		<i>Hydrochlorotiazidum</i>		nefrologas, šeimos ar vidaus ligų gydytojas, jei gydant kompensuojamuoju angiotenzino II receptorių blokatorių grupės vaistu, turinčiu generinį analogą, per 3 mėnesius nepasiekiamas lauktinis rezultatas.
9.	56.	<i>Ramiprilum et Amlodipinum</i>	I10–I11	
9.	57.	<i>Zofenoprilum et Hydrochlorothiazidum</i>	I10–I11	
9.	58.	<i>Perindoprilum et Amlodipinum et Indapamidum</i>	I10–I11	
9.	59.	<i>Amlodipinum et Valsartanum et Hydrochlorthiazidum</i>	I10–I11	
9.	60.	<i>Indapamidum et Amlodipinum</i>	I10–I11	
9.	61.	<i>Candesartanum et Hydrochlorthiazidum</i>	I10–I11	
9.	62.	<i>Losartanum et Amlodipinum</i>	I10–I11	
9.	63.	<i>Bisoprololum et Amlodipinum</i>	I10–I11	
9.	64.	<i>Enalaprilum et Lercanidipinum</i>	I10–I11	
9.	65.	<i>Atorvastatinum et Perindoprilum et Amlodipinum</i>	I10–I11	Skiriamas suaugusiųjų pirminei arterinei hipertenzijai (TLK-10-AM kodai I10, I11) ir (arba) stabiliai vainikinių arterijų ligai (TLK-10-AM kodas I20.8) gydyti, kartu esant gydymo statiniais indikacijų (TLK-10-AM kodai E78, I21, I22, I20.8, I25.2, I63, I65, I66, I69.3, G45, Z95.1, Z95.5), išskyrus: 1. Esant hemodinamiškai reikšmingam širdies nepakankamumui ūminio miokardo infarkto metu pirmas 28 dienas ir vėliau, jei išlieka III–IV NYHA širdies nepakankamumo klasė;

				2. Esant nestabiliai krūtinės angina.
9.	66.	<i>Bisoprololum et Perindoprilum</i>	I10–I11	
9.	67.	<i>Bisoprololum</i>	I10–I11; I15	
9.	68.	<i>Valsartanum et Rosuvastatinum</i>	I10–I11	Skiriamas suaugusiųjų pirminei arterinei hipertenzijai (TLK-10-AM kodai I10–I11) gydyti, jei yra nustatytos gydymo statiniais indikacijos (TLK-10-AM kodai E78, I21, I22, I20.8, I25.2, I63, I65, I66, I69.3, G45, Z95.1, Z95.5).
9.	69.	<i>Atorvastatinum et Perindoprilum</i>	I10–I11	Skiriamas suaugusiųjų pirminei arterinei hipertenzijai (TLK-10-AM kodai I10, I11) gydyti, kartu esant gydymo statiniais indikacijų (TLK-10-AM kodai E78, I21, I22, I20.8, I25.2, I63, I65, I66, I69.3, G45, Z95.1, Z95.5).
9.	70.	<i>Rosuvastatinum et Perindoprilum et Indapamidum</i>	I10–I11	Skiriamas suaugusiųjų pirminei arterinei hipertenzijai (TLK-10-AM kodai I10–I11) gydyti, jei yra nustatytos gydymo statiniais indikacijos (TLK-10-AM kodai E78, I21, I22, I20.8, I25.2, I63, I65, I66, I69.3, G45, Z95.1, Z95.5)
9.	71.	<i>Rosuvastatinum et Amlodipinum et Perindoprilum</i>	I10–I11	Skiriamas suaugusiųjų pirminei arterinei hipertenzijai (TLK-10-AM kodai I10–I11) gydyti, jei yra nustatytos gydymo statiniais indikacijos (TLK-10-AM kodai E78, I21, I22, I20.8, I25.2, I63, I65, I66, I69.3, G45, Z95.1, Z95.5)
10. Nestabili krūtinės angina (100 %)				

Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
10.	1.	<i>Atorvastatinum</i>	I20.0	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
10.	2.	<i>Cipofibratum</i>	I20.0	Išrašo gydytojas kardiologas 6 mėnesiams po ūminio epizodo, jei pagal lipidogramą cholesterolio kiekis >5 mmol/l, MTL cholesterolis >3 mmol/l ar TG >2 mmol/l
10.	3.	<i>Clopidogrelum</i>	I20.0	Skiriama 6 mėnesiams po gydymo stacionare, jeigu kartu vartojamas vaistas <i>Ac. Acetylsalicylicum</i>
10.	4.	<i>Fenofibratum</i>	I20.0	Išrašo gydytojas kardiologas 6 mėnesiams po ūminio epizodo, jei pagal lipidogramą cholesterolio kiekis >5 mmol/l, MTL cholesterolis >3 mmol/l ar TG >2 mmol/l. Vaistinis preparatas skiriamas tik gydymui tęsti.
10.	5.	<i>Fluvastatinum</i>	I20.0	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
10.	6.	<i>Neteko galios nuo 2015-12-31</i>		
10.	7.	<i>Rosuvastatinum</i>	I20.0	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
10.	8.	<i>Simvastatinum</i>	I20.0	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.

10.	10.	<i>Ticagrelorum</i>	I20.0	Skiriamas kartu su acetilsalicilio rūgštimi 12 mėn. pacientams, kuriems yra ūmus koronarinis sindromas ir atliekama perkutaninė koronarinė intervencija ar koronarijų arterijų šuntavimas.
11. Širdies ritmo sutrikimai (tachikardija ir skilvelio ritmo sutrikimai, 100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
11.	1.	<i>Amiodaronum</i>	I45.6, I47, I48, I49.1, I49.3	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas arba gydytojas vaikų kardiologas, vėliau gali išrašyti vaikų ligų, vidaus ligų ar šeimos gydytojas
11.	2.	<i>Digoxinum</i>	I47.1, I48	
11.	3.	<i>Metoprololum</i>	I47, I48, I49.1, I49.3	
11.	4.	<i>Propafenonum</i>	I45.6, I47, I48, I49.1, I49.3	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas arba gydytojas vaikų kardiologas, vėliau gali išrašyti vaikų ligų, vidaus ligų ar šeimos gydytojas
11.	5.	<i>Verapamilum</i>	I47.1, I47.2, I48, I49	
11.	6.	<i>Warfarinum</i>	I48	
11.	7.	<i>Apixabanum</i>	I48	Skiriamas insulto ir sisteminės embolizacijos profilaktikai suaugusiems pacientams, kuriems pasireiškė su vožtuvais nesusijęs prieširdžių virpėjimas, esant didelei tromboembolijų komplikacijų rizikai, kai gydymas varfarinu yra kontraindikuotinas arba neefektyvus. Gydymas šiuo atveju gali būti skiriamas tik esant 2 ir daugiau insulto rizikos balams pagal CHA ₂ DS ₂ -VASC insulto rizikos vertinimo skalę, kai: 1) per 3 mėnesius pacientams nepavyksta parinkti tinkamos

				varfarino dozės, kai dvi kraujo krešėjimo rodiklio (angl. <i>International Normalized Ratio</i>) (toliau – TNS (INR)) vertės aukštesnės nei 5 ar viena TNS (INR) vertė aukštesnė nei 8 (išskyrus pirmąjį gydymo varfarinu savaitę), arba 2) per 6 mėn. dvi TNS (INS) vertės mažesnės nei 1,5 arba protrombino laiko terapinių ribų rodiklis (angl. <i>time in therapeutic range</i>) (toliau – TTR) mažesnis nei 65 procentai. Vaistinių preparatą <i>Apixabanum</i> 3 pirmus mėnesius skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vėliau – gydytojas kardiologas, šeimos arba vidaus ligų gydytojas.
11.	8.	<i>Dabigatranum</i>	I48	Skiriamas insulto ir sisteminės embolizacijos profilaktikai suaugusiesiems pacientams, kuriems pasireiškė su vožtuvais nesusijęs prieširdžių virpėjimas, esant didelei tromboembolijų komplikacijų rizikai, kai gydymas varfarinu yra kontraindikuotinas arba neefektyvus. Gydymas šiuo atveju gali būti skiriamas tik esant 2 ir daugiau insulto rizikos balams pagal CHA₂DS₂-VASc insulto rizikos vertinimo skalę, kai: 1) per 3 mėnesius pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės, kai dvi TNS (INR) vertės aukštesnės nei 5 ar viena TNS (INR) vertė aukštesnė nei 8 (išskyrus

				pirmąją gydymo varfarinu savaitę), arba 2) per 6 mėn. dvi TNS (INR) vertės mažesnės nei 1,5 arba protrombino laiko TTR mažesnis nei 65 procentai. Vaistinį preparatą <i>Dabigatranum</i> 3 pirmus mėnesius skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vėliau – gydytojas kardiologas, šeimos arba vidaus ligų gydytojas.
11.	9.	<i>Rivaroxabanum</i>	I48	Skiriamas insulto ir sisteminės embolizacijos profilaktikai suaugusiems pacientams, kuriems pasireiškė su vožtuvais nesusijęs prieširdžių virpėjimas, esant didelei tromboembolijų komplikacijų rizikai, kai gydymas varfarinu yra kontraindikuotinas arba neefektyvus. Gydymas šiuo atveju gali būti skiriamas tik esant 2 ir daugiau insulto rizikos balams pagal CHA₂DS₂-VASc insulto rizikos vertinimo skalę, kai: 1) per 3 mėnesius pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės, kai dvi TNS (INR) vertės aukštesnės nei 5 ar viena TNS (INR) vertė aukštesnė nei 8 (išskyrus pirmąją gydymo varfarinu savaitę), arba 2) per 6 mėn. dvi TNS (INR) vertės mažesnės nei 1,5 arba protrombino laiko TTR mažesnis nei 65 procentai. Vaistinį preparatą <i>Rivaroxabanum</i> 3 pirmus mėnesius skiria ir išrašo gydytojas kardiologas,

				vėliau – gydytojas kardiologas, šeimos arba vidaus ligų gydytojas.
11.	10.	<i>Edoxabanum</i>	I48	Skiriamas insulto ir sisteminės embolizacijos profilaktikai suaugusiems, kuriems pasireiškė su vožtuvais nesusijęs prieširdžių virpėjimas, esant didelei tromboembolijų komplikacijų rizikai, kai gydymas varfarinu yra kontraindikuotinas arba neefektyvus. Gydymas šiuo atveju gali būti skiriamas tik esant 2 ir daugiau insulto rizikos balams pagal CHA2DS2-VASc insulto rizikos vertinimo skalę, kai: 1) per 3 mėnesius pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės, kai dvi TNS (INR) vertės aukštesnės nei 5 ar viena TNS (INR) vertė aukštesnė nei 8 (išskyrus pirmąjį gydymo varfarinu savaitę), arba 2) per 6 mėn. dvi TNS (INR) vertės mažesnės nei 1,5 arba protrombino laiko TTR mažesnis nei 65 procentai. Vaistinį preparatą Edoxabanum 3 pirmus mėnesius skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vėliau – gydytojas kardiologas, šeimos arba vidaus ligų gydytojas.
12. neteko galios nuo 2019-04-01				
13. I ir II funkcinės klasės širdies veiklos (kraujotakos) nepakankamumas (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
13.	1.	<i>Captoprilum</i>	I50	
13.	2.	<i>Carvedilolum</i>	I50	
13.	3.	<i>Digoxinum</i>	I50	

