

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TARYBA

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2019 m. *Birželio 17* d. Nr. DT – 6

Posėdis vyko 2019 m. birželio 17 d. 13.00 val. Posėdžio garso įrašas saugomas Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) rinkmenų tarnybinėje stotyje.

Posėdžio pirmininkė – Odeta Vitkūnienė

Posėdžio sekretorė – Onutė Navikienė

Posėdyje dalyvavo:

- 8 Privalomojo sveikatos draudimo tarybos (toliau – Taryba) nariai (sąrašas pridedamas);
- 3 kviestiniai svečias (sąrašas pridedamas).

Tarybos pirmininkė O. Vitkūnienė supažindino Tarybos narius su darbotvarkės projektu ir paprašė Tarybos narius balsuoti dėl pritarimo darbotvarkės projektui.

Tarybos nariai bendru sutarimu darbotvarkės projektui pritarė.

DARBOTVARKĖ:

1. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimo nuo 2019 m. rugsėjo 1 d.
Pristato Simona Adamkevičiūtė, VLK Ekonomikos departamento direktorė.

2. Dėl Lietuvos Respublikos 2018 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio.
Pristato Simona Adamkevičiūtė, VLK Ekonomikos departamento direktorė.

3. Dėl ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo (A sąrašo) pakeitimo.
Pristato Simona Stankevičiūtė Ligu, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkės pavaduotoja.

4. Dėl centralizuotai perkamų vaistų sąrašo keitimo.
Pristato Simona Stankevičiūtė Ligu, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkės pavaduotoja.

5. Dėl kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) pakeitimo.
Pristato Simona Stankevičiūtė Ligu, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkės pavaduotoja.

6. Dėl Krūties vėžio gydymo tvarkos aprašo keitimo.
Pristato Simona Stankevičiūtė Ligu, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkės pavaduotoja.

7. Dėl gydytojo kardiologo ir slaugytojo konsultacijos, į kurią įeina ir paciento, sergančio širdies nepakankamumu, mokymas bei išsamus paciento ištyrimas, bazinės kainos patvirtinimo.

Pristato Violeta Kutraitė, VLK Kainų skyriaus vedėja.

8. Dėl atskaitos žymeklio implantavimo paslaugos priskyrimo IV ambulatorinės chirurgijos paslaugų grupei bei šios paslaugos bazinės kainos tvirtinimo.

Pristato Violeta Kutraitė, VLK Kainų skyriaus vedėja.

1. SVARSTYTA. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimo nuo 2019 m. rugsėjo 1 d.

VLK Ekonomikos departamento direktorė informavo, kad Medicinos personalo darbo užmokesčio didinimas numatytas Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plane, patvirtintame Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. kovo 13 d. nutarimu Nr. 167 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plano patvirtinimo“ (šio plano 1.3.2 darbo „Sveikatos priežiūros specialistų darbo sąlygų gerinimas ir šeimos gydytojų pritraukimas į šalies regionus“ 1 veiksmas). Šiam tikslui įgyvendinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. spalio 24 d. įsakymu Nr. V-1208 buvo sudaryta derybinė grupė, kuri kartu su Jungtinės profesinių sąjungų atstovybės atstovais 2017 m. gruodžio 13 d. pasirašė kolektyvinių derybų susitarimą Nr. S-391 (toliau – Susitarimas).

Šio susitarimo 4 ir 5 punktuose nustatyta siekiamybė, kad gydytojų vidutinis darbo užmokestis 2020 metų antro pusmečio pradžioje būtų ne mažesnis kaip 3 šalies vidutiniai darbo užmokesčiai, o slaugytojų – ne mažesnis kaip 1,5 šalies vidutinio darbo užmokesčio. Susitarimo nuostatoms įgyvendinti 2019 m. PSDF biudžete numatytos papildomos lėšos, kurios šiuo metu yra nepaskirstytos ir nenaudojamoms mokėjimams atlikti. Atsižvelgiant į pirmiau minėtą susitarimą, 2019 m. numatytas PSDF biudžeto lėšas, 2018 m. bazinių kainų indeksavimo rezultatus, į sąnaudų, patiriamų teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, struktūrą, Privalomojo sveikatos draudimo tarybai teikiamas siūlymas pritarti, kad nuo 2019 m. rugsėjo 1 d. PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos (dydžiai) ir finansavimas būtų didinamas taip:

1. pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP), ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, išskyrus dienos chirurgijos paslaugas, slaugos paslaugų, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos bei paslaugų, teikiamų pagal prevencines programas – 10 proc.,

2. greitosios medicinos pagalbos paslaugų ir dantų protezavimo paslaugų – 9 proc.,

3. medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų – 8 proc.,

4. stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dienos chirurgijos paslaugų, ambulatorinėmis sąlygomis atliekamų brangiųjų tyrimų ir procedūrų bei paslaugų, teikiamų pagal Transplantacijos programą, – 7 procentais.

Šioms nutarimo nuostatoms įgyvendinti nuo 2019 m. rugsėjo 1 d. iš viso papildomai būtų skirta 41 mln. Eur PSDF biudžeto lėšų.

Atsižvelgiant į tai, kad vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 30 straipsniu, gydymo įstaigų darbuotojų darbo apmokėjimo tvarką, suderinę su šių įstaigų stebėtojų tarybomis ir profesinėmis sąjungomis tvirtinta gydymo įstaigų vadovai, Privalomojo

sveikatos draudimo tarybai siūloma pritarti rekomendacijai, kad skiriamas papildomas PSDF lėšas asmens sveikatos priežiūros įstaigos naudotų Susitarimo nuostatoms įgyvendinti.

Pirmininkė Odeta Vitkūnienė informavo Tarybos narius, kad yra gautas Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos pirmininko ir Tarybos nario Kęstučio Štaro raštas, kuriame siūloma ieškoti būdų, kad stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų įkainių didinimas būtų toks, kad visų gydymo įstaigų mokesčiai didėtų vienodu procentu.

VLK direktorius ir tarybos narys Gintaras Kacevičius paaiškino, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos (baziniai dydžiai) indeksuojami diferencijuotai (paslaugas sugrupuojant į kelias paslaugų grupes pagal gydymo įstaigų patiriamų sąnaudų, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas, struktūrą, o apskaičiuojant atitinkamos paslaugos finansavimo didinimo procentą, įvertinamos patiriamos sąnaudos darbo užmokesčiui ir socialiniam draudimui). Jis siūlė laikytis to nutarimo projekto, kuris yra pasiūlytas VLK.

Pasisakė Tarybos nariai: L. Paškevičius, O. Vitkūnienė, A. Baublytė, E. Žilevičius, E. Paberalienė.

O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

8 Tarybos nariams balsavus už, pritarta pateiktam nutarimo projektui.

1 NUTARTA:

1. Pritarti, kad nuo 2019 m. rugsėjo 1 d.:

1.1. toliau išvardytų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos (dydžiai) ir šių paslaugų finansavimas būtų didinamas:

1.1.1. pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugų, ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, išskyrus dienos chirurgijos paslaugas, slaugos paslaugų, skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos ir paslaugų, teikiamų pagal prevencines programas, – 10 proc.,

1.1.2. greitosios medicinos pagalbos ir dantų protezavimo paslaugų – 9 proc.,

1.1.3. medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų – 8 proc.,

1.1.4. stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dienos chirurgijos paslaugų, ambulatorinėmis sąlygomis atliekamų brangiųjų tyrimų ir procedūrų bei paslaugų, teikiamų pagal Transplantacijos programą, – 7 proc.;

1.2. šio nutarimo 1.1 papunktyje nurodytam tikslui įgyvendinti papildomai būtų skirta iš viso 41 154 500 Eur Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų:

1.2.1. 37 287 400 Eur pagal šio biudžeto 01 išlaidų straipsnį „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“;

1.2.2. 1 499 600 Eur – pagal 03 išlaidų straipsnį „Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui“;

1.2.3. 2 367 500 Eur – pagal 05 išlaidų straipsnį „Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms“.

