

PATVIRTINTA

Panevėžio teritorinės ligonių kasos direktoriaus
2010 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-111
(Panevėžio teritorinės ligonių kasos direktoriaus
2011 m. gruodžio 30 d. įsakymo Nr. V-195 redakcija)

PANEVĖŽIO TERITORINĖS LIGONIŲ KASOS DISPONUOJAMŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, SKIRTŲ AMBULATORINIŲ SPECIALIZUOTŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ IŠLAIDOMS APMOKĖTI, PLANAVIMO 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, planavimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPI) tvarkos aprašas (toliau – aprašas) reglamentuoja PSDF biudžeto lėšų, skiriamų ambulatorinėms paslaugoms, planavimą.

2. Šiame apraše naudojamos sąvokos:

Kompensuojamos paslaugos (paslaugos) – asmens sveikatos priežiūros (gydytojų specialistų konsultacijos), priėmimo – skubios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, papildomai apmokamos, žmogaus genetikos, stebėjimo paslaugos, apmokamos iš PSDF biudžeto.

Kompensuojamų paslaugų vartojimas – faktiškai suteiktų paslaugų kiekis, tenkantis 1000 prisirašiusių gyventojų per skaičiuojamąjį laikotarpį.

Kompensuojamųjų paslaugų mastas – paslaugų skaičius, kompensuotinas (siekiamas kompensuoti) savivaldybės gyventojams sutartiniais metais.

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

Naujas paslaugų teikėjas – tai įstaiga, su kuria TLK neturėjo sutartinių santykių ir planuoja sudaryti sutartį.

Skaičiuojamasis laikotarpis – 12 mėnesių nuo praėjusių metų liepos 1 dienos iki einamųjų metų birželio 30 dienos. Jeigu paslaugos per šį laikotarpį buvo teikiamos mažiau nei 12 mėnesių, tai paslaugų mastas apskaičiuojamas, naudojant turimo laikotarpio duomenis.

Kitos šiame Apraše vartojamos sąvokos atitinka Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymo, Sveikatos draudimo įstatymo bei kitų įstatymų naudojamas sąvokas.

II. PASLAUGŲ MASTO SKAIČIAVIMAS

3. Kompensuojamų paslaugų vartojimas šalies ar savivaldybių gyventojams skaičiuojamas:

$$PV = \frac{N}{S} * 1000$$

kur:

PV – paslaugos vartojimas per skaičiuojamąjį laikotarpį;

N – suteiktas paslaugų kiekis per skaičiuojamąjį laikotarpį;

S – prisirašiusių gyventojų skaičius nagrinėjamo laikotarpio pabaigoje.

4. Savivaldybės gyventojams kompensuojamų paslaugų mastas skaičiuojamas kiekvienai paslaugai kiekvienoje amžiaus grupėje pagal formulę:

$$M_{\text{sav,amž}} = \{PV_{\text{sav, amž}} + [\max(0; PV_{R, \text{amž}} - PV_{\text{sav, amž}})] \times 1/5\} \times (S_{\text{SAV, amž}}/1000)$$

kur:

$M_{\text{sav, amž}}$ – kompensuojamųjų paslaugų mastas savivaldybės gyventojams amžiaus grupėje;

$PV_{\text{sav, amž}}$ – savivaldybės gyventojų paslaugos vartojimas per praėjusį laikotarpį amžiaus grupėje, visose Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) įstaigose;

$PV_{R, \text{amž}}$ – šalies gyventojų paslaugos vartojimas per skaičiuojamąjį laikotarpį amžiaus grupėje;

$S_{\text{sav, amž}}$ – prie savivaldybės PASPI prisirašiusių gyventojų skaičius amžiaus grupėje (birželio 30 d.).

Pastaba.

Jeigu $PV_{\text{sav, amž}}$ yra > (daugiau) nei $PV_{R, \text{amž}}$, tai $\max(0; PV_{R, \text{amž}} - PV_{\text{sav, amž}})$ prilyginama 0 ir $M_{\text{sav, amž}}$ nemažinamas.