13.	4.	<i>Enalaprilum</i>	I50	
13.	5.	<i>Fosinoprilum</i>	I50	
13.	6.	<i>Furosemidum</i>	I50	
13.	7.	<i>Perindoprilum</i>	I50	
13.	8.	<i>Ramiprilum</i>	I50	
13.	9.	<i>Spironolactonum</i>	I50	
14. <i>Neteko galios nuo 2018-12-12</i>				
15. <i>Neteko galios nuo 2019-11-30</i>				
16. III funkcinės klasės plaučių arterinė hipertenzija (100 %)				
16.	1.	<i>Ambrisentanum</i>	I27.0, I27.8	Skiria ir išrašo gydytojai kardiologai, gydytojai pulmonologai, gydytojai vaikų kardiologai gydymo įstaigose, atliekančiose širdies ir (ar) plaučių transplantacijas, kurios turi plaučių hipertenzijos centrus ir licenciją teikti tretinio lygio kardiologines ir pulmonologines paslaugas, tik gydytojų konsiliumo sprendimu, skiriant vaistinį preparatą pirmą kartą, kai gydymas vaistiniu preparatu <i>Sildenafilum</i> yra kontraindikuotinas ar nepakankamai veiksmingas.
16.	2.	<i>Bosentanum</i>	I27.0, I27.8	Skiria ir išrašo gydytojai kardiologai, gydytojai pulmonologai, gydytojai vaikų kardiologai gydymo įstaigose, atliekančiose širdies ir (ar) plaučių transplantacijas, kurios turi plaučių hipertenzijos centrus ir licenciją teikti tretinio lygio kardiologines ir pulmonologines paslaugas, tik gydytojų konsiliumo sprendimu, skiriant vaistinį preparatą pirmą kartą, kai gydymas vaistiniu preparatu <i>Sildenafilum</i> yra

				kontraindikuotinas ar nepakankamai veiksmingas.
16.	3.	<i>Iloprostum</i>	I27.0, I27.8	Skiria ir išrašo gydytojai kardiologai, gydytojai pulmonologai, gydytojai vaikų kardiologai gydymo įstaigose, atliekančiose širdies ir (ar) plaučių transplantacijas, kurios turi plaučių hipertenzijos centrus ir licenciją teikti tretinio lygio kardiologines ir pulmonologines paslaugas, tik gydytojų konsiliumo sprendimu, skiriant vaistinį preparatą pirmą kartą, kai gydymas vaistiniais preparatais <i>Sildenafilum</i> , <i>Ambrisentanum</i> ar <i>Bosentanum</i> yra nepakankamai veiksmingas.
16.	4.	<i>Sildenafilum</i>	I27.0, I27.8	Skiria ir išrašo gydytojai kardiologai, gydytojai pulmonologai, gydytojai vaikų kardiologai gydymo įstaigose, atliekančiose širdies ir (ar) plaučių transplantacijas, kurios turi plaučių hipertenzijos centrus ir licenciją teikti tretinio lygio kardiologines ir pulmonologines paslaugas, tik gydytojų konsiliumo sprendimu, skiriant vaistinį preparatą pirmą kartą.
16.	5.	<i>Treprostinil</i>	I27.0, I27.8	Skiria ir išrašo gydytojai kardiologai, gydytojai pulmonologai, gydytojai vaikų kardiologai gydymo įstaigose, atliekančiose širdies ir (ar) plaučių transplantacijas, kurios turi plaučių hipertenzijos

				centrus ir licenciją teikti tretinio lygio kardiologines ir pulmonologines paslaugas, tik gydytojų konsiliumo sprendimu, skiriant vaistinių preparatą pirmą kartą, kai gydymas vaistiniais preparatais <i>Sildenafilum</i> , <i>Ambrisentanum</i> , <i>Bosentanum</i> yra nepakankamai veiksmingas.
16.	6.	<i>Macitentanum</i>	I27.0, I27.8	Skiria ir išrašo gydytojai kardiologai, gydytojai pulmonologai, gydytojai vaikų kardiologai asmens sveikatos priežiūros įstaigose, atliekančiose širdies ir (ar) plaučių transplantacijas, kurios turi plaučių hipertenzijos centrus ir licenciją teikti tretinio lygio kardiologijos ir pulmonologijos paslaugas, tik gydytojų konsiliumo sprendimu skirdami vaistinių preparatą pirmą kartą, kai gydymas vaistiniu preparatu <i>Sildenafilum</i> yra kontraindikuotinas ar nepakankamai veiksmingas.
16.	7.	<i>Selexipagum</i>	I27.0, I27.8	Skiria ir išrašo gydytojai kardiologai, gydytojai pulmonologai, gydytojai vaikų kardiologai gydymo įstaigose, atliekančiose širdies ir (ar) plaučių transplantacijas, kurios turi plaučių hipertenzijos centrus ir licenciją teikti tretinio lygio kardiologines ir pulmonologines paslaugas, tik gydytojų konsiliumo sprendimu, skiriant vaistinių preparatą

				pirmą kartą, kai gydymas vaistiniais preparatais Sildenafilum, Ambrisentanum, Bosentanum yra nepakankamai veiksmingas.
17. Galvos smegenų ir priešsmegeninių (precerebrinių) arterijų užsikimšimas ar susiaurėjimas (100 %)				
17.	1.	<i>Atorvastatinum</i>	I65, I66	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas ar kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
17.	2.	<i>Fluvastatinum</i>	I65, I66	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
17.	3.	<i>Rosuvastatinum</i>	I65, I66	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
17.	4.	<i>Simvastatinum</i>	I65, I66	Skiria ir išrašo gydytojas neurologas, kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq$ 1,8 mmol/l.
18. Lėtinė tromboembolinė plaučių hipertenzija (100 %)				
18.	1.	<i>Riociguatum</i>	I27.2	
19. . Plaučių embolija (100 %)				
19.	1.	<i>Warfarin</i>	I26	
19.	2.	<i>Apixabanum</i>	I26	Skiriamas, kai gydymas varfarinu yra kontraindikuotinas arba per 3 mėnesius pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės, kad TNS (INR) rodiklis ne mažiau

				kaip 70 proc. atliktų tyrimų būtų 2.0 – 3.0. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas ar kardiologas, plaučių arterijos trombinę emboliją patvirtinęs plaučių arterijų kompiuterinės tomografijos, angiografijos arba plaučių scintigrafijos metodu, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ir šeimos gydytojas. Po metų būtina gydytojo kardiologo ar pulmonologo konsultacija dėl tolesnio gydymo poreikio.
19.	3.	<i>Dabigatranum</i>	I26	Skiriamas, kai gydymas varfarinu yra kontraindikuotinas arba per 3 mėnesius pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės, kad TNS (INR) rodiklis ne mažiau kaip 70 proc. atliktų tyrimų būtų 2.0 – 3.0. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas ar kardiologas, plaučių arterijos trombinę emboliją patvirtinęs plaučių arterijų kompiuterinės tomografijos, angiografijos arba plaučių scintigrafijos metodu, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ir šeimos gydytojas. Po metų būtina gydytojo kardiologo ar pulmonologo konsultacija dėl tolesnio gydymo poreikio.
19.	4.	<i>Rivaroxabanum</i>	I26	Skiriamas, kai gydymas varfarinu yra kontraindikuotinas arba per 3 mėnesius

				pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės, kad TNS (INR) rodiklis ne mažiau kaip 70 proc. atliktų tyrimų būtų 2.0 – 3.0. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas ar kardiologas, plaučių arterijos trombinę emboliją patvirtinęs plaučių arterijų kompiuterinės tomografijos, angiografijos arba plaučių scintigrafijos metodu, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ir šeimos gydytojas. Po metų būtina gydytojo kardiologo ar pulmonologo konsultacija dėl tolesnio gydymo poreikio.
19.	5.	<i>Edoxabanum</i>	I26	Skiriamas, kai gydymas varfarinu yra kontraindikuotinas arba per 3 mėnesius pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės, kad TNS (INR) rodiklis ne mažiau kaip 70 proc. atliktų tyrimų būtų 2.0–3.0. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas ar kardiologas, plaučių arterijos trombinę emboliją patvirtinęs plaučių arterijų kompiuterinės tomografijos, angiografijos arba plaučių scintigrafijos metodu, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ir šeimos gydytojas. Po metų būtina gydytojo kardiologo ar pulmonologo konsultacija dėl tolesnio gydymo poreikio.

20. Giliųjų venų trombozė (100 %)				
20.	1.	<i>Warfarin</i>	I80.2	
20.	2.	<i>Nadroparino kalcio druska</i>	I80.2	Skiriama ne ilgesniam kaip 10 dienų ambulatoriniam gydymui. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas, gydytojas kardiologas ar gydytojas angiochirurgas, giliųjų venų trombozė patvirtinės ultragarso tyrimu arba flebografija. Vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas.
20.	3.	<i>Bemiparino natrio druska</i>	I80.2	Skiriama ne ilgesniam kaip 10 dienų ambulatoriniam gydymui. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas, gydytojas kardiologas ar gydytojas angiochirurgas, giliųjų venų trombozė patvirtinės ultragarso tyrimu arba flebografija. Vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas.
20.	4.	<i>Apixabanum</i>	I80.2	Skiriamas, kai gydymas varfarinu yra kontraindikuotinas arba per 3 mėnesius pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės, kad TNS (INR) rodiklis ne mažiau kaip 70 proc. atliktų tyrimų būtų 2.0 – 3.0. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas, gydytojas kardiologas ar kraujagyslių chirurgas, giliųjų venų trombozė patvirtinės ultragarso tyrimu ar flebografija, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ir šeimos gydytojas. Po metų būtina gydytojo kardiologo, pulmonologo ar kraujagyslių chirurgo

				konsultacija dėl tolesnio gydymo poreikio.
20.	5.	<i>Dabigatranum</i>	I80.2	Skiriamas, kai gydymas varfarinu yra kontraindikuotinas arba per 3 mėnesius pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės, kad TNS (INR) rodiklis ne mažiau kaip 70 proc. atliktų tyrimų būtų 2.0 – 3.0. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas, gydytojas kardiologas ar kraujagyslių chirurgas, giliųjų venų trombozę patvirtinęs ultragarso tyrimu ar flebografija, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ir šeimos gydytojas. Po metų būtina gydytojo kardiologo, pulmonologo ar kraujagyslių chirurgo konsultacija dėl tolesnio gydymo poreikio.
20.	6.	<i>Rivaroxabanum</i>	I80.2	Skiriamas, kai gydymas varfarinu yra kontraindikuotinas arba per 3 mėnesius pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės, kad TNS (INR) rodiklis ne mažiau kaip 70 proc. atliktų tyrimų būtų 2.0 – 3.0. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas, gydytojas kardiologas ar kraujagyslių chirurgas, giliųjų venų trombozę patvirtinęs ultragarso tyrimu ar flebografija, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ir šeimos gydytojas. Po metų būtina gydytojo kardiologo, pulmonologo ar kraujagyslių chirurgo konsultacija dėl tolesnio gydymo poreikio.
20.	7.	<i>Edoxabanum</i>	I80.2	Skiriamas, kai gydymas varfarinu yra

				kontraindikuotinas arba per 3 mėnesius pacientams nepavyksta parinkti tinkamos varfarino dozės, kad TNS (INR) rodiklis ne mažiau kaip 70 proc. atliktų tyrimų būtų 2.0–3.0. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas, gydytojas kardiologas ar kraujagyslių chirurgas, giliųjų venų trombozę patvirtinęs ultragarso tyrimu ar flebografija, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ir šeimos gydytojas. Po metų būtina gydytojo kardiologo, pulmonologo ar kraujagyslių chirurgo konsultacija dėl tolesnio gydymo poreikio.
X. KVĖPAVIMO SISTEMOS LIGOS				
Eil. Nr.		Vaistai	TLK-10	Skyrimo sąlygos
1. Astma (100 %)				
1.	1.	Beclomethasonum	J45	
1	1 ^{1.}	Beclomethasonum et Formoterolum	J45	
1.	2.	Budesonidum	J45	Jei išrašoma didesnė nei 800 mcg paros dozė, ne rečiau kaip kas 6 mėnesius būtina gydytojo pulmonologo, gydytojo vaikų pulmonologo, gydytojo alergologo ir klinikinio imunologo ar gydytojo vaikų alergologo konsultacija
1.	3.	Budesonidum et Formoterolum	J45	Jei išrašoma didesnė nei 800 mcg paros dozė, ne rečiau kaip kas 6 mėnesius būtina gydytojo pulmonologo, gydytojo vaikų pulmonologo, gydytojo alergologo ir klinikinio imunologo ar gydytojo vaikų alergologo konsultacija
1.	4.	Fenoterolum	J45	

1.	5.	<i>Fluticasonum</i>	J45	Jei išrašoma didesnė nei 500 mcg paros dozė, ne rečiau kaip kas 6 mėnesius būtina gydytojo pulmonologo, gydytojo vaikų pulmonologo, gydytojo alergologo ir klinikinio imunologo ar gydytojo vaikų alergologo konsultacija
1.	6.	<i>Formoterolum</i>	J45	
1.	7.	<i>Ipratropii bromidum</i>	J45	
1.	8.	<i>Ipratropii bromidum et Fenoterolum</i>	J45	
1.	9.	<i>Natrii montelukastum</i>	J45	Tik vaikams
1.	10.	<i>Prednisolonum</i>	J45	
1.	11.	<i>Salbutamolum</i>	J45	
1.	12.	<i>Salmeterolum</i>	J45	
1.	13.	<i>Salmeterolum et Fluticasonum</i>	J45	Jei išrašoma didesnė nei 500 mcg paros dozė, ne rečiau kaip kas 6 mėnesius būtina gydytojo pulmonologo, gydytojo vaikų pulmonologo, gydytojo alergologo ir klinikinio imunologo ar gydytojo vaikų alergologo konsultacija
1.	14.	<i>Theophyllinum</i>	J45	
1.	15.	<i>Fluticasone furoate et Vilanterol</i>	J45	Skiriamas vyresniems nei 12 m. pacientams, kuriems įkvepiamieji kortikosteroidai ir prireikus įkvepiami trumpai veikiantieji beta ₂ agonistai yra nepakankamai veiksmingi
1.	16.	<i>Mepolizumabum</i>	J45	Skiriamas ir išrašomas VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų, VŠĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų, Klaipėdos universitetinės ligoninės, Respublikinės Klaipėdos ligoninės ir VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės gydytojų pulmonologų bei

				alergologų ir klinikinių imunologų, vaikų alergologų ir vaikų pulmonologų konsiliumo sprendimu kaip papildomas gydymas suaugusiems pacientams ir vaikams, sergantiems sunkia atsparia eozinofiline astma. Vėliau gydymą gali tęsti gydytojas pulmonologas, alergologas ir klinikinis imunologas, vaikų alergologas, vaikų pulmonologas, šeimos gydytojas, vaikų ligų gydytojas arba vidaus ligų gydytojas, jei jį paskyręs gydytojas per 4 mėn. nuo paskyrimo nustato teigiamą efektą. Pacientams, gydomiems <i>mepolizumabum</i>, ne rečiau kaip kas 6 mėn. būtina vaistą paskyrusio gydytojo konsultacija dėl gydymo tęsimo šiuo vaistiniu preparatu
1.	17.	<i>Omalizumabum</i>	J45	Skiriamas ir išrašomas VŠĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų ir VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų, Vilniaus miesto klinikinės ligoninės ir Klaipėdos universitetinės ligoninės ir Respublikinės Klaipėdos ligoninės gydytojų pulmonologų, vaikų pulmonologų, alergologų ir klinikinių imunologų, vaikų alergologų konsiliumo sprendimu, kaip papildomas gydymas asmenims nuo 12 m., kuriems nustatytas teigiamas odos testas ar <i>in vitro</i> reaktyvumas ne sezoniniams

