LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ĮSAKYMAS
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

2026 m. d. Nr.
Vilnius

P a k e i č i u Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodiką, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymu Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“, ir ją išdėstau nauja redakcija (pridedama).

Sveikatos apsaugos ministras Linas Kukuraitis

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2013 m. balandžio 22 d. įsakymu Nr. V-388
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2026 m. d. įsakymo Nr.
redakcija)

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

I SKYRIUS
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, jų priedų, bazinio mokėjimo sumos skaičiavimo principus ir tvarką. Kraujo ir jo komponentams, nurodytiems Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 31 d. įsakyme Nr. V-1127 „Dėl Kraujo ir jo komponentų didžiausių leistinų kainų sąrašo patvirtinimo“, Metodika nėra taikoma.

2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinėms kainoms nustatyti naudojami Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) informacinių sistemų, Išankstinės pacientų registracijos sistemos (toliau – IPR IS), Centrinės perkančiosios organizacijos informacinės sistemos (toliau – CPO IS) ir kiti duomenys.

3. Metodika privalo vadovautis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM), VLK ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ).

II SKYRIUS
METODIKOJE VARTOJAMOS SĄVOKOS IR JŲ APIBRĖŽIMAI

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 gimininių diagnozių grupės, kuriai priskiriamas aktyviojo gydymo atvejis, ir gydymo trukmės. Bazinė aktyviojo gydymo kaina prilyginama vienetui, o gimininių 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 aktyviojo 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 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. **Bazinis mokėjimas** – lėšų suma, mokama asmens sveikatos priežiūros įstaigai per mėnesį, jei asmens sveikatos priežiūros įstaiga atitinka nustatytas sąlygas. Bazinio mokėjimo suma skiriama asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms užtikrinti. Ši suma nustatoma atsižvelgiant į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto galimybes ir sveikatos politikos prioritetus. Bazinio mokėjimo dydžiui nustatyti sukuriamas teorinis asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo modelis (turinys ir apimtis) ir vertinama, kokios būtų gaunamos pajamos ir (ar) susidarytų sąnaudos taikant šį modelį. Bazinis mokėjimas už gerus pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų rezultatus – tai papildomai skiriama lėšų suma, mokama vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.

4.7. **Faktinė aktyviojo gydymo atvejo kaina** – aktyviojo gydymo atvejo kaina, kurią nustatant bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina dauginama iš atitinkamo aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficiento, vadovaujantis Gimiringų diagnozių grupių sąrašu ir Normatyvinės gydymo trukmės, gimiringų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų ir dienos chirurgijos paslaugų III–V apmokėjimo grupėms taikomų kompensacinių priedų sąrašu, patvirtintais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 23 d. įsakymu Nr. V-1118 „Dėl Gimiringų diagnozių grupių sąrašo, Normatyvinės gydymo trukmės, gimiringų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų ir dienos chirurgijos paslaugų III–V apmokėjimo grupėms taikomų kompensacinių priedų sąrašo bei Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų, kraujo komponentų ir preparatų kainų, turinčių įtakos faktinei gydymo atvejo kainai, sąrašo patvirtinimo“, ir pridedamas priedas už medicinos pagalbos priemones, vaistus, procedūras, kraujo komponentus ir preparatus.

4.8 **Gimiringų diagnozių grupė** – aktyviojo gydymo paslaugų grupė, kurią sudaro panašios medicinos požiūriu (pagal diagnozes ir kitus kriterijus) ir ekonomikos požiūriu (pagal sąnaudas) paslaugos.

4.9. **Ilgalaikis gydymas** – stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, kai reikalingas ilgai (dažniausiai ilgiau nei mėnesį) trunkantis etiopatogenezinis ir (ar) palaikomasis, ir (ar) simptominis gydymas, ir (ar) slauga (palaikomojo gydymo ir slaugos, paliatyviosios pagalbos, tuberkuliozės, specialiosios psichiatrijos, psichikos ligų ilgalaikio gydymo paslaugos ir pan.).

4.10. **Priedas už medicinos pagalbos priemones, vaistus, procedūras, kraujo komponentus ir preparatus** – kintamoji gydymo atvejo kainos dalis, išreikšta balais, mokama, jei aktyviojo gydymo metu atliekama procedūra, naudojama medicinos pagalbos priemonė, vaistas, kraujo komponentas ir preparatas yra įtraukti į Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų, kraujo komponentų ir preparatų 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 Gimiringų diagnozių grupių sąrašo, Normatyvinės gydymo trukmės, gimiringų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų ir dienos chirurgijos paslaugų III–V apmokėjimo grupėms taikomų kompensacinių priedų sąrašo bei Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų, kraujo komponentų ir preparatų kainų, turinčių įtakos faktinei gydymo atvejo kainai, sąrašo patvirtinimo“.

4.11. **Priedas už prisirašiusį prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos gyventoją** – kintamoji gydymo atvejo kainos dalis, išreikšta balais, mokama vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“.