2. Rekomenduoti asmens sveikatos priežiūros įstaigoms šio nutarimo 1.2 papunktyje nurodytas lėšas naudoti Susitarimo nuostatomis įgyvendinti.

2. SVARSTYTA. Dėl Lietuvos Respublikos 2018 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio.

VLK Ekonomikos departamento direktorė S. Adamkevičiūtė informavo, kad vadovaujantis Sveikatos draudimo įstatymu, Taryba kasmet turi pateikti išvadą dėl VLK konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio. Ši išvada vėliau bus teikiama Vyriausybei ir Seimui.

S. Adamkevičiūtė pateikė Tarybos nariams pagrindinius duomenis apie 2018 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamas ir išlaidas (Pranešimas pridedamas).

Pasisakė tarybos nariai A. Baublytė, E. Žilevičius, A. Raulušaitienė, L. Paškevičius.

O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

8 Tarybos nariams balsavus už, pritarta pateiktam nutarimo projektui.

2. NUTARTA. Pritarti Lietuvos Respublikos 2018 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkiniui.

3. SVARSTYTA. Dėl ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo (A sąrašo) pakeitimo.

Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkės pavaduotoja S. Stankevičiūtė pristatė siūlomą nutarimo projektą. Ji informavo Tarybos narius apie Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2019 m. gegužės 31 d. ir 2019 m. birželio 6 d. posėdžiuose priimtus sprendimus dėl ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo (A sąrašo) pakeitimo:

1. vaistinių preparatų įrašymui į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą):

1.1. *talidomidą*, skirtą dauginei mielomai (TLK-10-AM kodas C90.0) gydyti.

1.2. *ceritinibą*, skirtą nesmulkiašteliniam plaučių vėžiui (TLK-10-AM kodas C34) gydyti.

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

2.1. *apiksabano*, *dabigatrano*, *rivaroksabano*, skirtų plaučių embolijai (TLK-10-AM kodas I26) gydyti, į „Skiriama ir išrašoma patvirtinus plaučių emboliją krūtinės ląstos kompiuterinės tomografijos, angiografijos arba plaučių scintigrafijos metodu. Skiriama ne ilgiau kaip 3 mėn. laikotarpiui“;

2.2. *apiksabano*, *dabigatrano*, *rivaroksabano*, skirtų giliųjų venų trombozei (TLK-10-AM kodas I80.2) gydyti, į „Skiriama ir išrašoma giliųjų venų trombozę patvirtinus ultragarso tyrimu ar flebografija. Skiriamas 3 mėn., po 3 mėnesių būtina kraujagyslių chirurgo konsultacija dėl tolesnio gydymo poreikio. Skiriama ne ilgiau kaip 6 mėn. laikotarpiui“.

Pasisakė G. Kacevičius. Jis pažymėjo, kad išlaidos vaistams ir MPP VLK mastu I ketvirtį lyginant su planu viršytos 9,3 mln. eurų, todėl papildomas išlaidas PSDF biudžetui reikėtų vertinti atsakingai. Taip pat pasisakė A. Baublytė, O. Vitkūnienė, A. Raulušaitienė, E. Žilevičius. L.

Paškevičius siūlė Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijai, teikiant nutarimų projektus, kuriuose didinamos išlaidos PSDF biudžetui, kartu informuoti, kokie mažą terapinę vertę turintys vaistai yra išbraukti. Tarybos nariai pasiūlė susilaikyti nuo sprendimo vaistinių preparatų *apiksabano, dabigatrano, rivaroksabano* ir *apiksabano, dabigatrano, rivaroksabano* įrašytų į A sąrašą skyrimo sąlygų pakeitimui ir klausimą dėl šių vaistinių preparatų skyrimo sąlygų pakeitimo atidėti iki PSDT posėdžio rudenį. Tuo pačiu pasiūlė įpareigoti Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisiją pristatyti vaistų politikos tendencijas bei išlaidų vaistams ir MPP pokytį kelių metų laikotarpyje.

