

LĖŠŲ KOMPENSUOJAMIESIEMS VAISTAMS IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONĖMS APIMČIŲ NUSTATYMO METODIKA

4.1 Bendroji dalis

4.1.1. Teritorinės ligonių kasos sutartyse numatytais sąlygomis, *neviršydamos* patvirtintų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skirtų asignavimų, apmoka vaistinių, su kuriomis jos yra sudariusios sutartis, pateiktas sąskaitas.

4.1.2. Visos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto Kauno teritorinei ligonių kasai (toliau – Kauno TLK) skirtos lėšos kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms (toliau – MPP) skiriamos šioms išlaidoms apmokėti:

4.1.2.1. išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, kuriuos skiria gydytojai, dirbantys specializuotas ambulatorines ir stacionarines paslaugas teikiančiose ASPI (toliau – ligoninėse, konsultacinėse poliklinikose, medicininės reabilitacijos įstaigose),

4.1.2.2. išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, kuriuos skiria gydytojai, dirbantys pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose ASPI, įskaitant įstaigas, teikiančias specializuotas ambulatorines paslaugas bei slaugos ir palaikomojo gydymo bei paliatyviosios pagalbos paslaugas (toliau – PASPI).

4.1.3. Nustatomas rezervo fondas – 4.6 proc. sumos, gautos iš visų lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP sumos.

4.1.4. Lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP apimtys nustatomos kiekvienai pirminės sveikatos priežiūros įstaigai (konsultacinei poliklinikai, pirminės sveikatos priežiūros centrai, slaugos ligoninei), ligoninei (konsultacinei poliklinikai), medicininės reabilitacijos įstaigai, kurios turi sutartis su Kauno TLK ir yra Kauno TLK veiklos zonoje.

4.1.5 Lėšos kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, išrašomiems ligoninėse ir konsultacinėse poliklinikose, slaugos ligoninėse, med. reabilitacijos įstaigose nustatomos atsižvelgiant į praėjusių metų faktines išlaidas kompensuojamiesiems vaistams ir MPP ir einamųjų metų lėšas kompensuojamiesiems vaistams ir MPP (išskyrus rezervo fondą).

4.1.6. Lėšos kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, išrašomiems pirminės sveikatos priežiūros įstaigose, nustatomos atsižvelgiant į prisirašiusių gyventojų skaičių, amžiaus grupes ir kitus kriterijus (hospitalizacijos rodiklį, sergančiųjų skaičių ir kt.).

4.1.7. Lėšos už išrašytus kompensuojamuosius vaistus kraujo krešėjimo faktorius į bendrą lėšų sumą, skirtą asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms už išrašomus kompensuojamuosius vaistus ir/ar MPP, neįskaičiuojamos.

4.2. Lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms apimties nustatymas:

4.2.1. Lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP apimtys ligoninėms apskaičiuojamos taip:

4.2.1.1. Rajonų ligoninėms (išskyrus Kauno miesto ir Kauno rajono) numatytosios lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP apimtys skaičiuojamos įvertinant aptarnaujamosios zonos gyventojų skaičių ir priskiriant kiekvienam gyventojui atitinkamą sumą, kuri gali būti koreguojama atsižvelgiant į einamųjų metų lėšas kompensuojamiesiems vaistams ir MPP ir į praėjusių metų nustatyto limito kompensuojamiesiems vaistams ir MPP vykdymą.

4.2.1.2. Kauno miesto ir Kauno rajono ligoninėms nustatoma kiekvienos įstaigos, teikiančios specializuotas ambulatorines ir stacionarines paslaugas, faktinė praėjusiais metais išrašytų kompensuojamųjų vaistų ir MPP išlaidų suma. Numatytosios lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP apimtys yra lygios faktinei praėjusiais metais išrašytų kompensuojamųjų vaistų ir MPP išlaidų sumai, kuri gali būti koreguojama atsižvelgiant į einamųjų metų lėšas

kompensuojamiesiems vaistams ir MPP ir į praėjusių metų nustatyto limito kompensuojamiesiems vaistams ir MPP vykdymą.

