

Suvestinė redakcija nuo 2021-01-01 iki 2021-06-30

Įsakymas paskelbtas: Žin. 2013, Nr. [43-2132](#), i. k. 1132250ISAK000V-388

Nauja redakcija nuo 2017-01-01:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ĮSAKYMAS

**DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ, KURIŲ IŠLAIDOS
APMOKAMOS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO
LĖŠOMIS, BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMO METODIKOS PATVIRTINIMO**

2013 m. balandžio 22 d. Nr. V-388

Vilnius

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 25 straipsnio 2 dalimi:

1. T v i r t i n u Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodiką (pridedama).

2. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti viceministrui pagal veiklos sritį.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

VYTENIS POVILAS ANDRIUKAITIS

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymu Nr.
V-388

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ, KURIŲ IŠLAIDOS APMOKAMOS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠOMIS, BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMO METODIKA

I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS

Pakeistas skyriaus pavadinimas:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

1. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika (toliau – Metodika) reglamentuoja bendruosius asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įskaitant aktyviojo gydymo paslaugas, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų skaičiavimo principus ir tvarką.

2. Neteko galios nuo 2017-01-01

Punkto naikinimas:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

3. Metodika privalo vadovautis Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM), Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK), asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPI) ir teritorinės ligonių kasos.

II SKYRIUS METODIKOJE VARTOJAMOS SĄVOKOS IR JŲ APIBRĖŽIMAI

Pakeistas skyriaus pavadinimas:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

4. Metodikoje vartojamos šios sąvokos ir jų apibrėžimai:

4.1. **aktyviojo gydymo atvejis** – paciento gydymo laikotarpis (gydymo etapas), kuriuo jam teikiamos aktyviojo gydymo paslaugos;

4.2. **aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas** – dydis, parodantis bazinės ir faktinės aktyviojo gydymo atvejo kainų santykį ir priklausantis nuo giminingų diagnozių grupės, kuriai priskiriamas aktyviojo gydymo atvejis, ir gydymo trukmės. Bazinė aktyviojo gydymo kaina prilyginama vienetui, o giminingų diagnozių grupių kainų koeficientai apskaičiuojami vieneto atžvilgiu;

4.3. **aktyviojo gydymo paslaugos** – dienos chirurgijos ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo, tęstinio aktyvaus gydymo ar sužalojimo, kai reikalingas ištyrimas ir (ar) aktyvus medikamentinis, ir (ar) chirurginis gydymas, kuris negali būti taikomas ambulatorinėmis sąlygomis, išskyrus ilgalaikio gydymo ir stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas ir asmens slaugančio vaiką (-us) išlaikymą;

4.4. **bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina** – kiekvienais metais nustatoma ataskaitinio laikotarpio (praėjusių kalendorinių metų) nekintamoji faktinės aktyviojo gydymo atvejo kainos dalis, išreikšta balais;

4.5. **bazinė kaina** – asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto, kaina. Viešojo pirkimo būdu centralizuotai įsigyjamų protezų, reagentų ir kitų medicinos pagalbos priemonių, būtinų asmens sveikatos priežiūrai, kaina laikoma šių priemonių bazine kaina;

4.6. faktinė aktyviojo gydymo atvejo kaina – aktyviojo gydymo atvejo kaina, kurią nustatant bazinę aktyviojo gydymo atvejo kainą dauginama iš atitinkamo aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficiento, vadovaujantis Giminingų diagnozių grupių sąrašu bei Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašu, patvirtintais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 23 d. įsakymu Nr. V-1118 „Dėl Giminingų diagnozių grupių sąrašo, Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašo bei bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos tvirtinimo“. Jei aktyviojo gydymo atveju taikoma medicinos pagalbos priemonė ir (ar) vaistas, ir (ar) kraujo komponentas, ir (ar) procedūra, kurių kainos yra įtrauktos į Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašą, patvirtintą šiame papunktyje nurodytu įsakymu, faktinė aktyviojo gydymo atvejo kaina apskaičiuojama jo bazinę kainą dauginant iš tam tikro kainos koeficiento ir pridėdant šiame sąrašė nurodytą taikytos medicinos pagalbos priemonės ir (ar) vaisto, ir (ar) kraujo komponento, ir (ar) procedūros kainą. Faktinės ir bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainų skirtumas sudaro kintamąją faktinės aktyviojo gydymo kainos dalį, išreikštą balais;

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-843](#), 2017-07-04, paskelbta TAR 2017-07-07, i. k. 2017-11667

4.7. giminingų diagnozių grupė – aktyviojo gydymo paslaugų grupė, kurią sudaro medicinos (pagal diagnozes ir kitus kriterijus) ir ekonomikos (pagal sąnaudas) požiūriu panašios paslaugos;

4.8. ilgalaikis gydymas – stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, kai reikalingas ilgai (dažniausiai ilgiau nei mėnesį) trunkantis etiopatogenetinis ir (ar) palaikomasis, ir (ar) simptominis gydymas, ir (ar) slauga. Ilgalaikio gydymo paslaugų pavyzdžiai: palaikomojo gydymo ir slaugos, paliatyvosios pagalbos, tuberkuliozės, specialiosios psichiatrijos, psichikos ligų ilgalaikio gydymo paslaugos ir pan.;

4.9. prisirašęs gyventojas – prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugas teikiančios ASPĮ prisirašęs gyventojas;

4.10. tarptautinis sąnaudų grupės kainos koeficientas – dydis, apskaičiuojamas naudojantis Australijos Sandraugos Vyriausybės agentūros, vadinamosios Nepriklausomos gydymo paslaugų kainodaros institucijos (toliau – NGPKI), originaliais duomenimis apie sąnaudų grupių struktūrą (pagal Australijos AR-DRG klasifikavimo sistemą), kurie skelbiami Australijos NGPKI oficialiame tinklalapyje (www.ihpa.gov.au);

4.11 vartotojų kainų indeksas (06 Sveikata) – santykinis rodiklis, kuriuo išreiškiamas vartojimo prekių ir paslaugų, kurias namų ūkiai perka sveikatos poreikiams, bendras kainų pokytis per tam tikrą laikotarpį, skelbiamas Oficialiosios statistikos portale.

Papildyta papunkčiu:

Nr. [V-1869](#), 2020-08-19, paskelbta TAR 2020-08-19, i. k. 2020-17548

4.12. veiklos sąnaudos – ASPĮ ataskaitinio laikotarpio išlaidos, susijusios su pagrindine ASPĮ veikla;

Papunkčio numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-1869](#), 2020-08-19, paskelbta TAR 2020-08-19, i. k. 2020-17548

4.13. vienam gyventojui tenkančių greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugų metinė bazinė kaina – metinė vienam gyventojui tenkančių GMP paslaugų – GMP dispečerinės tarnybos ir GMP brigadų teikiamų paslaugų – kaina nustatoma pagal vidutines ataskaitinio laikotarpio atitinkamų GMP paslaugų sąnaudas, tenkančias vienam nustatytos teritorijos gyventojui;

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-1130](#), 2018-10-15, paskelbta TAR 2018-10-15, i. k. 2018-16218

Nr. [V-261](#), 2020-03-03, paskelbta TAR 2020-03-05, i. k. 2020-04965

Papunkčio numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-1869](#), 2020-08-19, paskelbta TAR 2020-08-19, i. k. 2020-17548

4.14. vienam prisirašiusiam gyventojui tenkančių PAASP paslaugų (išskyrus pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugas) metinė bazinė kaina – metinė vienam prisirašiusiam gyventojui tenkančių PAASP paslaugų (išskyrus pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugas) kaina, nustatoma atsižvelgiant į vidutines ataskaitinio laikotarpio (kalendorinių metų) jų teikimo šalies mastu sąnaudas, tenkančias vienam atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui, ir įvertinant (šalies mastu) prisirašiusių gyventojų apsilankymų skaičių, atliekamų tyrimų skaičių bei sergamumą vienu metu dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, t. y. poliligotumą, bei atitinkamų amžiaus grupių prisirašiusių gyventojų skaičių;

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-1130](#), 2018-10-15, paskelbta TAR 2018-10-15, i. k. 2018-16218

Papunkčio numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-1869](#), 2020-08-19, paskelbta TAR 2020-08-19, i. k. 2020-17548

4.15. vienam prisirašiusiam gyventojui tenkančių pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros arba pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina – metinė vienam prisirašiusiam gyventojui tenkančių pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros arba pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kaina, nustatoma atsižvelgiant į vidutines ataskaitinio laikotarpio (kalendorinių metų) jų teikimo šalies mastu sąnaudas, tenkančias vienam atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui;

Papildyta papunkčiu:

Nr. [V-1130](#), 2018-10-15, paskelbta TAR 2018-10-15, i. k. 2018-16218

Papunkčio numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-1869](#), 2020-08-19, paskelbta TAR 2020-08-19, i. k. 2020-17548

4.16. Minimali ilgalaikio materialiojo turto (medicinos priemonės (prietaiso)), kuris yra tiesiogiai susijęs su atitinkamos paslaugos teikimu ir kurio nusidėvėjimo / amortizacijos sąnaudos yra įskaičiuojamos į atitinkamos paslaugos, įvardytos Metodikos VII skyriuje, kainą, vertė (įsigijimo (pagaminimo) savikaina) yra apibrėžta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. birželio 10 d. nutarimu Nr. 564 „Dėl minimalios ilgalaikio materialiojo turto vertės nustatymo ir ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) minimalių ir maksimalių ekonominių normatyvų viešojo sektoriaus subjektams sąrašo patvirtinimo

Papildyta papunkčiu:

Nr. [V-2265](#), 2020-10-14, paskelbta TAR 2020-10-14, i. k. 2020-21348

4.17. Kitos Metodikoje vartojamos sąvokos atitinka teisės aktuose, reglamentuojančiuose asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo už jas tvarką, nurodytas sąvokas ir jų apibrėžimus.

