



**ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ**  
**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ**

---

**П Р И К А З**

«23» 01.02.2026

№ 29

Об организации обеспечения  
пациентов, страдающих  
хроническими вирусными  
гепатитами В и С

В рамках территориальной программы лечения пациентов, страдающих хроническими вирусными гепатитами В и С, а также для реализации мероприятий по обеспечению в амбулаторных условиях противовирусными лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, с диагнозом «хронический вирусный гепатит С» в рамках федерального проекта «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемый временный порядок обеспечения пациентов с установленным диагнозом хронический вирусный гепатит С и В, проживающих на территории города Севастополя, лекарственными препаратами в рамках амбулаторного сегмента.

2. Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Севастополя «Медицинский информационный аналитический центр» Касторновой М.В. необходимо в срок до 01.02.2026:

2.1. сформировать код 519 – «Вирусный гепатит С» для включения в федеральный регистр и код 518 – «Вирусный гепатит В» для включения в федеральный и региональный регистр, с условием указания периода действия льготы, и программу для постановки на учет лекарственного препарата ГЕПР (региональное обеспечение) и ГЕПФ (федеральное обеспечение) в рамках национального проекта «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания»;

2.2. внедрить отчетную форму в APS Региональной медицинской информационной системы «Витакор» в соответствии с приложением № 3 в срок до 01.02.2026.

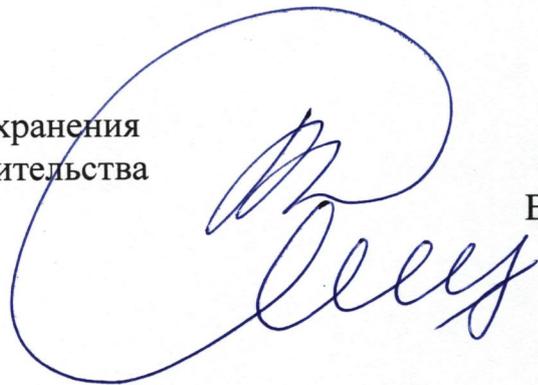
3. Главному врачу «Городская инфекционная больница» Оленченко А.А. организовать введение регистра по обеспечению пациентов лекарственными препаратами.

4. Директору Государственного казенного учреждения Севастополя «Медицинский склад № 1043» Вислобоковой М.В. осуществить приемку и постановку на учет на программы ГЕПФ (КБК 806 0902 072Д552140 323) и ГЕПР (КБК 806 0902 0740102030 323) в соответствии с кодами бюджетной классификации.

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования и действует до его отмены по факту исполнения мероприятий, в рамках национального проекта «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания».

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя директора Департамента здравоохранения города Севастополя Островскую А.В.

Директор Департамента здравоохранения  
города Севастополя – член Правительства  
Севастополя



В.С. Денисов

Приложение

к приказу Департамента  
здравоохранения  
города Севастополя  
от 23.01.2026 № 39

Временный Порядок  
обеспечения пациентов, страдающих хроническими вирусными  
гепатитами В и С проживающих на территории города Севастополя,  
лекарственными препаратами

1. Настоящий временный Порядок предусматривает обеспечение лекарственными препаратами (далее – ЛП) пациентов, страдающих хроническими вирусными гепатитами В и С (далее – ХВГВ, ХВГС) в рамках территориальной программы лечения пациентов, а также в рамках федерального проекта «Борьба с гепатитом С и минимизация рисков распространения данного заболевания» в медицинских организациях города Севастополя.

2. Руководителям медицинских организаций:

2.1 Назначить ответственное лицо за включение пациентов в регистр в соответствии с установленным диагнозом (Хронический вирусный гепатит (В18), Хронический вирусный гепатит С (В18.2), Другой хронический вирусный гепатит (В18.8), Хронический вирусный гепатит неуточненный (В18.9), Хронический вирусный гепатит В с дельта-агентом (В18.0), Хронический вирусный гепатит В без дельта-агента (В18.1)) с кодом льготы 518 – Вирусный гепатит В, 519 – Вирусный гепатит С, с указанием периода действия льготы;

2.2 Назначить ответственное лицо за ведение регистра пациентов, страдающих ХВГВ и ХВГС.

3. Включение в Регистр лиц, нуждающихся в обеспечении лекарственными препаратами для лечения гепатита В, С без ко-инфекции, осуществляется при личном обращении пациентов или их законных представителей в медицинскую организацию с момента установления заключительного клинического диагноза и наличия эпидемиологических, клинических, вирусологических показаний к проведению противовирусной терапии.

4. При первичном обращении пациентов, страдающих ХВГВ и ХВГС, врач-инфекционист медицинской организации по месту прикрепления Государственного бюджетного учреждения здравоохранения (далее – врач-инфекционист) проводит сбор жалоб пациента, его осмотр, уточняет стадию и фазу заболевания с внесением указанных данных в медицинскую карту амбулаторного больного и предоставляет документы на заседание врачебной комиссии для проведения противовирусной терапии на основании Клинических рекомендаций.

5. Пациент или его законный представитель заполняет в день его обращения к врачу-инфекционисту информированное добровольное согласие на проведение противовирусной терапии, виды медицинских вмешательств и обработку персональных данных. В случае обращения законного представителя представляется документ, удостоверяющий его личность, предусмотренный законодательством Российской Федерации, документ, подтверждающий полномочия законного представителя.

