

## PATVIRTINTA

Panevėžio teritorinės ligonių kasos direktoriaus  
2010 m. gruodžio 30 d. įsakymu Nr. V-139  
(Panevėžio teritorinės ligonių kasos direktoriaus  
2011 m. gruodžio 30 d. įsakymo Nr. V-196 redakcija)

# PANEVĖŽIO TERITORINĖS LIGONIŲ KASOS DISPONUOJAMŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, SKIRTŲ SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO, PALIATYVIOSIOS PAGALBOS, SLAUGOS NAMUOSE BEI SERGANČIŲJŲ CUKRINIŲ DIABETU SLAUGOS PASLAUGŲ IŠLAIDOMS APMOKĖTI, PLANAVIMO ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOMS TVARKOS APRAŠAS

## I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Panevėžio teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ) sutartinių lėšų slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, slaugos namuose bei sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti planavimo aprašas (toliau – aprašas) reglamentuoja Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų, skiriamų už slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, slaugos namuose bei sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų planavimą.

2. Planuojama sutartinių lėšų suma, apskaičiuota aprašo nustatyta tvarka, gali būti koreguojama TLK ir ASPĮ sutarties sudarymo proceso metu ir per metus, atsižvelgiant į suteiktų paslaugų apimtį bei nepanaudotas slaugos ir palaikomojo gydymo lėšas.

3. Planuojama metinė lėšų suma apskaičiuojama savivaldybės gyventojams pagal einamųjų metų lapkričio 30 d. prirašytų prie ASPĮ gyventojų skaičių.

## II. SUTARTINIŲ LĖŠŲ SLAUGOS IR PALAIKOMOJO GYDYMO PASLAUGŲ IŠLAIDOMS APMOKĖTI PLANAVIMAS

4. TLK sutartis dėl slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų teikimo ir apmokėjimo sudaro su TLK veiklos zonos ASPĮ, ir jeigu reikia – su kitų TLK veiklos zonos ASPĮ.

5. TLK sutartis su TLK veiklos zonos ASPĮ sudaro kalendoriniams metams. Su kitų TLK veiklos zonos ASPĮ sutartys sudaromos (suderinus su TLK) prieš pradėdant teikti paslaugas.

6. Lėšų suma savivaldybėms slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti apskaičiuojama pagal formulę:

$$B_{SAV(1)} = \frac{B_{TLK(1)} - B_N}{n_1 + n_2 \times K} \times (m_1 + m_2 \times K)$$

kur:

$B_{SAV(1)}$  – lėšos savivaldybės gyventojų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti;

$B_{TLK(1)}$  – TLK lėšos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti;

$B_N$  – TLK nepaskirstytos lėšos (iki 1,5 proc. lėšų gali būti naudojama įsakymo 11 ir 12 punktuose numatyta tvarka);

$m_1$  – prirašytų savivaldybės gyventojų iki 65 metų skaičius;

$m_2$  – prirašytų savivaldybės gyventojų, vyresnių kaip 65 metų, skaičius;

$K$  – vyresnių kaip 65 metų gyventojų sveikatos priežiūros išlaidų koeficientas, lygus 22;

$n_1$  – prisirašiusių TLK veiklos zonos gyventojų iki 65 metų skaičius;

$n_2$  – prisirašiusių TLK veiklos zonos gyventojų, vyresnių kaip 65 metų, skaičius.

7. Savivaldybės ASPĮ planuojamas suteikti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (lovadienių) skaičius apskaičiuojamas pagal formulę:

$$L_{SAV(1)} = \frac{B_{SAV(1)}}{VK_{sav}(Slauga)}$$

kur:

$L_{SAV(1)}$  – savivaldybės ASPĮ planuojamas suteikti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (lovadienių) skaičius (lovos funkcionavimas 330 dienų per kalendorinius metus);

$B_{SAV(1)}$  – lėšos savivaldybės gyventojų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti;

$VK_{sav}(Slauga)$  – vidutinė savivaldybės gyventojams suteiktų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (lovadienio) kaina (litais).

8. Jeigu savivaldybėje yra viena ASPĮ, teikianti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas, tai planuojamos ASPĮ lėšos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti  $B_{ASPĮ(1)}$  yra lygios  $B_{SAV(1)}$ .

