

Suvestinė redakcija nuo 2014-05-23 iki 2015-12-31

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

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

**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 (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 2002, Nr. [123-5512](#)) 25 straipsnio 2 dalimi ir Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 (Žin., 2012, Nr. [149-7630](#)), 278 punktu:

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 r i p a ž į s t u netekusiais galios:

2.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1997 m. birželio 30 d. įsakymą Nr. 363 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo metodikos“ (Žin., 1997, Nr. [68-1710](#));

2.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. vasario 20 d. įsakymo Nr. V-79 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų pakeitimo“ (Žin., 2004, Nr. [32-1030](#)) 1.57 punktą;

2.3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 15 d. įsakymą Nr. V-258 „Dėl Sveikatos apsaugos ministerijos 1997-06-30 įsakymo Nr. 363 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų nustatymo metodikos“ papildymo“ (Žin., 2005, Nr. [50-1693](#)).

3. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti viceministrui pagal administravimo 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. BENDROSIOS NUOSTATOS

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. Metodika parengta vykdant Šešioliktosios Vyriausybės 2012 – 2016 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 (Žin., 2012, Nr. [149-7630](#)), 278 punktą.

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. METODIKOJE VARTOJAMOS SĄVOKOS IR JŲ APIBRĖŽIMAI

4. Metodikoje vartojamos šios sąvokos ir jų apibrėžimai:

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

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;

aktyviojo gydymo paslaugos – dienos chirurgijos ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo 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;

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

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;

faktinė aktyviojo gydymo atvejo kaina – aktyviojo gydymo atvejo kaina, apskaičiuojama bazinę aktyviojo gydymo atvejo kainą dauginant iš atitinkamo aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficiento, vadovaujantis Giminingų diagnozių grupių sąrašu bei Normatyvinės gydymo trukmės ir kainų koeficientų pagal giminingų diagnozių grupes sąrašu, patvirtintais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 23 d. įsakymu Nr. V-1118 „Dėl Giminingų diagnozių grupių sąrašo ir Normatyvinės gydymo

trukmės ir kainų koeficientų pagal giminingų diagnozių grupes sąrašo bei bazinės aktyviojo gydymo atvejo (gydymo etapo) kainos šiam gydymui priskiriamų paslaugų bazinėms kainoms nustatyti tvirtinimo“ (Žin., 2011, Nr. [162-7704](#)). Faktinės ir bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainų skirtumas sudaro kintamąją faktinės aktyviojo gydymo kainos dalį, išreikštą balais;

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

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, paliatyviosios pagalbos, tuberkuliozės, specialiosios psichiatrijos, psichikos ligų ilgalaikio gydymo paslaugos ir pan.;

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

tarptautinis sąnaudų grupės kainos koeficientas – dydis, apskaičiuojamas naudojant originalius (viešus) duomenis apie sąnaudų grupių struktūrą pagal Australijos AR-DRG klasifikavimo sistemą, skelbiamus Australijos Vyriausybės oficialiame tinklalapyje (www.health.gov.au);

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

vienam gyventojui tenkančių greitosios medicinos pagalbos paslaugų metinė bazinė kaina – vidutinė ataskaitinio laikotarpio greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) dispečerinės tarnybos paslaugų, GMP brigados paslaugų ir pacienčių pervežimo iš namų į ASPĮ ir iš vienos ASPĮ į kitą ASPĮ dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo arba dėl patologijos laikotarpiu po gimdymo sąnaudų dalis, tenkanti vienam nustatytos teritorijos gyventojui;

vieno prisirašiusio gyventojų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina – vidutinė ataskaitinio laikotarpio pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų dalis, tenkanti vienam atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui.

Kitos Metodikoje vartojamos sąvokos atitinka kituose teisės aktuose nurodytas sąvokas ir jų apibrėžimus.

III. BENDRIEJI ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMO PRINCIPAI

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. apskaičiuotos paslaugų, įvardytų Metodikos IV– VII skyriuose, bazinės kainos indeksuojamos atsižvelgiant į PSDF biudžeto finansines galimybes, ekspertinį paslaugų aktualumo, plėtros, optimizavimo vertinimą bei restruktūrizavimo tikslus;

5.5. įprastinis ataskaitinis laikotarpis, kurio duomenimis vadovaujantis nustatomos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, yra vieneri PSDF biudžeto formavimo ir

vykdymo metai. Kiekvienais finansiniais metais, remiantis ataskaitinio laikotarpio (praėjusių metų) veiklos sąnaudų duomenimis, numatomos ateinančių finansinių metų aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPI veiklos sąnaudos ir kiti ASPI veiklos rodikliai.

IV. PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMAS

6. Vienam prisirašiusiam gyventojui tenkančių PAASP paslaugų metinė bazinė kaina apskaičiuojama pagal šias paslaugas teikiančių ASPI ataskaitinio laikotarpio faktines veiklos sąnaudas ir šių ASPI aptarnaujamų atitinkamų amžiaus grupių gyventojų (prisirašiusių gyventojų) skaičių.

