

PATVIRTINTA
Kauno teritorinės ligonių kasos
direktorius
2011 m. gruodžio 6 d. įsakymu Nr. 1-260

**KAUNO TERITORINĖS LIGONIŲ KASOS DISPONUOJAMŲ PRIVALOMOJO
SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ, SKIRTŲ APMOKĖTI
STACIONARINĖMS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ IŠLAIDOMS,
PLANAVIMO ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOMS TVARKOS
APRAŠAS**

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Kauno 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 - ASPĮ) 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, t.y. 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 (skyrį) paprastai ne mažiau kaip 24 valandoms.

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

Perteklinių hospitalizacijų atvejų kiekis - hospitalizacijos atvejų savivaldybės gyventojams kiekis, kuris viršija pagal planuojamų savivaldybės hospitalizacijos atvejų kiekio skaičiavimo metodiką apskaičiuotą hospitalizacijų 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 d. 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.

IV. 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 LNSS įstaigose;

SH_{jD} – j -osios savivaldybės standartizuotas hospitalizacijos rodiklis D -aisiais metais;

SH_{RD} – siektinas hospitalizacijos rodiklis šalies mastu 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 hospitalizaciją - 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 hospitalizacijų atvejų kiekis ($HA_j - MHA_{jM}$) yra lygus 0.

5. Per skaičiuojamąjį laikotarpį suteiktų paslaugų - Terapija I, Pediatrija I, Oftalmologija-otorinolaringologija I (teikiama vaikams ir suaugusiesiems), Ginekologija I (nedetalizuotos paslaugos, kai neatlikta operacija), Chirurgija I, Chirurgija-1(vaiku), Oftalmologija-otorinolaringologija 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.

V. PLANUOJAMŲ STACIONARINIŲ PASLAUGŲ KIEKIO IR LĖŠŲ PLANAVIMO ASPI 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 (litas) kiekvienos planuojamos ASPI stacionarinės paslaugos apmokėjimui skaičiuojamas pagal formulę:

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

kur:

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

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

SUM_{1SL} – ASPĮ vieno stacionarinio lovdienio suma (litas).

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

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

kur:

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

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

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

BV_{1SP} – balo vertė nustatyta sveikatos apsaugos ministro įsakymu (litas).

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

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

kur:

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

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

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

BV_{1SL} – balo vertė nustatyta sveikatos apsaugos ministro įsakymu (litas).

8. 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:

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

kur:

SUM_{SP} – ASPĮ planuojama suma (litas) už stacionarines paslaugas;

SUM_{1SP} – ASPĮ vienos stacionarinės paslaugos suma (litas).

9. Naujiems paslaugų teikėjams ar ASPĮ, kurios stacionarinių paslaugų per skaičiuojamąjį laikotarpį 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 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 skaičius, kuriais buvo teikiamos paslaugos.

V. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

11. Sudėjus visų įstaigų lėšų poreikį stacionarinėms paslaugoms apmokėti, gaunamas lėšų poreikis (litais) TLK 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 stacionarinių asmens sveikatos priežiūros (trumpalaikio gydymo ir stacionarinių) 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.