O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti dėl pateikto nutarimo projekto pirmos dalies pritarimo, o dėl sprendimo vaistinių preparatų *apiksabano, dabigatrano, rivaroksabano* ir *apiksabano, dabigatrano, rivaroksabano* įrašytų į A sąrašą skyrimo sąlygų pakeitimo klausimą atidėti iki PSDT posėdžio rudenį. Taip pat įpareigoti Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisiją pristatyti vaistų politikos tendencijas bei išlaidų vaistams ir MPP pokytį kelių metų laikotarpyje.

8 Tarybos nariai **susilaikė**, pritarta pakoreguotam nutarimo projektui.

3. NUTARTA pritarti:

Vaistinių preparatų įrašymui į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą):

1. *talidomidą*, skirtą dauginei mielomai (TLK-10-AM kodas C90.0) gydyti. Pagal pirmiau minėtą indikaciją vaistinis preparatas būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, kad šio vaistinio preparato gamintojas sudarys gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartį (toliau – Sutartis) dėl nuolaidos teikimo per nuolaidų klasifikatorių.
2. *ceritinibą*, skirtą nesmulkialąsteliniam plaučių vėžiui (TLK-10-AM kodas C34) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „pirmaeiliam gydymui suaugusiems, sergantiems teigiamu anaplazinės limfomos kinazės (ALK) atžvilgiu išplitusiu nesmulkiųjų ląstelių plaučių vėžiu (NSLPV) arba po anksčiau jau skirto gydymo krizotinibu“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją vaistinis preparatas būtų įrašytas į A sąrašą su sąlyga, kad šio vaistinio preparato gamintojas sudarys Sutartį, kurioje būtų nustatyta metinė prognozuojamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų suma ir sąlyga, kad jei vaistas būtų skiriamas kaip pirmo pasirinkimo vaistas, kompanija galėtų kreiptis į Tarpinstitucinę derybų dėl vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kainų nustatymo komisiją dėl Sutarties sumų persiderėjimo.

Sprendimą dėl vaistinių preparatų *apiksabano, dabigatrano, rivaroksabano* ir *apiksabano, dabigatrano, rivaroksabano* įrašytų į A sąrašą skyrimo sąlygų pakeitimo klausimą atidėti iki PSDT posėdžio rudenį.

Įpareigoti Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisiją pristatyti vaistų politikos tendencijas bei išlaidų vaistams ir MPP pokytį kelių metų laikotarpyje (naujai įrašomi į sąrašą vaistai ir MPP, išbraukiami iš sąrašo vaistai ir MPP, centralizuotai apmokami vaistai ir MPP).

4. SVARSTYTA. Dėl centralizuotai perkamų vaistų sąrašo keitimo.

Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkės pavaduotoja S. Stankevičiūtė pristatė siūlomą nutarimo projektą. Ji informavo Tarybos narius apie Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2019 m. gegužės 9 d. posėdyje priimtą sprendimą papildyti centralizuotai perkamų vaistų sąrašą vaistiniu preparatu *deksametazonu*, skirtu diabetiniam geltonosios dėmės paburkimui (TLK-AM-10 kodai E10.34, E11.34) gydyti.

Atsižvelgiant į tai, kad PSDF biudžeto išlaidų didėjimas yra ne didesnės nei 0,05 visų praėjusių metų PSDF išlaidų vaistiniams preparatams kompensuoti, jis siūlomas įrašyti į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą.

Pasisakė G. Kacevičius, O. Vitkūnienė, L. Paškevičius, A. Raulušaitienė.

