

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TARYBA

NUTARIMAS DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ FINANSAVIMO DIDINIMO NUO 2018 M. GEGUŽĖS 1 D.

2018 m. balandžio 5 d. Nr. DT- 3/1
Vilnius

Vadovaudamasi Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 23 straipsnio 1 dalimi, 25 straipsnio 1 dalimi ir 28 straipsniu, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšų skyrimo ir naudojimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 3 d. nutarimu Nr. 798 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšų skyrimo ir naudojimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, bei 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“, 8.1 ir 11.7 papunkčiais, vykdydama Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. kovo 13 d. nutarimo Nr. 167 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plano patvirtinimo“ priemonę „Naujų šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvų nustatymas ir jiems taikyti reikalingų prielaidų sudarymas“, taip pat atsižvelgdama į derybinės grupės, sudarytos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. spalio 24 d. įsakymu Nr. V-1208, ir jungtinės profesinių sąjungų atstovybės atstovų 2017 m. gruodžio 13 d. kolektyvinių derybų susitarimą Nr. S-391 bei tarpžinybinės darbo grupės, sudarytos 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“, priimtus sprendimus, Privalomojo sveikatos draudimo taryba n u t a r i a:

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 „Medicinei 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.

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos
pirmininkė



Rima Vaitkienė