

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TARYBA

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2018 m. balandžio 17 d. Nr. DT - 3
Vilnius

Posėdis įvyko 2018 m. balandžio 5 d. 10.00 val. ir 2018 m. balandžio 10 d. 15.00 val. (papildomas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (mokėjimo už prirašytą gyventoją) paslaugų metinių bazinių kainų didinimo aptarimas). Posėdžio garso įrašas saugomas Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) rinkmenų tarnybinėje stotyje (*serveryje*).

Posėdžio pirmininkė – Rima Vaitkienė

Posėdžio sekretorė – Onutė Navikienė

Posėdyje dalyvavo 8 Privalomojo sveikatos draudimo tarybos (toliau – Taryba) nariai (sąrašas pridedamas), Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) ir VLK atstovai.

Rima Vaitkienė informavo Tarybos narius apie darbotvarkės projekte siūlomus pakeitimus. Tarybos nariai pritarė pakoreguotai darbotvarkei.

DARBOTVARKĖ:

1. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimo nuo 2018 m. gegužės 1 d. Pristato. SAM Sveikatos draudimo skyriaus vedėja L. Vaičiulienė.
2. Dėl Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo (A sąrašo) pakeitimo. Pristato I. Greičiūtė-Kuprijanov, SAM Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos narė.
3. Dėl vaistinių preparatų įrašymo į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) iš rezervinio vaistų sąrašo. Pristato I. Greičiūtė-Kuprijanov, SAM Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos narė.
4. Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo pakeitimo. Pristato I. Greičiūtė-Kuprijanov, SAM Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos narė.
5. Dėl medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos bazinių kainų nustatymo, nuomos išlaidų kompensavimo ir sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo. Pristato. SAM Sveikatos draudimo skyriaus vyr. specialistė J. Sinkevič
6. Dėl dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų nuomos bazinių kainų nustatymo ir deguonies bei dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų skyrimo ambulatoriniam gydymui ir šių medicinos priemonių (prietaisų) nuomos išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo. Pristato L. Reinartienė, VLK Sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo skyriaus vedėja.
7. Dėl skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugų, teikiamų suaugusiesiems ir vaikams, sąrašo ir jų bazinių kainų patvirtinimo. Pristato V. Kutraitė, VLK Kainų skyriaus vedėja.

1. SVARSTYTA. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimo nuo 2018 m. gegužės 1 d.

SAM Sveikatos draudimo skyriaus vedėja L. Vaičiulienė informavo, kad yra pasirašytas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. spalio 24 d. įsakymu Nr. V-1208 sudarytos derybinės grupės ir jungtinės profesinių sąjungų atstovybės atstovų 2017 m. gruodžio 13 d. kolektyvinių derybų susitarimas Nr. S-391. Šiame susitarime numatoma nuo 2018 m. gegužės 1 dienos LNSS asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kurioms taikoma LNSS šakos kolektyvinė sutartis, 20 procentų didinti dirbančių sveikatos priežiūros specialistų, kurie teikia asmens sveikatos priežiūros paslaugas, darbo užmokesčio fondą, teikiant prioritetą mažiausiai uždirbantiems specialistams.

L. Vaičiulienė taip pat informavo, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. spalio 16 d. įsakymu Nr. V-1172 „Dėl nuomonės parengimo dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto 2018 m. projekte numatytų asignavimų naudojimo prioritetų“ buvo sudaryta tarpžinybinė darbo grupė, kuri vertino siūlymus dėl 2017 m. gruodžio 13 d. kolektyvinių derybų susitarimo Nr. S-391 įgyvendinimo ir pritarė, kad sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas nuo 2018 m. gegužės 1 d. būtų didinamas indeksuojant asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas (bazinius dydžius) diferencijuotai (paslaugas sugrupuojant į kelias paslaugų grupes pagal gydymo įstaigų patiriamų sąnaudų, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, struktūrą, o apskaičiuojant atitinkamos paslaugos finansavimo didinimo procentą, būtų įvertinamos patiriamos sąnaudos darbo užmokesčiui ir socialiniam draudimui).

Daugiausiai siūloma didinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos bei paslaugų, teikiamų pagal prevencines programas, finansavimą. Šių paslaugų bazines kainas ir finansavimą siūloma didinti 14 procentų. Pažymėtina, kad atsižvelgiant į minėtos tarpžinybinis darbo grupės sprendimą ir strateginiuose teisės aktuose numatytas priemones, tobulinant šeimos medicinos gydytojo apmokėjimo sąlygas, buvo perskaičiuotos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos už vieną prisirašiusį gyventoją pagal naujai nustatytas amžiaus grupes. Skaičiuojant bazines kainas buvo atsižvelgta į šiuos kriterijus:

- lėšų sumą tyrimų sąnaudoms padengti;
- lėšų sumą pacientų su 2 ir daugiau lėtinėmis ligomis gydymo sąnaudoms padengti;
- lėšų sumą likusioms sąnaudoms padengti.