4.12. **Prisirašę gyventojai** – asmenys, prisirašę prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos arba prie pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos.

4.13. **Skatinamasis priedas** – papildomas mokėjimas už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, t. y. kainos dalis, mokama pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigai iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų už suteiktas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, nustatytas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais.

4.14. **Tarptautinis sąnaudų grupės kainos koeficientas** – dydis, apskaičiuojamas naudojantis Australijos Sandraugos Vyriausybės agentūros, vadinamosios Nepriklausomos gydymo paslaugų kainodaros institucijos, originaliais duomenimis apie sąnaudų grupių struktūrą (pagal Australijos AR-DRG klasifikavimo sistemą), skelbiamais Australijos Nepriklausomos gydymo paslaugų kainodaros institucijos oficialiame tinklalapyje (www.ihacpa.gov.au).

4.15. **Veiklos sąnaudos** – asmens sveikatos priežiūros įstaigos ataskaitinio laikotarpio išlaidos, susijusios su pagrindine asmens sveikatos priežiūros įstaigos veikla.

4.16. **Vienam prisirašiusiam gyventojui tenkančių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros ir pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas) metinė bazinė kaina** – metinė vienam prisirašiusiam gyventojui tenkančių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros ir pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas) kaina, nustatoma atsižvelgiant į vidutines ataskaitinio laikotarpio (kalendorinių metų) šių paslaugų 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.

4.17. **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) šių paslaugų teikimo šalies mastu sąnaudas, tenkančias vienam atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui.

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

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

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 asmens sveikatos priežiūros paslaugoms vykdomas nešališkai, neiškreipiant nė vienos paslaugos teikimo sąnaudų duomenų ar ASPĮ galutinių ataskaitinio laikotarpio veiklos 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–VI skyriuose, bazinės kainos ar jų balo vertės perskaičiuojamos, kai:

5.4.1. sprendimas dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų indeksavimo, susijusio su infliacijos augimu, priimamas įvertinus jos pokyčius, atsiradusius po paskutinio asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų keitimo, kuriuo buvo siekiama kompensuoti didėjančias ASPĮ išlaidas, susijusias su išaugusia infliacija;

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

5.4.3. padidėja arba sumažėja Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (PSDF biudžeto 01 išlaidų straipsnis) tokiu dydžiu, kad visas ar tam tikros asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupės bazines kainas ar jų balo vertes būtų galima didinti arba reikėtų mažinti ne mažiau kaip vienu procentiniu punktu. Nustatant lėšas, kurios galėtų būti skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinėms kainoms ar jų balo vertėms didinti, neįtraukiamos lėšos, būtinos:

5.4.3.1. asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių bazinės kainos ar jų balo vertės buvo pakeistos ne nuo metų pradžios, apmokėjimui visus ateinančius metus užtikrinti, taikant pakeistas bazines kainas ar balo vertes;

5.4.3.2. naujų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurios buvo 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) ASPĮ, apmokėjimo tęstinumui visus ateinančius metus užtikrinti;

5.4.3.4. pradėtoms kompensuoti naujoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto nustatyta eilės tvarka;

5.4.3.5. einamųjų metų prognozuojamoms viršsutartinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti;

5.4.4. priimamas sprendimas dėl sumažėjusios asmens sveikatos priežiūros paslaugos bazinės kainos ar pasikeitusio apmokėjimo būdo susidariusį lėšų skirtumą skirti tos pačios ir (ar) kitos asmens sveikatos priežiūros paslaugos kainai arba apmokėjimo būdui koreguoti;

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;

5.6. įgyvendinamos SAM strategijos nuostatos ir siekiama skatinti atitinkamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą (plėtrą), gali būti terminuotai arba neterminuotai nustatomos didesnės nei pagrįstos sąnaudomis šių paslaugų bazinės kainos.

6. Metodikos 5 punkto nuostatos taip pat taikomos bazinių kainų priedų ir bazinių mokėjimų dydžiui nustatyti.

IV SKYRIUS
PIRMINĖS AMBULATORINĖS ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMAS

7. Vienam prisirašiusiam gyventojui tenkančių pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAOASP) paslaugų arba pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros (toliau – PAPSP) paslaugų metinė bazinė kaina (balais) apskaičiuojama taip:

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

čia:

B_p – metinė prisirašiusiam gyventojui tenkančių PAOASP paslaugų arba PAPSP paslaugų bazinė kaina (balais);

E_i – i-tosios ASPĮ ataskaitinio laikotarpio veiklos sąnaudos, susijusios su PAOASP paslaugų arba PAPSP paslaugų teikimu atitinkamos amžiaus grupės gyventojams;

G_i – atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų skaičius;

n – ASPĮ, teikiančių PAOASP arba PAPSP paslaugas, skaičius;

i ($i = 1, 2, 3, \ldots, n$) – ASPĮ, teikiančių PAOASP arba PAPSP paslaugas, indeksas.

