

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TARYBA

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2016-06-07 Nr. DT-4

Vilnius

DARBOTVARKĖ:

1. Dėl lėšų skyrimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo 2016 metais.
2. Dėl Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo (A sąrašo) pakeitimo.
3. Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) pakeitimo.
4. Dėl vaistinio preparato *Vinorelbium* geriamos kietos formos atskiros bazinės kainos nustatymo.
5. Naujos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros skatinamosios paslaugos – sergančio tuberkulioze asmens išgydymo paslaugos įvedimas.
6. Dėl peritonine dialize gydomiems pacientams teikiamų konsultacijų ir jų bazinių kainų patvirtinimo.
7. Dėl gydytojo odontologo paslaugos ir jos bazinės kainos patvirtinimo.
8. Dėl dienos stacionare teikiamos vaikų hematologijos paslaugos, kai atliekama kraujo komponentų transfuzija, ir jos bazinės kainos patvirtinimo.
9. Dėl gydytojo pulmonologo arba vaikų pulmonologo konsultacijos, kai atliekami bakteriologiniai tuberkuliozės tyrimai (tarp jų ir pasėlio skystoje BACTEC MIGT terpėje tyrimas), bazinės kainos patvirtinimo.

Informacijos, apie automatinius išorini defibriliatorių (AID) diegimą šalyje, pateikimas.

Tarybos pirmininkės pasiūlymu, klausimas dėl peritonine dialize gydomiems pacientams teikiamų konsultacijų ir jų bazinių kainų patvirtinimo (6 klausimas) atidėtas ir bus svarstomas kituose PSDT posėdžiuose.

1. SVARSTYTA. Lėšų skyrimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo 2016 metais.

Pranešėja Vitalija Dagilytė, VLK prie Sveikatos apsaugos ministerijos Biudžeto planavimo skyriaus vedėja, laikinai vykdanti Ekonomikos departamento direktoriaus funkcijas pristatė lėšų skyrimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto rezervo 2016 metais. Pasak jos, 2016 m. PSDF rezervą sudaro 65,6 mln. eurų, iš jų: pagrindinė dalis – 21,6 mln. eurų, rizikos valdymo dalis – 44 mln. eurų. Pastarosios dalies lėšos gali būti naudojamos sveikatos apsaugos ministro sprendimu, įvertinus VLK ir Tarybos nuomones. Siūloma iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies skirti 30 mln. eurų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinėms kainoms indeksuoti, siekiant sudaryti galimybes gydymo įstaigoms už suteiktas paslaugas gauti daugiau lėšų ir jas naudoti jų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti.

V. Dagilytė pristatė informaciją apie gydymo įstaigų darbuotojų atlyginimų kilimą nuo 2005 metų. Pažymėjo, kad iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies š. m. II pusmetį skyrus 30 mln. eurų, ir nuo liepos 1 d. vienodu mastu – 5,5 procento padidinus visų sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas, šalyje medicinos darbuotojų atlyginimai, palyginti su 2015 m., vidutiniškai galėtų padidėti 8 proc., t.y. gydytojo etatui alga galėtų padidėti apie 100 eurų, slaugytojo etatui –

apie 50 eurų, o viso gydymo įstaigų personalo – apie 58 eurus (vertinimas atliktas darant prielaidą, kad gydymo įstaigose ženkliai nesikeistų darbuotojų skaičius ir visos jų papildomai gautos lėšos būtų skirtos darbo užmokesčiui didinti, o ne kitiems tikslams). Taip pat buvo akcentuota, kad gydymo įstaigoms rekomenduojama didinti jų darbuotojų pagrindinio darbo užmokesčio pastoviąją dalį.

Pasisakė Tarybos nariai: – J. Kumpienė, D. Margelienė, J. Žiūkienė, K. Strupas, L. Labanauskas, S. Gendvilis.

J. Žiūkienė teiravosi, kokius duomenis apie gydymo įstaigų darbuotojų darbo užmokestį gauna Teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK), ar jos turi duomenų apie dabartinę pagrindinę darbo užmokesčio dalį, ar jos negauna detalių duomenų pagal atskiras gydytojų kategorijas arba duomenų apie darbo užmokesčio išskaidymą į dalis, nes visose ataskaitose pateikiamas tik vidutinis darbo užmokestis. Tokiu atveju gaunasi, kad taikant rekomendaciją, didinti pagrindinę atlyginimo dalį, patikrinti, ar rekomendacija yra vykdoma, jokių galimybių nėra.

