

**PANEVĖŽIO TERITORINĖS LIGONIŲ KASOS DISPONUOJAMŲ PRIVALOMOJO
SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, SKIRTŲ STACIONARINIŲ
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 stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – stacionarinės paslaugos) išlaidoms apmokėti, paskirstymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPĮ) tvarkos aprašas (toliau – aprašas) reglamentuoja TLK iš PSDF biudžeto skirtų lėšų stacionarinėms paslaugoms paskirstymo metodiką:

1.1. stacionarizavimo atvejų, kurie viršija hospitalizacijų kiekį, apskaičiuotą pagal planuojamų hospitalizacijos atvejų skaičiavimo metodiką, savivaldybės gyventojams apskaičiavimą (toliau – perteklinės hospitalizacijos);

1.2. savivaldybės gyventojams planuojamų kompensuoti Stacionarinių paslaugų skaičiaus, kurį numatoma mažinti perteklinių hospitalizacijų skaičiumi, nustatymą;

1.3. Stacionarinių paslaugų skaičiaus ir sutartinių sumų paskirstymo ASPĮ tvarką.

2. Šiame apraše naudojamos sąvokos:

Stacionarinės paslaugos – Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus įsakymu patvirtintame klasifikatoriuje nurodytos paslaugos, apmokamos iš PSDF biudžeto lėšų, t. y. trumpalaikio gydymo ir stacionarinės paslaugos.

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

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

II. PASLAUGŲ MASTO SAVIVALDYBĖS GYVENTOJAMS NUSTATYMAS

3. Kiekvienoje savivaldybėje nustatomas perteklinių hospitalizacijų skaičius pagal formulę:

$$PHA_{sav} = HA_{sav} - MHA_{sav},$$

kai:

PHA_{sav} – perteklinių hospitalizacijų skaičius – hospitalizacijos atvejų savivaldybės gyventojams skaičius, kuris viršija pagal planuojamų hospitalizacijos atvejų skaičiaus skaičiavimo metodiką apskaičiuotą hospitalizacijų skaičių;

HA_{sav} – savivaldybės hospitalizacijos atvejų skaičius per praėjusį laikotarpį visose LNSS įstaigose;

MHA_{sav} – savivaldybės sutartinių metų planuojamas hospitalizacijos atvejų skaičius (apskaičiuotas pagal planuojamų hospitalizacijos atvejų skaičiaus apskaičiavimo formulę).

Pastaba. Jeigu MHA_{sav} yra $>$ (daugiau) nei HA_{sav} , tai perteklinių hospitalizacijų skaičius yra lygus 0.

4. Stacionarinių ir trumpalaikio gydymo paslaugų kiekis, kurį numatoma kompensuoti savivaldybės gyventojams, skaičiuojamas panaudojant praeitų kalendorinių metų 12-os mėnesių (sausio 1 d. – gruodžio 31 d.) VLK informacinės sistemos SVEIDRA duomenis (toliau –

skaičiavimo laikotarpis). Jeigu paslaugos buvo teikiamos mažiau nei 12 mėnesių, tai paslaugų kiekis apskaičiuojamas, naudojant turimo laikotarpio duomenis.

5. Naujiems paslaugų teikėjams, kurie stacionariųjų paslaugų per ataskaitinį laikotarpį neteikė, planuojama 320 hospitalizacijos atvejų vienai ASPĮ.

6. Per praėjusį laikotarpį suteiktų paslaugų, kurios gali būti teikiamos Dienos stacionaro ar kitomis ekonomiškai efektyvesnėmis sąlygomis – Terapija I, Pediatrija I, Oftalmologija-otorinolaringologija I (teikiama vaikams ir suaugusiesiems), Ginekologija I (nedetalizuotos paslaugos, kai neatlikta operacija), Chirurgija I, Chirurgija-1 (vaikų), mastas skaičiuojamas šių paslaugų skaičių proporcingai mažinant apskaičiuotu savivaldybės gyventojams perteklinių hospitalizacijų skaičiumi.

7. Kitų stacionariųjų paslaugų mastas savivaldybės gyventojams yra lygus per skaičiavimo laikotarpį faktiškai suteiktų paslaugų skaičiui.

