

## 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 STACIONARINIŲ 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 stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – stacionarinės paslaugos) išlaidoms apmokėti, planavimo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – API) tvarkos aprašas (toliau – aprašas) reglamentuoja PSDF biudžeto lėšų, skiriamų stacionarinėms paslaugoms, planavimą.

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, tai yra trumpalaikio gydymo ir stacionarinės paslaugos.

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

**Hospitalizacijos atvejis** – paciento guldymas į stacionarinio gydymo įstaigą (skyrių) paprastai ne mažiau kaip 24 valandoms.

**Hospitalizacijos rodiklis** – stacionare per metus gydytų pacientų skaičius, tenkantis 100-ai gyventojų.

**Perteklinių hospitalizacijos atvejų kiekis** – savivaldybės gyventojams tenkantis hospitalizacijos atvejų kiekis, kuris viršija pagal planuojamų savivaldybės hospitalizacijos atvejų kiekio skaičiavimo metodiką apskaičiuotą hospitalizacijos atvejų kiekį.

**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 įstatyme, Sveikatos draudimo įstatyme ir kituose įstatymuose vartojamas sąvokas.

## II. PASLAUGŲ MASTO SAVIVALDYBĖS GYVENTOJAMS PLANAVIMAS

3. Kiekvienoje savivaldybėje planuojamas hospitalizacijos atvejų kiekis pagal formulę:

$$MHA_{jM} = HA_{jD} \times \left( 1 - \frac{SH_{jD} - SH_{RD}}{SH_{jD}} \times N \right)$$

kur:

j – savivaldybė;

D – skaičiuojamasis laikotarpis;

N – einamaisiais metais mažinama hospitalizacijos atvejų dalis, kai  $N=0,25$ ;

M – metai, kurių hospitalizacijos atvejų kiekis skaičiuojamas;  
 $HA_{jD}$  – j-osios savivaldybės hospitalizacijos atvejų kiekis D-aisiais metais visose Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) įstaigose;  
 $SH_{jD}$  – j-osios savivaldybės standartizuotas hospitalizacijos rodiklis D-aisiais metais;  
 $SH_{RD}$  – šalies mastu siektinas hospitalizacijos rodiklis D-aisiais metais;  
 $MHA_{jM}$  – j-osios savivaldybės M-ųjų metų planuojamas hospitalizacijos atvejų kiekis.  
 Pastaba:  
 Siekti hospitalizacijos rodiklį 100-ui gyventojų sumažinti iki 20,0 per 5 metus.  
 2010 metai – atskaitos metai, nuo kurių pradedama laipsniškai mažinti hospitalizacijos atvejų skaičių - sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo pradžia.

4. Kiekvienoje savivaldybėje planuojamas paslaugų atvejų kiekis (mastas) apskaičiuojamas pagal formulę:

$$PA_j = A_j - (HA_j - MHA_{jM})$$

kur:

$PA_j$  – j-osios savivaldybės planuojamas metinis paslaugų atvejų kiekis (mastas);  
 $A_j$  – j-osios savivaldybės paslaugų atvejų kiekis visose LNSS įstaigose;  
 $HA_j$  – j-osios savivaldybės hospitalizacijos atvejų kiekis visose LNSS įstaigose;  
 $MHA_{jM}$  – j-osios savivaldybės M-ųjų metų planuojamas metinis hospitalizacijos atvejų kiekis, apskaičiuotas pagal planuojamų hospitalizacijos atvejų kiekio apskaičiavimo formulę.  
 Pastaba:  
 Jeigu  $MHA_{jM}$  yra > (daugiau) nei  $HA_j$ , tai perteklinių hospitalizacijos atvejų kiekis ( $HA_j - MHA_{jM}$ ) yra lygus 0.

5. Per skaičiuojamąjį laikotarpį suteiktų paslaugų – Terapija I, Pediatrija I, Oftalmologija-otorinolarinologija I (teikiama vaikams ir suaugusiesiems), Ginekologija I (nedetalizuotos paslaugos, kai neatlikta operacija), Chirurgija I, Chirurgija-I(vaikų), Oftalmologija-otorinolarinologija II (teikiama vaikams ir suaugusiesiems), Pediatrija II, Terapija III, kurios gali būti teikiamos Dienos stacionaro ar kitomis ekonomiškai efektyvesnėmis sąlygomis, mastas skaičiuojamas šių paslaugų kiekį proporcingai mažinant apskaičiuotu savivaldybės gyventojams perteklinių hospitalizacijos kiekiu.