				įkvepiamiesiems alergenams, nustatyta sumažėjusi plaučių funkcija (FEV1<80%), vargina dažni simptomai dieną ar prabudimai nakties metu bei kuriems dokumentuota ≥ 2 sunkių astmos paūmėjimų, nepaisant kasdien vartojamų didelių inhaliuojamųjų gliukokortikoidų dozių kartu su ilgo veikimo inhaliuojamuoju beta agonistu. Vėliau gydymą gali tęsti šeimos gydytojas, gydytojas pulmonologas, vaikų pulmonologas, alergologas ir klinikinis imunologas ar vaikų alergologas, jei jį paskyręs gydytojas nustato teigiamą efektą, pasireiškusį per 4 mėn. nuo paskyrimo. Pacientams, gydomiems <i>Omalizumabum</i>, ne rečiau kaip kas 6 mėn. būtina vaistą paskyrusio gydytojo konsultacija dėl gydymo šiuo vaistiniu preparatu.
1.	18.	<i>Benralizumabum</i>	J45	Skiriamas ir išrašomas VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų, VŠĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų, Klaipėdos universitetinės ligoninės, Respublikinės Klaipėdos ligoninės ir VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės gydytojų pulmonologų bei alergologų ir klinikinių imunologų konsiliumo sprendimu kaip papildomas gydymas suaugusiems pacientams, sergantiems sunkia

				atsparia eozinofiline astma. Vėliau gydymą gali tęsti gydytojas pulmonologas, alergologas ir klinikinis imunologas, šeimos gydytojas arba vidaus ligų gydytojas, jei jį paskyręs gydytojas per 4 mėn. nuo paskyrimo nustato teigiamą efektą. Pacientams, gydomiems Benralizumabum, ne rečiau kaip kas 6 mėn. būtina vaistą paskyrusio gydytojo konsultacija dėl gydymo tęstinumo šiuo vaistiniu preparatu.

2. Lėtinė obstrukcinė plaučių liga (100 %)

Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka

2.	1.	<i>Beclomethasonum</i>	J44	
2.	2.	<i>Budesonidum et Formoterolum</i>	J44	
2.	3.	<i>Fluticasonum</i>	J44	
2.	4.	<i>Formoterolum</i>	J44	
2.	5.	<i>Ipratropii bromidum</i>	J44	
2.	6.	<i>Ipratropii bromidum et Fenoterolum</i>	J44	
2.	7.	<i>Salbutamolum</i>	J44	
2.	8.	<i>Salmeterolum</i>	J44	
2.	9.	<i>Salmeterolum et Fluticasonum</i>	J44	Skiriama ne didesnė nei 50 mcg kompensuojamojo vaisto <i>Salmeterolum</i> ir ne didesnė nei 500 mcg kompensuojamojo vaisto <i>Fluticasonum propionatum</i> vienkartinė dozė
2.	10.	<i>Tiotropii bromidum</i>	J44	
2.	11.	<i>Indacaterolum</i>	J44	
2.	12.	<i>Aclidinium bromidum</i>	J44	
2.	13.	<i>Glycopyrronii bromidum</i>	J44	
2.	14.	<i>Indacaterolum et Glicopyrronium</i>	J44	
2.	15.	<i>Umeclidinum</i>	J44	
2.	16.	<i>Umeclidinum et</i>	J44	

		<i>Vilanterolum</i>		
2.	17.	<i>Aclidinum et Formoterolum</i>	J44	
2.	18.	<i>Fluticasone furoate et Vilanterol</i>	J44	Skiriamas, kai FEV ₁ <70 proc. normos ir yra ligos paūmėjimai, nepaisant reguliaraus gydymo bronchus plečiančiais vaistais
2.	19.	<i>Olodaterolum</i>	J44“	
2.	20.	<i>Tiotropii bromidum et Olodaterolum</i>	J44	
2.	21.	<i>Fluticasone furoate et Umeclidinium bromide et Vilanterol</i>	J44	Skiriamas, kai FEV ₁ <70 proc. normos ir yra ligos paūmėjimai, nepaisant reguliaraus gydymo bronchus plečiančiais vaistais.
2.	22.	<i>Beclomethasonum et Formoterolum et Glycopyrronii bromidum</i>	J44	
2.	23.	<i>Aminophyllinum</i>	J44	Skiriamas tik gydymui tūsti
2.	24.	<i>Glycopyrronium et Formoteroli fumaratum</i>	J44	
3. Alerginis rinitas vaikams (100 %)				
3.	1.	<i>Beclomethasonum</i>	J30.1 – J30.4	
3.	2.	<i>Budesonidum</i>	J30.1 – J30.4	
3.	3.	<i>Cetirizinum</i>	J30.1 – J30.4	
3.	4.	<i>Ebastinum</i>	J30.1 – J30.4	Asmenims nuo 12 metų
3.	5.	<i>Fluticasonum</i>	J30.1 – J30.4	Lašai skiriami asmenims nuo 16 metų
3.	6.	<i>Mometasonum furoatum</i>	J30.1 – J30.4	
3.	7.	<i>Loratadinum</i>	J30.1 – J30.4	
3.	8.	<i>Fluticasone furoate</i>	J30.1–J30.4	
4. Pneumonija (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
4.	1.	<i>Amoxicillinum</i>	J13 – J18	
4.	2.	<i>Amoxicillinum et Ac.clavulanicum</i>	J13 – J18	
4.	3.	<i>Azitromycinum</i>	J13 – J18	
4.	4.	<i>Benzylpenicillinum</i>	J13 – J18	
4.	5.	<i>Cefazolinum</i>	J13 – J18	
4.	6.	<i>Cefprozilum</i>	J13 – J18	
4.	7.	<i>Cefuroximum</i>	J13 – J18	
4.	8.	<i>Ciprofloxacinum</i>	J13 – J18	
4.	9.	<i>Clarithromycinum</i>	J13 – J18	

4.	10.	<i>Erythromycinum</i>	J13 – J18	
4.	11.	<i>Spyramycinum</i>	J13 – J18	
4.	12.	<i>Sultamicillinum</i>	J13 – J18	
5. Idiopatinė plaučių fibrozė (100 %)				
5.	1.	<i>Pirfenidonum</i>	J84.1	Gydymą šiuo vaistiniu preparatu skiria ir tęsia tik VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose arba VŠĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose dirbantis gydytojas pulmonologas.
5.	2.	<i>Nintedanibum</i>	J84.1	Gydymą šiuo vaistiniu preparatu skiria ir tęsia tik VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninėje Santaros klinikose arba VŠĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje Kauno klinikose dirbantis gydytojas pulmonologas.
6. Bronchektazės (100 %)				
6.	1.	<i>Aclidinium bromidum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas, bronchų obstrukciją patvirtinęs spirometrijos tyrimu bei atsižvelgdamas į ligos sunkumą, stabilumą, gydymo efektyvumą ir nepageidaujamą vaistų poveikį. Vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	2.	<i>Formoterolum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas, bronchų obstrukciją patvirtinęs spirometrijos tyrimu bei atsižvelgdamas į ligos

				sunkumą, stabilumą, gydymo efektyvumą ir nepageidaujamą vaistų poveikį. Vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	3.	<i>Glicopyrronii bromidum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas, bronchų obstrukciją patvirtinės spirometrijos tyrimu bei atsižvelgdamas į ligos sunkumą, stabilumą, gydymo efektyvumą ir nepageidaujamą vaistų poveikį. Vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	4.	<i>Indacaterolum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas, bronchų obstrukciją patvirtinės spirometrijos tyrimu bei atsižvelgdamas į ligos sunkumą, stabilumą, gydymo efektyvumą ir nepageidaujamą vaistų poveikį. Vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	5.	<i>Indacaterolum et Glicopyrronium</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas, bronchų obstrukciją patvirtinės spirometrijos tyrimu bei atsižvelgdamas į ligos sunkumą, stabilumą, gydymo efektyvumą ir nepageidaujamą vaistų poveikį. Vėliau gali

				išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	6.	<i>Ipratropiii bromidum et Fenoterolum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas, bronchų obstrukciją patvirtinės spirometrijos tyrimu bei atsižvelgdamas į ligos sunkumą, stabilumą, gydymo efektyvumą ir nepageidaujamą vaistų poveikį. Vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	7.	<i>Salbutamolum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas, bronchų obstrukciją patvirtinės spirometrijos tyrimu bei atsižvelgdamas į ligos sunkumą, stabilumą, gydymo efektyvumą ir nepageidaujamą vaistų poveikį. Vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	8.	<i>Salmeterolum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas, bronchų obstrukciją patvirtinės spirometrijos tyrimu bei atsižvelgdamas į ligos sunkumą, stabilumą, gydymo efektyvumą ir nepageidaujamą vaistų poveikį. Vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	9.	<i>Tiotropii bromidum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms

				bronhektazēms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas, bronchų obstrukciją patvirtinės spirometrijos tyrimu bei atsižvelgdamas į ligos sunkumą, stabilumą, gydymo efektyvumą ir nepageidaujamą vaistų poveikį. Vėliau gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	10.	<i>Amoxicillinum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazēms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	11.	<i>Amoxicillinum et Ac. Clavulanicum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazēms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	12.	<i>Azitromycinum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazēms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos

				gydytojas.
6.	13.	<i>Cefadroxilum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	14.	<i>Cefazolinum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	15.	<i>Ceftazidimum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	16.	<i>Cefuroximum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos

				gydytojas.
6.	17.	<i>Ciprofloxacinum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	18.	<i>Clarithromycinum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	19.	<i>Doxycyclinum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	20.	<i>Sultamicillinum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.

				gydytojas.
6.	21.	<i>Trimethoprimum et Sulfamethoxazolum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	22.	<i>Tobramycinum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	23.	<i>Umeclidinum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos gydytojas.
6.	24.	<i>Umeclidinum et Vilanterolum</i>	J47	Skiriamas ne cistinės fibrozės sukeltoms bronhektazėms gydyti. Skiria ir išrašo gydytojas pulmonologas arba gydytojas vaikų pulmonologas ir sudaro individualų gydymo planą. Vėliau tik pagal sudarytą gydymo planą gali išrašyti vidaus ligų, vaikų ligų ar šeimos

				gydytojas.
6.	25.	<i>Olodaterolum</i>	J47	
6.	26.	<i>Tiotropii bromidum et Olodaterolum</i>	J47	
XI. VIRŠKINIMO SISTEMOS LIGOS				
Eil. Nr.		Vaistai	TLK-10	Skirimo sąlygos
1. Lėtinis virusinis C hepatitas (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
1.	1.	<i>Elbasvir et Grazoprevir</i>	B18.2	Skiriamas, kai histologinis aktyvumo indeksas (HAI) yra lygus 3 arba didesnis pagal Ishak klasifikaciją arba fibrozė (F) yra lygi 2 arba didesnė pagal METAVIR klasifikaciją, arba, esant kepenų biopsijos kontraindikacijų, atlikus kepenų elastografijos tyrimą (FibroScan metodu) nustatoma, kad kepenų audinio elastingumas yra lygus 7,2 kilopaskalių (kPa) arba didesnis (tai atitinka F2 ir didesnę fibrozę pagal METAVIR klasifikaciją).
1.	2.	<i>Dasabuvir</i>	B18.2	
1.	3.	<i>Telaprevir</i>	B18.2	
1.	4.	<i>Boceprevir</i>	B18.2	
1.	5.	<i>Interferonum alfa humanum biosyntheticum</i>	B18.2	Skiriamas, jei kepenų biopsija patvirtina ligos aktyvumą, išskyrus atvejus, kai yra kepenų biopsijos kontraindikacijų.
1.	6.	<i>Ombitasvir et Paritoprevir et Ritanovir</i>	B18.2	Skiriamas kartu su vaistiniu preparatu <i>Dasabuvir</i> , kai histologinis aktyvumo indeksas (HAI) yra lygus 3 arba didesnis pagal Ishak klasifikaciją arba fibrozė (F) yra lygi 2 arba didesnė pagal METAVIR klasifikaciją.