8. Vienam prisirašiusiam gyventojui tenkančių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros ir pirminės ambulatorinės odontologinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas) (toliau – PAASP) 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:

8.1. PSDF biudžeto lėšų suma, skirta ateinančių metų PAASP paslaugų 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 ASPĮ veiklos sąnaudoms padengti;

8.2. vienam atitinkamos gyventojų amžiaus grupės prisirašiusiam gyventojui tenkančių PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais) apskaičiuojama taip:

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

čia:

K_{AG} – vienam prisirašiusiam atitinkamos amžiaus grupės gyventojui tenkančių PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);

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

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

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

A – lėšų suma, skirta padengti kitoms ASPĮ veiklos sąnaudoms, susijusioms su PAASP paslaugų teikimu;

KT_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės gyventojams atliekamų tyrimų koeficientas, apskaičiuojamas vadovaujantis Atitinkamos amžiaus grupės gyventojams atliekamų tyrimų, poliligotumo ir apsilankymų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose koeficientų apskaičiavimo tvarkos aprašu (Metodikos 4 priedas) (toliau – Koeficientų apskaičiavimo tvarkos aprašas);

KP_{AG} – atitinkamos amžiaus grupės gyventojų poliligotumo koeficientas, apskaičiuojamas vadovaujantis Koeficientų apskaičiavimo tvarkos aprašu;

$KAPS_{AG}$– atitinkamos amžiaus grupės gyventojų apsilankymų PAASP paslaugas teikiančiose ASPĮ koeficientas, vadovaujantis Koeficientų apskaičiavimo tvarkos aprašu;

AG – gyventojų amžiaus grupė.

8.3. Jei keičiamas arba nustatomas naujas maksimalus PAOASP arba PAPSP paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros bei kitų specialistų aptarnaujamų prisirašiusių gyventojų skaičiaus normatyvas, šių paslaugų metinės bazinės kainos pokytis apskaičiuojamas taip:

$$\Delta B_p = \frac{\sum_k VID\,DU_k \times ET_k \times ak \times q}{PR},$$

čia:

ΔB_p– PAOASP paslaugų arba PAPSP paslaugų metinės bazinės kainos pokytis;

$VID\,DU_k$ – ¿vidutinis šalies ataskaitinio laikotarpio atitinkamos kategorijos (grupės) PAOASP arba PAPSP paslaugas teikiančio specialisto arba kito specialisto metinis darbo užmokestis;

ET_k – ¿reikiamų atitinkamos kategorijos PAOASP arba PAPSP paslaugas teikiančio specialisto arba kito specialisto etatų skaičius;

ak – atostoginių koeficientas, nustatomas vadovaujantis Metodikos VI skyriaus nuostatomis;

q– bendrųjų ir administracinių bei ūkio sąnaudų koeficientas, nustatomas vadovaujantis Metodikos VI skyriaus nuostatomis;

PR– prisirašiusių gyventojų skaičius;

k – specialisto kategorija.

V SKYRIUS
BAZINĖS AKTYVIOJO GYDYMO ATVEJO KAINOS NUSTATYMAS

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 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. 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 priedams už medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP), vaistus, procedūras, kraujo komponentus ir preparatus mokėti, išlaidas baziniams mokėjimams ASPĮ teikiamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms užtikrinti, taip pat planuojamas išlaidas ateinančiais finansiniais metais numatomoms įtraukti į Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų, kraujo komponentų ir preparatų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašą, patvirtiną Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 23 d. įsakymu Nr. V-1118 „Dėl Giminingų diagnozių grupių sąrašo, Normatyvinės gydymo trukmės, giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų ir dienos chirurgijos paslaugų III–V apmokėjimo grupėms taikomų kompensacinių priedų sąrašo bei Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų, kraujo komponentų ir preparatų kainų, turinčių įtakos faktinei gydymo atvejo kainai, sąrašo patvirtinimo“ (toliau – Sąrašas), MPP, vaistams, procedūroms, kraujo komponentams ir preparatams.

9.2. Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina (balais) apskaičiuojama taip:

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

čia:

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 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 gimininių 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 gimininių 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 yra 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 yra ilgesnė už maksimalią gydymo trukmę;

10.3. jei aktyviojo gydymo atveju taikoma MPP ir (ar) vaistas, ir (ar) kraujo komponentas ar preparatas, ir (ar) procedūra, kurių kainos yra įtrauktos į Sąrašą, prie Metodikos 10 punkte nurodytu būdu apskaičiuotos faktinės aktyviojo gydymo atvejo kainos pridedama šiame sąraše nurodyta taikytos MPP ir (ar) vaisto, ir (ar) kraujo komponento ar preparato, ir (ar) procedūros kaina;

10.4. 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;

10.5. vidutinės MPP, vaisto, procedūros, kraujo komponento ar preparato, taikomų 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 gimininių diagnozių grupei (toliau – ADRG) priskiriamais aktyviojo gydymo atvejais tam tikra MPP, vaistas, procedūra, kraujo komponentas ar preparatas yra taikomi pakankamai dažnai, t. y. tenkinama sąlyga:

