

**PANEVĖŽIO TERITORINĖS LIGONIŲ KASOS DISPONUOJAMŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, SKIRTŲ AMBULATORINIŲ SPECIALIZUOTŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ IŠLAIDOMS APMOKĖTI, PASKIRSTYMO ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOMS TVARKOS APRAŠAS**

**I. BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Panevėžio teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) disponuojamų privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų, skirtų ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – ambulatorinės paslaugos) išlaidoms apmokėti, paskirstymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPĮ) tvarkos aprašas (toliau – aprašas) reglamentuoja TLK skirtų lėšų iš PSDF biudžeto ambulatorinėms paslaugoms paskirstymo metodiką:

1.1. Ambulatorinių paslaugų masto savivaldybės gyventojams apskaičiavimo metodiką, vadovaujantis Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo (Žin., 2009, 154-6995) 16 punkte nustatytais nuostatomis;

1.2. Ambulatorinių paslaugų skaičiaus ir sutartinių sumų paskirstymo ASPĮ tvarką.

2. Šiame apraše naudojamos sąvokos:

**Paslaugos** – Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus įsakymu patvirtintame klasifikatoriuje nurodytos paslaugos, apmokamos iš PSDF biudžeto: antrinio ir tretinio lygio ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (gydytojų specialistų konsultacijos), priėmimo-skubios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, papildomai apmokamos, žmogaus genetikos, stebėjimo (toliau – ambulatorinės).

**Paslaugų vartojimo mastas** – paslaugų skaičius, kurį TLK planuoja kompensuoti savivaldybės gyventojams per sutartinius metus.

**Amžiaus grupės** – savivaldybių standartizacijai pagal gyventojų amžių naudojamos amžiaus grupės (<1; 1–4; .....kas 5 metai....; 80–85; > 85);

Kitos šiame apraše vartojamos sąvokos atitinka Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo, Sveikatos draudimo įstatymo ir kitų įstatymų naudojamas sąvokas.

**II. PASLAUGŲ MASTO NUSTATYMAS**

3. Kompensuojamųjų paslaugų mastas skaičiuojamas naudojant VLK informacinės sistemos SVEIDRA duomenis: praeitų kalendorinių metų 12 – os mėnesių (sausio 1 d. – gruodžio 31 d). Jeigu paslaugos buvo teikiamos mažiau nei 12 mėnesių, tai paslaugų mastas apskaičiuojamas naudojant turimo laikotarpio duomenis.

4. Ambulatorinių paslaugų mastas skaičiuojamas kiekvienai paslaugai kiekvienoje amžiaus grupėje pagal formulę:

$$M_{sav} = \{PV_{sav} + [(PV_R - PV_{sav}) \times 1/5]\} \times (S_{SAV}/1000) \times K_{VLK},$$

kai:

$M_{sav}$  – kompensuotinos paslaugos skaičius savivaldybės gyventojams amžiaus grupėje;

$PV_{sav}$  – savivaldybės gyventojų paslaugos vartojimas per praėjusį laikotarpį visose LNSS įstaigose;

$PV_R$  – šalies gyventojų paslaugos vartojimas per praėjusį laikotarpį amžiaus grupėje;

$S_{SAV}$  – savivaldybės prirašytų gyventojų skaičius (birželio 30 d.);

$K_{VLK}$  – VLK prioritetų koeficientas;

$PV_{sav}$  – skaičiuojamas visas atitinkamas paslaugas per ataskaitinius metus suteiktas savivaldybės gyventojams dalijant iš prirašytų gyventojų skaičiaus ir dauginant iš 1000;

$PV_R$  – skaičiuojamas visas atitinkamas paslaugas per ataskaitinius metus suteiktas šalies gyventojams dalijant iš prirašytų gyventojų skaičiaus ir dauginant iš 1000;

$K_{VLK}$  – tvarkos 9 punktas;

Pastaba. Jeigu  $PV_{sav}$  yra  $>$  (daugiau nei)  $PV_R$ , tai suma ( $PV_R - PV_{sav}$ ) prilyginama 0 ir  $M_{sav}$  nemažinamas.

5. Savivaldybės kiekvienos ambulatorinės paslaugos mastas skaičiuojamas sudedant skirtingų amžiaus grupių atitinkamų paslaugų mastus.

### III. AMBULATORINIŲ PASLAUGŲ SKAIČIAUS IR SUTARTINIŲ SUMŲ PASKIRSTYMO ASPĮ TVARKA

6. ASPĮ sutartinio sveikatos priežiūros paslaugų skaičiavimas:

6.1. Kiekvienai ASPĮ sutartinis ambulatorinių paslaugų skaičius skiriamas pagal ataskaitiniame laikotarpyje susiformavusius pacientų srautus iš visų TLK zonos savivaldybių. Kiekvienos savivaldybės kiekvienos ambulatorinės paslaugos mastas dauginamas iš ASPĮ ataskaitinio laikotarpio ambulatorinės paslaugos teikimo procentinės dalies savivaldybėje. Bendras kompensuojamos ambulatorinės paslaugos skaičius ASPĮ gaunamas sudėjus visų TLK zonos savivaldybių paslaugų mastų dalis.