Papunkčio numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-1130](#), 2018-10-15, paskelbta TAR 2018-10-15, i. k. 2018-16218

Nr. [V-1869](#), 2020-08-19, paskelbta TAR 2020-08-19, i. k. 2020-17548

Nr. [V-2265](#), 2020-10-14, paskelbta TAR 2020-10-14, i. k. 2020-21348

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

III SKYRIUS

BENDRIEJI ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMO PRINCIPAI IR ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINIŲ KAINŲ AR JŲ BALO VERČIŲ PERSKAIČIAVIMO KRITERIJAI

Pakeistas skyriaus pavadinimas:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

Nr. [V-1869](#), 2020-08-19, paskelbta TAR 2020-08-19, i. k. 2020-17548

5. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos nustatomos vadovaujantis šiais pagrindiniais principais:

5.1. objektyvumo – bazinės kainos nustatomos vadovaujantis teisinga sąnaudų apskaita, t. y. sąnaudų priskyrimas paslaugoms vykdomas nešališkai, neiškreipiant nė vienos paslaugos teikimo sąnaudų duomenų ar ASPĮ galutinių ataskaitinio laikotarpio rezultatų;

5.2. skaidrumo – bazinių kainų skaičiavimo sistema turi leisti skaidriai, aiškiai ir nesudėtingai nustatyti kiekvienos ASPĮ veiklos sąnaudas;

5.3. viešumo – informacija apie bazinių kainų skaičiavimo sistemos veikimo principus ir rezultatus turi būti prieinama ir suprantama jos naudotojams ar gavėjams, turintiems teisę gauti šią informaciją;

5.4. asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nurodytų Metodikos IV–VII skyriuose, bazinės kainos ar jų balo vertės perskaičiuojamos, kai:

5.4.1. vartotojų kainų indeksas (06 Sveikata) nuo paskutinio asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų ar jų balo verčių pakeitimo padidėja arba sumažėja 15 procentų – šiuo atveju asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos ar jų balo vertės didinamos arba mažinamos atsižvelgiant į PSDF biudžeto galimybes;

5.4.2. priimtas sprendimas didinti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų vidutinį darbo užmokestį tam tikra procentine dalimi (bendrai arba numatytai specialistų grupei). Atsižvelgiant į asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupių sąnaudų struktūrą, VLK apskaičiuoja, kokia procentine dalimi didinamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupių bazinės kainos ar jų balo vertės;

5.4.3. padidėja arba sumažėja PSDF biudžeto lėšos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (PSDF biudžeto 01 išlaidų straipsnis) tokiu dydžiu, kad visas ar tam tikros asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupės bazinės kainos ar jų balo vertės būtų galima didinti arba reikėtų mažinti ne mažiau kaip vienu procentiniu punktu. Nustatant lėšas, kurios galėtų būti skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų ar jų balo verčių didinimui, neįtraukiamos lėšos, būtinos:

5.4.3.1. asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių bazinės kainos ar jų balo vertės pakeistos ne nuo metų pradžios, apmokėjimui pakeistomis bazinėmis kainomis ar balo vertėmis visus ateinančius metus užtikrinti;

5.4.3.2. naujų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurios pradėtos kompensuoti ne nuo metų pradžios, kompensavimo tęstinumui visus ateinančius metus užtikrinti;

5.4.3.3. asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurias ne nuo metų pradžios pradėjo teikti naujos (papildomos) asmens sveikatos priežiūros įstaigos, apmokėjimo tęstinumui visus ateinančius metus užtikrinti;

5.4.3.4. pradėti kompensuoti naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto nustatytą eiliškumą;

5.4.3.5. einamųjų metų prognozuojamoms viršsutarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti.

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-1869](#), 2020-08-19, paskelbta TAR 2020-08-19, i. k. 2020-17548

5.5 įprastinis ataskaitinis laikotarpis, pagal kurio duomenis nustatomos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, yra vieni PSDF biudžeto formavimo ir vykdymo metai. Atskirais atvejais, pasikeitus metinei PSDF biudžeto lėšų sumai (pvz., dėl papildomų lėšų, skirtų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti), ataskaitinis laikotarpis gali sutapti su pasikeitusio PSDF biudžeto formavimo ir vykdymo laikotarpiu. Kiekvienais finansiniais metais, remiantis ataskaitinio laikotarpio (praėjusių metų) veiklos sąnaudų duomenimis, numatomos ateinančių finansinių metų aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPĮ veiklos sąnaudos ir kiti ASPĮ veiklos rodikliai.

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-226](#), 2017-02-28, paskelbta TAR 2017-03-02, i. k. 2017-03483

IV SKYRIUS

PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMAS

6. Vienam prisirašiusiam gyventojui tenkančių pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų arba pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina (balais) apskaičiuojama taip:

$$B_p = \frac{\sum_{i=1}^n E_i}{\sum_{i=1}^n G_i},$$

kai:

B_p – metinė prisirašiusiam gyventojui tenkančių pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų arba pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bazinė kaina (balais),

E_i – i-tosios ASPI ataskaitinio laikotarpio veiklos sąnaudos, susijusios su pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų arba pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimu atitinkamos amžiaus grupės gyventojams,

G_i – atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių prie i-tosios ASPI, teikiančios pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir (ar) pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, gyventojų skaičius,

n – ASPI, teikiančių pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir (ar) pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, skaičius,

i ($i = 1, 2, 3, \dots, n$) – ASPI, teikiančių pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir (ar) pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, indeksas.

7. Vienam prisirašiusiam gyventojui tenkančių PAASP paslaugų (išskyrus pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros ir pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas) metinė bazinė kaina (balais) apskaičiuojama pagal ateinantiems metams PAASP paslaugoms numatytą PSDF biudžeto lėšų sumą (įvertinant prisirašiusių gyventojų apsilankymų skaičių, atliekamų tyrimų skaičių ir sergamumą dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis vienu metu, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, t. y. poliligotumą) bei atitinkamų amžiaus grupių prisirašiusių gyventojų skaičių:

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1130](#), 2018-10-15, paskelbta TAR 2018-10-15, i. k. 2018-16218

7.1. PSDF lėšų suma, skirta ateinančių metų PAASP paslaugų (išskyrus psichikos sveikatos priežiūros ir odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas) išlaidoms apmokėti, paskirstoma į 3 nustatyto dydžio (procentais) dalis: lėšų tyrimų sąnaudoms padengti dalį, lėšų gydymo, susijusio su poliligotumu, sąnaudoms padengti dalį ir likusių lėšų dalį, skirtą kitoms ASPI veiklos sąnaudoms padengti.

7.2. Vienam atitinkamos gyventojų amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui tenkančių PAASP paslaugų (išskyrus psichikos sveikatos priežiūros ir odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas) metinė bazinė kaina (balais) apskaičiuojama taip:

$$K_{AG} = \frac{T}{\sum_{AG} PR_{AG}} \times KT_{AG} + \frac{P}{\sum_{AG} PR_{AG}} \times KP_{AG} + \frac{A}{\sum_{AG} PR_{AG}} \times KAPS_{AG},$$

kai:

K_{AG} – vienam prisirašiusiam atitinkamos amžiaus grupės gyventojui tenkančių PAASP paslaugų (išskyrus psichikos sveikatos priežiūros ir odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas) metinė bazinė kaina (balais),

PR_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų (išskyrus gyventojus, prisirašiusius prie ASPI, teikiančių tik pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir (ar) pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas) skaičius,

T – lėšų suma, skirta padengti ASPI veiklos sąnaudoms, susijusioms su PAASP paslaugų teikimo metu atliekamais tyrimais,

P – lėšų suma, skirta padengti ASPI veiklos sąnaudoms, susijusioms su pacientų gydymu dėl dviejų (ir daugiau) lėtinių ligų vienu metu, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai (poliligitumu),

A – lėšų suma, skirta padengti kitoms ASPI veiklos sąnaudoms, susijusioms su PAASP paslaugų (išskyrus pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros ir pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas) teikimu,

KT_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės gyventojams atliekamų tyrimų koeficientas,

KP_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės gyventojų poliligitumo koeficientas,

$KAPS_{AG}$ – atitinkamos amžiaus grupės gyventojų apsilankymų PAASP paslaugas teikiančiose ASPI koeficientas,

AG – gyventojų amžiaus grupė.

7.3. Jei keičiamas arba nustatomas naujas maksimalus pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros ir pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros bei kitų specialistų aptarnaujamų prisirašiusių gyventojų skaičiaus normatyvas, šių paslaugų metinės bazinės kainos pokytis apskaičiuojamas taip:

$$\Delta B_p = \frac{\sum_k VIDDUF_k \times ET_k \times q}{PR},$$

kai:

ΔB_p – pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų arba pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų metinės bazinės kainos pokytis,

$VIDDUF_k$ – vidutinis šalies ataskaitinio laikotarpio atitinkamos kategorijos pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros arba pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančio specialisto, arba kito specialisto metinis darbo užmokesčio fondas,

ET_k – reikiamų atitinkamos kategorijos pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros arba pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančio specialisto, arba kito specialisto etatų skaičius,

q – bendrųjų ūkio sąnaudų koeficientas,

PR – prisirašiusių gyventojų skaičius,

k – specialisto kategorija.