9. Jeigu savivaldybėje yra kelios ASPĮ, teikiančios slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas, tai kiekvienai ASPĮ planuojama lėšų suma slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti apskaičiuojama pagal formulę:

$$B_{ASPĮ(1)} = \frac{L_{ASPĮ(1)}}{L_{SAVF(1)}} \times L_{SAV(1)} \times VK_{ASPĮ(Slauga)}$$

kur:

$B_{ASPĮ(1)}$  – kiekvienai ASPĮ planuojamos lėšos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti;

$L_{ASPĮ(1)}$  – praėjusių metų faktinis slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (lovadienių) skaičius ASPĮ (lovos funkcionavimas 330 dienų per kalendorinius metus);

$L_{SAVF(1)}$  – praėjusių metų faktinis slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (lovadienių) skaičius savivaldybės ASPĮ (lovos funkcionavimas 330 dienų per kalendorinius metus);

$L_{SAV(1)}$  – planuojamas suteikti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (lovadienių) skaičius savivaldybės ASPĮ (lovos funkcionavimas 330 dienų per kalendorinius metus);

$VK_{ASPĮ(Slauga)}$  – vidutinė ASPĮ gyventojams suteiktų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų lovadienio kaina (litais).

10. Planuojamos ASPĮ lėšos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti gali būti koreguojamos atsižvelgiant į:

10.1. ASPĮ restruktūrizaciją ir / arba paslaugų struktūros pokyčius;

10.2. ASPĮ steigėjo patvirtintą slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičių;

10.3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymo Nr. V-342 „Dėl slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičiaus“ (Žin., 2008, Nr. 53-1993) nuostatą, kad slaugos ir palaikomojo gydymo lovų, tenkančių 1000 savivaldybės gyventojų, skaičius prireikus gali būti 2 lovos;

10.4. siektiną lovos funkcionavimą per kalendorinius metus, t. y. 330 dienų;

10.5. sutartinės sumos mažėjimą, palyginus su praėjusių metų sutartine suma.

11. TLK iki 1,5 procento nepaskirstytų TLK lėšų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti naudoja:

11.1. sudarydama sutartis su naujais paslaugų teikėjais;

11.2. sudarydama sutartis su kitų TLK veiklos zonos ASPĮ;

11.3. dėl per metus pasikeitusios ASPĮ teikiamų paslaugų struktūros ir steigėjo patvirtinto slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičiaus.

12. Metų pabaigoje TLK apskaičiuoja galutinę ASPĮ sutartinių lėšų sumą slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti pagal faktiškai suteiktų šių paslaugų kiekį. Jeigu galutinė metinė faktiškai ASPĮ suteiktų slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti suma yra didesnė nei planuotoji (numatyta sutartyje), vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 168-6205) 9 punkto nuostatomis, panaudojamos TLK nepaskirstytos lėšos ir kitų ASPĮ neįsisavintos lėšos, slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti.

### III. SUTARTINIŲ LĖŠŲ PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGŲ IŠLAIDOMS APMOKĖTI PLANAVIMAS

13. TLK sutartis dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo ir apmokėjimo sudaro su TLK veiklos zonos ASPĮ, ir jeigu reikia – su kitų TLK veiklos zonos ASPĮ.

14. TLK sutartis su TLK veiklos zonos ASPĮ sudaro kalendoriniams metams. Su kitų TLK veiklos zonos ASPĮ sutartys sudaromos (suderinus su TLK) prieš pradėdant teikti paslaugas.

15. Lėšų suma savivaldybės gyventojų paliatyviosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti apskaičiuojama pagal formulę:

$$B_{SAV(2)} = \frac{B_{TLK(2)} - B_N}{n} \times m$$

kur:

$B_{SAV(2)}$  – lėšos savivaldybės gyventojų paliatyviosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti;

$B_{TLK(2)}$  – TLK lėšos paliatyviosios pagalbos išlaidoms apmokėti;

$B_N$  – TLK nepaskirstytos lėšos (iki 1,5 proc. lėšų gali būti naudojama įsakymo 21 ir 22 punktuose numatyta tvarka);

$m$  – prisirašiusiųjų prie ASPĮ savivaldybės gyventojų skaičius;

$n$  – prisirašiusiųjų prie ASPĮ TLK veiklos zonos gyventojų skaičius.

16. Lėšos savivaldybės gyventojų paliatyviosios pagalbos ambulatorinių  $B_{(AMB)}$  ir/ar dienos stacionaro  $B_{(DS)}$  paslaugoms apmokėti apskaičiuojamos pagal praėjusio laikotarpio tų paslaugų ASPĮ faktinį vykdymą (kai yra poreikis, įvertinamos šių paslaugų plėtros galimybės).