6.2. Naujiems paslaugų teikėjams, kurie paslaugų per ataskaitinį laikotarpį neteikė, planuojamas kiekis metams: gydytojų specialistų ambulatorinių paslaugų – 510 paslaugų vienam visą darbo dieną (8 val.) dirbančiam gydytojui specialistui; dienos stacionaro, dienos chirurgijos paslaugų – 255 paslaugos vienai ASPĮ; stebėjimo ar priėmimo-skubios pagalbos paslaugų – 320 paslaugų vienai ASPĮ, įvertinant paslaugų vartojimą TLK veiklos zonos 10 000 savivaldybės gyventojų palyginus su Respublikos vartojimu.

6.3. Jeigu naujų paslaugų teikėjas prašo paslaugų, kurių vartojimas Panevėžio TLK veiklos zonoje yra didesnis nei Respublikos vartojimas, tai suskaičiuotas paslaugų mastas mažinamas tuo procentu, kiek vartojimas Panevėžio TLK veiklos zonoje yra didesnis už Respublikos vartojimą.

6.4. Jeigu naujų paslaugų teikėjas prašo paslaugų, kurių vartojimas Panevėžio TLK veiklos zonoje yra mažesnis nei Respublikos vartojimas, tai paliekamas suskaičiuotas paslaugų mastas.

7. Lėšų poreikis (litais) kiekvienos planuojamos ASPĮ ambulatorinės paslaugos apmokėjimui skaičiuojamas pagal formulę:

$$SUM_{1A} = IM_{1A} \times PBK_{1A} \times BV_{1A},$$

kai:

$SUM_{1A}$  – lėšų poreikis (litais) ASPĮ vienos ambulatorinės paslaugos planuojamo skaičiaus apmokėjimui;

$IM_{1A}$  – ASPĮ vienos ambulatorinės paslaugos planuojamas skaičius;

$PBK_{1A}$  – vienos ambulatorinės paslaugos bazinė kaina (balais);

$BV_{1A}$  – vienos ambulatorinės paslaugos balo vertė (litais).

8. Suskaičiavus lėšų poreikį (litais) kiekvienos planuojamos ASPĮ ambulatorinės paslaugos apmokėjimui, lėšų kiekis (litais), reikalingas visoms ASPĮ planuojamoms ambulatorinėms paslaugoms apmokėti skaičiuojamas sudedant kiekvienos paslaugos lėšų poreikį:

$$SUM_{Asut} = SUM_{1A} + SUM_{2A} + SUM_{3A} + \dots + SUM_{NA},$$

kai:

$SUM_{Asut}$  – ASPĮ planuojama suma (litais) už ambulatorines paslaugas;

$SUM_{1A}$  – ASPĮ vienos ambulatorinės paslaugos suma (balais).

#### IV. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

9. Sudėjus visų įstaigų lėšų sumas, kurios planuojamos apmokėti ambulatorines paslaugas, gaunamas lėšų poreikis TLK įstaigose apmokėti (litais) planuojamas ambulatorines paslaugas.

10. TLK, vadovaudamasi VLK direktoriaus įsakymu dėl PSDF biudžeto paskirstymo TLK ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-812 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“ patvirtinto Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo nustatyta tvarka, nustato lėšų sumą (litais), skiriamą ambulatorinių paslaugų apmokėjimui.

11. ASPĮ, kurios parėjusiais metais viršijo sutartinę sumą ir joms buvo papildomai apmokėta virš sutarties, įvertinus paslaugų vartojimą savivaldybės gyventojams ir atsižvelgiant į tai, kurioje savivaldybėje ASPĮ vykdo veiklą, sekančių metų sutartinė suma nedidinama.

12. ASPĮ siūloma sutartinė lėšų suma apmokėti ambulatorines paslaugas koreguojama atsižvelgiant į TLK skirtų lėšų ir TLK suskaičiuoto lėšų poreikio santykį.

13. Vadovaujantis šiame apraše išdėstyta tvarka, apskaičiuota suma įrašoma į TLK rengiamą sutarties su ASPĮ dėl antrinio ir tretinio lygio ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (gydytojų specialistų konsultacijos), priėmimo-skubios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, papildomai apmokamos, žmogaus genetikos, stebėjimo paslaugų teikimo ir kompensavimo iš PSDF biudžeto lėšų projektą ir gali būti koreguojama sutarties derinimo su ASPĮ proceso metu.

---