

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO
Į S A K Y M A S

**DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ, SIŪLOMŲ APMOKĖTI
PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠOMIS,
TEIKIMO REIKALAVIMŲ RENGIMO IR BAZINIŲ KAINŲ SKAIČIAVIMO
TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO**

2008 m. lapkričio 26 d. Nr. V-1156
Vilnius

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 2002, Nr. [123-5512](#)) 9 straipsnio 6 dalimi bei 25 straipsnio 1 dalimi:

T v i r t i n u Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, siūlomų apmokėti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, teikimo reikalavimų rengimo ir bazinių kainų skaičiavimo tvarkos aprašą (pridedamas).

P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti ministerijos sekretoriui pagal administravimo sritį.

LAIKINAI EINANTIS SVEIKATOS APSAUGOS
MINISTRO PAREIGAS

GEDIMINAS ČERNIAUSKAS

**ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ, SIŪLOMŲ APMOKĖTI
PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠOMIS,
TEIKIMO REIKALAVIMŲ RENGIMO IR BAZINIŲ KAINŲ SKAIČIAVIMO
TVARKOS APRAŠAS**

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, siūlomų apmokėti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, teikimo reikalavimų rengimo ir bazinių kainų skaičiavimo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) reglamentuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų rengimo ir bazinių kainų skaičiavimo procesą.

2. Sveikatos apsaugos ministerija nustato šio proceso įgyvendinimo principus ir prioritetus:

2.1. atstovavimas apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu interesams;

2.2. efektyvus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimas, siekiant padidinti geros kokybės paslaugų prieinamumą;

2.3. suinteresuotųjų šalių lygiateisiškumas;

2.4. bazinių kainų skaičiavimo proceso skaidrumas.

3. Aprašu privalo vadovautis visi atsakingieji asmenys, dalyvaujantys Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų kainodaros procese.

II SĄVOKOS IR SUTRUMPINIMAI

4. Apraše vartojamos šios sąvokos ir sutrumpinimai:

ASPI – asmens sveikatos priežiūros įstaiga;

EUNETHTA (angl. *European network for Health Technology Assessment*) – Europos medicinos technologijų vertinimo tinklas;

iniciatorius – Aprašo 5 punkte nurodytas subjektas, turintis teisę inicijuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugos įtraukimą į siūlomų paslaugų sąrašą ir (ar) siūlomos naujos paslaugos bazinės kainos nustatymą;

PSDF biudžetas – Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas;

PSDT – Privalomojo sveikatos draudimo taryba;

siūlomos paslaugos – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, siūlomos įtraukti į PSDF biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą;

teikėjas – asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjas;

Valstybinė ligonių kasa – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

**III. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ TEIKIMO REIKALAVIMŲ
RENGIMO IR BAZINIŲ KAINŲ SKAIČIAVIMO TVARKA**

5. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, siūlomų apmokėti iš PSDF biudžeto, teikimo reikalavimų rengimo ir šių paslaugų bazinių kainų nustatymo procesą turi teisę inicijuoti:

5.1. Sveikatos apsaugos ministerija;

5.2. Valstybinė ligonių kasa;

5.3. ASPI;

5.4. sveikatos apsaugos srityje veikiančios visuomeninės organizacijos (asociacijos);

5.5. fiziniai asmenys.

6. Iniciatorius kreipiasi į Valstybinę ligonių kasą su paraiška, kurioje privalo pateikti duomenis apie siūlomas paslaugas:

6.1. patvirtinančius siūlomų paslaugų didesnę veiksmingumą (poveikį pacientų saugumui, diagnostikos ir gydymo rezultatams, gydymo proceso trukmei), palyginti su PSDF biudžeto lėšomis apmokamomis paslaugomis. Šie duomenys turi būti pagrįsti bent vienos medicinos technologijų vertinimo organizacijos, priklausančios EUNETHTA tinklui, rekomendacijomis, o jų nesant – randomizuotų kontroliuojamų klinikinių tyrimų metaanalize pagrįstomis publikacijomis ISI (angl. *International Score Index*) turinčiuose moksliniuose leidiniuose, prieinamuose per interneto paieškos sistemas „Medline“ (<http://medline.cos.com>) ir „Cohrane“ (<http://www.cohrane.org>); jei apie tokias metaanalizes nėra duomenų, pateikiamos Europos gydytojų specialistų vienijančių asociacijų gydymo metodikose nurodytos rekomendacijos;

6.2. apibrėžiančius gyventojų grupę, kuriai būtų skiriamos siūlomos paslaugos, preliminarų metinį pacientų skaičių ir teikėjo galimybes suteikti šiems pacientams siūlomas paslaugas;

6.3. informuojančius apie preliminarinius siūlomų paslaugų teikimo kaštus.