Įvertinus tai, kad suskaičiavus bazines kainas už vieną prisirašiusį gyventoją pagal naujai nustatytas amžiaus grupes vienoje amžiaus grupėje kaina didėja, kitoje mažėja, kainų išlyginimui siūloma įvesti kompensacinį mechanizmą – laikiną kompensacinį priedą, toje amžiaus grupėje, kurioje kaina mažėja.

Pasisakė Tarybos nariai: A. Baublytė, L. Paberalienė, A. Raulušaitienė, K. Štaras, L. Kaveckienė, E. Žilevičius. Į Tarybos narių klausimus atsakinėjo VLK atstovai: J. Sabalienė, V. Zaksas, G. Kacevičius, S. Adamkevičiūtė, V. Kutraitė.

Buvo išsakyta nuomonė, kad VLK turėtų patikslinti (aiškiau išdėstyti) Tarybos nariams kainų kėlimo pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms pagal naujai nustatytas amžiaus grupes principą bei laikino kompensacinio mechanizmo kainų išlyginimui taikymą.

Tarybos nariams vienbalsiai pritarus buvo nuspręsta tarybos posėdį dėl pirmiau minėto klausimo pratęsti 2018 m. balandžio 10 d. 15.00 val.

L. Vaičiulienė toliau pristatė siūlomą asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų (bazinių dydžių) ir finansavimo didinimą:

- greitosios medicinos pagalbos paslaugų 13 proc.,
- slaugos ir dantų protezavimo paslaugų 12 proc.,
- medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų 11 proc.,

- stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dienos chirurgijos paslaugų, ambulatorinėmis sąlygomis atliekamų brangiųjų tyrimų ir procedūrų bei paslaugų, teikiamų pagal Transplantacijos programą 10 proc.

Tarybos nariai buvo informuoti, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainų (bazinių dydžių) ir finansavimo didinimui siūloma skirti 99 500 000 eurų (iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies – 80 000 000 eurų ir iš teritorinėms ligonių kasoms nepaskirstytų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų – 19 500 000 eurų) ir dar papildomai iš teritorinėms ligonių kasoms nepaskirstytų lėšų – 4 600 000 eurų (naujoms pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinėms kainoms pagal naujai nustatytas gyventojų amžiaus grupes bei laikino kompensacinio mechanizmo kainų išlyginimui).

Finansų ministerijos atstovas E. Žilevičius pasiteiravo, ar ateinančiais metais užteks augančių šio fondo lėšų pristatytų siūlymų tęstinumui užtikrinti.

Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos Ekonomikos departamento direktorė S. Adamkevičiūtė informavo tarybos narius, kad šiuo metu pagal numatomas ateinančiais metais gauti PSDF pajamas egzistuoja didelė rizika, kad pristatytų siūlymų tęstinumui užtikrinti lėšų gali pritrūkti, todėl tarybai nutarimo projekto 5 p. pateiktas siūlymas, kad 2019 m. ir tolesniais metais būtų didinama valstybės biudžeto asignavimų suma, skiriama valstybės priskirtoms Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui funkcijoms vykdyti. Ji taip pat pažymėjo, kad rengiant ateinančių metų biudžeto projektą, pirmiausia papildomos lėšos bus skiriamos šio siūlymo tęstinumui užtikrinti, todėl egzistuoja rizika, jog kitais metais nebus papildomų lėšų diegti naujas paslaugas ar pradėti kompensuoti naujus vaistus.

Tarybos pirmininkė R. Vaitkienė pasiūlė pritarti nutarimo projekte siūlomam asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimui nuo 2018 m. gegužės 1 d., kadangi dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų kėlimo iškilo klausimų, šį klausimą atidėti posėdžiui balandžio 10 d. 15 val.

8 Tarybos nariams balsavus **už**, buvo pritarta nutarimo projekte siūlomam asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimui nuo 2018 m. gegužės 1 d., pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų kėlimo klausimą atidedant balandžio 10 d. 15 val.

2018 m. balandžio 10 d. 15.00 val. Tarybos posėdžio pratęsimе V. Zaksas pateikė papildomą medžiagą apie bazinių kainų kėlimo pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms principą.

Tarybos nariai pritarė, kad:

- pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos būtų skaičiuojamos pagal nustatytus kriterijus;
- laikinasis kompensacinis priedas būtų įteisintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakyme Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ (toliau – PAASP tvarkos aprašas);
- būtų inicijuojamas PAASP tvarkos aprašo pakeitimas naikinantis gydytojo komandos (taip pat vidaus ligų ar vaikų ligų gydytojų) aptarnaujamų gyventojų, prirašytų prie PAASP įstaigos gyventojų ir apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu, skaičiaus normatyvus pagal apylinkės tipą.

R. Vaitkienė, atsižvelgusi į Tarybos narių pasisakymus, pasiūlė pritarti posėdžio metu suderintam ir pakoreguotam nutarimo projektui dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimo nuo 2018 m. gegužės 1 d.

8 Tarybos nariams balsavus **už**, pagal posėdyje išsakytus ir suderintus siūlymus pakoreguotam nutarimo projektui buvo pritarta.