5. Kiekvienos paslaugos mastas savivaldybės gyventojams skaičiuojamas sudėjus skirtingų amžiaus grupių (<1; 1-4;kas 5 metai....; 80-85; > 85) atitinkamų paslaugų mastus. Gautas mastas suapvalinamas iki sveikojo skaičiaus.

$$M_{\text{sav}} = \sum_{\text{amž}} M_{\text{sav, amž}}$$

kur:

M_{sav} – kompensuojamųjų paslaugų mastas savivaldybės gyventojams.

Apvalinimas:

Jei $M_{\text{sav}} > 1$, tuomet apvalinama iki sveikojo skaičiaus, jei $0 < M_{\text{sav}} < 1$, tuomet $M_{\text{sav}} = 1$.

6. Skaičiuojamas kiekvienos paslaugos kompensuojamųjų paslaugų masto savivaldybės gyventojams ir faktiškai suteiktų paslaugų kiekio per skaičiuojamąjį laikotarpį pokytis:

$$PAP_{\text{sav}} = M_{\text{sav}} - FAP_{\text{sav}}$$

kur:

PAP_{sav} – savivaldybės gyventojams kompensuojamųjų paslaugų masto ir faktiškai suteiktų paslaugų kiekio per skaičiuojamąjį laikotarpį pokytis;

M_{sav} – kompensuojamųjų paslaugų mastas savivaldybės gyventojams;

FAP_{sav} – savivaldybės gyventojams per skaičiuojamąjį laikotarpį faktiškai suteiktų paslaugų kiekis.

7. Ambulatorinių paslaugų mastas kiekvienai ASPĮ skaičiuojamas pagal ataskaitiniu laikotarpiu iš visų TLK zonos savivaldybių susiformavusius pacientų srautus. Atskiros savivaldybės kiekvienos ambulatorinės paslaugos mastas dauginamas iš ASPĮ skaičiuojamojo laikotarpio ambulatorinės paslaugos teikimo procentinės dalies savivaldybėje. Bendras kompensuojamųjų ambulatorinių paslaugų mastas ASPĮ gaunamas sudėjus visų TLK zonos savivaldybių paslaugų mastų dalis.

III. PLANUOJAMO ASPĮ PASLAUGŲ KIEKIO IR SUMŲ SKAIČIAVIMO TVARKA

8. ASPĮ planuojamo paslaugų kiekio skaičiavimas:

8.1. Kiekvienai ASPĮ skaičiuojamas atskiros paslaugos kompensuojamųjų paslaugų masto ir faktiškai suteiktų paslaugų kiekio per skaičiuojamąjį laikotarpį pokytis:

$$PAP_{\text{ASPĮ}} = M_{\text{ASPĮ}} - FAP_{\text{ASPĮ}}$$

kur:

PAP_{ASPI} – savivaldybės gyventojams kompensuojamų paslaugų masto ir faktiškai suteiktų paslaugų kiekio per skaičiuojamąjį laikotarpį pokytis;

M_{ASPI} – kompensuojamųjų paslaugų mastas savivaldybės gyventojams;

FAP_{ASPI} – savivaldybės gyventojams faktiškai suteiktų paslaugų kiekis per skaičiuojamąjį laikotarpį.

8.2. Kiekvienai ASPI planuojamas paslaugų kiekis yra lygus skaičiuojamojo laikotarpio (12 mėnesių) faktiškai suteiktų paslaugų kiekiui ir gali būti koreguojamas atsižvelgiant į:

8.2.1. tai, kad paslaugos teikėjas užtikrina komunikacinę ambulatorinių paslaugų prieinamumą atitinkamoje savivaldybėje, kurioje šių paslaugų trūksta;

8.2.2. pacientų srautų bei ASPI struktūros pokyčius;

8.2.3. kompensuojamų paslaugų vartojimą kiekvienoje savivaldybėje:

- kiekvienai paslaugai (paslaugos kodui) – dienos stacionaro, papildomai apmokamoms paslaugoms;

- paslaugų grupei (tipui) - dienos chirurgijos, priėmimo – skubios pagalbos, stebėjimo, žmogaus genetikos paslaugoms;

- paslaugų grupei (keliems paslaugų tipams) – konkrečiai ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros gydytojo specialisto konsultacijai (II bei III lygio, profilaktiniam patikrinimui, išplėstinei konsultacijai su manipuliacijomis).