S. Gendvilis, atkreipė dėmesį į tai, kad kai kurių sveikatos priežiūros įstaigų vadovų atlyginimai, palyginti su kitų įstaigų vadovų atlyginimais, yra labai maži. Dėl vadovų atlyginimų koregavimo pasiūlė peržiūrėti Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15¹ straipsnį.

D. Margelienė teigė, kad slaugytojai pasigenda SAM ir Sveikatos apsaugos ministro viešo paskelbimo apie tokį potvarkį – neaišku, ar jie palaiko šį 8 proc. atlyginimų kėlimą, ar ne. Ji paminėjo 2014 m. patirtį, kai buvo skirta 20 mln. slaugytojų ir kitų gydymo įstaigų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti. Tačiau, tuomet tos lėšos buvo paskirstytos savo nuožiūra ir daugumai slaugos darbuotojų darbo užmokestis nebuvo padidintas. D. Margelienė teigė, kad dėl mažų atlyginimų jau nuo 2014 m. buvo pradėtas socialinis dialogas su LR Seimo Sveikatos reikalų komitetu, LR Vyriausybe ir LR SAM. Ji, atkreipė dėmesį į tai, kad darbo užmokestį vidutiniškai didinant 8 proc., skirtumas tarp gydytojų ir slaugytojų darbo užmokesčio tik didės. t.y. darbo užmokestį keliant nuo 350 eurų ar nuo 2 tūkst. ar 4 tūkst. eurų. Pasak D. Margelienės, slaugytojai pasipiktinę kai kurių SPI vadovų sprendimais bei nuostatomis, ir nuogaustauja, kad lėšos atlyginimams nebus skiriamos, ar jeigu ir bus skiriamos – tai tiek, kiek kas norės.

J. Kumpienė, atkreipė dėmesį į tai, kad Lietuvoje yra daugiau nei 400 juridinių asmenų – sveikatos priežiūros įstaigų. Iš jų Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžios tik 16. Tad SAM nurodyti dėl atlyginimų skyrimo savivaldybėms pavaldžioms įstaigoms negali, todėl Tarybos nutarime vartojamas žodis – „rekomenduoti“. J. Kumpienė paminėjo, kad ankstesnės tokios „rekomendacijos“ buvo vykdomos ir nebuvo pateikta jokių pretenzijų dėl jų nevykdymo. Steigėjas gali nustatyti atlyginimus tiksliai gydymo įstaigų vadovams, kurie nustato gydymo įstaigų darbuotojų darbo užmokesčio apmokėjimo tvarką.

J. Iždonienė teigė, kad šiuo metu darbo užmokesčio mokėjimo tvarkos neturi tik 20 proc. įstaigų, o apie 80 proc. įstaigų, darbo užmokesčio mokėjimo tvarką jau yra patvirtinę.

L. Labanauskas papildė, kad tie 20 proc. įstaigų, darbo užmokesčio mokėjimo tvarką šiuo metu koreguoja ir atnaujina.

Tarybos nariai vienbalsiai pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA.

1. Pritarti, kad:

1.1. iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies būtų skirta 30 000 000 (trisdešimt milijonų) eurų nuo 2016 m. liepos 1 d. suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apskaitomų 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“, už kurias mokama pagal bazines kainas (bazinius dydžius), išlaidoms apmokėti;

1.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos (baziniai dydžiai) nuo 2016 m. liepos 1 d. būtų padidintos 5,5 procento.

2. Rekomenduoti asmens sveikatos priežiūros įstaigoms šio nutarimo 1.1 papunktyje nurodytas lėšas naudoti jų darbuotojų pagrindinio darbo užmokesčio pastoviajai daliai didinti.

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

Pranešėjas Valentin Gavrilov, Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkas, pristatė Ligų, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2016 m. balandžio 22 d. ir 28 d. posėdžiuose priimtus sprendimus dėl Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo pakeitimo.

Tarybos nariai vienbalsiai pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA.