4.2.1.3. Medicininės reabilitacijos įstaigoms lėšos kompensuojamiesiems vaistams ir MPP apimtyms apskaičiuojamos pagal praėjusių metų faktines išlaidas kompensuojamiesiems vaistams ir MPP ir einamųjų metų lėšas kompensuojamiesiems vaistams ir MPP.

4.2.2. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigoms lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP apimtyms apskaičiuojamos taip:

4.2.2.1. Atsižvelgiant į visas lėšas, skirtas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų išrašomiems kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, ir į faktinę praėjusiais metais šių įstaigų išrašytų kompensuojamųjų vaistų ir MPP išlaidų sumą pagal amžiaus grupes, nustatoma suma, tenkanti vienam prisirašiusiam gyventojui pagal šias amžiaus grupes:

- iki 5 metų;
- nuo 5 iki 16 metų;
- nuo 16 iki 25 metų;
- nuo 25 iki 35 metų;
- nuo 35 iki 45 metų;
- nuo 45 iki 55 metų;
- nuo 55 iki 65 metų;
- nuo 65 iki 75 metų;
- daugiau kaip 75 metų.

4.2.2.2. Pagal prisirašiusių gyventojų skaičių ir išlaidų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP sumą, tenkančią vienam prisirašiusiam gyventojui, apskaičiuojama preliminari kiekvienos ASPĮ lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP apimtis. Skaičiavimas atliekamas keturis kartus per metus pagal to ketvirčio pirmai dienai prisirašiusių gyventojų skaičių. *Ši suma vadinama A suma.*

4.2.2.3. Atsižvelgiant į visas lėšas, skirtas pirminės ambulatorinės psichikos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų išrašomiems kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, ir į faktinę praėjusiais metais šių įstaigų išrašytų kompensuojamųjų vaistų ir MPP išlaidų sumą, nustatoma suma, tenkanti vienam prisirašiusiam gyventojui. Pagal prisirašiusių gyventojų skaičių ir išlaidų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP sumą, tenkančią vienam prisirašiusiam prie pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos gyventojui, apskaičiuojama preliminari kiekvienos ASPĮ, teikiančios pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP apimtis. Skaičiuojant B sumą į gyventojų amžiaus grupes neatsižvelgiama. *Ši suma vadinama B suma.*

4.2.2.4. Apskaičiuojamos lėšos, kurios skiriamos pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms priklausomai nuo prisirašiusių gyventojų sergamumo. Skaičiavimas atliekamas du kartus per metus – metų pradžioje nustatant limitą kompensuojamiesiems vaistams ir MPP ir metų viduryje, kai yra duomenys, leidžiantys įvertinti penkerių pirmųjų einamųjų metų mėnesių apsilankymus dėl nustatytų priežasčių. Kauno TLK pagal faktinį praėjusių penkerių mėnesių PSDF biudžeto išlaidų dydį nustato į kokias ligas (apsilankymų priežastis) bus atsižvelgiama nustatant sergamumą. Nustatoma, kiek prie kiekvienos įstaigos prisirašiusių gyventojų per paskutinius penkis mėnesius bent vieną kartą lankėsi dėl nustatytų priežasčių sveikatos priežiūros įstaigose (informacinėje sistemoje SVEIDRA analizuojamos 025/a-LK formos). Kiekvienam apsilankiusiam prie kiekvienos įstaigos prisirašiusiam gyventojui, priskiriama lėšų suma atsižvelgiant į einamųjų metų lėšas kompensuojamiesiems vaistams ir MPP. *Ši suma vadinama C suma.*