8.2.4. TLK skirtų lėšų ir TLK suskaičiuoto lėšų poreikio santykį.

9. Lėšų poreikis (litais), reikalingas ASPI kiekvienos planuojamos paslaugos apmokėjimui skaičiuojamas pagal formulę:

$$SUM_{1AP} = AP_{ASPI;1AP} \times APBK_{1AP} \times BV_{1AP}$$

kur:

SUM_{1AP} – lėšų poreikis (litais), reikalingas ASPI vienos paslaugos planuojamo kiekio apmokėjimui;

$AP_{ASPI;1AP}$ – ASPI vienos paslaugos planuojamas kiekis;

$APBK_{1AP}$ – vienos paslaugos bazinė kaina (balais);

BV_{1AP} – balo vertė (litais), nustatyta sveikatos apsaugos ministro įsakymu.

10. Suskaičiavus lėšų poreikį (litais), reikalingą ASPI kiekvienos planuojamos paslaugos apmokėjimui, skaičiuojamas lėšų kiekis (litais), reikalingas ASPI visoms planuojamoms paslaugoms apmokėti, sudedant kiekvienos paslaugos lėšų poreikį:

$$SUM_{sutAP} = SUM_{1AP} + SUM_{2AP} + SUM_{3AP} + \dots + SUM_{NAP}$$

kur:

SUM_{sutAP} – ASPI už paslaugas planuojama suma (litais);

SUM_{1AP} – ASPI vienos paslaugos suma (litais).

11. Naujiems paslaugų teikėjams, kurie per ataskaitinį laikotarpį paslaugų neteikė, planuojamas kiekis metams:

- gydytojų specialistų ambulatorinių paslaugų – 510 paslaugų vienam pilnu darbo krūviu dirbančiam gydytojui specialistui;

- dienos stacionaro, dienos chirurgijos paslaugų – 255 paslaugų vienai ASPI;

- stebėjimo ar priėmimo - skubios pagalbos paslaugų – 320 paslaugų vienai ASPI.

12. Jei paslaugų teikėjas, su kuriuo praėjusiais metais sutartis buvo sudaryta pirmąjį kartą, paslaugas teikė mažiau nei 12 mėnesių, tai planuojamas paslaugų kiekis metams nustatomas, perskaičiuojant praėjusiais metais faktiškai suteiktų paslaugų kiekį 12 mėnesių. Jei perskaičiavus

paslaugas jų kiekis mažesnis nei nurodyta 11 punkte, tai paslaugų kiekis gali būti didinamas iki 10 punkte nurodytų paslaugų kiekių:

$$AP_{ASPI} = \max \left(N_{\max}; \frac{N_{ASPI}}{SK_{\text{mėn}}} \times 12 \right)$$

kur:

AP_{ASPI} – ASPĮ planuojamas paslaugos kiekis;

N_{\max} – 10 punkte nurodyti paslaugų kiekiai;

N_{ASPI} – ASPĮ suteiktas paslaugų kiekis per skaičiuojamąjį laikotarpį;

$SK_{\text{mėn}}$ – mėnesių, kuriais buvo teikiamos paslaugos, skaičius.

IV. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

13. Vadovaujantis šiame apraše išdėstyta tvarka apskaičiuota suma įrašoma į TLK rengiamą sutarties su ASPĮ dėl ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir kompensavimo iš PSDF biudžeto lėšų projektą ir gali būti koreguojama sutarties derinimo su ASPĮ proceso metu, atsižvelgiant į argumentuotą ASPĮ paslaugų pasiūlą ir galimybes teikti paslaugas.