				arba, esant kepenų biopsijos kontraindikacijų, atlikus kepenų elastografijos tyrimą (FibroScan metodu) nustatoma, kad kepenų audinio elastingumas yra lygus 7,2 kilopaskalių (kPa) arba didesnis (tai atitinka F2 ir didesnę fibrozę pagal METAVIR klasifikaciją).
1.	7.	<i>Peginterferonum alfa-2a + Ribavirinum</i>	B18.2	
1.	8.	<i>Peginterferonum alfa-2b + Ribavirinum</i>	B18.2	
1.	9.	<i>Ribavirinum</i>	B18.2	
1.	10.	<i>Glecaprevirum et Pibrentasvirum</i>	B18.2	Skiriamas, kai nustatyta 1, 2, 3 ar 4 genotipo lėtinė hepatito C viruso infekcija: 1) kai histologinis aktyvumo indeksas (HAI) yra lygus 3 arba didesnis pagal Ishak klasifikaciją arba fibrozė (F) yra lygi 2 arba didesnė pagal METAVIR klasifikaciją, arba, esant kepenų biopsijos kontraindikacijų, atlikus kepenų elastografijos tyrimą (FibroScan metodu) nustatoma, kad kepenų audinio elastingumas yra lygus 7,2 kilopaskalių (kPa) arba didesnis (tai atitinka F2 ir didesnę fibrozę pagal METAVIR klasifikaciją); 2) kai kartu yra diagnozuota bent viena ekstrahepatinė lėtinio hepatito C viruso ligos manifestacija: lėtinis inkstų nepakankamumas (TLK-10-AM kodas N18); glomerulų ligos, kai nenustatoma kita

				priežastis (TLK-10-AM kodai N00–N08); vėlyvoji odos porfirija (TLK-10-AM kodas E80.1); krioglobulineminis vaskulitas (TLK-10-AM kodas D89.1); imuninė trombocitopenija (TLK-10-AM kodai D69.5, D69.6); mazginis poliarteritas (TLK-10-AM kodas M30); marginalinės zonos B ląstelių limfoma, neklasifikuojama (M9699/3).
2. Pirminė 9696iliardinė kepenų cirozė ir pirminis sklerozuojantis cholangitas (100 %)				
2.	1.	<i>Acidum ursodeoxycholicum</i>	K74.3, K83.0	
2.	2.	<i>Azathioprinum</i>	K74.3, K83.0	
2.	3.	<i>Prednisolonum</i>	K74.3, K83.0	
3. Krono liga (sritinis enteritas), opinis kolitas (100 %)				
Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
3.	1.	<i>Adalimumab</i>	K50, K51	
3.	2.	<i>Azathioprinum</i>	K50, K51	
3.	3.	<i>Infliximab</i>	K50, K51	
3.	4.	<i>Mesalazinum</i>	K50, K51	
3.	5.	<i>Prednisolonum</i>	K50, K51	
3.	6.	<i>Vedolizumabum</i>	K51	
3.	7.	<i>Vedolizumabum</i>	K50	Skiriamas pacientams, kuriems įprastinis gydymas ar gydymas tumoro nekrozės faktoriaus inhibitoriais sukėlė nepakankamą atsaką, atsakas išnyko arba gydymas buvo netoleruojamas.
3.	8.	<i>Budesonidum</i>	K50	
3.	9	<i>Sulfasalazinum</i>	K50–K51	
3.	10.	<i>Ustekinumabum</i>	K50	
3.	11.	<i>Tofacitinibum</i>	K51	
3¹. Neteko galios nuo 2018-07-18				
4. Lėtinis virusinis B hepatitas (100 %)				

Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
4 .	1.	<i>Interferonum alfa humanum biosyntheticum</i>	B18.0-B18.1	Skiriamas, jei kepenų biopsija patvirtina ligos aktyvumą, išskyrus atvejus, kai yra kepenų biopsijos kontraindikacijų.
4 .	2.	<i>Lamivudin</i>	B18.0-B18.1	Skiriamas, jei kepenų biopsija patvirtina ligos aktyvumą, išskyrus atvejus, kai yra kepenų biopsijos kontraindikacijų.
4 .	3.	<i>Peginterferonum alfa-2a</i>	B18.0-B18.1	Skiriamas suaugusių pacientų lėtiniam B hepatitui gydyti, kai: HbeAG rodiklis yra teigiamas arba neigiamas, yra virusų replikacijos požymių ir padidėjęs ALT fermento aktyvumas bei histologiškai patvirtintas kepenų uždegimas ir (arba) fibrozė, bet kepenų veikla nesutrikusi.
4 .	4.	<i>Entecavirum</i>	B18.0–B18.1	
4 ¹ . Neteko galios nuo 2018-07-18				
5. Lėtinis aktyvusis (autoimuninis) hepatitas (100 %)				
5 .	1.	<i>Azathioprinum</i>	K73.2	
5 .	2.	<i>Prednisolonum</i>	K73.2	
6. Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opa (<i>H. Pylori</i> infekcijos eradikacija, 100 %)				
6 .	1.	<i>Omeprazolum</i>	K25 – K27	7 dienų gydymo kursui tik kartu su kompensuojamaisiais vaistais <i>Clarithromycinum</i> , <i>Metronidazolum</i> arba <i>Amoxicillinum</i> , jei nustatomas <i>H. Pylori</i> infekcijos sukėlėjas
6 .	2.	<i>Clarithromycinum</i>	K25 – K27	7 dienų gydymo kursui tik kartu su kompensuojamaisiais vaistais <i>Omeprazolum</i> , <i>Metronidazolum</i> arba

				<i>Amoxicillinum</i> , jei nustatomas <i>H. Pylori</i> infekcijos sukėlėjas
6 .	3.	<i>Metronidazolum</i>	K25 – K27	7 dienų gydymo kursui tik kartu su kompensuojamaisiais vaistais <i>Omeprazolum</i> ir <i>Clarithromycinum</i> , jei nustatomas <i>H. Pylori</i> infekcijos sukėlėjas
6 .	4.	<i>Amoxicillinum</i>	K25 – K27	7 dienų gydymo kursui tik kartu su kompensuojamaisiais vaistais <i>Omeprazolum</i> ir <i>Clarithromycinum</i> , jei nustatomas <i>H. Pylori</i> infekcijos sukėlėjas
6.	7.	<i>Neteko galios nuo 2019-04-25</i>		
6.	8.	<i>Neteko galios nuo 2019-04-25</i>		
7. Gastroezofaginio reflukso liga su ezofagitu, jei stemplėje yra erozijų (100 %)				
7 .	1.	<i>Famotidinum</i>	K21.0	
7 .	2.	<i>Metoclopramidum</i>	K21.0	
7 .	3.	<i>Omeprazolum</i>	K21.0	
7 .	4.	<i>Ranitidinum</i>	K21.0	
8. neteko galio nuo 2019-04-01				
8 .	1.	<i>Omeprazolum</i>	K25 - K27	4 savaičių gydymo kursui po <i>H. Pylori</i> naikinimo
9. Skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opa (100 %)				
9 .	1.	<i>Omeprazolum</i>	K25 - K27	
XII. ODOS IR POODŽIO LIGOS				
Eil. Nr.	Vaistai		TLK-10	Skirimo sąlygos
1. Sunkios formos psoriazė (100 %)				
1 .	1.	<i>Acitretinum</i>	L40.1, L40.3, L40.5	Skiria ir išrašo gydytojas dermatovenerologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas.
1 .	2.	<i>Adalimumabum</i>	L40	

1 .	3.	<i>Etanerceptum</i>	L40	
1 .	4.	<i>Infliximabum</i>	L40	
1 .	5.	<i>Methotrexatum</i>	L40.1, L40.3, L40.5	
1 .	6.	<i>Ustekinumabum</i>	L40	
1.	7.	<i>Ixekizumabum</i>	L40.0	Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
1.	8.	<i>Guselkumabum</i>	L40.0	Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
1.	9.	<i>Risankizumabum</i>	L40.0	Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
1.	10.	<i>Secukinumabum</i>	L40.0	Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.“
1.	11.	<i>Apremilastum</i>	L40.0	Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.“
2. Sunkūs pūsliniai pažeidimai (100 %)				
2 .	1.	<i>Azathioprinum</i>	L10 - L14	
2 .	2.	<i>Prednisolonum</i>	L10 - L14	
3. Psoriazė (100 %)				
3 .	1.	<i>Ac. Salicylicum ung.</i>	L40	
3 .	2.	<i>Calcipotriolum</i>	L40	Skiria ir išrašo gydytojas dermatovenerologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas
3 .	3.	<i>Calcipotriolum et Betamethasonum</i>	L40	Skiria ir išrašo gydytojas dermatovenerologas, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas
3 .	4.	<i>Clobetasolum</i>	L40	
3 .	5.	<i>Fluticasonum</i>	L40	Tik išorinio vartojimo vaistai.
3 .	6.	<i>Methotrexatum</i>	L40	
3 .	7.	<i>Mometasonum</i>	L40	
3 .	8.	<i>Mometasonum et Acidum salicylicum</i>	L40	
3	9.	<i>Betamethasonum</i>	L40	

.				
3¹. neteko galios nuo 2020-01-01				
3². Sunkios formos vaikų psoriazė (100 %)				
Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
3 2.	1.	<i>Adalimumab</i>	L40	
4. Įgimta ichtiozė (100 %)				
4 .	1.	<i>Acitretinum</i>	Q80	
5. Sunkus atopinis dermatitas (100 %)				
5.	1.	<i>Ac.fucidinicum et Hydrocortizonum</i>	L20	Tik vaikams
5.	2.	<i>Fluticasonum</i>	L20	
5.	3.	<i>Methylprednisolonum</i>	L20	
5.	4.	<i>Mometasonum furoatum</i>	L20	
5.	5.	<i>Betamethasonum</i>	L20	
5.	6.	<i>Ciclosporinum</i>	L20	
5.	7.	<i>Dupilumabum</i>	L20	Skiriamas suaugusiems pacientams, sergantiems sunkiu atopiniu dermatitu, kuriems gydymas ciklosporinu yra netinkamas ar kontraindikuotinas. Vaistą skiria tretinio lygio gydytojas dermatovenerologas arba gydytojas alergologas ir klinikinis imunologas. Gydymą tęsia gydytojas dermatovenerologas, gydytojas alergologas ir klinikinis imunologas arba šeimos gydytojas. Gydymo efektyvumas vertinamas po 16 savaičių nuo gydymo pradžios ir nepasiekus gydymo efekto privalo būti nutrauktas.
6. Vidutinio sunkumo atopinis dermatitas (100 %)				
6.	1.	<i>Pimecrolimus</i>	L20	Skiriamas tik vaikams. Skiria ir išrašo gydytojas alergologas, gydytojas vaikų alergologas ir klinikinis imunologas ar gydytojas dermatovenerologas, jei

				gydymas gliukokortikoidais negalimas dėl jų šalutinio poveikio arba jei per 3 mėnesius nepasiekiamas lauktinas gydymo rezultatas
6.	2.	<i>Tacrolimus</i>	L20	Skiriamas tik vaikams. Skiria ir išrašo gydytojas alergologas, gydytojas vaikų alergologas ir klinikinis imunologas ar gydytojas dermatovenerologas, jei gydymas gliukokortikoidais negalimas dėl jų šalutinio poveikio arba jei per 3 mėnesius nepasiekiamas lauktinas gydymo rezultatas
6¹. Neteko galios nuo 2019-02-09				
7. Alerginis kontaktinis dermatitas (100 %)				
7.	1.	<i>Fluticasonum</i>	L23	
7.	2.	<i>Methylprednisolonum</i>	L23	
7.	3.	<i>Mometasonum furoatum</i>	L23	
7.	4.	<i>Prednisolonum tab. Ir inj.</i>	L23	
7.	5.	<i>Betamethasonum</i>	L23	
8. Idiopatinė dilgėlinė (100 %)				
8.	1.	<i>Omalizumabum</i>	L50.1, L50.8	Skiriamas ir išrašomas VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų, VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikų, Vilniaus m. klinikinės ligoninės, Klaipėdos universitetinės ligoninės ir Klaipėdos respublikinės ligoninės gydytojų alergologų ir klinikinių imunologų, gydytojų dermatovenerologų (visų amžiaus grupių pacientams), ir gydytojų vaikų alergologų (tik vaikams iki 18 metų)

				multidisciplinio gydytojų konsiliumo sprendimu. Vėliau gydymą iki 3 mėnesių gali skirti antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančiose įstaigose dirbantys gydytojai alergologai ir klinikiniai imunologai, gydytojai dermatovenerologai ir gydytojai vaikų alergologai.
9. Supūliavęs hidrogenitas (100 %)				
Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
9.	1.	<i>Adalimumab</i>	L73.2	
XIII. JUNGIAMOJO AUDINIO IR SKELETO-RAUMENŲ SISTEMOS LIGOS				
Eil. Nr.		Vaistai	TLK-10	Skirimo sąlygos
1. Reumatoidinis artritas, juvenilinis artritas (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
1.	1.	<i>Adalimumab</i>	M05, M06, M08	
1.	2.	<i>Azathioprinum</i>	M05, M06, M08	
1.	3.	<i>Celecoxibum</i>	M05, M06, M08	
1.	4.	<i>Cyclophosphamidum</i>	M05, M06, M08	
1.	5.	<i>Diclofenacum</i>	M05, M06, M08	Išskyrus išorinio vartojimo vaistus
1.	6.	<i>Etanercept</i>	M05, M06, M08	
1.	7.	<i>Hydroxychloroquine</i>	M05, M06, M08	
1.	8.	<i>Ibuprofenum</i>	M05, M06, M08	
1.	9.	<i>Indometacinum</i>	M05, M06, M08	Išskyrus išorinio vartojimo vaistus
1.	10.	<i>Infliximab</i>	M05, M06	
1.	11.	<i>Leflunomidum</i>	M05, M06, M08	Jei 3 mėnesių gydymas kompensuojamuoju vaistu <i>Methotrexatum</i> ne didesnėmis nei 25 mg per savaitę dozėmis yra neefektyvus ar kontraindikuotinas.
1.	12.	<i>Lornoxicamum</i>	M05, M06, M08	
1.	13.	<i>Meloxicamum</i>	M05, M06, M08	
1.	14.	<i>Methotrexatum</i>	M05, M06, M08	
1.	15.	<i>Methylprednisolonum</i>	M05, M06, M08	
1.	16.	<i>Nabumetonum</i>	M05, M06, M08	
1.	17.	<i>Penicillaminum</i>	M05, M06, M08	
1.	18.	<i>Piroxicamum</i>	M05, M06, M08	Išskyrus išorinio vartojimo vaistus
1.	19.	<i>Prednisolonum</i>	M05, M06, M08	