7. Paraiškoje gali būti pateikti iniciatoriui prieinami duomenys apie analogiškų paslaugų apmokėjimo Europos Sąjungos šalyse praktiką.

8. Valstybinė ligonių kasa atlieka iniciatorių paraiškų pirminį vertinimą pagal šio Aprašo 6.2 ir 6.3 punktuose įvardytus kriterijus bei analogiškų paslaugų apmokėjimo Europos Sąjungos šalyse praktiką, taip pat preliminariai įvertina galimą mokėjimo už siūlomas paslaugas poveikį PSDF biudžetui.

9. Atlikusi pirminį iniciatorių paraiškų vertinimą, Valstybinė ligonių kasa suformuluoja išvadas dėl siūlomos paslaugos apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tikslingumo, tinkamiausio apmokėjimo metodo bei galimo poveikio PSDF biudžetui. Kiekvienam metų ketvirčiui pasibaigus, šios išvados kartu su iniciatorių paraiškomis per vieną mėnesį pateikiamos Sveikatos apsaugos ministerijai.

10. Sveikatos apsaugos ministerija įvertina paraiškas per mėnesį nuo jų gavimo dienos pagal šio Aprašo 6.1 punktą ir, atsižvelgusi į Valstybinės ligonių kasos paraiškų pirminio vertinimo išvadas, sprendžia dėl prioriteto suteikimo atskirų siūlomų paslaugų teikimo reikalavimų rengimui ir bazinių kainų skaičiavimui.

11. Sveikatos apsaugos ministras sudaro darbo grupes siūlomų paslaugų teikimo reikalavimams parengti. Darbo grupę siūlomos paslaugos teikimo reikalavimams parengti (toliau – darbo grupė) sudaro:

11.1. Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai;

11.2. Valstybinės ligonių kasos deleguoti atstovai;

11.3. atitinkamos sveikatos priežiūros srities specialistai.

12. Darbo grupės veiklą reglamentuoja sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintas Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, siūlomų apmokėti PSDF biudžeto lėšomis, teikimo reikalavimų rengiančių darbo grupių darbo reglamentas.

13. Darbo grupė parengia siūlomos paslaugos teikimo reikalavimų projektą ir teikia jį sveikatos apsaugos ministro įsakymo dėl darbo grupės sudarymo vykdymą kontroliuojančiam asmeniui.

14. Sveikatos apsaugos ministerija suderintą ir vizuotą siūlomos paslaugos teikimo reikalavimų projektą teikia Valstybinei ligonių kasai.

15. Gavusi siūlomos paslaugos teikimo reikalavimų projektą, Valstybinė ligonių kasa, vadovaudamasi Aprašo 10 punkte nustatytais prioritetais, organizuoja siūlomos paslaugos bazinės kainos skaičiavimą ir parengia:

15.1. siūlomos paslaugos bazinės kainos, apskaičiuotos pagal Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą bazinių kainų nustatymo metodiką, projektą;

15.2. pažymą dėl galimo siūlomos paslaugos apmokėjimo šia bazine kaina poveikio PSDF biudžetui.

16. Parengtus teisės aktų projektus Valstybinė ligonių kasa teikia PSDT:

16.1. Sveikatos apsaugos ministerijos darbo grupės parengtą siūlomos paslaugos teikimo reikalavimų projektą;

16.2. Valstybinės ligonių kasos siūlomos paslaugos bazinės kainos projektą ir pažymą dėl galimo paslaugos apmokėjimo šia bazine kaina poveikio PSDF biudžetui.

17. PSDT įvertinus siūlomos paslaugos teikimo reikalavimų ir bazinės kainos projektus, šie teisės aktų projektai teikiami tvirtinti sveikatos apsaugos ministrui.

18. Prireikus teisės aktų projektus pagal PSDT siūlymus koreguoja:

18.1. siūlomos paslaugos teikimo reikalavimų projektą – Sveikatos apsaugos ministerija;

18.2. siūlomos paslaugos bazinės kainos projektą – Valstybinė ligonių kasa.

19. Valstybinė ligonių kasa raštu informuoja iniciatorius apie priimtus sprendimus dėl jų pateiktų paraiškų.