17. Planuojama lėšų suma stacionarinėms paliatyviosios pagalbos paslaugoms apmokėti apskaičiuojama pagal formulę:

$$B_{STAC} = B_{SAV(2)} - (B_{AMB} + B_{DS})$$

kur:

$B_{STAC}$  – lėšos stacionarinėms paliatyviosios pagalbos paslaugoms apmokėti;

$B_{SAV(2)}$  – lėšos savivaldybės gyventojų paliatyviosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti;

$B_{AMB}$  – lėšos savivaldybės gyventojų paliatyviosios pagalbos ambulatorinėms paslaugoms apmokėti;

$B_{DS}$  – lėšos savivaldybės gyventojų paliatyviosios pagalbos dienos stacionaro paslaugoms apmokėti.

18. Lėšos paliatyviosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti ASPĮ paskirstomos pagal formulę:

$$B_{ASPĮ} = B_{AMB} + B_{DS} + (B_{STAC1} \times k_1 + \dots + B_{STACn} \times k_n)$$

kur:

$B_{AMB/DS}$  – ASPĮ skiriamos lėšos ambulatorinių ir dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti yra lygios praėjusiais metais faktiškai suteiktų šių paslaugų išlaidų sumai (kai yra poreikis, įvertinamos šių paslaugų plėtros galimybės);

$B_{STAC(1;n)}$  – n savivaldybės gyventojams skiriamos lėšos stacionarinių paliatyviosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti:  $B_{STACn} = B_{SAV} - B_{AMB/DS}$ ;

$k_n$  – koeficientas, įvertinantis ASPĮ praėjusiais metais suteiktų paslaugų dalį n savivaldybės gyventojams, nuo visų n savivaldybės gyventojams suteiktų paslaugų visose ASPĮ. Jei paslaugas n savivaldybės gyventojai gauna tik vienoje ASPĮ, tai  $k_n = 1$ .

19. Suma, skirta visoms savivaldybės ASPĮ nustatytų paliatyviosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti, yra lygi savivaldybei nustatytai paliatyviosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti sumai.

20. Planuojamos ASPĮ lėšos paliatyviosios pagalbos paslaugoms apmokėti gali būti koreguojamos, atsižvelgiant į:

20.1. ASPĮ restruktūrizaciją ir/arba paslaugų struktūros pokyčius;

20.2. ASPĮ steigėjo patvirtintą paliatyviosios pagalbos lovų skaičių;

20.3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 „Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 7-290) nuostatą, kad paliatyviosios pagalbos stacionarinių lovų skaičius yra ne daugiau kaip 6 lovos šimtui tūkstančių gyventojų;

20.4. siektiną lovos funkcionavimą per kalendorinius metus, t. y. 330 dienų;

20.5. sutartinės sumos mažėjimą, palyginus su praėjusių metų sutartine suma.

21. TLK iki 1,5 procento nepaskirstytų TLK lėšų paliatyviosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti naudoja:

21.1. sudarydama sutartis su naujais paslaugų teikėjais;

21.2. sudarydama sutartis su kitų TLK veiklos zonos ASPĮ;

21.3. dėl per metus pasikeitusios ASPĮ teikiamų paslaugų struktūros ir dėl per metus pasikeitusio ASPĮ patvirtinto paliatyviosios pagalbos lovų skaičiaus.

22. Metų pabaigoje TLK apskaičiuoja galutinę ASPĮ sutartinių lėšų sumą paliatyviosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti pagal faktiškai suteiktų šių paslaugų kiekį. Jeigu galutinė metinė faktiškai ASPĮ suteiktų paliatyviosios pagalbos paslaugų išlaidoms apmokėti suma yra didesnė nei planuotoji (numatyta sutartyje), vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 (Žin., 2004, Nr. 168-6205) 9 punkto nuostatomis, panaudojamos TLK nepaskirstytos lėšos ir kitų ASPĮ neįsisavintos lėšos, paliatyviosios pagalbos paslaugoms apmokėti.

#### IV. SUTARTINIŲ LĖŠŲ SLAUGOS PASLAUGŲ NAMUOSE IŠLAIDOMS APMOKĖTI PLANAVIMAS

23. Planuojama metinė ASPĮ lėšų suma slaugos paslaugų namuose išlaidoms apmokėti skaičiuojama pagal formulę:

$$B_{ASP(2)} = \frac{B_{TLK(3)}}{n(g)} \times m(g)$$

kur:

$B_{ASP(2)}$  – planuojama metinė ASPĮ lėšų suma slaugos paslaugų namuose išlaidoms apmokėti;

$B_{TLK(3)}$  – TLK lėšos slaugos paslaugų namuose išlaidoms apmokėti;

$n(g)$  – TLK aptarnaujamos veiklos zonos slaugos paslaugų namuose gavėjų (pacientų, turinčių specialiųjų nuolatinės slaugos poreikių) skaičius ASPĮ sausio 1 d.;

$m(g)$  – prisirašiusių prie ASPĮ slaugos paslaugų namuose gavėjų (pacientų, turinčių specialiųjų nuolatinės slaugos poreikių) skaičius ASPĮ sausio 1 d.