1. NUTARTA.

1. Pritarti:

1.1. pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugų:

1.1.1. naujoms vieno gyventojų PAASP paslaugų metinėms bazinėms kainoms bei gyventojų amžiaus grupėms:

PAASP paslaugos	Vieno gyventojų PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais)						
	Gyventojų amžius						
	< 1 m.	1–7 m.	8–17 m.	18–34 m.	35–49 m.	50–65 m.	> 65 m.
Šeimos gydytojo komandos teikiamos paslaugos	53,89	47,26	22,81	20,34	25,48	39,83	50,03

1.1.2. naujo laikinojo kompensacinio priedo už vaikų iki 1 metų sveikatos priežiūrą dydžiui 57 balams;

1.1.3. naujo laikinojo kompensacinio priedo už vaikų nuo 1 iki 7 metų sveikatos priežiūrą dydžiui 12 balų;

1.1.4. naujo laikinojo kompensacinio priedo už vaikų nuo 8 iki 17 metų sveikatos priežiūrą dydžiui 5 balams.

1.2. PAASP paslaugų, ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, išskyrus dienos chirurgijos paslaugas, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos bei paslaugų, teikiamų pagal prevencines programas, bazinių kainų, PAASP metinės bazinės kainos, skatinamojo priedo, mokamo už PAASP paslaugas, priedo už gerus PAASP rezultatus, priedo už kiekvieną aptarnaujamą kaimo gyvenamųjų vietovių bei miestų, kurių gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių, gyventoją, priedo už kiekvieną prirašytą prie šeimos gydytojo (ši nuostata netaikoma, jeigu paslaugas teikia vidaus ligų ar vaikų ligų gydytojas), gyventoją, priedo už gyventoją, turinčio specialųjį nuolatinės slaugos poreikį aptarnavimą, priedo, mokamo PAASP įstaigai, akredituotai teikti šeimos gydytojo paslaugą, bei priedo, mokamo už Europos Sąjungos apdraustųjų valstybiniu sveikatos draudimu, asmens sveikatos priežiūros įstaigai pateikusių S2 arba E112 formas, apsilankymą pas šeimos gydytoją dėl PAASP paslaugų ir finansavimo didinimui 14 proc.,

1.3. greitosios medicinos pagalbos paslaugų bazinių kainų ir finansavimo didinimui 13 proc.,

1.4. slaugos ir dantų protezavimo paslaugų bazinių kainų (bazinių dydžių) ir finansavimo didinimui 12 proc.,

1.5. medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų bazinių kainų ir finansavimo didinimui 11 proc.,

1.6. stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dienos chirurgijos paslaugų, ambulatorinėmis sąlygomis atliekamų brangiųjų tyrimų ir procedūrų bei paslaugų, teikiamų pagal Transplantacijos programą, bazinių kainų ir finansavimo didinimui 10 proc.

2. Pritarti, kad šio nutarimo 1.2–1.6 papunkčiuose nurodytam tikslui įgyvendinti papildomai būtų skirta 99 500 000 (devyniasdešimt devyni milijonai penki šimtai tūkstančių) eurų:

2.1. iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies – 80 000 000 (aštuoniasdešimt milijonų) eurų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, apskaitomoms pagal Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto 01 išlaidų straipsnį „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“, 03 išlaidų straipsnį „Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui“ ir 05 išlaidų straipsnį „Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms“,

2.2. iš teritorinėms ligonių kasoms nepaskirstytų lėšų, numatytų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto 01 išlaidų straipsnyje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“ (Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-812 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“, 8, 10 ir 11 punktų nuostatomis įgyvendinti), – 19 500 000 (devyniolika milijonų penki šimtai tūkstančių) eurų.

3. Pritarti, kad šio nutarimo 1.1 papunktyje nurodytam tikslui įgyvendinti papildomai būtų skirta 4 600 000 (keturi milijonai šeši šimtai tūkstančių) eurų iš teritorinėms ligonių kasoms nepaskirstytų lėšų, numatytų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto 01 išlaidų straipsnyje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“ (Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-812 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“, 8, 10 ir 11 punktų nuostatomis įgyvendinti).

4. Rekomenduoti asmens sveikatos priežiūros įstaigoms šio nutarimo 2 punkte nurodytas lėšas naudoti sveikatos priežiūros specialistų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, darbo užmokesčiui didinti, prioritetą teikiant mažiausiai uždirbantiems specialistams.

5. Siūlyti 2019 m. ir tolesniais metais didinti valstybės biudžeto asignavimų sumą valstybės priskirtoms Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui funkcijoms vykdyti.

6. Pakeisti Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“, ir pripažinti netekusiu galios 6 punktą, nustatantį šeimos gydytojo komandos (taip pat vidaus ligų ar vaikų ligų gydytojų) aptarnaujamų gyventojų, prirašytų prie PAASP įstaigos gyventojų ir apdraustų privalomuoju sveikatos draudimu, skaičiaus normatyvus pagal apylinkės tipą.