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

čia:

n_{ADRG} – atitinkamai ADRG priskirtų aktyviojo gydymo atvejų, kuriais buvo taikyta MPP, vaistas, procedūra, kraujo komponentas ar 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 MPP, vaistas, procedūra, kraujo komponentas ar preparatas nėra taikomi pakankamai dažnai (netenkinama Metodikos 10.5.1 papunktyje nurodyta sąlyga), – įvertinus tokių atvejų skaičių ir jų pasiskirstymą tarp ASPĮ;

10.6. tarptautiniai sąnaudų grupių kainų koeficientai koreguojami pagal Australijos Sandraugos Vyriausybės agentūros, vadinamosios Nepriklausomos gydymo paslaugų kainodaros institucijos, pateiktus duomenis apie vidutines gimininių diagnozių grupėms tenkančias sąnaudas, eliminuojant atitinkamoms gimininių diagnozių grupėms priskiriamų transplantacijos (persodinimo) paslaugų sąnaudas ir visoms gretimų gimininių diagnozių grupės „Negalima grupuoti“ sąnaudų grupėms priskiriamas sąnaudas, taip pat – vidutines gimininių diagnozių grupės „Kochlearinis implantas“ sąnaudų grupei „Protezai ir implantai“ priskiriamas sąnaudas;

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

10.8. MPP, kuri įtraukiama į Sąrašą, kaina apskaičiuojama taip:

10.8.1. jei yra žinomos ASPĮ viešojo pirkimo būdu įsigytų tokių pačių MPP kainos, kaina apskaičiuojama kaip šių MPP kainų svertinis vidurkis. MPP svertinis kainos vidurkis apskaičiuojamas pagal 3 ASPĮ, atliekančių daugiausia procedūrų ar medicininių intervencijų, kai naudojamos MPP, pateiktus duomenis (išskyrus atvejus, kai paslaugų teikėjų yra mažiau nei 3);

10.8.2. jei ASPĮ negali pateikti MPP įsigijimą patvirtinančių dokumentų, o pateikia tik komercinius pasiūlymus, šių MPP kaina nustatoma pagal komerciniame pasiūlyme nurodytą mažiausią kainą;

10.8.3. jei yra žinomos ASPĮ viešojo pirkimo būdu įsigyjamų MPP kainos ir komercinių pasiūlymų kainos, MPP kaina apskaičiuojama pagal viešojo pirkimo būdu įsigyjamų MPP kainų ir komercinio pasiūlymo mažiausios kainos svertinį vidurkį. Komerciniame pasiūlyme nurodyta mažiausia kaina į skaičiavimą įtraukiama tik tuo atveju, jei ji yra mažesnė už viešojo pirkimo būdu įsigyjamų MPP kainų svertinį vidurkį;

10.8.4. priedo, mokamo už MPP, dydis nustatomas Metodikos 10.8.1–10.8.3 papunkčiuose nustatyta tvarka apskaičiuotą MPP pradinę kainą dalijant iš gamintojo nustatyto maksimalaus šios MPP panaudojimo kartų (procedūrų, kai naudojama ši MPP) skaičiaus;

10.8.5. jei pagal Metodikos 10.5.1 papunktį į aktyviojo gydymo kainos koeficientą yra įskaičiuota atitinkamos MPP kaina, tai jos kaina yra atimama iš apskaičiuotos MPP kainos;

10.8.6. nustačius, kad naudojama MPP yra pigesnė nei į Sąrašą įtraukiama MPP, priedo, mokamo už MPP, dydis yra lygus įtraukiamos į Sąrašą MPP ir naudojamos MPP kainų skirtumui;

10.9. priedų, mokamų už vaistus, kraujo komponentus ir preparatus, dydis nustatomas vadovaujantis Metodikos 10.8 papunkčio nuostatomis;

10.10. priedų, mokamų už procedūras, dydis nustatomas vadovaujantis Metodikos VI skyriaus nuostatomis.

VI SKYRIUS
KITŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ BAZINIŲ KAINŲ NUSTATYMAS

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

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

čia:
B_k – bazinė kaina;
E_i – i-tosios ASPĮ atitinkamos paslaugos teikimo sąnaudos;
n – ASPĮ, teikiančių atitinkamas paslaugas, skaičius;
i (i = 1, 2, 3, …, n) – ASPĮ, teikiančių atitinkamas paslaugas, indeksas;

11.1. E_i apskaičiuojamas taip:

$$E_i = I_{du_i} \times I_{ak} + I_{di_i} + I_{vr_i} + I_{tvp_i} + I_{tp_i} + I_{an_i} + I_{ba_i} + I_{na},$$

čia:
E_i – i-tosios ASPĮ atitinkamos paslaugos teikimo sąnaudos;
I_{du_i} – i-tosios ASPĮ specialisto, tiesiogiai susijusio su atitinkamos paslaugos teikimu, vidutinės (etato) darbo užmokesčio sąnaudos;