1.	20.	<i>Sulfasalazinum</i>	M05, M06, M08	
1.	21.	<i>Tocilizumab</i>	M05, M06, M08 ^{cc}	
1.	22.	<i>Upadacitinibum</i>	M05, M06	Skiriamas kartu su metotreksatu, jei yra nepalankios prognozės veiksnių ir: 1. gydant pirmaeilį tradiciniu sintetiniu ligą modifikuojančiu vaistiniu preparatu ar jų deriniu gydymo tikslas nepasiekiamas per 6 mėnesius ar 3 mėnesius nuo gydymo pradžios nėra gydymo efekto, ar pastebimas ligos pablogėjimas; 2. gydant vienu ar daugiau biologiniu ligą modifikuojančių vaistinių preparatų nuo reumato gydymo tikslas nepasiekiamas per 6 mėnesius ar 3 mėnesius nuo gydymo pradžios nėra gydymo efekto, ar pastebimas ligos pablogėjimas. Kaip monoterapija skiriamas tik tuo atveju, jei metotreksato skirti negalima.
1¹. Reumatoidinis artritas, juvenilinis artritas (100 %) neteko galios nuo 2020-02-08				
1². Vaikų juvenilinis idiopatinis artritas, susijęs su entenzitu (100 %) neteko galios nuo 2020-02-08				
2. Sisteminės jungiamojo audinio ligos (100 %)				
2.	1.	<i>Azathioprinum</i>	M30 -M35	
2.	2.	<i>Cyclophosphamidum</i>	M30 -M35	
2.	3.	<i>Hydroxychloroquine</i>	M30–M35	
2.	4.	<i>Indometacinum</i>	M30 -M35	Išskyrus išorinio vartojimo vaistus
2.	5.	<i>Methotrexatum</i>	M30 -M35	
2.	6.	<i>Methylprednisolonum</i>	M30 -M35	
2.	7.	<i>Nifedipinum</i>	M30 -M35	
2.	8.	<i>Penicillaminum</i>	M30 -M35	
2.	9.	<i>Prednisolonum</i>	M30 -M35	
2.	10.	<i>Tocilizumabum</i>	M31.5–M31.6	Skiriamas, jei po 4 savaičių gliukokortikoidų skyrimas vidutinėmis dozėmis yra nepakankamas ir po 6 savaičių metotreksato minimalių dozių skyrimas nėra

				pakankamas atkryčiui išvengti
3. Ankilozinis spondilitas (100%)				
Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
3.	1.	<i>Adalimumab</i>	M45	
3.	2.	<i>Diclofenacum</i>	M45	Išskyrus išorinio vartojimo vaistus.
3.	3.	<i>Etanercept</i>	M45	
3.	4.	<i>Infliximab</i>	M45	
3.	5.	<i>Indometacinum</i>	M45	Išskyrus išorinio vartojimo vaistus.
3.	6.	<i>Meloxicamum</i>	M45	
3.	7.	<i>Nabumetonum</i>	M45	
3.	8.	<i>Sulfasalazinum</i>	M45	
3.	9.	<i>Secukinumabum</i>	M45	
3¹. Neteko galios nuo 2018-07-18				
4. Neteko galios nuo 2021-06-09				
5. Artrozė (100 %)				
5.	1.	<i>Ibuprofenum</i>	M15 -M19	Tik geriamieji vaistai
6. Osteoporozė (100 %)				
6.	1.	<i>Acidum Ibandronicum</i>	M80.0, M81.0	
6.	2.	<i>Natrium alendronicum</i>	M80-M82	
6.	3.	<i>Natrium alendronicum et colecalciferolum</i>	M80.0, M81.0	
6.	4.	<i>Natrii risedronas</i>	M80-M82	
6.	5.	<i>Natrium risedronatum et Calcium/Colecalciferolum</i>	M80-M82	
6.	6.	<i>Strontium ranelatum</i>	M80-M82	
6.	7.	<i>Acidum Zoledronicum</i>	M80–M82	
6.	8.	<i>Denosumabum</i>	M80-M82	
6.	9.	<i>Teriparatidum</i>	M80	
7. Podagra (100 %)				
7.	1.	<i>Allopurinolum</i>	M10	
7.	2.	<i>Febuxostatam</i>	M10.0, M10.1, M10.2, M10.3, M10.4, M10.9	Pacientams, netoleruojantiems alopurinolio
8. Psoriazinis artritas (100 %)				

Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
8.	1.	<i>Adalimumab</i>	M07	
8.	2.	<i>Etanercept</i>	M07	
8.	3.	<i>Infliximab</i>	M07	
8.	4.	<i>Methotrexatum</i>	M07	
8.	5.	<i>Sulfasalazinum</i>	M07	
8.	6.	<i>Ustekinumabum</i>	M07	
8.	7.	<i>Apremilastum</i>	M07	Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
8.	8.	<i>Secukinumabum</i>	M07	Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
8 ¹ . Neteko galios nuo 2018-07-18				
9. Sisteminė raudonoji vilkligė (100 %)				
9 .	1.	<i>Belimumabum</i>	M32	Gydymą belimumabu turi pradėti ir tęsti gydytojas reumatologas. Gydymas skiriamas tik pacientams, kuriems diagnozuota aktyvi sisteminė raudonoji vilkligė, autoantikūnų mėginys yra teigiamas ir kuriems, nepaisant įprasto gydymo, ligos aktyvumas yra didelis (yra teigiami anti-dsDNA, mažai komplemento). Ligos aktyvumas ir minėti imunologiniai tyrimai vertinami kas 6 mėn. Esant gydymo efektui ir pasiekus ligos remisiją, gydymas tęsiamas. Esant neefektyviam gydymui dėl belimumabo nutraukimo, sprendžia gydytojas reumatologas.
9 .	2.	<i>Mycophenolatum mofetilum</i>	M32.1	
10. Ašinis spondiloartritas (100 %)				
Skiriamas sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
10 .	1.	<i>Adalimumab</i>	M46.8	
1	2.	<i>Etanercept</i>	M46.8	

0	.			
XIV. UROGENITALINĖS SISTEMOS LIGOS				
Eil. Nr.		Vaistai	TLK-10	Skyrimo sąlygos
1. Glomerulonefritas (100 %)				
1.	1.	<i>Azathioprinum</i>	N00	
1.	2.	<i>Ciclosporinum</i>	N00	
1.	3.	<i>Cyclophosphamidum</i>	N00	
1.	4.	<i>Methylprednisolonum</i>	N00	
1.	5.	<i>Prednisolonum</i>	N00	
2. Nefrozinis sindromas (100 %)				
2.	1.	<i>Ciclosporinum</i>	N04, N08	
2.	2.	<i>Cyclophosphamidum</i>	N04, N08	
2.	3.	<i>Furosemidum</i>	N04, N08	
2.	4.	<i>Neteko galios nuo 2018-12-12</i>		
2.	5.	<i>Irbesartanum</i>	N04, N08	Tik sergantiesiems 2-ojo tipo cukriniu diabetu
2.	6.	<i>Methylprednisolonum</i>	N04, N08	
2.	7.	<i>Spironolactonum</i>	N04, N08	
2.	8.	<i>Torasemidum</i>	N04, N08	
3. Lėtinis inkstų nepakankamumas (100 %)				
3.	1.	<i>Alfacalcidolum</i>	N18 - N19	
3.	2.	<i>Darbepoetinum alfa</i>	N18 – N19	Skiria ir išrašo gydytojas nefrologas arba vaikų gydytojas nefrologas, vėliau iki 3 mėnesių gali išrašyti vidaus, vaikų ligų ir šeimos gydytojas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
3.	3.	<i>Parenterinė geležis trivalentė</i>	N18-N19	Skiria ir išrašo gydytojas nefrologas arba vaikų gydytojas nefrologas, vėliau iki 3 mėnesių gali išrašyti vidaus, vaikų ligų ir šeimos gydytojas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.
3.	4.	<i>Ferrosi sulfas</i>	N18 - N19	
3.	5.	<i>Ferrum oxydatum saccharatum i.v.</i>	N18 – N19	Skiria ir išrašo gydytojas nefrologas arba vaikų gydytojas nefrologas, vėliau iki 3 mėnesių gali išrašyti vidaus, vaikų ligų ir šeimos gydytojas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
3.	6.	<i>Furosemidum</i>	N18 - N19	

3.	7.	<i>Epoetinum alfa</i>	N18 – N19	Skiria ir išrašo gydytojas nefrologas arba vaikų gydytojas nefrologas, vėliau iki 3 mėnesių gali išrašyti vidaus, vaikų ligų ir šeimos gydytojas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
3.	8.	<i>Epoetinum beta</i>	N18 – N19	Skiria ir išrašo gydytojas nefrologas arba vaikų gydytojas nefrologas, vėliau iki 3 mėnesių gali išrašyti vidaus, vaikų ligų ir šeimos gydytojas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
3.	9.	<i>Torasemidum</i>	N18 - N19	Jeį glomerulų filtracija mažesnė negu 20ml/min.
3.	10.	<i>Epoetinum teta</i>	N18 – N19	Skiria ir išrašo gydytojas nefrologas arba vaikų gydytojas nefrologas, vėliau iki 3 mėnesių gali išrašyti vidaus, vaikų ligų ir šeimos gydytojas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
3.	11.	<i>Epoetinum zeta</i>	N18–N19	
4. Endometrioze (100 %)				
4.	1.	<i>Goserelinum</i>	N80	III ir IV stadijos endometriozei
4.	2.	<i>Triptorelinum</i>	N80	III ir IV stadijos endometriozei
4.	3.	<i>Dienogestum</i>	N80	III ir IV stadijos endometriozei
5. neteko galios nuo 2019-04-01				
6. Šlapimo pūslės neuromuskulinė disfunkcija (100 %)				
6.	1.	<i>Oxybutininum</i>	N31	
6.	2.	<i>Tolterodinum</i>	N31	
7. Priešinės liaukos (prostatos) hiperplazija (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
7.	1.	<i>Alfuzosinum</i>	N40	
7.	2.	<i>Finasteridum</i>	N40	
7.	3.	<i>Doxazosinum</i>	N40	
7.	4.	<i>Dutasteridum</i>	N40	
7.	5.	<i>Tamsulosinum</i>	N40	
7.	6.	<i>Terazosinum</i>	N40	
7.	7.	<i>Dutasteridum et Tamsulosinum</i>	N40	
8. Pokastracinis sindromas (100 %)				