7. Vienam atitinkamos amžiaus grupės gyventojui tenkančių PAASP paslaugų (išskyrus psichikos ir odontologinės sveikatos priežiūros paslaugas) metinė bazinė kaina, pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina ir pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina apskaičiuojamos taip:

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

kai:

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

E_i – i-tosios ASPI ataskaitinio laikotarpio veiklos sąnaudos, susijusios su PAASP paslaugų arba pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų, arba pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimu atitinkamo amžiaus gyventojų grupei,

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

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

V. GREITOSIOS MEDICINOS PAGALBOS PASLAUGŲ BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMAS

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 gyventojui ir vienam kaimo bei miestelio, kuriame gyvena mažiau kaip 4000 žmonių, gyventojui, metinė bazinė kaina skaičiuojama atskirai;

8.3. pacientės pervežimo iš namų į ASPI ir iš vienos ASPI į kitą ASPI dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo, arba dėl patologijos laikotarpiu po gimdymo bazinė kaina apskaičiuojama taip:

$$K_3 = \frac{\sum_{i=1}^n E_i}{\sum_{i=1}^n G_i},$$

kai:

K_3 – pacientės pervežimo iš namų į ASPI ir iš vienos ASPI į kitą ASPI dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo, arba dėl patologijos laikotarpiu po gimdymo bazinė kaina,

E_i – i-tosios GMP brigados pacientės pervežimo sąnaudos,

G_i – i-tosios GMP brigados pervežtų pacienčių skaičius,

n – GMP brigadų, pervežusių pacientes, skaičius,

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

GMP brigadų, nuvažiavusių iki 100 km, ir GMP brigadų, nuvažiavusių daugiau nei 100 km, paslaugų bazinė kaina skaičiuojama atskirai.

VI. BAZINĖS AKTYVIOJO GYDYMO ATVEJO KAINOS NUSTATYMAS

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

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

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

kai:

BK – bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina,

P – prognozuojama metinė PSDF biudžeto išlaidų suma (balais) aktyviojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti,

SALSK – svertinis aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių skaičius.

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

VII. KITŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMAS

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:

$$E_i = I_{dm_i} + I_{sd_i} + I_{g_i} + I_{tp} + I_{m_i} + I_{b_i},$$

kai:

E_i – i-tosios ASPĮ atitinkamos paslaugos teikimo sąnaudos;

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

I_{sd_i} – i-tosios ASPĮ atskaitymai socialiniam draudimui,

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

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

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

I_{b_i} – i-tosios ASPĮ vidutinės bendrosios ūkio sąnaudos;

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

$$I_{dm_i} = D_{l_i} \times D_m,$$

kai:

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

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

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

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

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

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

$$I_{b_i} = q(I_{dm_i} + I_{sd_i}),$$

kai:

I_{b_i} – i-tosios ASPĮ vidutinės bendrosios ūkio sąnaudos,

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

$$q = \frac{\sum_{i=1}^n V_{b_i}}{\sum_{i=1}^n (I_{dm_i} + I_{sd_i})},$$

kai V_{b_i} – i-tosios ASPĮ bendrosios ūkio sąnaudos.

12. 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.

Papildyta punktu:

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

VIII. DUOMENŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINĖMS KAINOMS APSKAIČIUOTI TEIKIMO TVARKA

13. Prireikus apskaičiuoti Metodikos IV, V ir VII skyriuose nurodytų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas, VLK pagal tikslinės atrankos metodą nustato reprezentatyviąją ASPĮ, teikiančių šias paslaugas, imtį. Atrinktosios ASPĮ turi teikti ne mažiau kaip 50 proc. asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių bazinės kainos skaičiuojamos. VLK siunčia šioms ASPĮ duomenų užklausas, detalai nurodydama prašomus pateikti duomenis, jų pateikimo formą, terminus ir ataskaitinius laikotarpius.

Punkto numeracijos pakeitimas:

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

14. Visos aktyviojo gydymo paslaugas teikiančios ASPĮ 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 asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2011, Nr. [104-4881](#)). VLK, apdorojusi gautus duomenis, pagal juos apskaičiuoja aktyviojo gydymo atvejų kainų koeficientų reikšmes.

Punkto numeracijos pakeitimas:

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

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. AKTYVIOJO GYDYMO ATVEJŲ IR LOVADIENIŲ SKAIČIAUS APSKAIČIAVIMO TVARKA

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. lovardienių, 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:

$LSKMIN$ – lovardienių, 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. lovardienių, 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:

$LSKMAX$ – lovardienių, 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. SVERTINIO AKTYVIOJO GYDYMO ATVEJŲ IR LOVADIENIŲ SKAIČIAUS APSKAIČIAVIMO TVARKA

2. Svertinis aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienių, 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.

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

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 lovardienų bei gydymo atvejų trukmę atitinkančių kainų koeficientų sandaugas:

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

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

NORMATYVINĖS AKTYVIOJO GYDymo TRUKMĖS APSKAIČIAVIMO TVARKA

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

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

$$T_{A,DRG} \geq e^{\ln \mu_{g,DRG} - 2 \times \ln \sigma_{g,DRG}} \text{ ir } T_{A,DRG} \leq e^{\ln \mu_{g,DRG} + 2 \times \ln \sigma_{g,DRG}},$$

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);

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 sveikųjų 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 lovodieniais,

DRG – giminingų diagnozių grupė.

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

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

kai:

$TMAX$ – maksimali gydymo trukmė lovodieniais,

DRG – giminingų diagnozių grupė,

$TVID$ – vidutinė gydymo trukmė (lovodieniais).

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, 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“ (Žin., 2011, Nr. [104-4881](#)):

1.1. vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovardienio sąnaudos pagal kiekvieną sąnaudų grupę apskaičiuojamos dalinant 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.

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 priskiriamas 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:

$LKMIN$ – lovadienio 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 lovadieniai arba trumpesnė, šis koeficientas neskaičiuojamas.

7. Nustatant pagal sąnaudų grupes lovadienio 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 lovadienio 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 lovadienio kainos vidutinio koeficiento (pagal šią sąnaudų grupę) dešimčiai procentų:

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

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);

7.2. 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 lovadienio kainos vidutinio koeficiento (pagal šią sąnaudų grupę) dvidešimčiai procentų:

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

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);

7.3. 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 lovadienio 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.

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