O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

8 Tarybos nariams balsavus už, pritarta pateiktam nutarimo projektui.

4. NUTARTA įrašyti vaistinį preparatą *deksametazoną*, skirtą diabetiniam geltonosios dėmės paburkimui (TLK-AM-10 kodai E10.34, E11.34) gydyti, papildant Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą 1.44 papunkčiu:

„1.44.	Antineovaskularizuojantys vaistiniai preparatai diabetinės geltonosios dėmės paburkimams gydyti	deksametazonas	E10.34, E11.34	Skiriamas pacientams, kuriems yra pseudofakija arba jie nepakankamai reaguoja į gydymą kraujagyslių endotelio augimo faktoriaus inhibitorių preparatais ir po 6 injekcijų regėjimo aštrumas išlieka blogesnis nei 0,5 arba padidintas CTS nesumažėjo >50 proc. nuo pradinio. Pacientams, kuriems yra pseudofakija, šis vaistinis preparatas skiriamas diabetinio geltonosios dėmės paburkimo sukeltam regos pablogėjimui gydyti, kai yra nustatytas bent vienas iš toliau išvardytų požymių:1.	ASPI, turinti licenciją teikti III lygio stacionarines oftalmologijosp aslaugas	50-70“
--------	---	----------------	----------------	--	---	--------

				<p>tinklainės sustorėjimas geltonosios dėmės centre ar per 500 µm nuo geltonosios dėmės centro; 2. kietasis eksudatas geltonosios dėmės centre ar per 500 µm nuo geltonosios dėmės centro, jei šalia esanti tinklainė yra sustorėjusi; 3.1 disko dydžio tinklainės sustorėjimo zona ar zonos, kurios bent dalis turi būtų arčiau nei 1 disko skersmuo nuo geltonosios dėmės centro. Pirmaisiais ir antraisiais metais vienam ligos atvejui vidutiniškai tenka po 2 injekcijas, bet ne daugiau kaip 5 injekcijų per trejus gydymo metus.“</p>	
--	--	--	--	--	--

5. SVARSTYTA. Dėl kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) pakeitimo.

Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkės pavaduotoja S. Stankevičiūtė pristatė siūlomą nutarimo projektą. Ji informavo Tarybos narius apie Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2019 m. gegužės 23 d. posėdyje priimtą sprendimą – Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašas) tikslinti medicinos pagalbos priemonių *vienkartinių išsiurbimo kateterių* TLK-10-AM kodus, juos papildant TLK-10-AM kodu R13.

Pasisakė G. Kacevičius, O. Vitkūnienė, A. Aranauskienė L. Paškevičius, A. Baublytė, A. Raulušaitienė, E. Žilevičius Pažymėta, kad išsiurbimo kateterių poreikis daugiausiai reikalingas specialiuosius poreikius turintiems ligoniams, kurie gauna išmokas nuolatinės slaugos poreikiams tenkinti. Tarybos nariai pasiūlė sprendimą dėl pritarimo siūlomam nutarimo projektui atidėti ir jį spręsti vėliau posėdyje kartu su vaistų politikos pristatymu.

O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti už tai, kad siūlomas nutarimo projektas būtų atidėtas kitam posėdžiui rudenį kartu su vaistų politikos pristatymu.

8 Tarybos nariams balsavus **už**, pritarimas nutarimo projektui atidėtas rudenii.

5. NUTARTA. Atidėti iki rudens klausimą dėl pritarimo Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašė (C sąrašas) tikslinti medicinos pagalbos priemonių *vienkartinių išsiurbimo kateterių* TLK-10-AM kodus, juos papildant TLK-10-AM kodu R13.

6. SVARSTYTA. Dėl Krūties vėžio gydymo tvarkos aprašo keitimo.

Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkės pavaduotoja S. Stankevičiūtė pristatė siūlomą nutarimo projektą. Ji informavo Tarybos narius apie Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2019 m. gegužės 9 d. posėdyje priimtą sprendimą – pakeisti sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 22 d. įsakymo Nr. V-713 „Dėl krūties piktybinio naviko ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo patvirtinimo“ 20.6.1. ir 20.6.2. papunkčius ir juos išdėstyti taip:

„20.6. antiestrogenas fulvestrantas moterims po menopauzės skiriamas iki ligai progresuojant:

20.6.1. jei kaip adjuvantinis vaistas buvo skiriamas tamoksifenas ir liga neprogresavo ilgiau negu 12 mėnesių;

20.6.2. jei metastazavusiam krūties vėžiui gydyti buvo skiriamas tamoksifenas ir liga neprogresavo ilgiau negu 6 mėnesiai“.