7. Pritarti šio nutarimo įsigaliojimui 2018 m. gegužės 1 d.

2. SVARSTYTA. Dėl Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo (A sąrašo) pakeitimo.

Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos narė I. Greičiūtė - Kuprijanov pristatė Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2018 m. vasario 8 d., 22 d. ir kovo 1 d. posėdžiuose priimtus sprendimus dėl Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo (A sąrašo) pakeitimo.

Norinčių pasisakyti Tarybos narių nebuvo.

R. Vaitkienė pasiūlė pritarti pateiktam nutarimo projektui.

8 Tarybos nariams balsavus už, pritarta pateiktam nutarimo projektui.

2. NUTARTA:

Pritarti:

1. vaistinio preparato *Tiotropii bromidum et Olodaterolum*, skirto lėtinei obstrukcinei plaučių ligai (TLK-10-AM kodas J44) gydyti, įrašymui į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą). Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis kompensuoti 80 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2. vaistinių preparatų įrašytų į A sąrašą skyrimo sąlygų pakeitimui:

2.1. *Atorvastatinum et Perindoprilum et Amlodipinum*, kompensuojamo 80 procentų iš PSDF biudžeto lėšų, skirto hipertenzinėms ligoms (TLK-10-AM kodai I10-I11) gydyti, skyrimo sąlygos pakeitimui iš „esant pirminei hipercholesterolemijai arba mišriajai hiperlipidemijai (TLK-10-AM kodas E78). Skiria ir išrašo gydytojas kardiologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas asmenims pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą, jei jų MTL cholesterolis $\geq 3,0$ mmol/l“ į „skiriamas suaugusiųjų pirminei arterinei hipertenzijai (TLK-10-AM kodai I10, I11) ir (arba) stabiliai vainikinių arterijų ligai (TLK-10-AM kodai I20.8) gydyti, kartu esant gydymo statiniais indikacijų (TLK-10-AM kodai E78, I21, I22, I20.8, I25.2, I63, I65, I66, I69.3, G45, Z95.1, Z95.5), išskyrus: 1. esant hemodinamiškai reikšmingam širdies nepakankamumui ūminio miokardo infarkto metu pirmas 28 dienas ir vėliau, jei išlieka III-IV NYHA širdies nepakankamumui klasė; 2. esant nestabiliai krūtinės anginai“;

2.2. *Voriconazolium*, kompensuojamo 100 procentų iš PSDF biudžeto lėšų, skirto aspergiliozei (TLK-10-AM kodas B44) gydyti, skyrimo sąlygos pakeitimui iš „sergantiems leukemija, limfoma, aplazine anemija ir kitomis sunkiomis kraujo ligomis (TLK-10-AM kodai C83, C91, C92, D61, D71, D76). Skiria gydytojas hematologas ar vaikų hematologas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Pacientams po kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos (TLK-10-AM kodas Z94.8). Skiria alogeninės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugas teikiantis gydytojas hematologas ar vaikų hematologas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui“ į „sergantiems leukemija, limfoma, aplazine anemija ir kitomis sunkiomis kraujo ligomis (TLK-10-AM kodai C81-C86, C90-C96, D61, D71, D76). Skiria gydytojas hematologas ar vaikų hematologas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Pacientams po kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos (TLK-10-AM kodas Z94.8). Skiria alogeninės kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos paslaugas teikiantis gydytojas hematologas ar vaikų hematologas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui“;

2.3. *Empagliflozinum*, kompensuojamo 100 procentų iš PSDF biudžeto lėšų, skirto cukriniam diabetui (TLK-10-AM kodas E11) gydyti, skyrimo sąlygos pakeitimui iš „skiriamas triguboje terapijoje kaip pasirenkamasis gydymas deriniuose kartu su metforminu ir sulfonilkarbamido dariniais“ į „1. skiriamas triguboje terapijoje kaip pasirenkamasis gydymas deriniuose su metforminu ir sulfonilkarbamido deriniais; 2. skiriamas kombinuotoje terapijoje su sulfonilkarbamido preparatais, kai netoleruojamas *Metforminum* arba yra jo vartojimo kontraindikacijos“;

2.4. *Dapagliflozinum*, kompensuojamo 100 procentų iš PSDF biudžeto lėšų, skirto cukriniam diabetui (TLK-10-AM kodas E11) gydyti, skyrimo sąlygos pakeitimui iš „skiriamas gydant trijų vaistinių preparatų deriniu kaip pasirenkamasis vaistinis preparatas kartu su metformino ir sulfonilkarbamido deriniais į „1. skiriamas triguboje terapijoje kaip pasirenkamasis gydymas deriniuose su metforminu ir sulfonilkarbamido deriniais; 2. skiriamas kombinuotoje terapijoje su sulfonilkarbamido preparatais, kai netoleruojamas *Metforminum* arba yra jo vartojimo kontraindikacijos“;

2.5. *Duloxetine*, kompensuojamo 80 procentų iš PSDF biudžeto lėšų, skirto vidutinio sunkumo afekciniams sutrikimams (TLK-10-AM kodai F32.1, F33.1) gydyti, skyrimo sąlygos pakeitimui iš „skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vėliau iki 6 mėnesių gali išrašyti gydytojas neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas. Skiriama ne daugiau kaip 60 mg per parą“ į „skiria ir išrašo gydytojas psichiatras, vidaus ligų ar šeimos gydytojas ne ilgesniam kaip 6 mėnesių laikotarpiui. Po 6 mėnesių privaloma gydytojo psichiatro konsultacija“.