4.2.2.5. Nustatoma, kiek prie kiekvienos įstaigos prisirašiusių gyventojų per paskutinius penkis mėnesius bent vieną kartą gavo kompensuojamųjų vaistų dėl I ar II tipo cukrinio diabeto gydymo (informacinėje sistemoje SVEIDRA analizuojami išrašyti receptai kompensuojamiesiems

vaistams). Kiekvienam prie įstaigos prisirašiusiam gyventojui sergančiam ar gydomam nuo I ar II tipo cukrinio diabeto priskiriama lėšų suma atsižvelgiant į einamųjų metų lėšas kompensuojamiesiems vaistams ir MPP. *Ši suma vadinama D suma.*

4.2.2.6. Nustatoma, kiek prie kiekvienos įstaigos prisirašiusių gyventojų pagal amžiaus grupes per praėjusius metus buvo hospitalizuota (informacinėje sistemoje SVEIDRA analizuojami hospitalizacijos atvejai). Apskaičiuojamas praėjusių metų Kauno TLK veiklos zonos hospitalizacijos rodiklis bendrai ir kiekvienai įstaigai atskirai. Lyginant bendrojo ir įstaigos hospitalizacijos rodiklius gaunamas kiekvienos įstaigos hospitalizacijos koeficientas. Kiekvienai įstaigai pagal hospitalizacijos koeficiento ir prirašytų gyventojų skaičiaus sandaugą priskiriama arba nurašoma lėšų suma atsižvelgiant į einamųjų metų lėšas kompensuojamiesiems vaistams ir MPP. Jei ASPĮ hospitalizacijos rodiklis viršija Lietuvos vidurkį, lėšos sumažinamos, jei rodiklis mažesnis už Lietuvos vidurkį, lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP pridedama. *Ši suma vadinama E suma.*

4.2.2.7. Lėšos vaistams ir MPP, kuriuos išrašo Kauno TLK veiklos zonoje esančios bei sutartis su Kauno TLK pasirašiusias pirminio ir antrinio lygio ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas, nustatomos pagal joms paskaičiuotas A sumos dešimtąją dalį. Kitoms antrinio lygio ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms pagal faktines praėjusių metų išlaidas palyginus jas su bendrosiomis faktinėmis išlaidomis kompensuojamiesiems vaistams ir MPP ir atsižvelgus į einamųjų metų lėšas vaistams ir MPP kompensuoti. *Ši suma vadinama F suma.*

4.2.2.8. Slaugos ir palaikomojo gydymo bei paliatyviosios pagalbos paslaugas teikiančioms įstaigoms lėšos kompensuojamiesiems vaistams ir MPP apimties apskaičiuojamos pagal praėjusių metų faktines išlaidas kompensuojamiesiems vaistams ir MPP ir einamųjų metų lėšas kompensuojamiesiems vaistams ir MPP.

4.2.2.9. Lėšų apimties kompensuojamiesiems vaistams ir MPP su naujai sutartis sudarančiomis ASPĮ yra nustatomos praėjusių metų vidutinė vieno recepto kainos ir einamųjų metų planinių paslaugų skaičiaus sandaugai.

4.2.2.8. Bendra kompensuojamiesiems vaistams ir MPP numatyta lėšų suma kiekvienai įstaigai apskaičiuojama sudedant A, B, C, D, E ir F sumas.

4.2.3. Susitarimas dėl lėšų kompensuojamiesiems vaistams apimties yra parengiamas kaip atskiras teritorinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos sutarties priedas.

4.2.4 Kompensuojamųjų vaistų ir MPP išrašymas vertinamas kiekvieną mėnesį pagal vaistinių pateiktas ataskaitas.

4.2.5. Iki einamojo mėnesio 15 dienos **duomenų analizės skyriaus** specialistai informuoja įstaigas apie kiekvienoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje dirbančių gydytojų išrašytų receptų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP kiekį, pacientų, kuriems išrašyti receptai skaičių, kompensuojamąją sumą, vidutinę recepto sumą, vidutinį receptų skaičių pacientui, vidutinę sumą vienam receptui. Informacija išsiunčiama paprastu arba elektroniniu paštu.