VLK duomenimis, jei būtų pakeistos dabar numatytos fulvestranto skyrimo sąlygos, prognozuojamas apie 10–20 proc. pacienčių skaičiaus augimas, o prognozuojamos PSDF biudžeto išlaidos didėtų apie 0,2–0,4 mln. Eur.

Pasisakė O. Vitkūnienė, A. Raulušaitienė, L. Paškevičius, E. Žilevičius, A. Aranauskienė, G. Kacevičius. Tarybos nariai pažymėjo, kad, esant ribotiems PSDF biudžeto ištekliams, jie negali spręsti klausimo dėl vaistų įrašymo į kompensuojamųjų vaistų sąrašą prioritetų, taip pat reikėtų spręsti klausimą, kad į Tarybą būtų teikiami tik tie klausimai, kurių įgyvendinimui yra numatytos PSDF biudžeto lėšos. Tarybos nariai pasiūlė sprendimą dėl pritarimo siūlomam nutarimo projektui atidėti ir jį spręsti rudenį kartu su vaistų politikos pristatymu, taip pat įpareigoti VLK pristatyti PSDF biudžeto išlaidų vaistams ir MPP analizę.

O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti už tai, kad siūlomas nutarimo projektas būtų atidėtas kitam posėdžiui rudenį.

8 Tarybos nariams balsavus **už**, pritaroma nutarimo projektą atidėti rudenii.

6. NUTARTA. Atidėti iki rudens nutarimo projektą dėl pritarimo pakeisti sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 22 d. įsakymo Nr. V-713 „Dėl krūties piktybinio naviko ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo patvirtinimo“ 20.6.1. ir 20.6.2. papunkčius ir juos išdėstyti taip:

„20.6. antiestrogenas fulvestrantas moterims po menopauzės skiriamas iki ligai progresuojant:

20.6.1. jei kaip adjuvantinis vaistas buvo skiriamas tamoksifenas ir liga neprogresavo ilgiau negu 12 mėnesių;

20.6.2. jei metastazavusiam krūties vėžiui gydyti buvo skiriamas tamoksifenas ir liga neprogresavo ilgiau negu 6 mėnesiai“.

Įpareigoti VLK pristatyti PSDF biudžeto išlaidų vaistams ir MPP analizę.

7. SVARSTYTA. Dėl gydytojo kardiologo ir slaugytojo konsultacijos, į kurią įeina ir paciento, sergančio širdies nepakankamumu, mokymas bei išsamus paciento ištyrimas, bazinės kainos patvirtinimo.

Violeta Kutraitė, VLK Kainų skyriaus vedėja informavo, kad šiuo metu galiojanti minėtos konsultacijos kaina – 45,89 balo, pagal darbo grupės siūlymą buvo prilyginta tretinio lygio kardiologo (kai atliekama širdies echoskopija ir (ar) veloergometrija, ir (ar) perstemplinis elektrofiziologinis ištyrimas (stimuliacija), ir (ar) EKG Holter kompiuterinė analizė, ir (ar) paros arterinio kraujospūdžio stebėseną, ir (ar) kraujagyslių standumo tyrimas, ir (ar) kaklo kraujagyslių ultragarsinis tyrimas) paslaugos bazinei. Tačiau pradėjus teikti šią paslaugą paaiškėjo, kad kiekvienam pacientui reikia atlikti ne tik instrumentinius bei pagrindinius laboratorinius tyrimus, tačiau ir paslaugos teikimo reikalavimuose numatytus papildomus laboratorinius tyrimus, todėl gydymo įstaigos teikiančios šias konsultacijas patiria daugiau sąnaudų, nei tretinio lygio išplėstinės kardiologo konsultacijos įkainis. VLK įvertino natriuretinio peptido tyrimo (BNP) atlikimo sąnaudas, kurias pateikė Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos ir apskaičiavo šio tyrimo kainą – 19,78 balo. Bendra kardiologo ir slaugytojo konsultacijos, į kurią įeina ir paciento, sergančio širdies nepakankamumu, mokymas bei išsamus paciento ištyrimas bazinė kaina, įvertinus BNP tyrimą – 65,67 (45,89+19,78) balai.