3. SVARSTYTA. Dėl vaistinių preparatų įrašymo į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) iš rezervinio vaistų sąrašo.

Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos narė I. Greičiūtė - Kuprijanov pristatė Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2018 m. kovo 15 d. posėdyje priimtą sprendimą dėl vaistinių preparatų įrašymo į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) iš rezervinio vaistų sąrašo .

Norinčių pasisakyti Tarybos narių nebuvo.

R. Vaitkienė pasiūlė pritarti pateiktam nutarimo projektui.

8 Tarybos nariams balsavus už, pritarta pateiktam nutarimo projektui.

3. NUTARTA.

Pritarti:

1. būklės *anafilaksinis šokas*, kurios kodai T78.0–T78.3, C94.3, C96.2, Q82.2 pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM) (toliau – TLK-10-AM) įrašymui į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo (A sąrašas) naujo XXII skyriaus „Sužalojimai, apsinuodijimai ir tam tikri išorinių poveikių padariniai“ 1 skirsnį.

2. šių vaistinių preparatų įrašymui į A sąrašą iš Rezervinio vaistų sąrašo:

2.1. *Epinefrinum*, skirto anafilaksiniam šokui (TLK-10-AM kodai T78.0, T78.1, T78.2, T78.3, C94.3, C96.2, Q82.2) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „skiriamas pacientams, kuriems yra padidėjusi anafilaksijos rizika, jei: 1) praityje buvo patirta anafilaksinė reakcija, sukelta maisto, latekso ar įkvepiamųjų alergenų; fizinio krūvio sukelta anafilaksija ar idiopatinė (sukelta neaiškios priežasties) anafilaksija; 2) yra nustatyta maisto alergija (išskyrus burnos alergijos sindromą), kai ligonis kartu serga nekontroliuojama vidutinio sunkumo ar sunkia nuolatine bronchine astma;3) yra alergija nuodams (plėviasparnių vabzdžių) pacientams, patyrusiems sisteminės reakcijas, kai pasireiškia ne vien odos ir gleivinių simptomais; 4) yra putliųjų ląstelių ligos ar padidėjusi bazinė (ne ūmios reakcijos metu) triptazės koncentracija serume, kai pacientas yra patyręs sisteminių alerginių reakcijų į vabzdžių nuodus; 5) diagnozuota mastocitozė pigmentinė urtikarija (dilgėlinė) (Q82.2); 6) diagnozuota mastocitų leukemija (C94.3) ar piktybinis mastocitų navikas (C96.2)“ . Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Epinefrinum* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas sudarys gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartį (toliau – Sutartis), kurioje būtų nustatyta metinė prognozuojamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.2. *Ibrutinibum*, skirto lėtinei limfocitinei leukemijai (TLK-10-AM kodas C91.1) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „monoterapija skiriama lėtine limfocitine leukemija (toliau –

LLL) sergantiems suaugusiesiems pacientams, kuriems yra LLL gydymo indikacijos, kurie anksčiau nebuvo gydyti ir kuriems netinka chemoimunoterapija“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Ibrutinibum* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas sudarys Sutartis, kuriose būtų nustatyta gražintina vaisto kainos dalis (gražintinų procentų dydžiai neperskaičiuojami sumažėjus vaisto bazinei kainai) bei prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.3. *Brentuksimabo vedotinas*, skirto Hodžkino limfomai (TLK-10-AM kodas C81) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „skiria gydytojas hematologas, teikiantis tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Brentuksimabo vedotinas* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas sudarys Sutartį, kurioje būtų nustatyta metinė prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.4. *Fentanylum*, skirto onkologinių ligų skausmo proveržių slopinimui (TLK-10-AM kodai C00-C97), taikant skyrimo sąlygą „skiriama sukeltam skausmo proveržiui malšinti, tik tiems pacientams, kurie toleruoja opioidų terapiją nuo nuolatinio vėžio sukulto skausmo“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Fentanylum* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas sudarys Sutartį, kurioje būtų nustatyta metinė prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.5. *Everolimus*, skirto su tuberozinės sklerozės kompleksu susijusiai inkstų angiomiolipomai gydyti (TLK-10-AM kodas Q85.1), taikant skyrimo sąlygą „skiriama suaugusiesiems, kuriems padidėjusi komplikacijų rizika (remiantis tokiais veiksniais, kaip auglio dydis arba nustatyta aneurizma arba nustatyti daugybiniai ar abiejų inkstų augliai), tačiau kai pacientų nereikia nedelsiant operuoti“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Everolimus* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas sudarys Sutartis, kuriose būtų nustatyta gražintina vaisto kainos dalis (gražintinų procentų dydžiai neperskaičiuojami sumažėjus vaisto bazinei kainai) bei prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.6. *Omalizumabum*, skirto astmai (TLK-10-AM kodas J45) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „skiriamas ir išrašomas VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų ir VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų, Vilniaus miesto klinikinės ligoninės ir Klaipėdos universitetinės ligoninės ir Respublikinės Klaipėdos ligoninės pulmonologų, vaikų pulmonologų, alergologų ir klinikinių imunologų, vaikų alergologų konsiliumo sprendimu, kaip papildomas gydymas asmenims nuo 12 m. kuriems nustatytas teigiamas odos testas ar *in vitro* reaktyvumas ne sezoniniams įkvepiamiesiems alergenams, nustatyta sumažėjusi plaučių funkciją (FEV1<80%), vargina dažni simptomai dieną ar prabudimai nakties metu, bei kuriems dokumentuota ≥ 2 sunkių astmos paūmėjimų, nepaisant kasdien vartojamų didelių inhaliuojamų gliukokortikoidų dozių kartu su ilgo veikimo inhaliuojamu beta agonistu. Vėliau gydymą gali tęsti šeimos gydytojas, gydytojas pulmonologas, vaikų pulmonologas, alergologas ir klinikinis imunologas ar vaikų alergologas, jei jį paskyręs gydytojas nustato teigiamą efektą, pasireiškusį per 4 mėn. nuo paskyrimo. Pacientams gydomiems *Omalizumabum (Xolair)* ne rečiau kaip kas 6 mėn. būtina vaistą paskyrusio gydytojo konsultacija dėl gydymo *Omalizumabum (Xolair)*“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Omalizumabum* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas sudarys Sutartį, kurioje būtų nustatyta metinė prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.7. *Mepolizumabum*, skirto astmai (TLK-10-AM kodas J45) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „skiriamas ir išrašomas VšĮ Vilniaus universiteto Santaros klinikų, VšĮ Lietuvos