### III. PLANUOJAMŲ ASPI STACIONARINIŲ PASLAUGŲ KIEKIO IR LĖŠŲ PLANAVIMO TVARKA

6. ASPI paslaugų kiekis planuojamas pagal skaičiuojamuoju laikotarpiu susiformavusius pacientų srautus iš visų TLK zonos savivaldybių. Kiekvienos savivaldybės šių paslaugų mastas dauginamas iš ASPI skaičiuojamojo laikotarpio stacionarinės paslaugos teikimo procentinės dalies. Bendras kompensuojamos stacionarinės paslaugos kiekis įstaigoje gaunamas sudėjus visų TLK zonos savivaldybių paslaugų mastų dalis.

7. Lėšų poreikis (litais) ASPI kiekvienos planuojamos stacionarinės paslaugos apmokėjimui skaičiuojamas pagal formulę:

$$SUM_{IS} = SUM_{ISP} + SUM_{ISL}$$

kur:

$SUM_{IS}$  – ASPI vienos stacionarinės paslaugos bendra suma (litais);  
 $SUM_{ISP}$  – ASPI vienos stacionarinės paslaugos suma (litais);  
 $SUM_{ISL}$  – ASPI vieno stacionarinio lovdienio suma (litais).

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

$$\text{SUM}_{1\text{SP}} = \text{SP}_{\text{ASPĮ}; 1\text{SP}} \times \text{PBK}_{1\text{SP}} \times \text{BV}_{1\text{SP}}$$

kur:

$\text{SUM}_{1\text{SP}}$  – ASPĮ vienos stacionarinės paslaugos suma (litas);

$\text{SP}_{\text{ASPĮ}; 1\text{SP}}$  – ASPĮ vienos stacionarinės paslaugos planuojamas kiekis;

$\text{PBK}_{1\text{SP}}$  – vienos stacionarinės paslaugos bazinė kaina (balais);

$\text{BV}_{1\text{SP}}$  – balo vertė (litas), nustatyta sveikatos apsaugos ministro įsakymu.

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

$$\text{SUM}_{1\text{SL}} = \text{SP}_{\text{ASPĮ}; 1\text{SL}} \times \text{PBK}_{1\text{SL}} \times \text{BV}_{1\text{SL}}$$

kur:

$\text{SUM}_{1\text{SL}}$  – ASPĮ vieno stacionarinio lovdienio suma (litas);

$\text{SP}_{\text{ASPĮ}; 1\text{SL}}$  – ASPĮ vieno stacionarinio lovdienio planuojamas kiekis;

$\text{PBK}_{1\text{SL}}$  – vieno stacionarinio lovdienio bazinė kaina (balais);

$\text{BV}_{1\text{SL}}$  – balo vertė (litas), nustatyta sveikatos apsaugos ministro įsakymu.

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

$$\text{SUM}_{\text{SP}} = \text{SUM}_{1\text{SP}} + \text{SUM}_{2\text{SP}} + \text{SUM}_{3\text{SP}} + \dots + \text{SUM}_{\text{NSP}}$$

kur:

$\text{SUM}_{\text{SP}}$  – ASPĮ planuojama suma (litas) už stacionarines paslaugas;

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

9. Naujiems paslaugų teikėjams, kurie stacionarinių paslaugų per skaičiuojamąjį laikotarpį dar neteikė, planuojama 320 paslaugų vienai ASPĮ.

10. Jei paslaugų teikėjas, su kuriuo praėjusiais metais sutartis buvo sudaryta pirmąjį kartą, stacionarines paslaugas teikė mažiau nei 12 mėnesių, planuojamas paslaugų kiekis metams nustatomas, perskaičiuojant praėjusiais metais faktiškai suteiktų paslaugų kiekį 12-kai mėnesių. Jei perskaičiavus paslaugas jų kiekis mažesnis nei 320 paslaugų, tai paslaugų kiekis gali būti didinamas iki 320 paslaugų:

$$SP_{\text{ASPĮ}} = \max\left(320; \frac{N_{\text{ASPĮ}}}{SK_{\text{mėn}}} \times 12\right)$$

kur:

$SP_{\text{ASPĮ}}$  – ASPĮ planuojamas paslaugų kiekis;

$N_{\text{ASPĮ}}$  – ASPĮ suteiktas paslaugų kiekis per skaičiuojamąjį laikotarpį;

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

#### IV. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

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

12. ASPĮ siūloma lėšų suma stacionarinėms paslaugoms apmokėti gali būti koreguojama atsižvelgiant į:

12.1. pacientų srautų bei struktūros pokyčius dėl ASPĮ ir paslaugų restruktūrizavimo programos įgyvendinimo;

12.2. 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 stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros (trumpalaikio gydymo ir stacionariųjų) 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.

---