Papildyta papunkčiu:

Nr. [V-1130](#), 2018-10-15, paskelbta TAR 2018-10-15, i. k. 2018-16218

Skyriaus pakeitimai:

Nr. [V-571](#), 2018-05-10, paskelbta TAR 2018-05-10, i. k. 2018-07594

V SKYRIUS

GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMAS

Pakeistas skyriaus pavadinimas:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

8. GMP paslaugų, kurių išlaidos apmokamos iš PSDF biudžeto, bazinės kainos nustatomos šiuo būdu:

8.1. vienam gyventojui tenkančių GMP dispečerinės tarnybos teikiamų paslaugų metinė bazinė kaina apskaičiuojama taip:

$$K_1 = \frac{\sum_{i=1}^n E_i}{\sum_{i=1}^n G_i},$$

kai:

K_1 – vienam gyventojui tenkančių GMP dispečerinės tarnybos teikiamų paslaugų metinė bazinė kaina,

E_i – nustatytos teritorijos i-tosios GMP dispečerinės tarnybos ataskaitinio laikotarpio veiklos sąnaudos,

G_i – nustatytos teritorijos i-tosios GMP dispečerinės tarnybos aptarnaujamų gyventojų skaičius,

n – GMP dispečerinių tarnybų skaičius;

i ($i = 1, 2, 3, \dots, n$) – GMP dispečerinės tarnybos indeksas;

8.2. vienam gyventojui tenkančių GMP brigadų teikiamų paslaugų metinė bazinė kaina apskaičiuojama taip:

$$K_2 = \frac{\sum_{i=1}^n E_i}{\sum_{i=1}^n G_i},$$

kai:

K_2 – vienam gyventojui tenkančių GMP brigadų teikiamų paslaugų metinė bazinė kaina,
 E_i – nustatytos teritorijos i-tosios GMP brigados ataskaitinio laikotarpio veiklos sąnaudos,

G_i – nustatytos teritorijos i-tosios GMP brigados aptarnaujamų gyventojų skaičius,

n – GMP brigadų skaičius,

i ($i = 1, 2, 3, \dots, n$) – GMP brigados indeksas.

Šių paslaugų, tenkančių vienam miesto gyvenamųjų vietovių (joms priskiriami miestai, kurių gyventojų skaičius viršija 3 000) gyventojui ir vienam kaimo gyvenamųjų vietovių (joms priskiriami miesteliai, kaimai ir viensėdžiai) bei miesto, kurio gyventojų skaičius neviršija 3 000, gyventojui, metinė bazinė kaina skaičiuojama atskirai.

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-261](#), 2020-03-03, paskelbta TAR 2020-03-05, i. k. 2020-04965

8.3. Neteko galios nuo 2020-03-06

Papunkčio naikinimas:

Nr. [V-261](#), 2020-03-03, paskelbta TAR 2020-03-05, i. k. 2020-04965

VI SKYRIUS

BAZINĖS AKTYVIOJO GYDYMO ATVEJO KAINOS NUSTATYMAS

Pakeistas skyriaus pavadinimas:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

9. Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina (balais) apskaičiuojama prognozuojamą metinę PSDF biudžeto išlaidų sumą, skirtą ateinančių finansinių metų aktyviojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti, dalijant iš svertinio aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičiaus (šio skaičiaus nustatymo tvarka pateikiama Metodikos 1 priede). Svertinis aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičius – tai bendras standartizuotas aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičius, kurio dydis priklauso nuo šių atvejų sudėtingumo.

Prognozuojama metinė PSDF biudžeto išlaidų suma ateinančių finansinių metų aktyviojo gydymo paslaugoms apskaičiuojama iš bendros metinės PSDF biudžeto išlaidų sumos, numatytos aktyviajam gydymui ateinančiais finansiniais metais, atimant prognozuojamas einamųjų metų išlaidas medicinos pagalbos priemonėms, vaistams, procedūroms ir kraujo komponentams, kurie yra įtraukti į Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 23 d. įsakymu Nr. V-1118 „Dėl Giminingų diagnozių grupių sąrašo, Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašo, bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos ir Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašo tvirtinimo“ (toliau – Sąrašas), taip pat atimant planuojamas išlaidas ateinančiais finansiniais metais numatomoms įtraukti į Sąrašą medicinos pagalbos priemonėms, vaistams, procedūroms ir kraujo komponentams.

9.1. Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina (balais) apskaičiuojama:

$$BK = \frac{P}{SALSK},$$

kai:

BK – bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina,

P – prognozuojama metinė ateinančių finansinių metų PSDF biudžeto išlaidų suma (balais) aktyviojo gydymo paslaugoms,

SALSK – svertinis aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičius.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-409](#), 2018-04-10, paskelbta TAR 2018-04-12, i. k. 2018-05888

10. Bazinę aktyviojo gydymo atvejo kainą dauginant iš aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficiento apskaičiuojama faktinė aktyviojo gydymo atvejo kaina:

10.1. matematiniu statistiniu logaritminės skalės L3H3 metodu nustatoma kiekvieno atitinkamai giminingų diagnozių grupei priskiriamo aktyviojo gydymo atvejo normatyvinė vidutinė, minimali ir maksimali trukmė (šio dydžio nustatymo tvarka pateikiama Metodikos 2 priede);

10.2. apskaičiuojama aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficiento reikšmė, atsižvelgiant į giminingų diagnozių grupę, kuriai priskiriamas aktyviojo gydymo atvejis, ir gydymo trukmę (šio dydžio nustatymo tvarka pateikiama Metodikos 3 priede). Skaičiuojami šie aktyviojo gydymo kainos koeficientai:

10.2.1. dienos gydymo kainos koeficientas (*DK*) – šis aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas taikomas tada, kai atvejui priskiriamas požymis „dienos paslauga“ arba kai pacientas atvyksta į gydymo įstaigą ir išvyksta iš jos tą pačią dieną,

10.2.2. paros gydymo kainos koeficientas (*PK*) – šis aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas taikomas tada, kai pacientas vieną dieną atvyksta į gydymo įstaigą, o kitą dieną (antrąją dieną po atvykimo) iš jos išvyksta,

10.2.3. vidutinės trukmės gydymo atvejo kainos koeficientas (*AK*) – šis koeficientas taikomas aktyviojo gydymo atvejo kainai nustatyti, kai gydymo trukmė ilgesnė už minimalią gydymo trukmę arba lygi jai ir trumpesnė už maksimalią gydymo trukmę arba lygi jai,

10.2.4. lovadienio kainos koeficientas (*LKMIN*) – šis koeficientas taikomas lovadienio kainai nustatyti, kai gydymo trukmė yra trumpesnė už minimalią gydymo trukmę ir ilgesnė už 1 lovadienį,

10.2.5. lovadienio kainos koeficientas (*LKMAX*) – šis koeficientas taikomas lovadienio kainai nustatyti, kai gydymo trukmė ilgesnė už maksimalią gydymo trukmę;

10.3. Jei aktyviojo gydymo atveju taikoma medicinos pagalbos priemonė ir (ar) vaistas, ir (ar) kraujo komponentas, ir (ar) procedūra, kurių kainos yra įtrauktos į Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašą, prie Metodikos 10 punkte nurodytu būdu apskaičiuotos faktinės aktyviojo gydymo atvejo kainos pridedama šiame sąrašė nurodyta taikytos medicinos pagalbos priemonės ir (ar) vaisto, ir (ar) kraujo komponento, ir (ar) procedūros kaina;

Papildyta papunkčiu:

Nr. [V-843](#), 2017-07-04, paskelbta TAR 2017-07-07, i. k. 2017-11667

10.4. Atskirais atvejais, nustatius, kad Metodikos 10 punkte nurodytu būdu apskaičiuota faktinė aktyviojo gydymo atvejo kaina pagrįstai neatitinka ASPI faktinių aktyviojo gydymo atvejo sąnaudų, aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas gali būti tikslinamas pagal šių sąnaudų duomenis;

Papunkčio numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-843](#), 2017-07-04, paskelbta TAR 2017-07-07, i. k. 2017-11667

10.5. Vidutinės medicinos pagalbos priemonės, procedūros ar vaistinio preparato, naudojamų aktyviojo gydymo metu, sąnaudos, kurių nepadengia apskaičiuota vidutinė faktinė aktyviojo gydymo atvejo kaina, gali būti įskaičiuojamos į aktyviojo gydymo atvejo kainą, koreguojant aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientą:

10.5.1. jei atitinkamai gretimų giminingų diagnozių grupei (ADRG) priskiriamais aktyviojo gydymo atvejais tam tikra medicinos pagalbos priemonė, procedūra ar vaistinis preparatas yra taikomi pakankamai dažnai, t. y. tenkinama sąlyga:

$$n_{ADRG} \leq \frac{N_{ADRG}}{N_{ADRG} \times \Delta^2 + 1},$$

kai:

n_{ADRG} – atitinkamai ADRG priskirtų aktyviojo gydymo atvejų, kuriais buvo taikyta medicinos pagalbos priemonė, procedūra ar vaistinis preparatas, skaičius;

N_{ADRG} – bendras aktyviojo gydymo atvejų, priskirtų atitinkamai ADRG, skaičius;

Δ – reikšmingumo lygmuo (1–10 proc.);

10.5.2. jei atitinkamai ADRG priskiriamais aktyviojo gydymo atvejais tam tikra medicinos pagalbos priemonė, procedūra ar vaistinis preparatas nėra taikomi pakankamai dažnai (netenkinama 10.5.1 papunktyje nurodyta sąlyga), – įvertinus tokių atvejų skaičių ir jų pasiskirstymą tarp ASPI;

Papildyta papunkčiu:

Nr. [V-753](#), 2019-06-27, paskelbta TAR 2019-06-28, i. k. 2019-10468

10.6. Tarptautiniai sąnaudų grupių kainų koeficientai koreguojami pagal NGPKI pateiktus duomenis apie vidutines giminingų diagnozių grupėms tenkančias sąnaudas, eliminuojant atitinkamoms giminingų diagnozių grupėms priskiriamų transplantacijos (persodinimo) paslaugų sąnaudas ir visoms gretimų giminingų diagnozių grupės „Negalima grupuoti“ sąnaudų grupėms priskiriamas sąnaudas, taip pat – vidutines giminingų diagnozių grupės „Kochlearinis implantas“ sąnaudų grupei „Protezai ir implantai“ priskiriamas sąnaudas;

Papildyta papunkčiu:

Nr. [V-753](#), 2019-06-27, paskelbta TAR 2019-06-28, i. k. 2019-10468

10.7. Kiti tarptautinių sąnaudų grupių kainų koeficientų tikslinimai gali būti atliekami pasikeitus aktyviojo stacionarinio gydymo paslaugų klasifikavimo pagal giminingų diagnozių grupės versijai ir atsižvelgiant į reikšmingus Lietuvos bei tarptautinės giminingų diagnozių grupių struktūrų skirtumus pagal jų sudėtingumo lygmenis.