Tais atvejais, kai pacientui paslauga 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_{ak} – atostoginių koeficientas;
I_{di_i} – i-tosios ASPĮ draudėjo įmokos;
I_{vr_i} – i-tosios ASPĮ vidutinės vaistų, reagentų (jei jie nėra įtraukti į tyrimų sąnaudas) sąnaudos;
I_{tvp_i} – i-tosios ASPĮ vidutinės tvarsliavos ir kitos vienkartinių priemonių sąnaudos;
I_{tp_i} – i-tosios ASPĮ vidutinės tyrimų ir procedūrų sąnaudos;
I_{an_i} – i-tosios ASPĮ medicinos priemonių, naudojamų teikiant atitinkamas paslaugas pacientų namuose, vidutinės nuomos sąnaudos;
I_{ba_i} – i-tosios ASPĮ vidutinės bendrosios ir administracinės bei ūkio sąnaudos pagal šios ASPĮ lygmenį;
I_{na} – ASPĮ, ataskaitiniais metais suteikusios daugiausia atitinkamų paslaugų, ilgalaikio materialiojo turto (medicinos priemonės (-ių)) (toliau – medicinos priemonė) nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos. Į sąnaudas įtraukiamos tik medicinos priemonės, tiesiogiai susijusios su atitinkamos paslaugos teikimu ir įsigytos ASPĮ lėšomis, taip pat medicinos priemonės, kurią ASPĮ valdo patikėjimo teise arba kuri yra įsigyta kitų finansavimo šaltinių lėšomis ir kurios įsigijimo vertė neviršija vertės, nurodytos brangios medicinos priemonės sąvokos apibrėžime, pateikiamame Brangių medicinos priemonių įsigijimo koordinavimo šalies mastu tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 22 d. įsakymu Nr. V-947 „Dėl Brangių medicinos priemonių įsigijimo koordinavimo šalies mastu tvarkos aprašo patvirtinimo“, nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos.

Skaičiuojant brangiųjų tyrimų ir procedūrų bazines kainas, į sąnaudas įtraukiamos ASPĮ, ataskaitiniais metais suteikusios daugiausia atitinkamų paslaugų, medicinos priemonės, tiesiogiai susijusios su šių paslaugų teikimu, nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudos, nepriklausomai nuo lėšų, už kurias medicinos priemonė buvo įsigyta, šaltinio. Medicinos priemonės nusidėvėjimo ar amortizacijos sąnaudos į kainą neįtraukiamos, jei visos ASPĮ medicinos priemonę įsigijo ne ASPĮ lėšomis.

Minimali ilgalaikio materialiojo turto (medicinos priemonės) vertė (įsigijimo (pagaminimo) savikaina) yra apibrėžta 12-jame viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės standarte „Ilgalaikis materialusis turtas“, patvirtintame Lietuvos Respublikos finansų ministro 2008 m. gegužės 8 d. įsakymu Nr. 1K-174 „Dėl Viešojo sektoriaus apskaitos ir finansinės atskaitomybės 12-ojo standarto patvirtinimo“;

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

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

čia:

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

D_{l_i} – i-tosios ASPĮ nustatytos darbo laiko sąnaudos (val., min.) atitinkamai paslaugai suteikti. Į gydytojų specialistų konsultacijų darbo užmokesčio sąnaudas įtraukiamos pakartotinio vizito darbo laiko sąnaudos. Jei specialisto, tiesiogiai susijusio su atitinkamos paslaugos teikimu, vidutinė darbo laiko trukmė yra didesnė nei VLK direktoriaus įsakymu patvirtinta vidutinė darbo laiko trukmė, bazinės kainos skaičiuojamos pagal VLK direktoriaus įsakymu nustatytą darbo laiko trukmę;

D_u– i-tosios ASPĮ atitinkamos specialybės specialisto, tiesiogiai susijusio su paslaugos teikimu, vieno etato ataskaitinio laikotarpio vidutinis darbo užmokestis (val., min.), įskaitant pagrindinį darbo užmokestį, kintamąsias dalis, priedus ir premijas, bet neįskaitant darbdavio mokamų valstybinio socialinio draudimo įmokų (draudėjo įmokų) ir priskaičiuotų atostoginių. Skaičiuojant ambulatorinės paslaugos sąnaudas, į specialisto darbo užmokestį neįtraukiamas padidinto tarifo užmokestis už budėjimus ir darbą nakties metu;

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

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

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 pagal ASPĮ lygmenis, apskaičiuojamos taip:

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

čia:

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

q – bendrųjų ir administracinių bei ūkio sąnaudų koeficientas, apskaičiuojamas taip:

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

čia:

V_{ba_i} – i-tosios ASPĮ bendrosios ir administracinės bei ūkio sąnaudos pagal šios ASPĮ lygmenį, kurios apima pacientų transportavimo, maitinimo, komunalinių paslaugų, ryšių, darbuotojų kvalifikacijos kėlimo, einamojo remonto, mokesčių į biudžetą, ilgalaikio turto nusidėvėjimo sąnaudas (išskyrus medicinos priemonės, tiesiogiai susijusios su atitinkamos paslaugos teikimu, nusidėvėjimo sąnaudas) ir kitas sąnaudas (įskaitant informacinių technologijų (toliau – IT) specialistų darbo užmokesčio, įrangos remonto, IT sistemų palaikymo ir priežiūros, IT įrangos veikimui užtikrinti 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;

11.6. i-tosios ASPĮ vidutinės medicinos priemonių, kurios naudojamos teikiant atitinkamas paslaugas pacientų namuose, nuomos sąnaudos nustatomos nuomos sutarčių pagrindu;

11.7. I_{ak} – atostoginių koeficientas apskaičiuojamas taip:

,

čia:

VDU_{mp} – ¿11 mėnesių vidutinis darbo užmokestis, tenkantis medicinos personalo etatui, pagal VLK duomenis;

$VA_{mp_{mėn.}}$ – ¿vidutinė 1 mėnesio medicinos personalo atostoginių suma pagal VLK duomenis.

12. Pagal Metodikos VI skyriaus nuostatas apskaičiavus 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.

13. Jei paslaugos pagal turinį, teikimo būdą ir (ar) sąnaudas yra analogiškos kitoms paslaugoms, kurių bazinės kainos nustatytos galiojančiais teisės aktais ir sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka, šių paslaugų bazinės kainos gali būti nustatomos arba keičiamos prilyginant jas galiojančioms analogiškų paslaugų bazinėms kainoms. Gydytojo specialisto konsultacijos, kuri nepriskiriama jokiam konsultacijų lygiui, bazinė kaina gali būti prilyginta kainai, kuri apskaičiuojama taikant svertinį antrinio ir (ar) tretinio lygių konsultacijų bazinių kainų, patvirtintų galiojančiais teisės aktais, vidurkį.

14. ASPĮ pateikti duomenys paslaugų bazinėms kainoms skaičiuoti gali būti koreguojami atsižvelgiant į ekspertinį vertinimą. Ekspertinis vertinimas atliekamas ASPĮ pateiktus duomenis lyginant su viešai skelbiama informacija IPR IS, CPO IS, taip pat su informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis ir kitais duomenimis. Tais atvejais, kai tam tikra sąnaudų dalis priskiriama bendrosioms ir administracinėms bei ūkio sąnaudoms, tačiau kainos struktūroje sudaro reikšmingą dalį (ne mažiau kaip 30 procentų darbo užmokesčio kartu su draudėjo įmokomis), šios sąnaudos gali būti vertinamos kaip atskira sąnaudų grupė.

VII SKYRIUS
DUOMENŲ PASLAUGŲ BAZINĖMS KAINOMS APSKAIČIUOTI TEIKIMO TVARKA

15. Į paslaugos bazinę kainą gali būti įtraukiamos (-a) vidutinės (-ė) tyrimo ir (ar) procedūros kainos (-a), apskaičiuotos (-a) pagal šią paslaugą teikiančių ASPĮ nustatytas tokio tyrimo ir (ar) procedūros kainas (-ą), jei jos (ji) nėra patvirtintos (-a) galiojančiais teisės aktais.

16. Apskaičiuodama Metodikos IV ir VI skyriuose nurodytų paslaugų bazines kainas, VLK atlieka išankstinę ASPĮ, 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 pagrindu pagal tikslinės atrankos metodą nustato ne daugiau kaip 10-ties ASPĮ, teikiančių daugiausia šių paslaugų, imtį. Bazinės kainos skaičiuojamos pagal šiai imčiai priskiriamų ASPĮ duomenis. Kai skaičiuojamos paslaugų, kurių didžiąją dalį (ne mažiau kaip 50 proc.) suteikia Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančios privačios ASPĮ, kainos, į imtį gali būti įtraukiamos Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančios privačios ASPĮ. Reikiamus duomenis šios ASPĮ teikia užpildydamos VLK joms siunčiamas duomenų užklausų, kuriose detaliai nurodomas prašomų pateikti duomenų pobūdis, jų pateikimo terminai ir ataskaitiniai laikotarpiai, formas.

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

17. Visos valstybės ir savivaldybių 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 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.

VIII SKYRIUS
BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

18. Bazinių kainų apskaičiavimo ir perskaičiavimo planas nustatomas 3 metams, atsižvelgiant į sveikatos politikos prioritetus, ir tvirtinamas VLK direktoriaus įsakymu. Šis įsakymas ir informacija apie jo įgyvendinimo eigą skelbiami VLK interneto svetainėje.