Pritarti:

1. šių vaistinių preparatų įrašymui į A sąrašą:

1.1. *Dimethyl fumarate*, skirto suaugusiems pacientams, kurie serga recidyvuojančia remituojančia išsėtine skleroze (TLK-10-AM kodas G35) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „skiriamas tik monoterapijai pacientams, kuriems interferonai ir (arba) glatiramero acetatas, ir (arba) (teriflunomidas) yra neveiksmingas, netoleruojamas arba kontraindikuotinas“. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

1.2. *Peginterferonum beta 1-a*, skirto suaugusiems pacientams, kurie serga recidyvuojančia remituojančia išsėtine skleroze (TLK-10-AM kodas G35) gydyti, taikant skyrimo sąlygą „skiriamas tik monoterapijai“. Pagal pirmiau minėtą indikaciją vaistinis preparatas būtų įrašytas į A sąrašą tik su sąlyga, jei šio vaisinio preparato gamintojas sudarys gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartį (toliau – Sutartis), kurioje būtų numatyta gražintina vaistinio preparato kainos dalis. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

1.3. *Dolutegravirum*, skirto žmogaus imunodeficito viruso sukeltai ligai (TLK-10-AM kodai B20-B24) gydyti, su sąlygomis, jei šio vaisinio preparato gamintojas: 1) sudarys Sutartį, kurioje būtų numatyta gražintina vaistinio preparato *Dolutegravirum* kainos dalis; 2) sudarys naują Sutartį, kurioje būtų numatyta didesnė gražintina vaistinio preparato *Abacavirum et Lamivudinum* kainos dalis. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 100 procentų jo įsigijimo išlaidų;

1.4. *Bisoprololum et Perindoprilum*, skirto hipertenzinei ligai (TLK-10-AM kodai I10–I11) gydyti. PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti 80 procentų jo įsigijimo išlaidų;

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

2.1. *Levodopa comb. (+Carbidopa+Entacaponum)*, kompensuojamo 80 procentų iš PSDF biudžeto, skirto Parkinsono ligai (TLK-10-AM kodai G20) gydyti, skyrimo sąlygos „skiria gydytojas neurologas, teikiantis tretinio lygio paslaugas, jei Parkinsono ligos (TLK-AM-10 kodas G20) gydymas vaistiniais preparatais, turinčiais generinius analogus, yra nepakankamai efektyvus, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas“, pakeitimui nauja skyrimo sąlyga „skiria gydytojas neurologas pacientams, kurie serga vėlyvąja (komplikuota) Parkinsono liga, kuriems gydymas su *Levodopa* su periferinės DOKA inhibitoriumi (+*Carbidopa*/+*Benserazidum*) nėra pakankamai efektyvus, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas“;

2.2. *Rasagilinum*, kompensuojamo 80 procentų iš PSDF biudžeto, skirto Parkinsono ligai (TLK-10-AM kodai G20) gydyti, skyrimo sąlygos „skiria gydytojas neurologas, teikiantis

tretinio lygio paslaugas, jei Parkinsono ligos (kodas G20 pagal TLK-10) gydymas vaistiniaisiais preparatais, turinčiais generinių analogų, yra nepakankamai efektyvus, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ar šeimos gydytojas“, pakeitimui nauja skyrimo sąlyga „skiria gydytojas neurologas pacientams, kurie serga vėlyvąja (komplikuota) Parkinsono liga, kuriems gydymas su *Levodopa* su periferinės DOKA inhibitoriumi (+*Carbidopa*/*Benserazidum*) nėra pakankamai efektyvus, vėliau gali išrašyti vidaus ligų ir šeimos gydytojas“.

2.3. *Levetiracetamum*, kompensuojamo 100 procentų iš PSDF biudžeto, skirto epilepsijai (TLK-10-AM kodai G40.2, G40.3, G40.6) gydyti, skyrimo sąlygos „skiriamas tik sunkiai gydomos epilepsijos atveju, kai gydymas kitais vaistais yra neefektyvus, arba tik ypač sunkiai, gresiančiai encefalopatija vaikų epilepsijai gydyti. Skiria gydytojas neurologas arba gydytojas vaikų neurologas, teikiantis tretinio lygio paslaugas, vėliau gali išrašyti gydytojas neurologas arba gydytojas vaikų neurologas“ pakeitimui nauja skyrimo sąlyga „skiria gydytojas neurologas arba vaikų neurologas, vėliau gali išrašyti gydytojas neurologas, gydytojas vaikų neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas“;

2.4. *Levetiracetamum*, kompensuojamo 80 procentų iš PSDF biudžeto, skirto epilepsijai (TLK-10-AM kodai G40.0, G40.1, G40.4, G40.5, G40.7–G40.9) gydyti, skyrimo sąlygos „Skiria gydytojas neurologas arba gydytojas vaikų neurologas, teikiantis tretinio lygio paslaugas tik sunkiai gydomos epilepsijos atveju, kai gydymas kitais vaistais yra neefektyvus, vėliau gali išrašyti gydytojas neurologas arba gydytojas vaikų neurologas“ pakeitimui nauja skyrimo sąlyga „skiria gydytojas neurologas arba vaikų neurologas, vėliau gali išrašyti gydytojas neurologas, gydytojas vaikų neurologas, vidaus ligų ar šeimos gydytojas“.