sveikatos mokslų universiteto Kauno klinikų, Klaipėdos universitetinės ligoninės ir Respublikinės Klaipėdos ligoninės pulmonologų bei alergologų ir klinikinių imunologų konsiliumo sprendimu, kaip papildomas gydymas suaugusiems pacientams sergantiems sunkia atsparia eozinofiline astma. Vėliau gydymą gali tęsti gydytojas pulmonologas, alergologas ir klinikinis imunologas, šeimos gydytojas arba vidaus ligų gydytojas, jei jį paskyręs gydytojas nustato teigiamą efektą, pasireiškusi per 4 mėn. nuo paskyrimo. Pacientams gydomiems *Mepolizumabum (Nucala)* ne rečiau kaip kas 6 mėn. būtina vaistą paskyrusio gydytojo konsultacija dėl gydymo *Mepolizumabum (Nucala)*“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Mepolizumabum* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas sudarys Sutartis, kuriose būtų nustatyta gražintina vaisto kainos dalis (gražintinų procentų dydžiai neperskaičiuojami sumažėjus vaisto bazinei kainai) bei prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.8. *Denosumabum*, skirto onkologinėms ligoms (TLK-10-AM kodas C00-C80) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „skiriamas solidiniais navikais sergančių suaugusiųjų pacientų, kuriems yra metastazių kauluose, su skeletu susijusių reiškinių (patologinių lūžių, spindulinio poveikio kaulams, nugaros smegenų kompresijos arba chirurginių kaulų procedūrų) profilaktikai“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Denosumabum* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas sudarys Sutartis, kuriose būtų nustatyta gražintina vaisto kainos dalis (gražintinų procentų dydžiai neperskaičiuojami sumažėjus vaisto bazinei kainai) bei prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.9. *Pembrolizumabum*, skirto melanomai (TLK-10-AM kodas C43) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „pirmaeiliam gydymui, kai nenustatyta BRAF mutacija. Gydymą onkologų konsiliumo sprendimu pradėti ir tęsti gali tik onkologas chemoterapeutas ASPĮ, turinčioje licenciją teikti II lygio stacionarines onkologijos chemoterapijos paslaugas. Prieš paskiriant gydymą būtina atlikti BRAF mutacijos nustatymo tyrimą“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Pembrolizumabum* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas apmokės BRAF mutacijos tyrimo išlaidas ir sudarys Sutartis, kuriose būtų nustatyta gražintina vaisto kainos dalis (gražintinų procentų dydžiai neperskaičiuojami sumažėjus vaisto bazinei kainai) bei bendra prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma vaistiniams preparatams *Pembrolizumabum* ir *Nivolumabum*. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.10. *Nivolumabum*, skirto melanomai (TLK-10-AM kodas C43) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „pirmaeiliam gydymui, kai nenustatyta BRAF mutacija. Gydymą onkologų konsiliumo sprendimu pradėti ir tęsti gali tik onkologas chemoterapeutas ASPĮ, turinčioje licenciją teikti II lygio stacionarines onkologijos chemoterapijos paslaugas. Prieš paskiriant gydymą būtina atlikti BRAF mutacijos nustatymo tyrimą“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Nivolumabum* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas apmokės BRAF mutacijos tyrimo išlaidas ir sudarys Sutartį, kurioje būtų nustatyta bendra prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma vaistiniams preparatams *Pembrolizumabum* ir *Nivolumabum*. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.11. *Olaparibum*, skirto kiaušidžių ir (arba) kiaušintakių vėžiui (TLK-10-AM kodas C56, C57) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „skiriamas platinai jautrių pacienčių gydymui, esant ligos progresavimui po bent dviejų platinos pagrindu skirtų chemoterapijos eilių. Laikotarpis po paskutinio chemoterapijos kurso iki ligos progresavimo – 6 ir daugiau mėnesio“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Olaparibum* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas sudarys Sutartį, kurioje būtų nustatyta metinė prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100

procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.12. *Krizotinibum*, skirto plaučių vėžiui (TLK-10-AM kodas C34) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „pirmaeiliam gydymui suaugusiesiems, sergantiems teigiamu anaplazinės limfomos kinazės (ALK) atžvilgiu išplitusiu nesmulkiųjų ląstelių plaučių vėžiu gydyti“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Krizotinibas* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas sudarys Sutartį, kurioje būtų nustatyta metinė prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

2.13. *Eribulinum*, skirto krūties vėžiui (TLK-10-AM kodas C50) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „pacientėms, sergančioms lokaliai išplitusiu ar metastazavusiu krūties vėžiu, kuris progresavo po ne mažiau kaip dviejų išplitusios ligos chemoterapijos kursų. Prieš tai turėjo būti taikomas gydymas antraciklinu ir taksanu, ir kapecitabinu“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją skiriamas vaistinis preparatas *Eribulinum* būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, jei šio vaistinio preparato gamintojas pasirašys Sutartį, kurioje būtų nustatyta metinė prognozuojamų PSDF biudžeto išlaidų suma. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų.

4. SVARSTYTA. Dėl centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo pakeitimo.

Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos narė I. Greičiūtė - Kuprijanov pristatė Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2018 m. vasario 8 d. posėdyje priimtą sprendimą dėl centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo pakeitimo.

Pasisakė E. Paberalienė. Ji pasiūlė išbraukti iš pateikto nutarimo projekto nuostatą apie gydytojo patirties buvimą, norint pradėti ir tęsti gydymą vaistiniu preparatu Trastuzumab emtansine.

R. Vaitkienė atsižvelgusi į Tarybos narių pasisakymus, pasiūlė pritarti posėdžio metu suderintam ir pakoreguotam nutarimo projektui dėl centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo pakeitimo.

8 Tarybos nariams balsavus už, pritarta pateiktam nutarimo projektui.

4. NUTARTA.

Pritarti:

1. iš Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymu Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos sąrašo patvirtinimo“ (toliau – Sąrašas) išbraukti deguonies terapijos priemones:

3.3	Deguonies terapijos priemonės	J96.1, J96.9	Skiriama vadovaujantis Ambulatorinio gydymo deguonimi išlaidų kompensavimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 26 d. įsakymu Nr. V-875 „Dėl Ambulatorinio gydymo deguonimi išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo tvirtinimo“. Centralizuotai apmokama iki 2017-12-31.	700–800
-----	-------------------------------	--------------	---	---------

2. Palikti Sąrašo sąnarių endoprotezus ir tracheozofaginius kalbamuosius protezus, jų priedus ir elektroninius balso aparatus, tačiau nenumatyti jiems pereinamojo kompensavimo laikotarpio.

3. Įrašyti į Sąrašą iš Rezervinio vaistų sąrašo vaistinį preparatą Trastuzumab emtansine:

„1.38.	Monokloniniai antikūnai agresyviai krūties vėžiui, kurio HER2 rodmuo yra teigiamas, gydyti	Trastuzumab emtansine	C50	Gydymą pradėti ir tęsti gali tik gydytojas onkologas chemoterapeutas.	ASPI, turinti II lygio stacionarines onkologijos chemoterapijos paslaugas	50“
--------	--	-----------------------	-----	---	---	-----

4. Pavesti Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos užtikrinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimą šio nutarimo 3 punkte nurodytu vaistiniu preparatu ne vėliau kaip nuo 2018 m. liepos 1 d.

5. SVARSTYTA. Dėl medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos, bazinių kainų nustatymo, nuomos išlaidų kompensavimo ir sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo.

SAM Sveikatos draudimo skyriaus vyr. specialistė J. Sinkevič pristatė darbo grupės, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. sausio 4 d. įsakymu Nr. V-12 „Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis nuomojamų medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, jų nuomos išlaidų kompensavimo tvarkos ir nuomos bazinių kainų nustatymo metodikos projektui parengti sudarymo“, parengtą Medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos, bazinių kainų nustatymo, nuomos išlaidų kompensavimo ir sutarčių sudarymo tvarkos aprašo projektą.

Pasisakė Tarybos nariai K. Štaras, A. Raulušaitienė.

R. Vaitkienė pasiūlė pritarti pateiktam Medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos, bazinių kainų nustatymo, nuomos išlaidų kompensavimo ir sutarčių sudarymo tvarkos aprašo projektui.