19. Nustatant Metodikos IV ir VI skyriuose nurodytų paslaugų bazines kainas, prireikus (jei labai skiriasi duomenys) ASPĮ turi pateikti viešojo pirkimo būdu įsigytų priemonių (vaistų, reagentų, tvarsliavos ir kitų vienkartinių priemonių) pirkimą patvirtinančius dokumentus, komercinį pasiūlymą (jei atitinkama priemonė ASPĮ dar nebuvo įsigyta ir naudota), tyrimo ar procedūros kainos apskaičiavimo duomenis ir teisės aktą, kuriuo patvirtinta ši ASPĮ nustatyta kaina, bei medicinos dokumentus.

_____

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

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.

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

čia:

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:

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

čia:

DSK – dienos aktyviojo gydymo atvejų skaičius;

A – aktyviojo gydymo atvejis;

DRG – giminingų diagnozių grupė;

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

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

čia:

PSK – paros aktyviojo gydymo atvejų skaičius;

A – aktyviojo gydymo atvejis;

DRG – gimininių diagnozių grupė;

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

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

čia:

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

A – aktyviojo gydymo atvejis;

DRG – gimininių diagnozių grupė;

T – faktinė gydymo trukmė (lovadieniais);

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

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

čia:

ASK – vidutinės trukmės gydymo atvejų skaičius,

A – aktyviojo gydymo atvejis,

DRG – gimininių diagnozių grupė;

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

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

čia:

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

A – aktyviojo gydymo atvejis;

DRG – gimininių diagnozių grupė;

T – faktinė gydymo trukmė (lovadieniais);

TMAX – maksimali gydymo trukmė (lovadieniais).

II SKYRIUS
SVERTINIO AKTYVIOJO GYDYMO ATVEJŲ IR LOVADIENIŲ SKAIČIAUS APSKAIČIAVIMO TVARKA

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

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

čia:

SALSK – svertinis aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių 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 – lovadienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė nei maksimali gydymo trukmė;

LKMIN – lovadienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė trumpesnė nei minimali gydymo trukmė;

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;

PK – paros aktyviojo gydymo kainos koeficientas;

PSK – paros aktyviojo gydymo atvejų skaičius.

III SKYRIUS
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 lovadienių skaičius (*ALSK*) bei svertinis šiai giminingų diagnozių grupei priskiriamų aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių skaičius (*SALSK*) apskaičiuojamas pagal lentelės duomenis:

DRG kodas	Kainų koeficientai					Aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių skaičius				
B42B	*DK*	*PK*	*AK*	*LKMIN*	*LKMAX*	*DSK*	*PSK*	*ASK*	*LSKMIN*	*LSKMAX*
	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 lovadienių skaičius (*ALSK*) apskaičiuojamas sudedant Metodikos 1 priedo 3 punkto lentelėje nurodytus aktyviojo gydymo atvejus ir lovadienius:

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

3.2. B42B giminingų diagnozių grupės svertinio aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių skaičius (*SALSK*) apskaičiuojamas sudedant Metodikos 1 priedo 3 punkto lentelėje nurodytų aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių bei gydymo atvejų trukmę atitinkančių kainų koeficientų sandaugas:

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

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 lovadieniais apskaičiuojama taip (rezultatą apvalinant iki artimiausio sveikojo skaičiaus):

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

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

čia:

T – faktinė gydymo trukmė (lovadieniais);

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:

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

čia:

TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovadieniais);

A – aktyviojo gydymo atvejis;

DRG – giminingų diagnozių grupė;

T – faktinė gydymo trukmė (lovadieniais);

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

$$TVID_{DRG} = 1,$$

čia:

TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovadieniais);

DRG – giminingų diagnozių grupė.

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

2.1. visais atvejais, išskyrus šio priedo 2.2 papunktyje nurodytus atvejus:

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

čia:

TMIN – minimali gydymo trukmė lovadieniais;

DRG – giminingų diagnozių grupė;

TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovadieniais);

2.2. jei vidutinė gydymo trukmė, padalyta iš 3, yra mažesnė nei 1, arba jei tai yra gretimų giminingų diagnozių grupės, kurių kodai O02 ir O60:

$$TMIN_{DRG} = 1,$$

čia:
TMIN – minimali gydymo trukmė lovadieniais;
DRG – giminingų diagnozių grupė.

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

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

čia:
TMAX – maksimali gydymo trukmė lovadieniais;
DRG – giminingų diagnozių grupė;
TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovadieniais).