3. SVARSTYTA. Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) pakeitimas.

Pranešėjas Valentin Gavrilov, Ligu, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkas, pristatė Ligu, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2016 m. balandžio 28 d. posėdyje priimtą sprendimą dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) pakeitimo.

J. Žiūkienė teiravosi, ar vienkartinius atsiurbimo kateterius galima išrašyti tik pacientams, kuriems teikiama ambulatorinė slaugos namuose gleivių išsiurbimo paslauga. Ji domėjosi, ar negalima būtų kiekvienam, turinčiam suformuotą tracheostomą ir gastrostomą, skirti minėtų kateterių, nepriklausomai nuo to, ar pacientą lanko kas nors iš poliklinikos ir atlieka tą procedūrą, ar pacientas pats atlieka tą procedūrą.

E. Ratkevič atsakė, kad SAM šiuo metu rengiama nauja tvarka, dėl slaugos namuose, kuri įsigalios nuo liepos 1 d. Minimos priemonės turi būti įtrauktos į sąrašą, kad kiekvienas pacientas galėtų jas įsigyti. Anksčiau šios priemonės pacientams, turintiems suformuotą tracheostomą ir gastrostomą, buvo kompensuojamos Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, skirtų labai retoms ligoms gydyti, įsigijimo išlaidų kompensavimo komisijos sprendimu.

V. Zaksas pažymėjo, kad kateteris yra atsiurbėjo dalis. Žmogui, kuris atsiurbėjo neturi, kateteriai nereikalingi. Paminėjo, kad ši minima sąlyga yra būtina, nes atsiurbimą žmonės atlieka patys. Tarybos nariai vienbalsiai pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA.

Pritarti įrašyti į Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašą (C sąrašą) medicinos pagalbos priemones *vienkartinius atsiurbimo kateterius*, numatant skyrimo sąlygą „pacientams, kurie turi suformuotą tracheostomą (TLK-10-AM kodai Z43.0 ir Z93.0) arba gastrostomą (TLK-10-AM kodai Z43.1 ir Z93.1) ir kuriems teikiama ambulatorinė slaugos namuose gleivių išsiurbimo paslauga. Skiriama iki 300 vienetų kateterių per mėnesį (iki 3600 kateterių per metus)“.

4. SVARSTYTA. Vaistinio preparato *Vinorelbinum* geriamos kietos formos atskiros bazinės kainos nustatymas.

Pranešėjas Valentin Gavrilov, Ligu, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkas, pristatė Ligu, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2016 m. balandžio 22 d. posėdyje priimtą sprendimą dėl Vaistinio preparato *Vinorelbinum* geriamos kietos formos atskiros bazinės kainos nustatymo.

Tarybos nariai vienbalsiai pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA.

Pritarti siūlymui įrašyti vaistinio preparato *Vinorelbinum* kietąją formą, į Kompensuojamųjų vaistinių preparatų kainyną, grupuojant jį atskirai nuo injekcinės formos ir nustatant jam atskirą bazinę kainą.

5. SVARSTYTA. Naujos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros skatinamosios paslaugos – sergančio tuberkulioze asmens išgydymo paslaugos įvedimas.

Pranešėja Oksana Burokienė, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos Paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyriaus vyriausioji specialistė pristatė naujos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros skatinamosios paslaugos – sergančio tuberkulioze asmens išgydymo paslaugos įvedimą ir šios paslaugos bazinę kainą. Už sergančiojo tuberkulioze išgydymo paslaugą bus mokama atsižvelgiant į bakteriologinių tyrimų rezultatus. Ši paslauga bus apmokėta PSDF biudžeto lėšomis, kai bakteriologiniais tyrimais bus patvirtinta, jog pacientas išgydytas.

K. Strupas teiravosi, ar gali atvira ir neatvira tuberkuliozės forma sergantieji pacientai pakliūti į bendrą pacientų srautą poliklinikose.

R. Baranauskienė patikslino, kad atvira tuberkuliozės forma sergantieji pacientai gydomi stacionare. Kai baigiama tokį pacientą gydyti stacionare, tolesnį gydymą siūloma tęsti pas šeimos gydytoją. Tai būtų tęstinis gydymas.

K. Strupas teigė, kad Skandinavijos šalyse, kada tuberkulioze sergantis pacientas išrašomas iš stacionaro, toliau pacientas ambulatorinį gydymą atlieka specializuotoje klinikoje, o ne bendrame sraute.

R. Baranauskienė paminėjo, kad savo gyvenamojoje vietoje pacientams gydytis būtų pigiau ir patogiau, negu vykti į stacionarinį specializuotą gydymą teikiančią gydymo įstaigą.

Sveikatos apsaugos viceministrė J. Zinkevičiūtė atkreipė dėmesį, kad tai daugiau asocialių žmonių klausimas. Pasak jos, šie žmonės nuolat migruoja, todėl būtina juos nuolat prižiūrėti. J. Zinkevičiūtė teigė, kad šį klausimą būtina spręsti skubos tvarka.

K. Strupas teigė, kad labai svarbus sisteminis požiūris į tuberkuliozės gydymą. Pasak jo, asocialūs žmonės panašūs visose šalyse, tačiau išsivysčiusios šalys neatsisako nuo požiūrio gydyti šiuos pacientus specializuotose įstaigose. K. Strupas pažymėjo, kad šie pacientai turi būti ypač stebimi ir kontroliuojami, kadangi sergamumo tuberkulioze problema Lietuvoje yra grėsmingesnė negu kitose šalyse. Siūlė apgalvoti ne vien galimybę, bet ir privalomumą gydytis, kuris atsiranda tik specializuotoje klinikoje.

Tarybos nariai vienbalsiai pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA.

Pritarti naujai pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros skatinamajai sergančio tuberkulioze asmens išgydymo paslaugai ir jos bazinei kainai – 50 balų.

7. SVARSTYTA. Dėl gydytojo odontologo paslaugos ir jos bazinės kainos patvirtinimo.

Pranešėja Violeta Kutraitė, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos Kainų ir Klasifikacijų departamento Kainų skyriaus vedėja pristatė VLK specialistų apskaičiuotas gydytojo odontologo paslaugos bazinę kainą. Siekiant pagerinti odontologinių paslaugų su bendrine

nejautra prieinamumą bei užtikrinti ambulatorinių gydytojo odontologo paslaugų išlaidų apmokėjimą PSDF biudžeto lėšomis Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašas, patvirtintas LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymu Nr. V-436, papildomas nauja gydytojo odontologo paslauga. Šios paslaugos bazinė kaina prilyginama antrinio lygio gydytojų odontologų paslaugų bazinei kainai, t.y. 12,86 balo. Paslaugos bazinė kaina padidinta 5,5 proc. dėl lėšų skyrimo iš PSDF biudžeto rezervo 2016 metams.

S. Gendvilis pasiteiravo ar visada konsultacijos kaina būna vienoda, kadangi juk kartais pacientui reikia rentgeno ir daugiau tyrimų, pavyzdžiui, panoraminės rentgeno nuotraukos. Tuomet, tokia šios paslaugos kaina neprilygsta sąnaudoms.

V. Zaksas atsakė, kad į šią konsultacijos kainą įskaičiuotas tik gydytojo darbas, o odontologijoje už medžiagas ir vienkartinės priemonės sumoka pacientas, kuriam teikiamos odontologo paslaugos.

Tarybos nariai vienbalsiai pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA.

Pritarti:

1. Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 8 d. įsakymu Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“, papildymui gydytojo odontologo paslauga ir šios paslaugos bazinės kainos prilyginimui antrinio lygio gydytojų odontologų (gydytojo endodontologo, gydytojo ortodonto odontologo, gydytojo ortopedo odontologo, gydytojo periodontologo, gydytojo vaikų odontologo, gydytojo burnos chirurgo, gydytojo veido ir žandikaulių chirurgo) paslaugos bazinei kainai – 12,86 balo;

2. šio nutarimo įsigaliojimui nuo 2016 m. liepos 1 d.

8. SVARSTYTA. Dėl dienos stacionare teikiamos vaikų hematologijos paslaugos, kai atliekama kraujo komponentų transfuzija, ir jos bazinės kainos patvirtinimo.

Pranešėja Violeta Kutraitė, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos Kainų ir Klasifikacijų departamento Kainų skyriaus vedėja pristatė VLK specialistų apskaičiuotas dienos stacionare teikiamų vaikų hematologijos paslaugos, kai atliekama kraujo komponentų transfuzija, bazinę kainą.

Tarybos nariai vienbalsiai pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA.

Pritarti:

1. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų dienos stacionaruose, bazinių kainų ir vidutinės gydymo trukmės sąrašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 6 d. įsakymu Nr. V-660 „Dėl Dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, papildymui vaikų hematologijos paslauga, kai atliekama kraujo komponentų transfuzija (ne mažiau kaip vienos terapinės dozės, t. y. 1 eritrocitų masės vieneto ir (ar) 200x10⁹ trombocitų, ir (ar) 10–20 ml/kg kūno masės šviežiai šaldytos plazmos, transfuzija), ir jos bazinės kainos bei vidutinės gydymo trukmės prilyginimui hematologijos, kai atliekama kraujo komponentų transfuzija (ne mažiau kaip vienos terapinės dozės, t. y. 1 eritrocitų masės vieneto ir (ar) 200x10⁹ trombocitų, ir (ar) 10–20 ml/kg kūno masės šviežiai šaldytos plazmos, transfuzija), paslaugos bazinei kainai – 178,35 balo ir vidutinei gydymo trukmei – 7 dienoms;

2. šio nutarimo įsigaliojimui nuo 2016 m. liepos 1 d.

9. SVARSTYTA. Dėl gydytojo pulmonologo arba vaikų pulmonologo konsultacijos, kai atliekami bakteriologiniai tuberkuliozės tyrimai (tarp jų ir pasėlio skystoje BACTEC MIGT terpėje tyrimas), bazinės kainos patvirtinimo.

Pranešėja Violeta Kutraitė, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos Kainų ir Klasifikacijų departamento Kainų skyriaus vedėja pristatė gydytojo pulmonologo arba vaikų pulmonologo konsultacijos, kai atliekami bakteriologiniai tuberkuliozės tyrimai bazinę kainą.

L. Labanauskas paprašė informacijos dėl skatinamųjų paslaugų.

V. Zaksas teigė, kad skatinamosios paslaugos yra papildomas paskatinimas. Tai nėra tyrimo kaina, tai yra tam tikras empirinis mokėjimas už tyrimus, kurie ir taip turi būti atlikti pacientui. Šių skatinamųjų paslaugų yra dešimtys. Paminėjo, kad VLK turi duomenis dėl skatinamųjų paslaugų, ir joms skiriamų lėšų.

Tarybos nariai vienbalsiai pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA.

Pritarti:

- 1. Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 8 d. įsakymu Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“, papildymui gydytojo pulmonologo arba vaikų pulmonologo konsultacija, kai atliekami bakteriologiniai tuberkuliozės tyrimai (tarp jų ir pasėlio skystoje BACTEC MIGT terpėje tyrimas), ir šios konsultacijos bazinės kainos prilyginimui gydytojo pulmonologo arba vaikų pulmonologo tretinio lygio konsultacijos (kai atliekama bronchoskopija ir (ar) pleuros ertmės punkcija, ir (ar) mikrobiologinis tyrimas, ir (ar) provokacinis bronchų reaktyvumo testas, ir (ar) spirometrija su broncholitiku) bazinei kainai – 38,66 balo;**

- 2. šio nutarimo įsigaliojimui nuo 2016 m. liepos 1 d.**

2016 m. birželio 7 d. posėdyje buvo pristatyta informacija apie automatinių išorinių defibriliatorių (AID) diegimą šalyje. Ją pristatė Anžela Slušnienė, Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos priežiūros departamento antrinio ir tretinio lygio koordinavimo skyriaus vyriausioji specialistė.

G. Rainys atkreipė dėmesį, kad šį klausimą iniciavo LR Susisiekimo ministerija. Taip pat šia tema buvo gautas Seimo Sveikatos reikalų komiteto raštas dėl automatinių išorinių defibriliatorių. G. Rainys šiam klausimui spręsti siūlė sudaryti institucijų tarpusavio susitarimą.

Privalomojo sveikatos draudimo
tarybos pirmininkė

Janina Kumpienė

Privalomojo sveikatos draudimo
tarybos sekretorė

Ramunė Dumbravienė