8.	1.	<i>Estradiolum</i>	N95.3	Iki 2 metų po operacijos
8.	2.	<i>Estradiolum et Levonorgestrolum</i>	N95.3	Iki 2 metų po operacijos
8.	3.	<i>Estradiolum et Norethisteronum</i>	N95.3	Iki 2 metų po operacijos
8.	4.	<i>Ethinylestradiolum et Levonorgestrolum</i>	N95.3	Iki 2 metų po operacijos
9. Testikulinė feminizacija, kiaušidžių disgenezija (100 %)				
9.	1.	<i>Estradiolum</i>	E34.5, Q50.0	
9.	2.	<i>Estradiolum et Levonorgestrolum</i>	E34.5, Q50.0	
9.	3.	<i>Estradiolum et Norethisteronum</i>	E34.5, Q50.0	
9.	4.	<i>Ethinylestradiolum et Levonorgestrolum</i>	E34.5, Q50.0	
10. Ankstyvoji menopauzė, diagnozuota iki 35 metų (100 %)				
10.	1.	<i>Estradiolum</i>	E28.3	Asmenims iki 47 metų
10.	2.	<i>Estradiolum et Levonorgestrolum</i>	E28.3	Asmenims iki 47 metų
10.	3.	<i>Estradiolum et Norethisteronum</i>	E28.3	Asmenims iki 47 metų
10.	4.	<i>Ethinylestradiolum et Levonorgestrolum</i>	E28.3	Asmenims iki 47 metų
11. Gimdos fibroma (100 %)				
11.	1.	<i>Ulipristal acetate</i>	D25–D26	Skiriamas vidutinių ir stiprių gimdos fibromos simptomų su pertraukomis vykdomam gydymui suaugusioms vaisingo amžiaus moterims.
12. Moterų, vyrų nevaisingumas, didelę negalią sukeliančios ligos, kai taikoma preimplantacinė genetinė diagnostika (100 %)				
12.	1.	Chorioninio gonadotropinas alfa	N97, Q95–Q 99, Z80–Z84	Skiriamas, jei yra taikomos konsultacijos dėl vaisingumo (TLK-10-AM kodas Z31) vadovaujantis Pagalbinio apvaisinimo paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 20 d. įsakymu Nr. V-1452 „Dėl Pagalbinio

				apvaisinimo paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“.
12.	2.	Alfa folitropinas	N97, Q95–Q 99, Z80–Z84	Skiriamas, jei yra taikomos konsultacijos dėl vaisingumo (TLK-10-AM kodas Z31) vadovaujantis Pagalbinio apvaisinimo paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 20 d. įsakymu Nr. V-1452 „Dėl Pagalbinio apvaisinimo paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“.
12.	3.	<i>Triptorelinum</i>	N97, Q95–Q99, Z80–Z84	Skiriamas, jei yra taikomos konsultacijos dėl vaisingumo (TLK-10-AM kodas Z31) vadovaujantis Pagalbinio apvaisinimo paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 20 d. įsakymu Nr. V-1452 „Dėl Pagalbinio apvaisinimo paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“.
12.	4.	<i>Cetrorelix</i>	N97, Q95–Q99, Z80–Z84	Skiriamas, jei yra taikomos konsultacijos dėl vaisingumo (TLK-10-AM kodas Z31) vadovaujantis Pagalbinio apvaisinimo paslaugų teikimo ir jų

				apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 20 d. įsakymu Nr. V-1452 „Dėl Pagalbinio apvaisinimo paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo.
--	--	--	--	--

XV. NĖŠTUMAS, GIMDYMAS IR LAIKOTARPIS PO GIMDYMO			
Eil. Nr.	Vaistai	TLK-10	Skirimo sąlygos
1. Nėštumo, gimdymo ir laikotarpio po gimdymo atsiradusi edema, proteinurija ir hipertenziniai sutrikimai (100 %)			

XVII. ĮGIMTOS FORMAVIMOSI YDOS, DEFORMACIJOS IR CHROMOSOMŲ ANOMALIJOS				
Eil. Nr.		Vaistai	TLK-10	Skirimo sąlygos
1. Turnerio sindromas, Preiderio-Vilio sindromas (100 %)				
1.	1.	<i>Humanum incrementi hormonum recombinantum</i>	Q87.14, Q96	Skiria ir išrašo gydytojas vaikų endokrinologas, teikiantis tretinio lygio endokrinologijos paslaugas, vėliau iki 6 mėnesių gali išrašyti gydytojas vaikų endokrinologas, vaikų ligų ar šeimos gydytojas. Gydytas tęsiamas, kol rentgenogramomis patvirtinamas paciento kaulinio augimo zonų užsivėrimas.
1.	2.	<i>Somatropinum</i>	Q87.14, Q96	Skiria ir išrašo gydytojas vaikų endokrinologas, teikiantis tretinio lygio endokrinologijos paslaugas, vėliau iki 6 mėnesių gali išrašyti gydytojas vaikų endokrinologas, vaikų ligų ar šeimos gydytojas. Gydytas tęsiamas, kol rentgenogramomis patvirtinamas paciento kaulinio augimo zonų

				užsivėrimas
2. Tuberozinė sklerozė (100 %)				
2.	1.	Everolimus	Q85.1	Skiriamas su tuberozinės sklerozės kompleksu susijusiai: 1) subependinėinei gigantinių ląstelių astrocitomai gydyti, kai naviko negalima pašalinti chirurginiu būdu; 2) inkstų angiomiolipomai gydyti suaugusiems, kuriems padidėjusi komplikacijų rizika (dėl auglio dydžio arba nustatytos aneurizmos, arba nustatytų daugybinių ar abiejų inkstų auglių), tačiau tik tuo atveju, jei pacientų nereikia nedelsiant operuoti.
XVIII. SIMPTOMAI, PAKITIMAI IR NENORMALŪS KLINIKINIAI BEI LABORATORINIAI RADINIAI				
Eil. Nr.	Vaistai		TLK-10	Skyrimo sąlygos
1. Šlapimo nelaikymas (100 %)				
1.	1.	Desmopresinum	R32	Vaikų nuo 5 iki 10 metų 3 mėnesių gydymo kursui per metus
1.	2.	Oxybutininum	R32	Vaikų nuo 5 iki 10 metų 3 mėnesių gydymo kursui per metus
2. Vaistai ir biologinės medžiagos, kurios paskirtos gydymui sukėlė nepageidaujamą poveikį (100 %)				
2.	1.	Methylnaltrexonum bromidum	Y45.0	Skirtas onkologinėms ir onkohematologinėms ligoms (TLK-10-AM kodai C00–D09, D37–D48, D76) gydyti. Skiria ir išrašo vidaus ligų gydytojas, šeimos gydytojas, gydytojas hematologas, gydytojas onkologas chemoterapeutas arba gydytojas onkologas

				radioterapeutas.
XXI. PERSODINTI ORGANAI, AUDINIAI IR KITOS BŪKLĖS				
Eil. Nr.		Vaistai	TLK-10	Skyrimo sąlygos
1. Dializuojamiesiems ir po inkstų persodinimo (100 %)				
Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka				
1.	1.	<i>Azathioprinum</i>	Z94.0	
1.	2.	<i>Ciclosporinum</i>	Z49, Z94.0	Skiria ir išrašo gydytojas specialistas
1.	3.	<i>Darbepoetinum alfa</i>	Z49, Z94.0	Skiria ir išrašo gydytojai specialistai, vėliau gali išrašyti gydytojai, teikiantys hemodializės paslaugas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
1.	4.	<i>Epoetinum alfa</i>	Z49, Z94.0	Skiria ir išrašo gydytojai specialistai, vėliau gali išrašyti gydytojai, teikiantys hemodializės paslaugas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
1.	5.	<i>Epoetinum beta</i>	Z49, Z94.0	Skiria ir išrašo gydytojai specialistai, vėliau gali išrašyti gydytojai, teikiantys hemodializės paslaugas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
1.	6.	<i>Parenterinė trivalentė geležis</i>	Z49, Z94.0	Skiria ir išrašo gydytojai specialistai, vėliau gali išrašyti gydytojai, teikiantys hemodializės paslaugas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
1.	7.	<i>Ferrum oxydatum saccharatum i.v.</i>	Z49, Z94.0	Skiria ir išrašo gydytojai specialistai, vėliau gali išrašyti gydytojai, teikiantys hemodializės paslaugas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
1.	8.	<i>Fluconazolum</i>	Z49, Z94.0	
1.	9.	<i>Ganciclovirum</i>	Z49, Z94.0	
1.	10.	<i>Methylprednisolonum</i>	Z49, Z94.0	
1.	11.	<i>Mycophenolatum mofetilum</i>	Z49, Z94.0	
1.	12.	<i>Sirolimusum</i>	Z49, Z94.0	
1.	13.	<i>Kalcio</i>	Z49, Z94.0	

		<i>polistirensulfonatas</i>		
1.	14.	<i>Valganciclovirum</i>	Z49, Z94.0	
1.	15.	<i>Tacrolimusum</i>	Z94.0	
1.	16.	<i>Epoetinum teta</i>	Z49, Z94.0	Skiria ir išrašo gydytojai specialistai, vėliau gali išrašyti gydytojai, teikiantys hemodializės paslaugas. Skiriama sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka
1.	17.	<i>Kalcio acetatas / sunkus magnio subkarbonatas</i>	Z49	Neskiriama, jeigu kalcio koncentracija kraujyje yra >2,55 mmol/l ir (arba) PTH kraujyje <15,8 pmol/l
1.	18.	<i>Epoetinum zeta</i>	Z49, Z94.0	
2. Po širdies ir kitų organų transplantacijos (100 %)				
2.	1.	<i>Azathioprinum</i>	Z94	Skiria ir išrašo gydytojas specialistas
2.	2.	<i>Ciclosporinum</i>	Z94	Skiria ir išrašo gydytojas specialistas
2.	3.	<i>Mycophenolatum mofetilum</i>	Z94	Skiria ir išrašo gydytojas specialistas
2.	4.	<i>Methylprednisolonum</i>	Z94	Skiria ir išrašo gydytojas specialistas
2.	5.	<i>Prednisolonum</i>	Z94	Skiria ir išrašo gydytojas specialistas
2.	6.	<i>Sirolimusum</i>	Z94	Skiria ir išrašo gydytojas specialistas
2.	7.	<i>Valganciclovirum</i>	Z94	
2.	8.	<i>Tacrolimusum</i>	Z94	
3. Po širdies kateterinio arba chirurginio gydymo (100 %)				
3.	1.	<i>Acenocumarolum</i>	Z95.1, Z95.5, Z95.2	Asmenims, kurių širdies vožtuvai protezuoti, nuolatiniam gydymui
3.	2.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>		
3.	4.	<i>Clopidogrelum</i>	Z95.1, Z95.5	6 mėnesių ambulatoriniam gydymui po aortokoronarinės jungties ir koronarinio angioplastinio implantato ar transplantato operacijų
3.	5.	<i>Digoxinum</i>	Z95.1, Z95.5, Z95.2	6 mėnesiams
3.	6.	<i>Furosemidum</i>	Z95.1, Z95.5, Z95.2	6 mėnesiams
3.	7.	<i>Glyceryli trinitras</i>	Z95.1, Z95.5, Z95.2	6 mėnesiams. Neskiriami pleistrai
3.	8.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>		
3.	9.	<i>Isosorbidi dinitras</i>	Z95.1, Z95.5, Z95.2	6 mėnesiams
3.	10.	<i>Isosorbidi mononitras</i>	Z95.1, Z95.5, Z95.2	6 mėnesiams

3.	11.	<i>Propafenonum</i>	Z95.1, Z95.5, Z95.2	6 mėnesiams
3.	12.	<i>Warfarinum</i>	Z95.1, Z95.5, Z95.2	Asmenų, kurių širdies vožtuvai protezuoti, nuolatiniam gydymui
3.	13.	<i>Rivaroksabanum</i>	Z95.1, Z95.5	Skiriamas kartu su acetilsalicilo rūgštimi aterotrombozinių reiškinių profilaktikai suaugusiems pacientams, sergantiems vainikinių arterijų liga arba simptomine periferinių arterijų liga, esant didelei išeminių reiškinių rizikai
4. Po širdies kateterinio arba chirurginio gydymo ir po inkstų persodinimo (100 %)				
4.	1.	<i>Atorvastatinum</i>	Z95.1, Z95.5	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
4	2.	<i>Atorvastatinum et Amlodipinum</i>	Z94.0	Nuolatiniam gydymui, jei gali būti skiriami kompensuojamieji vaistai <i>Amlodipinum</i> ir <i>Atorvastatinum</i>
4.	3.1.	<i>Cipofibratum</i>	Z95.1, Z95.5	Išrašo gydytojas kardiologas 6 mėnesių gydymo kursui, jei pagal lipidogramą cholesterolio kiekis >5 mmol/l, MTL cholesterolis >3 mmol/l ar TG >2 mmol/l
4.	3.2.	<i>Cipofibratum</i>	Z94.0	Išrašo gydytojas kardiologas nuolatiniam gydymui, jei pagal lipidogramą cholesterolio kiekis >5 mmol/l, MTL cholesterolis >3 mmol/l ar TG >2 mmol/l
4.	4.	<i>Ezetimibum</i>	Z95.1, Z95.5	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei vartojant maksimalias toleruojamas statinų dozes 3 mėnesius arba ilgiau pacientų MTL cholesterolis išlieka $\geq 1,8$ mmol/l.
4	5.	<i>Ezetimibum et Simvastatinum</i>	Z95.1, Z95.5	Išrašo gydytojas kardiologas 6 mėnesių gydymo kursui, jei tris mėnesius gydant įprastinėmis statinų

				dozėmis nepavyksta pasiekti tikslinės MTL-C koncentracijos (MTL cholesterolis >3,0 mmol/l)
4.	6.1.	<i>Fenofibratum</i>	Z95.1, Z95.5	Išrašo gydytojas kardiologas 6 mėnesių gydymo kursui, jei pagal lipidogramą cholesterolio kiekis >5 mmol/l, MTL cholesterolis >3 mmol/l ar TG >2mmol/l. Vaistinis preparatas skiriamas tik gydymui tęsti
4.	6.2.	<i>Fenofibratum</i>	Z94.0	Išrašo gydytojas kardiologas, jei pagal lipidogramą cholesterolio kiekis >5 mmol/l, MTL cholesterolis >3 mmol/l ar TG >2mmol/l. Vaistinis preparatas skiriamas tik gydymui tęsti
4.	7.1.	<i>Fluvastatinum</i>	Z94.0	Skiriamas nuolatiniam gydymui, jei po inkstų persodinimo pasireiškia lėtinis inksto transplantato atmetimas.
4.	7.2.	<i>Fluvastatinum</i>	Z95.1, Z95.5	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
4.	8.1.	<i>Rosuvastatinum</i>	Z95.1, Z95.5	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
4.	8.2.	<i>Neteko galios nuo 2019-11-30</i>		
4.	9.1.	<i>Neteko galios nuo 2015-12-31</i>		
4.	9.2.	<i>Neteko galios nuo 2015-12-31</i>		
4.	10.	<i>Simvastatinum</i>	Z95.1, Z95.5	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei pagal lipidogramą MTL cholesterolis $\geq 1,8$ mmol/l.
4.	11.	<i>Rosuvastatinum et ezetimibum</i>	Z95.1, Z95.5	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas, jei vartojant maksimalias toleruojamas statinų dozes 3 mėnesius arba ilgiau pacientų MTL cholesterolis

				išlieka ≥1,8 mmol/l.
4.	12.	Rosuvastatinum	Z94.0	Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas nuolatiniam gydymui, jei pagal lipidogramą cholesterolio kiekis > 5 mmol/l, MTL cholesterolis > 3 mmol/l ar TG > 2mmol/l.
5. Būklės, sukeliančios grėsmę sveikatai (100 %)				
5.	1.	Levonorgestrel	Z97.5	Skiriamas: 1) merginoms nuo 15 iki 17 metų sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka; 2) merginoms nuo 18 iki 20 metų, kurios kreipiasi į ginekologą konsultacijos dėl kontracepcijos.
XXII. SUŽALOJIMAI, APSINUODIJIMAI IR TAM TIKRI IŠORINIŲ POVEIKIŲ PADARINIAI (100 %)				
Eil. Nr.	Vaistai		TLK-10	Skirimo sąlygos
1. Anafilaksinis šokas				
1.	1.	Epinefrinum	T78.0, T78.1, T78.2, T78.3, C94.3, C96.2, Q82.2	Skiriamas pacientams, kuriems yra padidėjusi anafilaksijos rizika, jei: 1) praeityje buvo patirta anafilaksinė reakcija, sukelta maisto, latekso ar įkvepiamųjų alergenų; fizinio krūvio sukelta anafilaksija ar idiopatinė (sukelta neaiškios priežasties) anafilaksija; 2) yra nustatyta maisto alergija (išskyrus burnos alergijos sindromą), kai pacientas kartu serga nekontroliuojama vidutinio sunkumo ar sunkia nuolatine bronchine astma; 3) yra alergija nuodams (plėviasparnių vabzdžių), kai pacientai patiria sisteminės reakcijas, pasireiškusias ne vien odos ir gleivinių simptomais; 4) yra putliųjų ląstelių ligos ar padidėjusi bazinė (ne ūmios reakcijos metu) triptazės koncentracija serume, kai pacientas yra

				patyręs sisteminių alerginių reakcijų į vabzdžių nuodus; 5) diagnozuota mastocitozė pigmentinė urtikarija (dilgėlinė) (Q82.2); 6) diagnozuota mastocitų leukemija (C94.3) ar piktybinis mastocitų navikas (C96.2).
--	--	--	--	--

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-1024](#), 2010-11-29, *Žin.*, 2010, Nr. 142-7308 (2010-12-04), i. k. 1102250ISAK00V-1024
 Nr. [V-145](#), 2011-02-11, *Žin.*, 2011, Nr. 20-1013 (2011-02-17), i. k. 1112250ISAK000V-145
 Nr. [V-270](#), 2011-03-22, *Žin.*, 2011, Nr. 37-1765 (2011-03-29), i. k. 1112250ISAK000V-270
 Nr. [V-589](#), 2011-06-08, *Žin.*, 2011, Nr. 72-3488 (2011-06-14), i. k. 1112250ISAK000V-589
 Nr. [V-878](#), 2011-09-29, *Žin.*, 2011, Nr. 120-5688 (2011-10-05), i. k. 1112250ISAK000V-878
 Nr. [V-141](#), 2012-02-20, *Žin.*, 2012, Nr. 24-1131 (2012-02-25), i. k. 1122250ISAK000V-141
 Nr. [V-419](#), 2012-05-11, *Žin.*, 2012, Nr. 57-2873 (2012-05-19), i. k. 1122250ISAK000V-419
 Nr. [V-765](#), 2012-08-10, *Žin.*, 2012, Nr. 96-4919 (2012-08-17), i. k. 1122250ISAK000V-765
 Nr. [V-845](#), 2012-09-07, *Žin.*, 2012, Nr. 107-5450 (2012-09-14), i. k. 1122250ISAK000V-845
 Nr. [V-850](#), 2012-09-17, *Žin.*, 2012, Nr. 110-5598 (2012-09-22), i. k. 1122250ISAK000V-850
 Nr. [V-905](#), 2012-09-27, *Žin.*, 2012, Nr. 113-5740 (2012-09-29), i. k. 1122250ISAK000V-905
 Nr. [V-1046](#), 2012-11-16, *Žin.*, 2012, Nr. 135-6921 (2012-11-22), i. k. 1122250ISAK00V-1046
 Nr. [V-1088](#), 2012-11-30, *Žin.*, 2012, Nr. 141-7292 (2012-12-06), i. k. 1122250ISAK00V-1088
 Nr. [V-625](#), 2013-06-14, *Žin.*, 2013, Nr. 66-3323 (2013-06-22), i. k. 1132250ISAK000V-625
 Nr. [V-1081](#), 2013-11-21, *Žin.*, 2013, Nr. 122-6192 (2013-11-29), i. k. 1132250ISAK00V-1081
 Nr. [V-162](#), 2014-02-04, paskelbta TAR 2014-02-05, i. k. 2014-01088
 Nr. [V-344](#), 2014-03-12, paskelbta TAR 2014-03-13, i. k. 2014-03016

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49
(Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2010 m. birželio 30 d. įsakymo Nr. V-599 redakcija)

KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ SĄRAŠAS (B SĄRAŠAS)

Eil. Nr.	Vaistai	Skirimo sąlygos
1.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
2.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
3.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
4.	<i>Amoxicillinum</i>	
5.	<i>Amoxicillinum et Acidum clavulanicum</i>	Tik vaikams
6.	<i>Azitromycinum</i>	Tik vaikams
7.	<i>Benzylpenicillinum (Natrium, Kalium, Benzathinum, Procainum)</i>	
8.	<i>Neteko galios nuo 2019-10-23</i>	
9.	<i>Cefadroxilum</i>	Tik vaikams
10.	<i>Clarithromycinum</i>	Tik vaikams
11.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
12.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
13.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
14.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
15.	<i>Neteko galios nuo 2019-11-30</i>	
16.	<i>Diclofenacum</i>	Išskyrus akių lašus ir išorinio vartojimo vaistus
17.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
18.	<i>Doxycyclinum</i>	
19.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
20.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
21.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
22.	<i>Erythromycinum</i>	
23.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
24.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
25.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
26.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
27.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
28.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
29.	<i>Gentamycinum</i>	
30.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
31.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
32.	<i>Ibuprofenum</i>	

Eil. Nr.	Vaistai	Skirimo sąlygos
33.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
34.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
35.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
36.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
37.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
38.	<i>Metronidazolum</i>	
39.	<i>Miconazolum</i>	
40.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
41.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
42.	<i>Neteko galios nuo 2018-12-12</i>	
43.	<i>Nitrofurantoinum</i>	
44.	<i>Nystatinum</i>	
45.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
46.	<i>Phenoxymethylpenicillinum</i>	
47.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
48.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
49.	<i>Sultamicillinum</i>	Tik vaikams
50.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
51.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
52.	<i>Sulfadiazidum argentum</i>	
53.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
54.	<i>Sulfamethoxazolum et Trimethoprinum</i>	
55.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
56.	<i>Neteko galios nuo 2019-09-19</i>	
57.	<i>Tramadolum</i>	

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-599](#), 2010-06-30, Žin., 2010, Nr. 83-4387 (2010-07-14), i. k. 1102250ISAK000V-599

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2014 m. kovo 12 d. įsakymo
Nr. V-346 redakcija)

**KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ SKYRIMO RETOMS LIGOMS GYDYTI TVARKOS
APRAŠAS**

1. Kompensuojamųjų vaistų skyrimo retoms ligoms gydyti tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) (toliau – A sąrašas), patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“, įrašytų kompensuojamųjų vaistų, kurių charakteristikų santraukoje nenurodomos terapinės indikacijos ir (ar) dozės, skyrimo retoms ligoms gydyti tvarką.

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-599](#), 2010-06-30, Žin., 2010, Nr. 83-4387 (2010-07-14), i. k. 1102250ISAK000V-599

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

2.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1024](#), 2010-11-29, Žin., 2010, Nr. 142-7308 (2010-12-04), i. k. 1102250ISAK00V-1024

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

3.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-145](#), 2011-02-11, Žin., 2011, Nr. 20-1013 (2011-02-17), i. k. 1112250ISAK000V-145

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

4.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-270](#), 2011-03-22, Žin., 2011, Nr. 37-1765 (2011-03-29), i. k. 1112250ISAK000V-270

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

5.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-589](#), 2011-06-08, Žin., 2011, Nr. 72-3488 (2011-06-14), i. k. 1112250ISAK000V-589

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

6.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-878](#), 2011-09-29, Žin., 2011, Nr. 120-5688 (2011-10-05), i. k. 1112250ISAK000V-878

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

7.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-141](#), 2012-02-20, Žin., 2012, Nr. 24-1131 (2012-02-25), i. k. 1122250ISAK000V-141

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

8.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-419](#), 2012-05-11, Žin., 2012, Nr. 57-2873 (2012-05-19), i. k. 1122250ISAK000V-419

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

9.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-765](#), 2012-08-10, Žin., 2012, Nr. 96-4919 (2012-08-17), i. k. 1122250ISAK000V-765

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" papildymo

10.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-845](#), 2012-09-07, Žin., 2012, Nr. 107-5450 (2012-09-14), i. k. 1122250ISAK000V-845

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

11.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-850](#), 2012-09-17, Žin., 2012, Nr. 110-5598 (2012-09-22), i. k. 1122250ISAK000V-850

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" papildymo

12.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-905](#), 2012-09-27, Žin., 2012, Nr. 113-5740 (2012-09-29), i. k. 1122250ISAK000V-905

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

13.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1046](#), 2012-11-16, Žin., 2012, Nr. 135-6921 (2012-11-22), i. k. 1122250ISAK00V-1046

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" papildymo

14.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1088](#), 2012-11-30, Žin., 2012, Nr. 141-7292 (2012-12-06), i. k. 1122250ISAK00V-1088

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" papildymo

15.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-625](#), 2013-06-14, Žin., 2013, Nr. 66-3323 (2013-06-22), i. k. 1132250ISAK000V-625

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

16.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1081](#), 2013-11-21, Žin., 2013, Nr. 122-6192 (2013-11-29), i. k. 1132250ISAK00V-1081

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

17.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-162](#), 2014-02-04, paskelbta TAR 2014-02-05, i. k. 2014-01088

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr.49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

18.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-344](#), 2014-03-12, paskelbta TAR 2014-03-13, i. k. 2014-03016

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

19.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-390](#), 2014-03-24, paskelbta TAR 2014-03-25, i. k. 2014-03452

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

20.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-504](#), 2014-04-25, paskelbta TAR 2014-04-28, i. k. 2014-04788

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr.49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

21.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-593](#), 2014-05-19, paskelbta TAR 2014-05-19, i. k. 2014-05489

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

22.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-799](#), 2014-07-11, paskelbta TAR 2014-07-15, i. k. 2014-10258

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

23.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-808](#), 2014-07-15, paskelbta TAR 2014-07-16, i. k. 2014-10276

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

24.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-850](#), 2014-08-04, paskelbta TAR 2014-08-06, i. k. 2014-10918

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

25.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1027](#), 2014-09-30, paskelbta TAR 2014-10-01, i. k. 2014-13345

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtimo“ pakeitimo

26.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1158](#), 2014-11-10, paskelbta TAR 2014-11-18, i. k. 2014-17072

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

27.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-43](#), 2015-01-16, paskelbta TAR 2015-01-19, i. k. 2015-00832

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

28.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-164](#), 2015-02-02, paskelbta TAR 2015-02-04, i. k. 2015-01687

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr.49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

29.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-346](#), 2015-03-12, paskelbta TAR 2015-03-18, i. k. 2015-03940

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

30.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-395](#), 2015-03-23, paskelbta TAR 2015-03-27, i. k. 2015-04341