Papildyta papunkčiu:

Nr. [V-753](#), 2019-06-27, paskelbta TAR 2019-06-28, i. k. 2019-10468

VII SKYRIUS KITŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMAS

Pakeistas skyriaus pavadinimas:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

11. Kitų (neįvardytų Metodikos IV–VI skyriuose) asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinė kaina (B_k) apskaičiuojama taip:

$$B_k = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n E_i,$$

kai:

B_k – bazinė kaina,

E_i – i-tosios ASPĮ atitinkamos paslaugos teikimo sąnaudos,

n – ASPĮ, teikiančių atitinkamas paslaugas, skaičius,

i ($i = 1, 2, 3, \dots, n$) – ASPĮ, teikiančių atitinkamas paslaugas, indeksas;

11.1. E_i apskaičiuojamas pagal formulę:

$$E_i = I_{du_i} + I_{di_i} + I_{vr_i} + I_{tvp_i} + I_{tp_i} + I_{gf_i} + I_{idif_i} + I_{an_i} + I_{ba_i} + I_{na_i},$$

kai:

E_i – i-tosios ASPĮ atitinkamos paslaugos teikimo sąnaudos,

I_{du_i} – i-tosios ASPĮ personalo, tiesiogiai susijusio su atitinkamos paslaugos teikimu, vidutinės (etato) darbo užmokesčio sąnaudos. ASPĮ personalo vidutinis (etato) darbo užmokesčio dydis nustatomas pagal VLK teikiamus duomenis apie ASPĮ darbuotojų skaičių ir jų vidutinį (etato) darbo užmokestį. Tais atvejais, kai pacientui paslauga yra teikiama namuose (gyvenvietėje, nepriklausančioje savivaldybei, kurioje yra paslaugą teikiančios ASPĮ buveinė) ir tuo tikslu pasinaudojama transporto priemone, į paslaugos teikimo sąnaudas įtraukiamos ir vidutinės (etato) vairuotojo darbo užmokesčio sąnaudos,

I_{di_i} – i-tosios ASPĮ draudėjo įmokos,

I_{vr_i} – i-tosios ASPĮ vidutinės vaistų, reagentų sąnaudos,

I_{tvp_i} – i-tosios ASPĮ vidutinės tvarsliaivos ir kitos vienkartinės priemonių sąnaudos,

I_{tp_i} – i-tosios ASPĮ vidutinės tyrimų ir procedūrų sąnaudos,

I_{gf_i} – i-tosios ASPĮ atskaitymai garantiniam fondui,

I_{idif_i} – i-tosios ASPĮ atskaitymai ilgalaikio darbo išmokų fondui,

I_{an_i} – i-tosios ASPĮ medicinos priemonių (prietaisų), užtikrinančių atitinkamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientų namuose, vidutinės nuomos sąnaudos,

I_{ba_i} – i-tosios ASPĮ vidutinės bendrosios ir administracinės bei ūkio sąnaudos;

I_{na_i} – i-tosios ASPĮ ilgalaikio materialiojo turto (medicinos priemonės (prietaiso)), tiesiogiai susijusio su atitinkamos paslaugos teikimu, vidutinės nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos.

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-1324](#), 2015-11-23, paskelbta TAR 2015-12-02, i. k. 2015-19194

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

Nr. [V-409](#), 2018-04-10, paskelbta TAR 2018-04-12, i. k. 2018-05888
 Nr. [V-495](#), 2019-04-24, paskelbta TAR 2019-04-26, i. k. 2019-06795
 Nr. [V-2265](#), 2020-10-14, paskelbta TAR 2020-10-14, i. k. 2020-21348

11.2. i-tosios ASPĮ personalo, tiesiogiai susijusio su atitinkamos paslaugos teikimu, vidutinės (etato) darbo užmokesčio sąnaudos (I_{du_i}) apskaičiuojamos taip:

$$I_{du_i} = D_{l_i} \times D_u,$$

kai:

I_{du_i} – i-tosios ASPĮ personalo, tiesiogiai susijusio su atitinkamos paslaugos teikimu, vidutinės (etato) darbo užmokesčio sąnaudos,

D_{l_i} – nustatytos darbo laiko sąnaudos (val., min.) i-tosios ASPĮ atitinkamai asmens sveikatos priežiūros paslaugai suteikti,

D_u – vidutinis šalies (valandinis) ataskaitinio laikotarpio atitinkamos ASPĮ personalo kategorijos, tiesiogiai susijusios su tam tikros paslaugos teikimu, darbo užmokestis

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-1354](#), 2020-06-02, paskelbta TAR 2020-06-03, i. k. 2020-12045

11.3. i-tosios ASPĮ vidutinės tyrimų ir procedūrų sąnaudos (I_{p_i}) priskiriamos proporcingai atliktų tyrimų ir procedūrų skaičiui atitinkamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms;

11.4. i-tosios ASPĮ vidutinės vaistų, reagentų sąnaudos (I_{vr_i}), tenkančios atitinkamai asmens sveikatos priežiūros paslaugai, apskaičiuojamos atsižvelgiant į faktinių atitinkamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos sąnaudų dalį, tenkančią vaistams ir reagentams;

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-1354](#), 2020-06-02, paskelbta TAR 2020-06-03, i. k. 2020-12045

11.5. i-tosios ASPĮ vidutinės bendrosios ir administracinės bei ūkio sąnaudos (I_{ba_i}), kurios negali viršyti vidutinių šalies ataskaitinio laikotarpio ASPĮ bendrųjų ir administracinių bei ūkio sąnaudų, apskaičiuojamos taip:

$$I_{ba_i} = q \times (I_{du_i} + I_{di_i}),$$

kai:

I_{ba_i} – i-tosios ASPĮ vidutinės bendrosios ir administracinės bei ūkio sąnaudos,

q – bendrųjų ir administracinių bei ūkio sąnaudų koeficientas, apskaičiuojamas pagal šią formulę:

$$q = \frac{\sum_{i=1}^n V_{ba_i}}{\sum_{i=1}^n (I_{du_i} + I_{di_i})},$$

kai V_{ba_i} – i-tosios ASPĮ bendrosios ir administracinės bei ūkio sąnaudos, kurios apima pacientų transportavimo, maitinimo, komunalinių paslaugų, darbuotojų kvalifikacijos kėlimo, einamojo remonto, mokesčių į biudžetą, ilgalaikio turto nusidėvėjimo ir kitas sąnaudas (įskaitant informacinių technologijų (toliau – IT) specialistų darbo užmokesčio, įrangos remonto, IT sistemų palaikymo ir priežiūros, IT įrangos veikimui reikalingų medžiagų panaudojimo sąnaudas).

Tais atvejais, kai pacientui paslauga teikiama namuose (gyvenvietėje, nepriklausančioje savivaldybei, kurioje yra paslaugą teikiančios ASPĮ buveinė) ir tuo tikslu pasinaudojama transporto priemone, vidutinės bendrosios ūkio sąnaudos mažinamos vidutiniu vairuotojo darbo užmokesčio sąnaudų dydžiu.

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

Nr. [V-1354](#), 2020-06-02, paskelbta TAR 2020-06-03, i. k. 2020-12045

11.6. i-tosios ASPI vidutinės medicinos priemonių (prietaisų), kurie užtikrina atitinkamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientų namuose, nuomos sąnaudos nustatomos nuomos sutarčių pagrindu.

Papildyta punktu:

Nr. [V-1324](#), 2015-11-23, paskelbta TAR 2015-12-02, i. k. 2015-19194

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-2265](#), 2020-10-14, paskelbta TAR 2020-10-14, i. k. 2020-21348

11.7. I_{na_i} – i-tosios ASPI ilgalaikio materialiojo turto (medicinos priemonės (prietaiso)), tiesiogiai susijusio su atitinkamos paslaugos teikimu, vidutinės nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos apskaičiuojamos taip:

$$I_{na_i} = \frac{\sum_j I_{na_{ij}}}{\sum_j P_{ij}},$$

kai:

$I_{na_{ij}}$ – i-tosios ASPI ilgalaikio materialiojo turto (j-tosios medicinos priemonės (prietaiso)), tiesiogiai susijusio su atitinkamos paslaugos teikimu, vidutinės metinės nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos, kurias skaičiuojant taikomas medicinos įrangos nusidėvėjimo (amortizacijos) normatyvas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 18 d. įsakymu Nr. V-875 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros viešojo sektoriaus subjektų ilgalaikio turto nusidėvėjimo (amortizacijos) ekonominių normatyvų patvirtinimo“;

P_{ij} – atitinkamų paslaugų skaičius, suteikiamas per metus naudojant ilgalaikį materialųjį turtą (j-tąją medicinos priemonę (prietaisą)).

Papildyta papunkčiu:

Nr. [V-2265](#), 2020-10-14, paskelbta TAR 2020-10-14, i. k. 2020-21348

12. Pagal VII skyriuje numatytas nuostatas apskaičiavus asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas, šios paslaugos gali būti grupuojamos į atitinkamas grupes. Vienai grupei gali būti priskiriamos tik tos paslaugos, kurioms taikomi reikalavimai yra nustatyti tame pačiame sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintame paslaugų teikimo reikalavimų apraše. Atsižvelgiant į panašias paslaugų teikimo sąnaudas, nustatoma kiekvienai paslaugų grupei taikoma atitinkama bazinė kaina.

Papildyta punktu:

Nr. [V-409](#), 2018-04-10, paskelbta TAR 2018-04-12, i. k. 2018-05888

13. Jei asmens sveikatos priežiūros paslaugos pagal turinį, teikimo būdą ir (ar) sąnaudas yra analogiškos kitoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, kurių bazinės kainos nustatytos galiojančiais teisės aktais, jų bazinės kainos gali būti nustatomos arba keičiamos prilyginant jas galiojančioms analogiškų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinėms kainoms. Gydytojo specialisto konsultacijos, kuri neskirstoma į lygius, bazinė kaina gali būti prilyginta kainai, kuri apskaičiuojama taikant svertinį vidurkį iš antrinio ir/ar tretinio lygių bazinių kainų dydžių, patvirtintų galiojančiais teisės aktais.