24. TLK apskaičiuoja metams skiriamą preliminarią mokėjimo sumą slaugos paslaugų namuose paslaugoms apmokėti ir informuoja apie tai ASPĮ. TLK, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 137-5626) nuostatomis apmoka faktiškai suteiktas paslaugas.

25. Nepanaudotos lėšos slaugos paslaugoms namuose apmokėti gali būti naudojamos slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos sutartines sumas viršijusioms paslaugoms apmokėti.

## V. SUTARTINIŲ LĖŠŲ SERGANČIŪJŲ CUKRINIŲ DIABETU SLAUGOS PASLAUGŲ IŠLAIDOMS APMOKĖTI PLANAVIMAS

26. TLK sutartis dėl sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų teikimo ir apmokėjimo sudaro su TLK veiklos zonos ASPĮ, ir jeigu reikia – su kitų TLK veiklos zonos ASPĮ.

27. TLK sutartis su TLK veiklos zonos ASPĮ sudaro kalendoriniams metams. Su kitų TLK veiklos zonos ASPĮ sutartys sudaromos (suderinus su TLK) prieš pradėdant teikti paslaugas.

28. Sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugos teikiamos vadovaujantis 2008 m. spalio 10 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. V-982 „Dėl sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2008, Nr. 121-4629) nuostatomis.

29. Lėšos sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti savivaldybėms paskirstomos pagal formulę:

$$B_{sav(3)} = \frac{B_{TLK(4)} - B_N}{n_{(d)}} \times m_{(d)}$$

kur:

$B_{sav(3)}$  – lėšos sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti savivaldybės gyventojams;

$B_{TLK(4)}$  – TLK skirtos lėšos sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti;

$B_N$  – TLK nepaskirstytos lėšos (iki 1,5 proc. lėšų gali būti naudojama įsakymo 33 ir 34 punktuose numatyta tvarka);

$m_{(d)}$  – prirašiusių savivaldybės gyventojų, kuriems nustatyta cukrinio diabeto diagnozė (kodas pagal TLK-10 E10, E11, E12, E13, E14, O24), skaičius;

$n_{(d)}$  – prisirašiusių TLK veiklos zonos savivaldybių gyventojų, kuriems nustatyta cukrinio diabeto diagnozė (kodas pagal TLK-10 E10, E11, E12, E13, E14, O24), skaičius.

30. Jei savivaldybėje nėra sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų teikėjo, dėl šių paslaugų teikimo gali būti sudaromos sutartys su greta esančių kitų savivaldybių ASPĮ, teikiančiomis šias paslaugas.

31. Lėšos sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti ASPĮ paskirstomos pagal formulę:

$$B_{ASPĮ(3)} = B_{sav(4)} \times k_1 + \dots + B_{sav(n)} \times k_n$$

kur:

$B_{ASPĮ(3)}$  – planuojamos kiekvienos ASPĮ lėšos sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugoms apmokėti;

$B_{sav(4;n)}$  – n savivaldybės gyventojams skiriamos lėšos sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti;

$k_{1;n}$  – koeficientas, įvertinantis ASPĮ praėjusiais metais suteiktų paslaugų dalį n savivaldybės gyventojams, nuo visų n savivaldybės gyventojams suteiktų paslaugų visose ASPĮ. Jei paslaugas n savivaldybės gyventojai gauna tik vienoje ASPĮ, tai  $k_n = 1$ .

32. Suma, skirta visoms savivaldybės ASPĮ nustatytų sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti, yra lygi savivaldybei nustatytai sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti sumai.

33. TLK iki 1,5 procento nepaskirstytų TLK lėšų sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti naudoja:

33.1. sudarydama sutartis su naujais paslaugų teikėjais;

33.2. sudarydama sutartis su kitų TLK veiklos zonos ASPĮ.

34. Metų pabaigoje TLK apskaičiuoja galutinę ASPĮ sutartinių lėšų sumą sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti pagal faktiškai suteiktų šių paslaugų kiekį. Jeigu galutinė metinė faktiškai ASPĮ suteiktų sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti suma yra didesnė nei planuotoji (numatyta sutartyje), vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 (Žin., 2004, Nr. 168-6205) 9 punkto nuostatomis, panaudojamos TLK nepaskirstytos lėšos ir kitų ASPĮ neįsisavintos lėšos, sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugoms apmokėti.

---