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

31.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-616](#), 2015-05-14, paskelbta TAR 2015-05-20, i. k. 2015-07640

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

32.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-638](#), 2015-05-25, paskelbta TAR 2015-05-29, i. k. 2015-08272

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr.49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

33.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-651](#), 2015-05-26, paskelbta TAR 2015-05-29, i. k. 2015-08276

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

34.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-778](#), 2015-06-22, paskelbta TAR 2015-06-29, i. k. 2015-10272

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

35.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-796](#), 2015-06-23, paskelbta TAR 2015-06-29, i. k. 2015-10278

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr.49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

36.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-843](#), 2015-07-10, paskelbta TAR 2015-07-10, i. k. 2015-11237

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

37.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-879](#), 2015-07-24, paskelbta TAR 2015-08-03, i. k. 2015-11901

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

38.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1087](#), 2015-09-28, paskelbta TAR 2015-09-30, i. k. 2015-14461

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

39.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1143](#), 2015-10-12, paskelbta TAR 2015-10-13, i. k. 2015-15075

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

40.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1356](#), 2015-11-27, paskelbta TAR 2015-12-07, i. k. 2015-19354

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr.49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

41.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1535](#), 2015-12-29, paskelbta TAR 2015-12-30, i. k. 2015-20978

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

42.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-79](#), 2016-01-21, paskelbta TAR 2016-01-22, i. k. 2016-01437

Dėl Lietuvos Respublikos apsaugos ministro 2000 m. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

43.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-234](#), 2016-02-11, paskelbta TAR 2016-02-12, i. k. 2016-02798

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

44.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-429](#), 2016-04-01, paskelbta TAR 2016-04-04, i. k. 2016-07339

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr.49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

45.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-466](#), 2016-04-08, paskelbta TAR 2016-04-12, i. k. 2016-08675

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

46.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-481](#), 2016-04-12, paskelbta TAR 2016-04-13, i. k. 2016-09028

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

47.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-538](#), 2016-04-27, paskelbta TAR 2016-04-28, i. k. 2016-10596

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

48.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-585](#), 2016-05-04, paskelbta TAR 2016-05-05, i. k. 2016-11328

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

49.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-650](#), 2016-05-19, paskelbta TAR 2016-05-20, i. k. 2016-13731

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

50.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-652](#), 2016-05-19, paskelbta TAR 2016-05-20, i. k. 2016-13734

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

51.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-820](#), 2016-06-15, paskelbta TAR 2016-06-20, i. k. 2016-17244

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

52.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-905](#), 2016-07-07, paskelbta TAR 2016-07-13, i. k. 2016-20248

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

53.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-931](#), 2016-07-13, paskelbta TAR 2016-07-13, i. k. 2016-20321

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

54.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-955](#), 2016-07-20, paskelbta TAR 2016-07-25, i. k. 2016-21008

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

55.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1162](#), 2016-10-11, paskelbta TAR 2016-10-11, i. k. 2016-24948

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

56.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1178](#), 2016-10-13, paskelbta TAR 2016-10-17, i. k. 2016-25220

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

57.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1206](#), 2016-10-26, paskelbta TAR 2016-10-28, i. k. 2016-25825

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

58.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1300](#), 2016-11-21, paskelbta TAR 2016-11-22, i. k. 2016-27219

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

59.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1304](#), 2016-11-21, paskelbta TAR 2016-11-22, i. k. 2016-27221

- Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo
60.
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas
Nr. [V-1319](#), 2016-11-23, paskelbta TAR 2016-11-23, i. k. 2016-27319
Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo
61.
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas
Nr. [V-1362](#), 2016-12-05, paskelbta TAR 2016-12-06, i. k. 2016-28325
Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo
62.
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas
Nr. [V-1477](#), 2016-12-27, paskelbta TAR 2016-12-29, i. k. 2016-29832
Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo
63.
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas
Nr. [V-113](#), 2017-02-06, paskelbta TAR 2017-02-07, i. k. 2017-02214
Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo
64.
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas
Nr. [V-307](#), 2017-03-14, paskelbta TAR 2017-03-16, i. k. 2017-04439
Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo
65.
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas
Nr. [V-450](#), 2017-04-19, paskelbta TAR 2017-04-20, i. k. 2017-06655
Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo
66.
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas
Nr. [V-752](#), 2017-06-19, paskelbta TAR 2017-06-20, i. k. 2017-10288
Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo
67.
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas
Nr. [V-856](#), 2017-07-07, paskelbta TAR 2017-07-11, i. k. 2017-11864
Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo
68.
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas
Nr. [V-862](#), 2017-07-12, paskelbta TAR 2017-07-12, i. k. 2017-12044
Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo
69.
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas
Nr. [V-1094](#), 2017-09-18, paskelbta TAR 2017-09-18, i. k. 2017-14763
Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

70.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1168](#), 2017-10-10, paskelbta TAR 2017-10-12, i. k. 2017-16187

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

71.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1184](#), 2017-10-16, paskelbta TAR 2017-10-17, i. k. 2017-16411

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

72.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1206](#), 2017-10-23, paskelbta TAR 2017-10-24, i. k. 2017-16760

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

73.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1289](#), 2017-11-13, paskelbta TAR 2017-11-14, i. k. 2017-17934

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

74.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1299](#), 2017-11-16, paskelbta TAR 2017-11-17, i. k. 2017-18243

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

75.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1389](#), 2017-12-06, paskelbta TAR 2017-12-08, i. k. 2017-19792

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

76.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1453](#), 2017-12-18, paskelbta TAR 2017-12-18, i. k. 2017-20345

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

77.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-5](#), 2018-01-02, paskelbta TAR 2018-01-02, i. k. 2018-00098

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

78.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-55](#), 2018-01-17, paskelbta TAR 2018-01-19, i. k. 2018-00904

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

79.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-74](#), 2018-01-23, paskelbta TAR 2018-01-24, i. k. 2018-01062

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

80.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-78](#), 2018-01-24, paskelbta TAR 2018-01-25, i. k. 2018-01089

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

81.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-127](#), 2018-02-06, paskelbta TAR 2018-02-07, i. k. 2018-01946

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

82.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-213](#), 2018-02-22, paskelbta TAR 2018-02-23, i. k. 2018-02905

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

83.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-552](#), 2018-05-07, paskelbta TAR 2018-05-08, i. k. 2018-07408

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

84.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-654](#), 2018-06-06, paskelbta TAR 2018-06-07, i. k. 2018-09546

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

85.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-725](#), 2018-06-22, paskelbta TAR 2018-06-25, i. k. 2018-10343

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

86.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-811](#), 2018-07-16, paskelbta TAR 2018-07-17, i. k. 2018-12081

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

87.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1179](#), 2018-10-31, paskelbta TAR 2018-10-31, i. k. 2018-17534

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

88.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1263](#), 2018-11-09, paskelbta TAR 2018-11-14, i. k. 2018-18392

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

89.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1349](#), 2018-11-26, paskelbta TAR 2018-11-28, i. k. 2018-19228

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

90.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1417](#), 2018-12-07, paskelbta TAR 2018-12-11, i. k. 2018-20232

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

91.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1499](#), 2018-12-21, paskelbta TAR 2018-12-27, i. k. 2018-21521

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

92.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-84](#), 2019-01-22, paskelbta TAR 2019-01-24, i. k. 2019-01031

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

93.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-155](#), 2019-02-06, paskelbta TAR 2019-02-08, i. k. 2019-01981

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

94.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-367](#), 2019-03-28, paskelbta TAR 2019-03-28, i. k. 2019-04887

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

95.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-445](#), 2019-04-17, paskelbta TAR 2019-04-24, i. k. 2019-06659

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

96.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-519](#), 2019-04-30, paskelbta TAR 2019-04-30, i. k. 2019-07067

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

97.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-572](#), 2019-05-17, paskelbta TAR 2019-05-17, i. k. 2019-07915

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

98.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-637](#), 2019-05-27, paskelbta TAR 2019-05-28, i. k. 2019-08413

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

99.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-674](#), 2019-06-06, paskelbta TAR 2019-06-06, i. k. 2019-09239

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

100.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-699](#), 2019-06-11, paskelbta TAR 2019-06-11, i. k. 2019-09486

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

101.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-797](#), 2019-07-08, paskelbta TAR 2019-07-08, i. k. 2019-11267

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

102.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-961](#), 2019-08-01, paskelbta TAR 2019-08-01, i. k. 2019-12690

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

103.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1069](#), 2019-09-18, paskelbta TAR 2019-09-18, i. k. 2019-14729

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

104.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1125](#), 2019-10-03, paskelbta TAR 2019-10-04, i. k. 2019-15850

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

105.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1187](#), 2019-10-22, paskelbta TAR 2019-10-22, i. k. 2019-16769

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

106.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1272](#), 2019-11-11, paskelbta TAR 2019-11-11, i. k. 2019-18044

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

107.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1356](#), 2019-11-28, paskelbta TAR 2019-11-29, i. k. 2019-19189

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

108.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1404](#), 2019-12-09, paskelbta TAR 2019-12-09, i. k. 2019-19821

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

109.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1470](#), 2019-12-17, paskelbta TAR 2019-12-18, i. k. 2019-20385

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo

110.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1449](#), 2019-12-13, paskelbta TAR 2019-12-17, i. k. 2019-20263

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

111.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-52](#), 2020-01-15, paskelbta TAR 2020-01-15, i. k. 2020-00604

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

112.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-62](#), 2020-01-16, paskelbta TAR 2020-01-17, i. k. 2020-00783

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

113.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-127](#), 2020-02-06, paskelbta TAR 2020-02-07, i. k. 2020-02830

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

114.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-210](#), 2020-02-20, paskelbta TAR 2020-02-21, i. k. 2020-03855

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

115.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-233](#), 2020-02-27, paskelbta TAR 2020-02-27, i. k. 2020-04245

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

116.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-404](#), 2020-03-17, paskelbta TAR 2020-03-18, i. k. 2020-05644

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

117.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-656](#), 2020-04-01, paskelbta TAR 2020-04-01, i. k. 2020-06829

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

118.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-703](#), 2020-04-03, paskelbta TAR 2020-04-06, i. k. 2020-07132

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

119.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-880](#), 2020-04-16, paskelbta TAR 2020-04-17, i. k. 2020-08057

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

120.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-934](#), 2020-04-21, paskelbta TAR 2020-04-21, i. k. 2020-08305

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

121.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-965](#), 2020-04-23, paskelbta TAR 2020-04-24, i. k. 2020-08681

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

122.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1049](#), 2020-04-30, paskelbta TAR 2020-05-04, i. k. 2020-09385

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

123.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1077](#), 2020-05-06, paskelbta TAR 2020-05-07, i. k. 2020-09770

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

124.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1130](#), 2020-05-12, paskelbta TAR 2020-05-12, i. k. 2020-10173

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

125.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1222](#), 2020-05-20, paskelbta TAR 2020-05-21, i. k. 2020-10721

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

126.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1345](#), 2020-06-01, paskelbta TAR 2020-06-02, i. k. 2020-11890

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

127.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1519](#), 2020-06-18, paskelbta TAR 2020-06-19, i. k. 2020-13477

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

128.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1579](#), 2020-06-30, paskelbta TAR 2020-07-01, i. k. 2020-14724

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

129.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1621](#), 2020-07-09, paskelbta TAR 2020-07-09, i. k. 2020-15406

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

130.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1857](#), 2020-08-18, paskelbta TAR 2020-08-18, i. k. 2020-17493

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

131.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1964](#), 2020-09-02, paskelbta TAR 2020-09-02, i. k. 2020-18544

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

132.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-2111](#), 2020-09-24, paskelbta TAR 2020-09-24, i. k. 2020-19771

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

133.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-2351](#), 2020-10-23, paskelbta TAR 2020-10-23, i. k. 2020-22097

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

134.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-2443](#), 2020-10-30, paskelbta TAR 2020-10-30, i. k. 2020-22708

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

135.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-78](#), 2021-01-15, paskelbta TAR 2021-01-15, i. k. 2021-00643

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

136.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-223](#), 2021-02-04, paskelbta TAR 2021-02-04, i. k. 2021-02239

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

137.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-359](#), 2021-02-23, paskelbta TAR 2021-02-23, i. k. 2021-03414

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

138.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-403](#), 2021-02-26, paskelbta TAR 2021-02-26, i. k. 2021-03917

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

139.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-595](#), 2021-03-19, paskelbta TAR 2021-03-22, i. k. 2021-05616

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

140.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-662](#), 2021-03-29, paskelbta TAR 2021-03-29, i. k. 2021-06280

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

141.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-759](#), 2021-04-09, paskelbta TAR 2021-04-09, i. k. 2021-07506

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

142.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1352](#), 2021-06-08, paskelbta TAR 2021-06-08, i. k. 2021-13105

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl Kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

143.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1608](#), 2021-07-05, paskelbta TAR 2021-07-05, i. k. 2021-15306

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

144.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1984](#), 2021-09-02, paskelbta TAR 2021-09-02, i. k. 2021-18669

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo

145.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-52](#), 2009-02-02, Žin., 2009, Nr. 17-675 (2009-02-12), i. k. 1092250ISAK0000V-52

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 "Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo" pakeitimo