Papildyta punktu:

Nr. [V-598](#), 2014-05-16, paskelbta TAR 2014-05-22, i. k. 2014-05621

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1354](#), 2020-06-02, paskelbta TAR 2020-06-03, i. k. 2020-12045

Punkto numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-409](#), 2018-04-10, paskelbta TAR 2018-04-12, i. k. 2018-05888

VIII SKYRIUS

DUOMENŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINĖMS KAINOMS APSKAIČIUOTI TEIKIMO TVARKA

Pakeistas skyriaus pavadinimas:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

14. Į asmens sveikatos priežiūros paslaugos bazinę kainą gali būti įtraukiamos (-a) vidutinės (-ė) tyrimo ir (ar) procedūros kainos (-a), apskaičiuotos (-a) pagal šią paslaugą teikiančių ASPI nustatytas tokio tyrimo ir (ar) procedūros kainas (-ą), jei jos (ji) nėra patvirtintos (-a) galiojančių teisės aktų.

Papildyta punktu:

Nr. [V-1130](#), 2018-10-15, paskelbta TAR 2018-10-15, i. k. 2018-16218

15. Apskaičiuodama Metodikos IV, V ir VII skyriuose nurodytų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas, VLK atlieka išankstinę ASPI, teikiančių ne mažiau kaip 50 proc. bendro tų paslaugų, kurių bazinės kainos nustatomos, skaičiaus (valstybės ir savivaldybių asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros biudžetinių ir viešųjų įstaigų mastu), atranką ir jos pagrindą pagal tikslinės atrankos metodą nustato ne daugiau kaip 10-ties ASPI, teikiančių daugiausia šių paslaugų, imtį. Bazinės kainos skaičiuojamos pagal šiai imčiai priskiriamų ASPI duomenis. Reikiamus duomenis šios ASPI teikia užpildydamos VLK joms siunčiamas duomenų užklausų, kuriose detalieji nurodomas prašomų pateikti duomenų pobūdis, jų pateikimo terminai ir ataskaitiniai laikotarpiai, formas.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurios anksčiau nebuvo teikiamos, bazinėms kainoms apskaičiuoti ASPI, planuojančios teikti šias paslaugas, duomenis apie jų numatomas teikimo sąnaudas pateikia VLK, o nustatant atitinkamų paslaugų skaičių, kuris numatomas suteikti per metus naudojant ilgalaikį materialųjį turtą (į-tąją medicinos priemonę (prietaisą)), jis yra prilyginamas gerąją pasaulinę praktiką atitinkančiam paslaugų, teikiamų naudojant medicinos priemonę (prietaisą), skaičiui arba ekspertų nustatytam maksimaliai galimam suteikti, naudojant atitinkamą medicinos priemonę (prietaisą), paslaugų skaičiui.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

Nr. [V-409](#), 2018-04-10, paskelbta TAR 2018-04-12, i. k. 2018-05888

Nr. [V-1354](#), 2020-06-02, paskelbta TAR 2020-06-03, i. k. 2020-12045

Nr. [V-2265](#), 2020-10-14, paskelbta TAR 2020-10-14, i. k. 2020-21348

Punkto numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-598](#), 2014-05-16, paskelbta TAR 2014-05-22, i. k. 2014-05621

Nr. [V-409](#), 2018-04-10, paskelbta TAR 2018-04-12, i. k. 2018-05888

Nr. [V-1130](#), 2018-10-15, paskelbta TAR 2018-10-15, i. k. 2018-16218

16. Visos valstybės ir savivaldybių aktyviojo gydymo paslaugas teikiančios ASPI teikia VLK ataskaitinio laikotarpio (praėjusių metų) savo veiklos sąnaudų duomenis, vadovaudamosi Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 12 d. įsakymu Nr. V-786 „Dėl Aktyviojo gydymo paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo patvirtinimo“. VLK, apdorojusi gautus duomenis, pagal juos apskaičiuoja aktyviojo gydymo atvejų kainų koeficientų reikšmes.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

Nr. [V-1354](#), 2020-06-02, paskelbta TAR 2020-06-03, i. k. 2020-12045

Punkto numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-598](#), 2014-05-16, paskelbta TAR 2014-05-22, i. k. 2014-05621

Nr. [V-409](#), 2018-04-10, paskelbta TAR 2018-04-12, i. k. 2018-05888

Nr. [V-1130](#), 2018-10-15, paskelbta TAR 2018-10-15, i. k. 2018-16218

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių
išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos
draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių
kainų nustatymo metodikos
1 priedas

AKTYVIOJO GYDymo ATVEJŲ IR LOVADIENIŲ SKAIČIAUS BEI SVERTINIO AKTYVIOJO GYDymo ATVEJŲ IR LOVADIENIŲ SKAIČIAUS APSKAIČIAVIMO TVARKA

I SKYRIUS AKTYVIOJO GYDymo ATVEJŲ IR LOVADIENIŲ SKAIČIAUS APSKAIČIAVIMO TVARKA

Pakeistas skyriaus pavadinimas:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

1. Aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių, priskiriamų atitinkamai giminingų diagnozių grupei, skaičius apskaičiuojamas sudedant:

a) dienos aktyviojo gydymo atvejų, kai aktyviojo gydymo atvejui priskiriamas požymis „dienos paslauga“ arba kai pacientas atvyksta į gydymo įstaigą ir išvyksta iš jos tą pačią dieną, skaičių;

b) paros aktyviojo gydymo atvejų, kai pacientas vieną dieną atvyksta į gydymo įstaigą, o kitą dieną (antrąją dieną po atvykimo) iš jos išvyksta, skaičių;

c) lovadienių, kai gydymo trukmė trumpesnė nei minimali gydymo trukmė ir ilgesnė nei 1 lovadienis, skaičių;

d) vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejų, kai gydymo trukmė ilgesnė nei minimali gydymo trukmė arba lygi jai ir trumpesnė nei maksimali gydymo trukmė arba lygi jai, skaičių;

e) lovadienių, kai gydymo trukmė ilgesnė už maksimalią gydymo trukmę, skaičių.

$$ALSK = \sum_{DRG} (DSK_{DRG} + PSK_{DRG} + LSKMIN_{DRG} + ASK_{DRG} + LSKMAX_{DRG}),$$

kai:

$ALSK$ – aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių skaičius,

ASK – vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejų skaičius,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

DSK – dienos aktyviojo gydymo atvejų skaičius,

$LSKMAX$ – lovadienių, kai gydymo trukmė ilgesnė nei maksimali gydymo trukmė, skaičius,

$LSKMIN$ – lovadienių, kai gydymo trukmė trumpesnė nei minimali gydymo trukmė ir ilgesnė nei 1 lovadienis, skaičius,

PSK – paros aktyviojo gydymo atvejų skaičius;

1.1. dienos aktyviojo gydymo atvejų, kai giminingų diagnozių grupei priskiriamas požymis „dienos paslauga“ arba gydymo atvejo pabaigos data sutampa su gydymo atvejo pradžios data, skaičius apskaičiuojamas taip:

$$DSK_{DRG} = \sum_A 1_{A,DRG},$$

kai:

DSK – dienos aktyviojo gydymo atvejų skaičius,

A – aktyviojo gydymo atvejis,

DRG – giminingų diagnozių grupė;

1.2. paros aktyviojo gydymo atvejų, kai giminingų diagnozių grupei nepriskiriamas požymis „dienos paslauga“ arba aktyviojo gydymo atvejo pabaigos data nesutampa su aktyviojo gydymo atvejo pradžios data, skaičius apskaičiuojamas taip:

$$PSK_{DRG} = \sum_A 1_{A,DRG},$$

kai:

PSK – paros aktyviojo gydymo atvejų skaičius,

A – aktyviojo gydymo atvejis,

DRG – giminingų diagnozių grupė;

1.3. lovardienų, kai gydymo trukmė trumpesnė už minimalią gydymo trukmę ir ilgesnė už 1 lovardienį ir giminingų diagnozių grupei nepriskiriamas požymis „dienos paslauga“ arba aktyviojo gydymo atvejo pabaigos data nesutampa su aktyviojo gydymo atvejo pradžios data, skaičius apskaičiuojamas taip:

$$LSKMIN_{DRG} = \sum_A [(T_{A,DRG} - 1)],$$

kai:

$LSKMIN$ – lovardienų, kai gydymo trukmė trumpesnė nei minimali gydymo trukmė ir ilgesnė nei 1 lovardienis, skaičius,

A – aktyviojo gydymo atvejis,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

T – faktinė gydymo trukmė (lovardieniais);

1.4. vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejų, kai giminingų diagnozių grupei nepriskiriamas požymis „dienos paslauga“ arba aktyviojo gydymo atvejo pabaigos data nesutampa su aktyviojo gydymo atvejo pradžios data, skaičius apskaičiuojamas taip:

$$ASK_{DRG} = \sum_A 1_{A,DRG},$$

kai:

ASK – vidutinės trukmės gydymo atvejų skaičius,

A – aktyviojo gydymo atvejis,

DRG – giminingų diagnozių grupė;

1.5. lovardienų, kai gydymo trukmė ilgesnė nei maksimali gydymo trukmė ir giminingų diagnozių grupei nepriskiriamas požymis „dienos paslauga“, skaičius apskaičiuojamas taip:

$$LSKMAX_{DRG} = \sum_A [(T)]_{A,DRG} - TMAX_{DRG},$$

kai:

$LSKMAX$ – lovardienų, kai gydymo trukmė ilgesnė nei maksimali gydymo trukmė, skaičius,

A – aktyviojo gydymo atvejis,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

T – faktinė gydymo trukmė (lovardieniais),

$TMAX$ – maksimali gydymo trukmė (lovardieniais).