8 Tarybos nariai balsavo už.

5. NUTARTA. Pritarti pateiktam Medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos, bazinių kainų nustatymo, nuomos išlaidų kompensavimo ir sutarčių sudarymo tvarkos aprašo projektui (pridedama).

6. SVARSTYTA. Dėl dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų nuomos bazinių kainų nustatymo ir deguonies bei dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų skyrimo ambulatoriniam gydymui ir šių medicinos priemonių (prietaisų) nuomos išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo.

VLK Sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo skyriaus vedėja L. Reinartienė pristatė VLK parengtą Ambulatorinio gydymo deguonies ir dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatais skyrimo ir šių medicinos priemonių (prietaisų) nuomos išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo projektą ir paskaičiuotas neinvazinės dirbtinės plaučių ventiliacijos aparato, invazinės dirbtinės plaučių ventiliacijos aparato, nešiojamojo gyvybinių funkcijų stebėjimo aparato nuomos kainas.

Pasisakė tarybos narė A.Raulušaitienė.

R. Vaitkienė pasiūlė pritarti pateiktam Ambulatorinio gydymo deguonies ir dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatais skyrimo ir šių medicinos priemonių (prietaisų) nuomos išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo projektui bei paskaičiuotoms neinvazinės dirbtinės plaučių ventiliacijos aparato, invazinės dirbtinės plaučių ventiliacijos aparato, nešiojamojo gyvybinių funkcijų stebėjimo aparato nuomos kainoms.

8 Tarybos nariai balsavo už.

6. NUTARTA.

Pritarti:

6.1. Ambulatorinio gydymo deguonies ir dirbtinės plaučių ventilacijos aparatais skyrimo ir šių medicinos priemonių (prietaisų) nuomos išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo projektui (pridedama).

6.2. medicinos priemonių (prietaisų) nuomos bazinėms kainoms:

1. vieno mėnesio neinvazinės dirbtinės plaučių ventilacijos aparato nuomos bazinė kaina – 150,00 eurų, vienos dienos šios medicinos priemonės (prietaiso) nuomos bazinė kaina – 5,00 eurai;

2. vieno mėnesio invazinės dirbtinės plaučių ventilacijos aparato nuomos bazinė kaina – 464,00 eurai, vienos dienos šios medicinos priemonės (prietaiso) nuomos bazinė kaina – 15,46 euro;

3. vieno mėnesio nešiojamojo gyvybinių funkcijų stebėjimo aparato nuomos bazinė kaina – 85,00 eurai, vienos dienos šios medicinos priemonės (prietaiso) nuomos bazinė kaina – 2,83 euro.

7. SVARSTYTA. Dėl ambulatorinių ir dienos stacionaro specializuotų skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugų, teikiamų suaugusiesiems ir vaikams, bei jų bazinių kainų patvirtinimo.

VLK Kainų skyriaus vedėja V. Kutraitė informavo, kad 2017 m. vasario 1 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-97 buvo sudaryta darbo grupė, kuri parengė specializuotų skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugų, teikiamų suaugusiesiems ir vaikams, teikimo reikalavimų aprašą. VLK specialistai, vykdydami sveikatos apsaugos viceministrės K. Garuolienės 2017 m. gruodžio 15 d. pavedimą Nr. 17-412 „Dėl specializuotų skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugų, teikiamų suaugusiesiems bei vaikams bazinių kainų nustatymo“ ir vadovaudamiesi darbo grupės parengtu paslaugų sąrašu paskaičiavo skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugų bazines kainas. Prašoma pritarti nutarimo projekte pateiktoms paslaugų bazinėms kainoms.

Pasisakė Tarybos narė A. Baublytė.

R. Vaitkienė pasiūlė pritarti pateiktam nutarimo projektui.

Tarybos nariams balsavus už, pritarta pateiktam nutarimo projektui.

7. NUTARTA.

Pritarti:

1. gydytojo specialisto ambulatorinei specializuotai skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugai bei jos bazinei kainai – 21,55 balo;

2. gydytojo specialisto išplėstinei ambulatorinei specializuotai skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugai, kai atliekama vaistinio preparato injekcija į minkštuosius audinius ir (ar) sąnarį, ir jos bazinei kainai – 32,96 balo;

3. sveikatos priežiūros specialistų komandos ambulatorinei specializuotai skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugai bei jos bazinei kainai – 39,96 balo;

4. slaugytojo ambulatorinei specializuotai skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugai, teikiamai paciento namuose, bei jos bazinei kainai – 46,85 balo;

5. gydytojo specialisto ir slaugytojo ambulatorinei specializuotai skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugai, teikiamai paciento namuose, bei jos bazinei kainai – 91,10 balo;

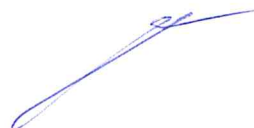
6. Dienos stacionaro specializuotų skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugų bei jų bazinių kainų sąrašui (pridedama).

Privalomojo sveikatos draudimo
tarybos pirmininkė



Rima Vaitkienė

Privalomojo sveikatos draudimo
tarybos sekretorė



Onutė Navikienė