_____

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 asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ) veiklos sąnaudų eliminuojamos ataskaitinio laikotarpio centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių, kuriomis aprūpinamos šios ASPĮ, sąnaudos, lėšos darbo užmokesčiui padidinti (ir su jomis susijusios išlaidos, pvz., padidėjusiems darbuotojų atostoginiams mokėti), skirtos pagal Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 32^1 straipsnio 1 dalies nuostatas, ir nustatomos bendrosios vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovadienio sąnaudos, apimančios visas sąnaudų grupes, ir vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovadienio 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 lovadienio sąnaudos pagal kiekvieną sąnaudų grupę apskaičiuojamos dalijant atitinkamai sąnaudų grupei priskirtas sąnaudas iš aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių skaičiaus:

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

čia:

AKAVID – vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovadienio sąnaudos;

ALSK – aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių skaičius;

SĄ – aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPĮ veiklos sąnaudos;

SG – sąnaudų grupė;

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

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

čia:

AKAVID – vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovadienio sąnaudos;

ALSK – aktyviojo gydymo atvejų ir lovadienių skaičius;

SĄ – 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 priskiriamo 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. lovadienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė yra trumpesnė už minimalią gydymo trukmę;

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

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

3.1. jei gimininių diagnozių grupei 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:

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

čia:

DK – dienos gydymo kainos koeficientas;

DRG – gimininių diagnozių grupė;

K – tarptautinis koeficientas;

SG – sąnaudų grupė;

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

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

čia:

DK – dienos gydymo kainos koeficientas;

DRG – gimininių 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 gimininių diagnozių grupei yra priskirtas požymis „dienos paslauga“ arba kai minimali gydymo trukmė yra lygi 1 lovadieniui, koeficientas yra lygus tarptautiniams šių sąnaudų grupių koeficientams:

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

čia:

PK – paros gydymo kainos koeficientas;

DRG – gimininių 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 papunktyje, koeficientas apskaičiuojamas tarptautinį atitinkamos sąnaudų grupės koeficientą dalijant iš minimalios gydymo trukmės:

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

čia:
PK – paros gydymo kainos koeficientas;
DRG – gimininių diagnozių grupė;
K – tarptautinis koeficientas;
SG – sąnaudų grupė;
TMIN – minimali gydymo trukmė;

4.3. jei gimininių 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 gimininių diagnozių grupei yra priskirtas požymis „dienos paslauga“, koeficientas yra lygus tarptautiniam atitinkamos sąnaudų grupės koeficientui:

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

čia:
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 – gimininių diagnozių grupė;
K – tarptautinis koeficientas;
SG – sąnaudų grupė;

5.2. jei gimininių 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):

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

čia:
LKMIN – lovadienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė yra trumpesnė nei minimali gydymo trukmė;

AK – 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;

DRG – gimininių diagnozių grupė;

PK – paros gydymo kainos koeficientas;

SG – sąnaudų grupė;

TMIN – minimali gydymo trukmė;

6.2. jei gimininių 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 gimininių 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:

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

čia:

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 – gimininių diagnozių grupė;

SG – sąnaudų grupė;

TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovadieniais);

7.2. jei gimininių 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:

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

čia:

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 – gimininių diagnozių grupė;

SG – sąnaudų grupė;

TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovadieniais);

7.3. jei gimininių 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:

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

čia:

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 – gimininių diagnozių grupė;

SG – sąnaudų grupė;

TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovadieniais);

7.4. jei gimininių 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:

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

čia:

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 – gimininių diagnozių grupė;

SG – sąnaudų grupė;

TVID – vidutinė gydymo trukmė (lovadieniais);

7.5. jei gimininių 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 vidutines aktyviojo gydymo atvejo sąnaudas (įvertinus jas koeficientais pagal gimininių 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:

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

čia:

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:

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

čia:

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:

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

čia:

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:

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

čia:

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. lovadienio kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė nei maksimali gydymo trukmė:

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

čia:

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

AKAVID – vidutinės aktyviojo gydymo atvejo ar lovadienio 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 ĮSTAIGOSE KOEFICIENTŲ APSKAIČIAVIMO TVARKOS APRAŠAS

1. Skaičiuojant prisirašiusiems prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ) 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 gyventojų skaičiaus:

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

čia:

$TVID_{AG}$ – 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 ASPĮ, 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:

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

čia:

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 ASPĮ, 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 1 000 prisirašiusių gyventojų, ir vidutinis prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičius, tenkantis 1 000 prisirašiusių gyventojų 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 1 000 prisirašiusių gyventojų, 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 prisirašiusiųjų gyventojų skaičiaus santykį iš 1 000:

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

čia:

$PVID_{AG}$ – vidutinis atitinkamos amžiaus grupės prisirašiusių gyventojų, vienu metu sergančių dviem (ir daugiau) lėtinėmis ligomis, kurioms gydyti būtini dideli žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, skaičius, tenkantis 1 000 prisirašiusių gyventojų 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 1 000 prisirašiusių gyventojų, apskaičiuojamas taip:

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

čia:

$PVID$ – 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 1 000 prisirašiusių gyventojų;

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 gyventojų skaičiaus:

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

čia:

$APSVID_{AG}$ – 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:

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

čia:

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, poliligotumo 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:

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

čia:

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, koeficientas (poliligotumo koeficientas) apskaičiuojamas taip:

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

čia:

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 1 000 prisirašiusių gyventojų;

AG – gyventojų amžiaus grupė;

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

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

čia:

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

APSVID – vidutinis vienam prisirašiusiam gyventojui tenkantis apsilankymų skaičius;

AG – gyventojų amžiaus grupė.

_____