II SKYRIUS

SVERTINIO AKTYVIOJO GYDymo ATVEJŲ IR LOVADIENIŲ SKAIČIAUS APSKAIČIAVIMO TVARKA

Pakeistas skyriaus pavadinimas:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

2. Svertinis aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų, priskiriamų atitinkamai giminingų diagnozių grupei, skaičius apskaičiuojamas taip:

$$SALSK = \sum_{DRG} (DK_{DRG} \times DSK_{DRG} + PK_{DRG} \times PSK_{DRG} + LKMIN_{DRG} \times LSKMIN_{DRG} + AK_{DRG} \times ASK_{DRG} + LKMAX_{DRG} \times LSKMAX_{DRG}),$$

kai:

$SALSK$ – svertinis aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičius,

AK – vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas,

ASK – vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejų skaičius,

DK – dienos aktyviojo gydymo kainos koeficientas,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

DSK – dienos aktyviojo gydymo atvejų skaičius,

$LKMAX$ – lovardienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė nei maksimali gydymo trukmė,

$LKMIN$ – lovardienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė trumpesnė nei minimali gydymo trukmė,

$LSKMAX$ – lovardienų, kai gydymo trukmė ilgesnė nei maksimali gydymo trukmė, skaičius,

$LSKMIN$ – lovardienų, kai gydymo trukmė trumpesnė nei minimali gydymo trukmė ir ilgesnė nei 1 lovardienis, skaičius,

PK – paros aktyviojo gydymo kainos koeficientas,

PSK – paros aktyviojo gydymo atvejų skaičius.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-409](#), 2018-04-10, paskelbta TAR 2018-04-12, i. k. 2018-05888

III SKYRIUS

AKTYVIOJO GYDymo ATVEJŲ IR LOVADIENIŲ SKAIČIAUS BEI SVERTINIO AKTYVIOJO GYDymo ATVEJŲ IR LOVADIENIŲ SKAIČIAUS APSKAIČIAVIMO PAVYZDYS

Pakeistas skyriaus pavadinimas:

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

3. B42B giminingų diagnozių grupei (DRG) priskiriamų aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičius ($ALSK$) bei svertinis šiai giminingų diagnozių grupei priskiriamų aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičius ($SALSK$) apskaičiuojamas pagal toliau pateikiamos lentelės duomenis:

DRG kodas	Kainų koeficientai					Aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičius				
	DK	PK	AK	$LKMIN$	$LKMAX$	DSK	PSK	ASK	$LSKMIN$	$LSKMAX$
B42B	0,969	1,824	1,709	5,242	0,677	2	16	10	25	21

3.1. B42B giminingų diagnozių grupės aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičius ($ALSK$) apskaičiuojamas sudedant Metodikos 1 priedo 3 punkto lentelėje nurodytus aktyviojo gydymo atvejus ir lovardienus:

$$ALSK_{B42B} = DSK_{B42B} + PSK_{B42B} + ASK_{B42B} + LSKMIN_{B42B} + LSKMAX_{B42B} = 2 + 16 + 10 + 25 + 21 = 74$$

3.2. B42B giminingų diagnozių grupės svertinio aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičius ($SALSK$) apskaičiuojamas sudedant Metodikos 1 priedo 3 punkto lentelėje nurodytų

aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių bei gydymo atvejų trukmę atitinkančių kainų koeficientų sandaugas:

$$SALSK = DK_{B42B} \times DSK_{B42B} + PK_{B42B} \times PSK_{B42B} + AK_{B42B} \times ASK_{B42B} + LKMIN_{B42B} \times LSKMIN_{B42B} + LKMAX_{B42B} \times LSKMAX_{B42B} = 0,969 \times 2 + 1,824 \times 16 + 1,709 \times 10 + 5,242 \times 25 + 0,677 \times 21 = 193.$$

NORMATYVINĖS AKTYVIOJO GYDymo TRUKMĖS APSKAIČIAVIMO TVARKA

1. Vidutinė aktyviojo gydymo trukmė lovardieniais apskaičiuojama taip (rezultatą apvalinant iki artimiausio sveikėjo skaičiaus):

1.1. kiekvieno aktyviojo gydymo atvejo trukmė turi tenkinti šią sąlygą:

$$T_{A,DRG} \geq e^{\ln \mu_{g,DRG} - 3 \times \ln \sigma_{g,DRG}} \quad \text{ir} \quad T_{A,DRG} \leq e^{\ln \mu_{g,DRG} + 3 \times \ln \sigma_{g,DRG}},$$

kai:

T – faktinė gydymo trukmė (lovardieniais),

A – aktyviojo gydymo atvejis,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

μ_g – geometrinis vidurkis, σ_g – geometrinis standartinis nuokrypis, e – matematinė konstanta, kuri yra natūrinio logaritmo pagrindas (apytiksliai 2,718281828);

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-409](#), 2018-04-10, paskelbta TAR 2018-04-12, i. k. 2018-05888

1.2. jei aktyviojo gydymo atvejo pabaigos data nesutampa su aktyviojo gydymo atvejo pradžios data ir tenkinama šio priedo 1.1 punkte nustatyta sąlyga:

$$TVID_{DRG} = \sum_A T_{DRG} / \sum_A 1_{DRG},$$

kai:

$TVID$ – vidutinė gydymo trukmė (lovardieniais),

A – aktyviojo gydymo atvejis,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

T – faktinė gydymo trukmė (lovardieniais);

1.3. jei giminingų diagnozių grupei priskiriamas požymis „dienos paslauga“:

$$TVID_{DRG} = 1,$$

kai:

$TVID$ – vidutinė gydymo trukmė (lovardieniais),

DRG – giminingų diagnozių grupė.

2. Minimali gydymo trukmė lovardieniais apskaičiuojama taip (rezultatą apvalinant iki artimiausio didžiausio sveikėjo skaičiaus):

2.1. visais atvejais, išskyrus šio priedo 2.2 punkte nurodytą atvejį:

$$TMIN_{DRG} = TVID_{DRG} / 3,$$

kai:

$TMIN$ – minimali gydymo trukmė lovardieniais,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

$TVID$ – vidutinė gydymo trukmė (lovardieniais);

2.2. jei vidutinė gydymo trukmė, padalyta iš 3, yra mažesnė nei 1:

$$TMIN_{DRG} = 1,$$

kai:

$TMIN$ – minimali gydymo trukmė lovardieniais,

DRG – giminingų diagnozių grupė.

3. Maksimali gydymo trukmė lovardieniais apskaičiuojama taip (rezultatą apvalinant iki artimiausio mažiausio sveikąjo skaičiaus):

$$TMAX_{DRG} = TVID_{DRG} \times 3,$$

kai:

$TMAX$ – maksimali gydymo trukmė lovardieniais,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

$TVID$ – vidutinė gydymo trukmė (lovardieniais).

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių
išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos
draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių
kainų nustatymo metodikos
3 priedas

AKTYVIOJO GYDYMO ATVEJO KAINOS KOEFICIENTŲ APSKAIČIAVIMO TVARKA

1. Skaičiuojant aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientus, iš aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPĮ veiklos sąnaudų eliminuojamos ataskaitinio laikotarpio centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių, kuriomis aprūpinamos šios ASPĮ, sąnaudos ir nustatomos bendrosios vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovardienio sąnaudos, apimančios visas sąnaudų grupes, ir vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovardienio sąnaudos pagal kiekvieną sąnaudų grupę, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 12 d. įsakymu Nr. V-786 „Dėl Aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo patvirtinimo“:

1.1. vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovardienio sąnaudos pagal kiekvieną sąnaudų grupę apskaičiuojamos dalijant atitinkamai sąnaudų grupei priskirtas sąnaudas iš aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienių skaičiaus:

$$AKAVID_{SG} = \frac{SA_{SG}}{ALSK},$$

kai:

AKAVID – vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovardienio sąnaudos,

ALSK – aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienių skaičius,

SA – aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPĮ veiklos sąnaudos,

SG – sąnaudų grupė;

1.2. bendrosios vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ir lovardienio sąnaudos, apimančios visas sąnaudų grupes, apskaičiuojamos visų sąnaudų grupių sąnaudas dalijant iš aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienių skaičiaus:

$$AKAVID = \frac{\sum_{SG} SA_{SG}}{ALSK},$$

kai:

AKAVID – vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovardienio sąnaudos,

ALSK – aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienių skaičius,

SA – aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPĮ veiklos sąnaudos,

SG – sąnaudų grupė.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-409](#), 2018-04-10, paskelbta TAR 2018-04-12, i. k. 2018-05888

2. Aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientai parodo konkretaus atvejo sudėtingumą, atsižvelgiant į jam tenkančias sąnaudas pagal kiekvieną sąnaudų grupę ir gydymo trukmę. Atitinkamai giminingų diagnozių grupei priskiriama aktyviojo gydymo atvejo kainai gali būti taikomi šie koeficientai, apskaičiuojami pagal kiekvieną sąnaudų grupę ir gydymo trukmę:

2.1. dienos gydymo kainos koeficientas,

2.2. paros gydymo kainos koeficientas,

2.3. vidutinės trukmės gydymo kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė nei minimali gydymo trukmė arba lygi jai ir trumpesnė nei maksimali gydymo trukmė arba lygi jai,

2.4. lovardienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė yra trumpesnė už minimalią gydymo trukmę,

2.5. lovardienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė yra ilgesnė nei maksimali gydymo trukmė.