Kardiologo ir slaugytojos konsultacija teikiama pacientams, kurie serga širdies nepakankamumu – trečia pagal dažnumą lėtine liga Lietuvoje. Laukiamas šios konsultacijos rezultatas – ilgesnis širdies nepakankamumu sergančių pacientų gyvenimas ir kartotinių hospitalizacijų sumažėjimas, tuo pačiu ir gydymo kaštų mažėjimas stacionare.

Pagal gydymo įstaigų pateiktus duomenis tokių pacientų Lietuvoje galima tikėtis apie 1000 per metus (paslaugų skč. – apie 2250). Kardiologo ir slaugytojo konsultacijos naujos bazinės kainos taikymo finansinis poveikis metams Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui sudarytų 118 tūkst. balų (jei 1 balas lygus 1-am eurui).

Kardiologo ir slaugytojos konsultacijos bazinės kainos perskaičiavimui pritarė SAM darbo grupė dėl nuomonės parengimo dėl PSDF biudžeto 2018 m. ir 2019 m. projekte numatytų asignavimų naudojimo prioritetų.

O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

8 Tarybos nariams balsavus už, pritarta pateiktam nutarimo projektui.

7. NUTRATA pritarti:

1. gydytojo kardiologo ir slaugytojo konsultacijos, į kurią įeina ir paciento, sergančio širdies nepakankamumu, mokymas bei išsamus paciento ištyrimas, paslaugos bazinei kainai – 65,67 balo;

2. šio nutarimo įsigaliojimui nuo 2019 m. liepos 1 d.

8. SVARSTYTA. Dėl atskaitos žymeklio implantavimo paslaugos priskyrimo IV ambulatorinės chirurgijos paslaugų grupei bei šios paslaugos bazinės kainos tvirtinimo.

Violeta Kutraitė, VLK Kainų skyriaus vedėja informavo, kad Vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymu Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ patvirtintos Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos 13 punktu ir tuo, kad pagal teikimo būdą bei sąnaudas yra ši procedūra analogiška IV ambulatorinės chirurgijos grupės procedūrai, Atskaitos žymeklio implantavimas ir yra priskiriamas IV-ai ambulatorinės chirurgijos grupei bei jo kaina prilyginama IV grupės bazinei kainai – 196,31 balams.

Pagal gydymo įstaigos pateiktus duomenis pacientų, kurie pasinaudos nauja spindulinės terapijos procedūra onkologijoje galima tikėtis apie 610 per metus. Naujos paslaugos bazinės kainos taikymo finansinis poveikis PSDF biudžetui sudarys 120 tūkst. eurų, jei balo vertė lygi 1 eurui.

Atskaitos žymeklio implantavimo procedūros įtraukimui į paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, sąrašą pritarė SAM darbo grupė dėl nuomonės parengimo dėl PSDF biudžeto 2018 m. ir 2019 m. projekte numatytų asignavimų naudojimo prioritetų.

Pasisakė G. Kacevičius, O. Vitkūnienė.

O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

8 Tarybos nariams balsavus **už**, pritarta pateiktam nutarimo projektui.

8. NUTARTA pritarti:

1. atskaitos žymeklio implantavimo paslaugos, įrašytos į Ambulatorinės chirurgijos paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 25 d. įsakymu Nr. V-754 „Dėl Ambulatorinės chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, priskyrimui IV ambulatorinės chirurgijos paslaugų grupei bei šios paslaugos bazinei kainai – 196,31 balo;

2. šio nutarimo įsigaliojimui nuo 2019 m. liepos 1 d.

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos
pirmininkė

Odeta Vitkūnienė

Privalomojo sveikatos draudimo
tarybos sekretorė

Onutė Navikienė