III. STACIONARIŲ PASLAUGŲ SKAIČIAUS IR SUTARTINIŲ SUMŲ PASKIRSTYMO ASPĮ TVARKA

8. Kiekvienai ASPĮ sutartinis stacionariųjų paslaugų, išskyrus 6 punkte išvardytas paslaugas, planuojamas skaičius yra lygus per skaičiavimo laikotarpį faktiškai suteiktų paslaugų skaičiui.

9. 6 punkte išvardytoms paslaugoms ASPĮ sutartinis paslaugų skaičius planuojamas pagal skaičiavimo laikotarpiumi susiformavusius pacientų srautus iš visų TLK zonos savivaldybių. Kiekvienos savivaldybės šių paslaugų mastas dauginamas iš ASPĮ skaičiavimo laikotarpio stacionarinės paslaugos teikimo procentinės dalies. Bendras kompensuojamos stacionarinės paslaugos skaičius įstaigoje gaunamas sudėjus visų TLK zonos savivaldybių paslaugų mastų dalis.

10. Lėšų poreikis (litas) kiekvienos planuojamos ASPĮ stacionarinės paslaugos apmokėjimui skaičiuojamas pagal formulę:

$$\text{SUM}_{1S} = \text{SUM}_{1SP} + \text{SUM}_{1SL},$$

kai:

SUM_{1S} – įstaigos vienos stacionarinės paslaugos suma (litas);

SUM_{1SP} – įstaigos vienos stacionarinės paslaugos suma (litas);

SUM_{1SL} – įstaigos vienos stacionarinio lovdienio suma (litas)

10.1. Lėšų poreikis (litas) kiekvienos planuojamos ASPĮ stacionarinės paslaugos apmokėjimui skaičiuojamas pagal formulę, vertinant paslaugos bazinę kainą:

$$\text{SUM}_{1SP} = \text{IM}_{\text{sav } 1SP} \times \text{PBK}_{1SP} \times \text{BV}_{1SP},$$

kai:

SUM_{1SP} – įstaigos vienos stacionarinės paslaugos suma (litas);

IM_{1SP} – įstaigos vienos stacionarinės paslaugos sutartinis skaičius;

PBK_{1SP} – vienos stacionarinės paslaugos bazinė kaina (balais);

BV_{1SP} – vienos stacionarinės paslaugos balo vertė (litas).

10.2. Lėšų poreikis (litas) kiekvienos planuojamos ASPĮ stacionarinės paslaugos apmokėjimui skaičiuojamas pagal formulę, vertinant lovdienio bazinę kainą:

$$\text{SUM}_{1SL} = \text{IM}_{\text{sav } 1SL} \times \text{PBK}_{1SL} \times \text{BV}_{1SL},$$

kai:

SUM_{1SL} – įstaigos vieno stacionarinio lovdienio suma (litas);

IM_{1SL} – įstaigos vieno stacionarinio lovdienio sutartinis skaičius;

PBK_{1SL} – vieno stacionarinio lovdienio bazinė kaina (balais);

BV_{1SL} – vieno stacionarinio lovdienio balo vertė (litas)

11. Suskaičiavus lėšų poreikį (litas) kiekvienos planuojamos ASPĮ stacionarinės paslaugos apmokėjimui, lėšų kiekis, reikalingas visoms ASPĮ planuojamoms stacionarinėms paslaugoms apmokėti, skaičiuojamas sudedant lėšų poreikį kiekvienai paslaugai apmokėti:

$$\text{SUM}_{\text{sutSP}} = \text{SUM}_{1\text{S}} + \text{SUM}_{2\text{S}} + \text{SUM}_{3\text{S}} + \dots + \text{SUM}_{\text{NS}},$$

kai:

$\text{SUM}_{\text{sutSP}}$ – įstaigos sutartinė suma (litas) už stacionarines paslaugas;

$\text{SUM}_{1\text{S}}$ – įstaigos vienos stacionarinės paslaugos suma (litas).

IV. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

12. Sudėjus visų įstaigų lėšų poreikį stacionarinėms paslaugoms apmokėti, gaunamas lėšų poreikis (litas) TLK įstaigose suteiktoms stacionarinėms paslaugoms apmokėti.

13. 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 (litas), skiriamą stacionarinėms (trumpalaikio gydymo ir stacionarinių) paslaugoms apmokėti.

14. ASPĮ siūloma sutartinė lėšų suma stacionarinėms paslaugoms apmokėti koreguojama atsižvelgiant į TLK skirtų lėšų ir TLK suskaičiuoto lėšų poreikio santykį.