6. Продолжительность и схема лечения ХВГВ и ХВГС определяются индивидуально для каждого пациента Комиссией с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, в зависимости от генотипа вируса гепатита В и С, наличия или отсутствия цирротической стадии заболевания, а также наличия предикторов ответа на противовирусную терапию.

7. Состав Комиссии утверждается приказом главного врача медицинской организации.

8. Решения Комиссии фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного.

9. После принятия решения Комиссией о назначении противовирусной терапии пациенту врач-инфекционист приглашает его на амбулаторный прием, при необходимости осуществляет выезд по месту жительства пациента, проводит сбор жалоб пациента, его объективный осмотр и на основании протокола решения Комиссии выписывает рецептурный бланк по форме № 148-1/у-04 (л) (далее – Рецепт), утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов».

Формирование Рецепта осуществляется в Региональной медицинской информационной системе «Витакор» (далее – РМИС) при наличии соответствующего функционала в РМИС.

10. Рецепт выписывается на имя пациента в двух экземплярах. Один экземпляр приобщается к медицинской карте амбулаторного больного, второй выдается пациенту или его законному представителю на руки для предъявления в пункт отпуска противовирусного лекарственного препарата для медицинского применения.

11. На Рецепте в левом верхнем углу проставляется штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса, телефона, а также код медицинской организации; серия Рецепта включает код субъекта Российской Федерации, соответствующий двум первым цифрам Общероссийского

классификатора объектов административно-территориального деления (ОКАТО).

12. Выписка Рецепта осуществляется в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов»

13. В целях динамического наблюдения за пациентом и соблюдения периодичности посещения им медицинской организации врачом-инфекционистом определяется количество противовирусного препарата, единовременно оформленного на Рецепте в соответствии с рекомендованной среднесуточной курсовой дозой и сроком, назначенным для посещения врача-инфекциониста.

14. Врач-инфекционист предоставляет пациенту (его законному представителю) информацию о пункте отпуска противовирусного препарата.

15. Ежеквартально в срок до 10 числа ГБУЗС «Городская инфекционная больница» предоставляет отчет о количестве обеспеченных пациентов в разрезе программ ГЕПФ и ГЕПР (приложение №3).

16. В случае выезда пациента за пределы субъекта Российской Федерации, на территории которого пациент проживает, на территорию другого субъекта Российской Федерации или другую территорию, подлежащую обслуживанию Федеральным медико-биологическим агентством, такому пациенту организуется обеспечение противовирусными препаратами на срок приема, но не более чем на 12 недель. В случае выезда более чем на 12 недель - пациент приобретает противовирусные препараты самостоятельно.

---

Приложение №1

к Временному порядку обеспечения  
пациентов, страдающих  
хроническими вирусными  
гепатитами В и С проживающих  
на территории города Севастополя,  
лекарственными препаратами

Форма

Информированное добровольное согласие  
на проведение противовирусной терапии  
под контролем врача – инфекциониста

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(-ая)  
по адрес \_\_\_\_\_

Даю информированное добровольное согласие на проведение  
противовирусной терапии под контролем врача – инфекциониста

\_\_\_\_\_  
(Наименование медицинской организации)

Я получил(-а) в доступной для меня форме информацию о характере  
заболевания, особенностях его течения, диагностики и лечения.

Ознакомлен(-а) с условиями применения \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(наименование)

Получил(-а) разъяснение о проведении противовирусной терапии,  
возможных побочных действиях и нежелательных реакциях, о необходимости  
соблюдения определенных лечащим врачом доз лекарственных препаратов,  
кратности приема, режима, графика контрольных лабораторных  
и инструментальных исследований и посещений врача.

Обязуюсь:

- строго соблюдать рекомендации врача по лечению и предоставлять  
отчеты по СНМГ не реже 1 раза в 1 месяц;

- соблюдать разъясненные мне правила проведения противовирусной  
терапии;

- не передавать лекарственные препараты, применяемые в ходе проведения  
противовирусной терапии другому лицу.

Я проинформирован(-а), что невыполнение рекомендаций лечащего врача,  
бесконтрольное самолечение могут вызвать непредсказуемые осложнения  
и последствия.

Я имел(-а) возможность задавать любые вопросы, которые меня интересуют и касаются моего состояния здоровья, течения заболевания, тактики лечения и его результатов, получила на них полные ответы и подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о применении непрерывного мониторинга глюкозы.

Я даю согласие на внесение моих персональных данных, в том числе о состоянии здоровья, поставленных диагнозах, назначенном лечении и его динамике в медицинскую информационную систему, в том числе для оценки качества проведения противовирусной терапии.

Я согласен(-на) на использование моих персональных данных, при условии их защиты в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись пациента \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Врач \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка)

## Приложение №2

к Временному порядку обеспечения пациентов, страдающих хроническими вирусными гепатитами В и С проживающих на территории города Севастополя, лекарственными препаратами

### Регистр пациентов, страдающих хроническими вирусными гепатитами В и С

Количество обеспеченных пациентов (ФИО)	МНН лекарственного препарата, форма выпуска, дозировка	Количество выписанных упаковок	Сумма	Остаток на текущую дату (количество)
...				
...				
...				

---