3. Dienos gydymo kainos koeficientas skaičiuojamas pagal sąnaudų grupes taip:

3.1. jei giminingų diagnozių grupei yra priskirtas požymis „dienos paslauga“ – kiekvienos sąnaudų grupės koeficientas, visais kitais atvejais – sąnaudų grupių „Operacijos“ bei „Protezai ir implantai“ koeficientai yra lygūs tarptautiniam atitinkamos sąnaudų grupės kainos koeficientui:

$$DK_{SG,DRG} = K_{SG,DRG},$$

kai:

DK – dienos gydymo kainos koeficientas,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

K – tarptautinis koeficientas,

SG – sąnaudų grupė;

3.2. kiekvienos sąnaudų grupės, išskyrus nurodytąsias šio priedo 3.1 punkte, koeficientas apskaičiuojamas dalijant pusę tarptautinio atitinkamos sąnaudų grupės koeficiento reikšmės iš minimalios gydymo trukmės:

$$DK_{SG,DRG} = \frac{0,5}{TMIN_{DRG}} \times K_{SG,DRG},$$

kai:

DK – dienos gydymo kainos koeficientas,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

K – tarptautinis koeficientas,

SG – sąnaudų grupė,

TMIN – minimali gydymo trukmė.

4. Paros gydymo kainos koeficientas skaičiuojamas pagal sąnaudų grupes taip:

4.1. sąnaudų grupių „Operacijos“ ir „Protezai ir implantai“, išskyrus atvejus, kai giminingų diagnozių grupei yra priskirtas požymis „dienos paslauga“ arba kai minimali gydymo trukmė yra lygi 1 lovardieniui, koeficientas yra lygus tarptautiniams šių sąnaudų grupių koeficientams:

$$PK_{SG,DRG} = K_{SG,DRG},$$

kai:

PK – paros gydymo kainos koeficientas,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

K – tarptautinis koeficientas,

SG – sąnaudų grupė;

4.2. jei minimali gydymo trukmė yra 2 lovadieniai arba ilgesnė, kiekvienos sąnaudų grupės, išskyrus nurodytąsias šio priedo 4.1 punkte, koeficientas apskaičiuojamas tarptautinį atitinkamos sąnaudų grupės koeficientą dalijant iš minimalios gydymo trukmės:

$$PK_{SG,DRG} = \frac{1}{TMIN_{DRG}} \times K_{SG,DRG},$$

kai:

PK – paros gydymo kainos koeficientas,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

K – tarptautinis koeficientas,

SG – sąnaudų grupė,

$TMIN$ – minimali gydymo trukmė;

4.3. jei giminingų diagnozių grupei yra priskirtas požymis „dienos paslauga“ arba jei minimali gydymo trukmė yra lygi 1 lovadieniui, šis koeficientas neskaičiuojamas.

5. Vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas, kai gydymo trukmė yra ilgesnė nei minimali gydymo trukmė arba lygi jai ir trumpesnė nei maksimali gydymo trukmė arba lygi jai, skaičiuojamas pagal sąnaudų grupes taip:

5.1. kiekvienos sąnaudų grupės, išskyrus atvejus, kai giminingų diagnozių grupei yra priskirtas požymis „dienos paslauga“, koeficientas yra lygus tarptautiniam atitinkamos sąnaudų grupės koeficientui:

$$AK_{SG,DRG} = K_{SG,DRG},$$

kai:

AK – vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė nei minimali gydymo trukmė arba lygi jai ir trumpesnė nei maksimali gydymo trukmė arba lygi jai,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

K – tarptautinis koeficientas,

SG – sąnaudų grupė;

5.2. jei giminingų diagnozių grupei priskiriamas požymis „dienos paslauga“, šis koeficientas neskaičiuojamas.

6. Lovadienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė yra trumpesnė nei minimali gydymo trukmė, skaičiuojamas pagal sąnaudų grupes taip:

6.1. jei minimali gydymo trukmė yra ilgesnė nei 2 lovadieniai, kiekvienos sąnaudų grupės koeficientas apskaičiuojamas dalijant vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientą iš minimalios gydymo trukmės (eliminavus pirmosios paros gydymo kainos koeficientą):

$$LKMIN_{SG,DRG} = \frac{AK_{SG,DRG} - PK_{SG,DRG}}{TMIN_{DRG} - 1},$$

kai:

LKMIN – lovardienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė yra trumpesnė nei minimali gydymo trukmė,

AK – vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė nei minimali gydymo trukmė arba lygi jai ir trumpesnė nei maksimali gydymo trukmė arba lygi jai,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

PK – paros gydymo kainos koeficientas,

SG – sąnaudų grupė,

TMIN – minimali gydymo trukmė;

6.2. jei giminingų diagnozių grupei yra priskirtas požymis „dienos paslauga“ arba jei minimali gydymo trukmė yra 2 lovardieniai arba trumpesnė, šis koeficientas neskaičiuojamas.

7. Nustatant pagal sąnaudų grupes lovardienio kainos koeficientą, kai gydymo trukmė ilgesnė nei maksimali gydymo trukmė, kiekvienos sąnaudų grupės, išskyrus „Operacijų“ ir „Protezų ir implantų“ sąnaudų grupes, koeficientas yra lygus tam tikrai vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo vieno lovardienio kainos vidutinio koeficiento (pagal atitinkamą sąnaudų grupę) daliai:

7.1. jei giminingų diagnozių grupė yra chirurginio pobūdžio ir jai nepriskirtas požymis „dienos paslauga“, sąnaudų grupės „Vaistinė“ koeficientas yra lygus vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo vieno lovardienio kainos vidutinio koeficiento (pagal šią sąnaudų grupę) dešimčiai procentų:

$$LKMAX_{SG,DRG} = \frac{AK_{SG,DRG} \times 0,1}{TVID_{DRG}},$$

kai:

LKMAX – lovardienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė už maksimalią gydymo trukmę,

AK – vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė už minimalią gydymo trukmę arba lygi jai ir trumpesnė už maksimalią gydymo trukmę arba lygi jai,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

SG – sąnaudų grupė,

TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovardieniais);

7.2. jei giminingų diagnozių grupė yra nechirurginio pobūdžio ir jai nepriskirtas požymis „dienos paslauga“, sąnaudų grupės „Vaistinė“ koeficientas yra lygus vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo vieno lovardienio kainos vidutinio koeficiento (pagal šią sąnaudų grupę) dvidešimčiai procentų:

$$LKMAX_{SG,DRG} = \frac{AK_{SG,DRG} \times 0,2}{TVID_{DRG}},$$

kai:

LKMAX – lovardienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė už maksimalią gydymo trukmę,

AK – vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė už minimalią gydymo trukmę arba lygi jai ir trumpesnė už maksimalią gydymo trukmę arba lygi jai,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

SG – sąnaudų grupė,
TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovadieniais);

7.3. jei giminingų diagnozių grupė yra chirurginio pobūdžio ir jai nepriskirtas požymis „dienos paslauga“, kiekvienos sąnaudų grupės, išskyrus sąnaudų grupes „Vaistinė“, „Operacijos“ ir „Protezai ir implantai“, koeficientas yra lygus vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo vieno lovadienio kainos vidutinio koeficiento (pagal atitinkamą sąnaudų grupę, išskyrus sąnaudų grupes „Vaistinė“, „Operacijos“ ir „Protezai ir implantai“) septyniasdešimčiai procentų:

$$LKMAX_{SG,DRG} = \frac{AK_{SG,DRG} \times 0,7}{TVID_{DRG}},$$

kai:

LKMAX – lovadienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė už maksimalią gydymo trukmę,

AK – vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė už minimalią gydymo trukmę arba lygi jai ir trumpesnė už maksimalią gydymo trukmę arba lygi jai,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

SG – sąnaudų grupė,

TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovadieniais);

7.4. jei giminingų diagnozių grupė yra nechirurginio pobūdžio ir jai nepriskirtas požymis „dienos paslauga“, kiekvienos sąnaudų grupės, išskyrus sąnaudų grupes „Vaistinė“, „Operacijos“ ir „Protezai ir implantai“, koeficientas yra lygus vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo vieno lovadienio kainos vidutinio koeficiento (pagal atitinkamą sąnaudų grupę, išskyrus sąnaudų grupes „Vaistinė“, „Operacijos“ ir „Protezai ir implantai“) aštuoniasdešimčiai procentų:

$$LKMAX_{SG,DRG} = \frac{AK_{SG,DRG} \times 0,8}{TVID_{DRG}},$$

kai:

LKMAX – lovadienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė nei maksimali gydymo trukmė,

AK – vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė nei minimali gydymo trukmė arba lygi jai ir trumpesnė nei maksimali gydymo trukmė arba lygi jai,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

SG – sąnaudų grupė,

TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovadieniais);

7.5. jei giminingų diagnozių grupei yra priskirtas požymis „dienos paslauga“, kiekvienos sąnaudų grupės koeficientas ir visais kitais atvejais sąnaudų grupių „Operacijos“ ir „Protezai ir implantai“ koeficientai neskaičiuojami.

8. Aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas apskaičiuojamas vidutinės aktyviojo gydymo atvejo sąnaudas (įvertinus jas koeficientais pagal giminingų diagnozių grupę, kuriai

šis atvejis priskiriamas, ir gydymo trukmę) dalijant iš bendrų vidutinių vieno aktyviojo gydymo atvejo ar lovadienio sąnaudų:

8.1. dienos gydymo kainos koeficientas:

$$DK_{DRG} = \frac{\sum_{SG} DK_{SG.DRG} \times AKAVID_{SG}}{AKAVID},$$

kai:

DK – dienos gydymo kainos koeficientas,

$AKAVID$ – vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovadienio sąnaudos,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

SG – sąnaudų grupė;

8.2. paros gydymo kainos koeficientas:

$$PK_{DRG} = \frac{\sum_{SG} PK_{SG.DRG} \times AKAVID_{SG}}{AKAVID},$$

kai:

PK – paros gydymo kainos koeficientas,

$AKAVID$ – vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovadienio sąnaudos,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

SG – sąnaudų grupė;

8.3. lovadienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė trumpesnė nei minimali gydymo trukmė:

$$LKMIN_{DRG} = \frac{\sum_{SG} LKMIN_{SG.DRG} \times AKAVID_{SG}}{AKAVID},$$

kai:

$LKMIN$ – lovadienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė trumpesnė už minimalią gydymo trukmę,

$AKAVID$ – vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovadienio sąnaudos,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

SG – sąnaudų grupė;

8.4. vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė nei minimali gydymo trukmė arba lygi jai ir trumpesnė nei maksimali gydymo trukmė arba lygi jai:

$$AK_{DRG} = \frac{\sum_{SG} AK_{SG.DRG} \times AKAVID_{SG}}{AKAVID},$$

kai:

AK – vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė nei minimali gydymo trukmė arba lygi jai ir trumpesnė nei maksimali gydymo trukmė arba lygi jai,

$AKAVID$ – vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovardienio sąnaudos,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

SG – sąnaudų grupė;

8.5. lovardienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė nei maksimali gydymo trukmė:

$$LKMAX_{DRG} = \frac{\sum_{SG} LKMAX_{SG.DRG} \times AKAVID_{SG}}{AKAVID},$$

kai:

$LKMAX$ – lovardienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė už maksimalią gydymo trukmę,

$AKAVID$ – vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovardienio sąnaudos,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

SG – sąnaudų grupė.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų,
kurių išlaidos apmokamos Privalomojo
sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis,
bazinių kainų nustatymo metodikos
4 priedas

**ATITINKAMOS AMŽIAUS GRUPĖS GYVENTOJAMS ATLIEKAMŲ TYRIMŲ,
POLILIGOTUMO IR APSILANKYMŲ PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS TEIKIANČIOSE ĮSTAIGOSE
KOEFIICIENTŲ APSKAIČIAVIMO TVARKA**

1. Skaičiuojant prisirašiusiems prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPI) gyventojams (toliau – prisirašę gyventojai) atliekamų tyrimų koeficientus pagal amžiaus grupes (KT_{AG}), nustatomas vidutinis kiekvienos amžiaus grupės vienam prisirašiusiam gyventojui tenkantis tyrimų skaičius ir vidutinis vienam prisirašiusiam gyventojui tenkantis tyrimų skaičius per metus:

1.1. Vidutinis atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui tenkantis tyrimų skaičius per metus apskaičiuojamas dalijant bendrą metinį tyrimų skaičių, tenkantį šios amžiaus grupės prisirašiusiems gyventojams, iš šios amžiaus grupės prisirašiusių skaičiaus:

$$TVID_{AG} = \frac{TSK_{AG}}{PR_{AG}},$$

kai:

$TVID_{AG}$ – vidutinis vienam atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui tenkantis tyrimų skaičius,

TSK_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiems gyventojams tenkantis tyrimų skaičius,

PR_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų (išskyrus gyventojus, prisirašiusius prie ASPI, teikiančių tik pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ir (ar) pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas) skaičius,

AG – gyventojų amžiaus grupė.

1.2. Vidutinis vienam prisirašiusiam gyventojui tenkantis tyrimų skaičius per metus apskaičiuojamas taip:

$$TVID = \frac{\sum_{AG} TVID_{AG} \times PR_{AG}}{\sum_{AG} PR_{AG}},$$

kai:

$TVID$ – vidutinis vienam prisirašiusiam gyventojui tenkantis tyrimų skaičius,

$TVID_{AG}$ – vidutinis vienam atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui tenkantis tyrimų skaičius,

PR_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų (išskyrus gyventojus, prisirašiusius prie ASPI, teikiančių tik pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir (ar) pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas) skaičius,

AG – gyventojų amžiaus grupė.

2. Skaičiuojant gyventojų poliligotumo koeficientus pagal amžiaus grupes (KP_{AG}), nustatomas vidutinis kiekvienos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai

ištekliai, skaičius per metus, tenkantis 1000-iui prisirašiusių, ir vidutinis prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičius 1000-iui prisirašiusių per metus:

2.1. Vidutinis atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičius per metus, tenkantis 1000-iui prisirašiusių, apskaičiuojamas dauginant atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičiaus ir visų tos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų skaičiaus santykį iš 1000:

$$PVID_{AG} = \frac{PSK_{AG}}{PR_{AG}} \times 1000 ,$$

kai:

$PVID_{AG}$ – vidutinis atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičius, tenkantis 1000-iui prisirašiusių per metus;

PSK_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičius,

PR_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų skaičius,

AG – gyventojų amžiaus grupė.

2.2. Vidutinis prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičius per metus, tenkantis 1000 prisirašiusių, apskaičiuojamas taip:

$$PVID = \frac{\sum_{AG} PVID_{AG} \times PR_{AG}}{\sum_{AG} PR_{AG}} ,$$

kai:

$PVID$ – vidutinis prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičius,

$PVID_{AG}$ – vidutinis atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičius per metus, tenkantis 1000-iui prisirašiusių;

PR_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų (išskyrus gyventojus, prisirašiusius prie ASPĮ, teikiančių tik pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir (ar) pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas) skaičius,

AG – gyventojų amžiaus grupė.

3. Skaičiuojant prisirašiusių gyventojų apsilankymų PAASP paslaugas teikiančiose ASPĮ (toliau – apsilankymai) koeficientus pagal amžiaus grupes ($KAPS_{AG}$) nustatomas vidutinis kiekvienos amžiaus grupės vienam prisirašiusiam gyventojui tenkantis apsilankymų skaičius ir vidutinis vienam prisirašiusiam gyventojui tenkantis apsilankymų skaičius per metus:

3.1. Vidutinis vienam atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui tenkantis apsilankymų skaičius apskaičiuojamas dalijant šiai amžiaus grupei tenkantį apsilankymų skaičių iš šios amžiaus grupės prisirašiusių skaičiaus:

$$APSVID_{AG} = \frac{APSSK_{AG}}{PR_{AG}} ,$$

kai:

$APSVID_{AG}$ – vidutinis vienam atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui tenkantis apsilankymų skaičius,

$APSSK_{AG}$ – atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų apsilankymų per ataskaitinį laikotarpį skaičius,

PR_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų (išskyrus gyventojus, prisirašiusius prie ASPĮ, teikiančių tik pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir (ar) pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas) skaičius,

AG – gyventojų amžiaus grupė.

3.2. Vidutinis vienam prisirašiusiam gyventojui tenkantis apsilankymų skaičius per metus apskaičiuojamas taip:

$$APSVID = \frac{\sum_{AG} APSVID_{AG} \times PR_{AG}}{\sum_{AG} PR_{AG}},$$

kai:

$APSVID$ – vidutinis vienam prisirašiusiam gyventojui tenkantis apsilankymų skaičius,

$APSVID_{AG}$ – vidutinis vienam atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui tenkantis apsilankymų skaičius,

AG – gyventojų amžiaus grupė.

4. Kiekvienos amžiaus grupės prisirašiusiems gyventojams atliekamų tyrimų, poliligtumo ir apsilankymų koeficientai nustatomi bendrus vidutinius dydžius, apskaičiuotus šio priedo 1.2, 2.2 ir 3.2 papunkčiuose nustatyta tvarka, dalijant iš atitinkamų vidutinių dydžių, apskaičiuotų šio priedo 1.1, 2.1 ir 3.1 papunkčiuose nustatyta tvarka:

4.1. Atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiems gyventojams atliekamų tyrimų koeficientas apskaičiuojamas taip:

$$KT_{AG} = \frac{TVID_{AG}}{TVID},$$

kai:

$TVID$ – vidutinis vienam prisirašiusiam gyventojui tenkantis tyrimų skaičius,

$TVID_{AG}$ – vidutinis vienam atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui tenkantis tyrimų skaičius,

AG – gyventojų amžiaus grupė.

4.2. Atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų sergamumo dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis vienu metu, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, (poliligtumo) koeficientas apskaičiuojamas taip:

$$KP_{AG} = \frac{PVID_{AG}}{PVID},$$

kai:

$PVID$ – vidutinis prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičius,

$PVID_{AG}$ – vidutinis atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičius per metus, tenkantis 1000-iui prisirašiusių;

AG – gyventojų amžiaus grupė.

4.3. Atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų apsilankymų koeficientas apskaičiuojamas taip:

$$KAPS_{AG} = \frac{APSVID_{AG}}{APSVID},$$

kai:

$APSVID_{AG}$ – vidutinis vienam atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui tenkantis apsilankymų skaičius,

$APSVID$ – vidutinis vienam prisirašiusiam gyventojui tenkantis apsilankymų skaičius,

AG – gyventojų amžiaus grupė.

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-1130](#), 2018-10-15, paskelbta TAR 2018-10-15, i. k. 2018-16218

Papildyta priedu:

Nr. [V-571](#), 2018-05-10, paskelbta TAR 2018-05-10, i. k. 2018-07594

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-598](#), 2014-05-16, paskelbta TAR 2014-05-22, i. k. 2014-05621

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

2.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1324](#), 2015-11-23, paskelbta TAR 2015-12-02, i. k. 2015-19194

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

3.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1530](#), 2016-12-30, paskelbta TAR 2017-01-03, i. k. 2017-00395

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

4.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-226](#), 2017-02-28, paskelbta TAR 2017-03-02, i. k. 2017-03483

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo Sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

5.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-843](#), 2017-07-04, paskelbta TAR 2017-07-07, i. k. 2017-11667

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

6.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-409](#), 2018-04-10, paskelbta TAR 2018-04-12, i. k. 2018-05888

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

7.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-571](#), 2018-05-10, paskelbta TAR 2018-05-10, i. k. 2018-07594

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

8.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1130](#), 2018-10-15, paskelbta TAR 2018-10-15, i. k. 2018-16218

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

9.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-495](#), 2019-04-24, paskelbta TAR 2019-04-26, i. k. 2019-06795

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

10.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-753](#), 2019-06-27, paskelbta TAR 2019-06-28, i. k. 2019-10468

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

11.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-261](#), 2020-03-03, paskelbta TAR 2020-03-05, i. k. 2020-04965

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

12.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1354](#), 2020-06-02, paskelbta TAR 2020-06-03, i. k. 2020-12045

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

13.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1869](#), 2020-08-19, paskelbta TAR 2020-08-19, i. k. 2020-17548

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo

14.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-2265](#), 2020-10-14, paskelbta TAR 2020-10-14, i. k. 2020-21348

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo