

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

Į S A K Y M A S

DĖL STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO BEI JŲ KIEKIO IR METINĖS SUTARTINĖS SUMOS APSKAIČIAVIMO TVARKOS PATVIRTINIMO

2006 m. vasario 10 d. Nr. V-104

Vilnius

Vadovaudamasis Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 6 dalimi (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 2002, Nr. [123-5512](#)):

1. T v i r t i n u Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos aprašą (pridedama).

2. N u s t a t a u, kad šis įsakymas taikomas mokėjimui už paslaugas, suteiktas nuo 2006 metų sausio mėnesio.

3. P a v e d u teritorinėms ligonių kasoms:

3.1. sudaryti sutartis su teritorinės ligonių kasos veiklos zonai priklausančiomis stacionarinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiomis įstaigomis dėl visų grupių stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teritorinės ligonių kasos veiklos zonos gyventojams bei šių paslaugų apmokėjimo;

3.2. sudaryti sutartis su teritorinės ligonių kasos veiklos zonai nepriklausančiomis stacionarinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiomis įstaigomis dėl pirmos grupės stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teritorinės ligonių kasos veiklos zonos gyventojams bei šių paslaugų apmokėjimo. Sutartis dėl kitų grupių stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo sudaryti tuo atveju, jeigu įstaigos teikiamų paslaugų teritorinės ligonių kasos veiklos zonos gyventojams kiekis sudaro daugiau negu 1 procentą visų šios įstaigos stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų arba jų suteikiama daugiau negu 50 pacientų per metus;

3.3. kitais atvejais sutartis sudaryti pagal poreikį.

4. L a i k a u netekusiais galios:

4.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymą Nr. V-114 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. [23-981](#));

4.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. kovo 28 d. įsakymą Nr. V-178 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymo Nr. V-114 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2003, Nr. [35-1504](#));

4.3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymą Nr. V-437 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymo Nr. V-114 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2003, Nr. [71-3255](#));

4.4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. lapkričio 19 d. įsakymą Nr. V-676 „Dėl sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymo Nr. V-114 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2003, Nr. [111-4975](#));

4.5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. sausio 28 d. įsakymą Nr. V-27 „Dėl sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymo Nr. V-114 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2004, Nr. [15-474](#));

4.6. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. liepos 9 d. įsakymą Nr. V-519 „Dėl sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymo Nr. V-114 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2004, Nr. [109-4094](#));

4.7. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 29 d. įsakymą Nr. V-968 „Dėl sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymo Nr. V-114 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2005, Nr. [3-43](#));

4.8. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 12 d. įsakymą Nr. V-573 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymo Nr. V-114 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2005, Nr. [86-3253](#));

4.9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 2 d. įsakymą Nr. V-839 „Dėl sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 18 d. įsakymo Nr. V-114 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2005, Nr. [133-4801](#)).

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

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ŽILVINAS PADAIGA

STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO BEI JŲ KIEKIO IR METINĖS SUTARTINĖS SUMOS APSKAIČIAVIMO TVARKOS APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Šis aprašas reglamentuoja specializuotų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – stacionarinių paslaugų) poreikio nustatymą, teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) sutartyje numatyto stacionarinių paslaugų kiekio bei metinės sutartinės sumos apskaičiavimą, stacionarinių paslaugų apmokėjimą.

2. Šis aprašas netaikomas mokėjimui už slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas, brangiuosius tyrimus ir procedūras.

3. Stacionarinių paslaugų poreikiui nustatyti ir metinei sutartinei sumai apskaičiuoti visos stacionarinės paslaugos pagal nustatytus kriterijus skirstomos į šešias grupes:

3.1. Pirmos grupės paslaugos – tai aiškiai apibrėžtos paslaugos, kurių teikimo stacionare pagrįstumas nekelia abejonių ir kurių poreikiui negali daryti įtakos arba daro labai nedidelę įtaką paslaugų teikėjai.

3.2. Antros grupės A pogrupio paslaugos – tai aiškiai apibrėžtos paslaugos, kurios gali būti teikiamos stacionare, tačiau šių paslaugų, teikiamų stacionaro sąlygomis, poreikiui gali daryti įtaką paslaugų teikėjai, todėl jų kiekio tiksliai prognozuoti negalima.

3.3. Antros grupės B pogrupio paslaugos – tai paslaugos, kurios gali būti teikiamos stacionare, tačiau šių paslaugų poreikio negalima nustatyti dėl sunkiai apibrėžiamų jų teikimo sąlygų (indikacijų, kriterijų ir pan.).

3.4. Trečios grupės A pogrupio paslaugos – tai paslaugos, teikiamos dienos stacionaro ar dienos chirurgijos sąlygomis (paciento nepertraukiamas buvimas stacionare trunka iki 72 val., jei galiojantys teisės aktai nenustato kitaip). Tais atvejais, kai nepatvirtinti šių paslaugų teikimo reikalavimai, jų teikimo tvarka nustatoma asmens sveikatos priežiūros įstaigos vidaus tvarkos taisyklėmis, parengtomis ir patvirtintomis teisės aktų nustatyta tvarka.

3.5. Trečios grupės B pogrupio paslaugos – tai paslaugos, kurias teikti stacionare netikslinga; jos turi būti teikiamos ambulatorinėmis ar dienos stacionaro sąlygomis, tačiau tam tikrais atvejais, esant sudėtingai klinicinei situacijai, jų teikimas stacionare gali būti pagrįstas.

3.6. Ketvirtos grupės paslaugos – tai paslaugos, kurios teikiamos stacionare, tačiau atsižvelgiant į jų teikimo sąlygas (indikacijas, kriterijus ir pan.), šios paslaugos turi būti teikiamos ambulatoriškai.

4. Stacionarinių paslaugų grupių sąrašus, atsižvelgdama į diagnozę, indikacijas, ligos gydymo profilį, teisės aktuose nustatytus paslaugų teikimo specialiuosius reikalavimus, klinikines situacijas ir technologinius metodus, paslaugų teikėjų įtaką paslaugų vartojimui, galimybę tiksliai apskaityti paslaugas, tvirtina Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

II. STACIONARINIŲ PASLAUGŲ APMOKĖJIMO TVARKA

5. Už ASPĮ suteiktas pirmos grupės stacionarines paslaugas TLK moka bazinėmis kainomis. Paslaugų bazinės kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Jei suma, už kurią suteikta šių paslaugų Lietuvos mastu, 5 proc. viršija joms apmokėti skirtą sumą, atsiskaitoma įvertinus paslaugų teikimo pagrįstumą.

6. Už antros grupės A pogrupio stacionarines paslaugas, kurių išlaidos neviršija TLK ir ASPĮ sutartyje numatytos sumos, mokama bazinėmis kainomis, o už paslaugas:

6.1. kurių išlaidos iki 2 proc. viršija sutartyje numatytą sumą, mokama bazinėmis kainomis, sumą, viršijusią sutartinę, indeksuojant koeficientu 0,9;

6.2. kurių išlaidos 2 proc. ir daugiau viršija sutartyje numatytą sumą, mokama bazinėmis kainomis, sumą, viršijusią sutartinę, indeksuojant koeficientu 0,7.

7. Už antros grupės B pogrupio stacionarines paslaugas, kurių išlaidos neviršija TLK ir ASPI sutartyje numatytos sumos, mokama bazinėmis kainomis, o už paslaugas, kurių išlaidos viršija sutartinę sumą, mokama:

7.1. už operacijas – atitinkama stacionarinės paslaugos bazinė kaina, sumą, viršijusią sutartinę, indeksuojant koeficientu 0,25;

7.2. už kitas paslaugas – atitinkama stacionarinės paslaugos bazinė kaina, sumą, viršijusią sutartinę, indeksuojant koeficientu 0,15.

8. Už trečios grupės A pogrupio stacionarines paslaugas mokama bazinėmis kainomis, o jei jos nenustatytos – 50 proc. atitinkamos stacionarinės paslaugos bazinės kainos.

9. Už trečios grupės B pogrupio stacionarines paslaugas mokama bazinėmis kainomis, indeksuojant jas koeficientu 0,4.

III. STACIONARINIŲ PASLAUGŲ KIEKIO NUSTATYMAS IR SUTARTINĖS METINĖS SUMOS APSKAIČIAVIMAS

10. Pirmos grupės ir antros grupės A pogrupio stacionarinių paslaugų kiekis nustatomas pagal šių paslaugų poreikį, t. y. pagal paskutinio laikotarpio faktinį paslaugų kiekį, atsižvelgiant į jo didėjimo tendencijas pagal statistinius ir epidemiologinius duomenis, o sutartinė metinė suma apskaičiuojama paslaugų kiekį dauginant iš paslaugos bazinės kainos.

11. Trečios grupės A pogrupio stacionarinių paslaugų kiekis nustatomas pagal paskutinio laikotarpio faktinį paslaugų kiekį, atsižvelgiant į restruktūrizacijos planus, o sutartinė metinė suma apskaičiuojama šių paslaugų kiekį dauginant iš paslaugos bazinės kainos (jei ji nenustatyta – dauginant iš atitinkamos stacionarinės paslaugos bazinės kainos ir dalinant iš dviejų).

12. Trečios grupės B pogrupio stacionarinių paslaugų kiekis nustatomas pagal paskutinio laikotarpio faktinį paslaugų kiekį, atsižvelgiant į būtinybę teikti daugiau šių paslaugų ambulatorinėmis ar dienos stacionaro sąlygomis, o sutartinė metinė suma apskaičiuojama šių paslaugų kiekį dauginant iš paslaugos bazinės kainos ir indeksuojant koeficientu 0,4.

13. Antros grupės B pogrupio stacionarinių paslaugų kiekis sutartyje nenurodomas, o sutartinė metinė suma apskaičiuojama pagal paskutinio laikotarpio sutartinę metinę sumą, atsižvelgiant į lėšų šioms paslaugoms apmokėti poreikio kitimo tendencijas.

14. Ketvirtos grupės paslaugų kiekis aptariamas sutartyje pagal faktinį praėjusiais metais stacionare suteiktų šios grupės paslaugų kiekį. Šios paslaugos, suteiktos stacionaro sąlygomis, neapmokamos, todėl lėšos joms nenumatomos.

15. Sutartyje numatomas 5 proc. metinės sumos rezervas, naudojamas šiame apraše nustatyta tvarka.

IV. REZERVO LĖŠŲ IR SUTARTYJE NUMATYTŲ, BET ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ NEPANAUDOTŲ LĖŠŲ NAUDOJIMO TVARKA

16. Jei per ataskaitinį mėnesį ASPI faktiškai suteikia paslaugų mažiau nei už 1/12 metinės sutartinės sumos, nepanaudotos lėšos kartu su ataskaitiniam mėnesiui numatytomis rezervo lėšomis skiriamos paslaugų bazinių kainų balo vertei indeksuoti bei viršsutartinėms paslaugoms apmokėti.

17. Lėšų, skirtų balui indeksuoti ir viršsutartinėms paslaugoms apmokėti, suma apskaičiuojama atsižvelgiant į:

17.1. Siektino hospitalizacijos atvejų skaičiaus plano vykdymą. Pagal šį kriterijų skiriama 75 proc. 16 punkte nurodytų lėšų (toliau – I lėšų dalis).

17.2. Dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinių paslaugų kiekio plano vykdymą. Pagal šiuos kriterijus skiriama 15 proc. 16 punkte nurodytų lėšų (toliau – II lėšų dalis).

17.3. Pasiectus ASPĮ restructūrizacijos programoje numatytus rodiklius – vidutinės gulėjimo trukmės, lovos užimtumo, lovadienių skaičiaus. Pagal šiuos kriterijus skiriama 10 proc. 16 punkte nurodytų lėšų (toliau – III lėšų dalis).

17.4. Slaugos ir palaikomojo gydymo, chirurgijos, neurologijos ar kitų paslaugų restructūrizaciją einamaisiais metais, jei ji nebuvo numatyta restructūrizacijos plane. Pagal šiuos kriterijus skiriama nepanaudota I ir II lėšų dalių suma (toliau – IV lėšų dalis).

18. Pagal 17.1 ir 17.2 punktuose nurodytus kriterijus ASPĮ veiklos rezultatai vertinami kiekvieną ataskaitinį mėnesį.

19. Pagal 17.3 ir 17.4 punktuose bei papildomai pagal 17.1 punkte nurodytus kriterijus vertinami einamaisiais metais pasiekti ASPĮ veiklos rezultatai.

20. Iš I lėšų dalies ASPĮ skiriama suma už ataskaitinį mėnesį pasiektus rezultatus skaičiuojama šia tvarka:

20.1. Jei hospitalizacijos atvejų skaičius yra mažesnis arba viršija iki 5 proc. siektiną hospitalizacijos atvejų skaičių, ASPĮ skiriama visa I lėšų dalies ataskaitiniam mėnesiui numatyta suma.

20.2. Jei hospitalizacijos atvejų skaičius viršija nuo 5 proc. iki 10 proc. siektiną hospitalizacijos atvejų skaičių, ASPĮ skiriama 75 proc. I lėšų dalies ataskaitiniam mėnesiui numatytos sumos.

20.3. Jei hospitalizacijos atvejų skaičius viršija nuo 10 proc. iki 15 proc. siektiną hospitalizacijos atvejų skaičių, ASPĮ skiriama 50 proc. I lėšų dalies ataskaitiniam mėnesiui numatytos sumos.

20.4. Jei hospitalizacijos atvejų skaičius viršija nuo 15 iki 20 proc. siektiną hospitalizacijos atvejų skaičių, ASPĮ skiriama 25 proc. I lėšų dalies ataskaitiniam mėnesiui numatytos sumos.

20.5. Jei hospitalizacijos atvejų skaičius viršija 20 proc. siektiną hospitalizacijos atvejų skaičių, I lėšų dalies ataskaitiniam mėnesiui numatyta suma ASPĮ neskiriama.

21. Nepanaudota, vadovaujantis 20.2–20.5 punktais, I lėšų dalies ataskaitiniam mėnesiui numatyta suma metų pabaigoje skiriama šia tvarka:

21.1. Jei einamųjų metų pabaigoje ASPĮ hospitalizacijos atvejų skaičius neviršijo siektino metų hospitalizacijos atvejų skaičiaus ar viršijo ne daugiau kaip 5 proc., visa iki šio laikotarpio nepanaudota I lėšų dalies suma skiriama ASPĮ suteiktų paslaugų bazinių kainų balo vertei indeksuoti bei viršsutartinėms paslaugoms apmokėti.

21.2. Jei einamųjų metų pabaigoje ASPĮ viršijo siektiną metų hospitalizacijos atvejų skaičių daugiau kaip 5 proc., minėtos lėšos toliau naudojamos 24 punkte nustatyta tvarka, formuojant IV lėšų dalį.

22. Iš II lėšų dalies ASPĮ skiriama suma už ataskaitinį mėnesį pasiektus rezultatus skaičiuojama šia tvarka:

22.1. Jei ASPĮ dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinių paslaugų kiekis didėja – ne mažiau kaip dviejų iš šių paslaugų grupių, palyginti su praėjusių metų tuo pačiu laikotarpiu, balui indeksuoti skiriama visa II dalyje ataskaitiniam mėnesiui numatyta suma.

22.2. Jei ASPĮ pirmiau minėtų paslaugų kiekis, palyginti su praėjusių metų tuo pačiu laikotarpiu, nedidėja arba didėja tik vienos paslaugų grupės, balui indeksuoti II lėšų dalies ataskaitiniam mėnesiui numatyta suma neskiriama. Šios lėšos toliau naudojamos 24 punkte nustatyta tvarka, formuojant IV lėšų dalį.

23. III lėšų dalies suma, skiriama ASPĮ už einamaisiais metais pasiektus rezultatus, skaičiuojama šia tvarka:

23.1. Jei ASPĮ einamaisiais metais pasiekia restructūrizacijos plane patvirtintus rodiklius, balui indeksuoti skiriama visa III lėšų dalis.

23.2. Jei ASPĮ einamaisiais metais nepasiekia restructūrizacijos plane patvirtintų rodiklių, III lėšų dalis balui indeksuoti neskiriama. Šios lėšos patenka į TLK rezervą ir naudojamos 26 punkte nustatyta tvarka.

24. IV lėšų dalies suma, skirta ASPĮ už einamaisiais metais pasiektus rezultatus,

skaičiuojama šia tvarka:

24.1. Jei ASPĮ vykdo slaugos ir palaikomojo gydymo, chirurgijos, neurologijos ar kitų paslaugų restruktūrizaciją, kuri nebuvo numatyta restruktūrizacijos plane, balui indeksuoti skiriama 50 proc. IV lėšų dalies. Likusioji šios lėšų dalies suma patenka į TLK rezervą ir naudojama 26 punkte nustatyta tvarka.

24.2. Jei ASPĮ einamaisiais metais nevykdo paslaugų restruktūrizacijos, visa IV lėšų dalis patenka į TLK rezervą ir naudojama 26 punkte nustatyta tvarka.

25. ASPĮ, apskaičiavusi sumą balo vertei indeksuoti, pasirašo su TLK suderinimo protokolą. Protokole turi būti pateikiamas paslaugų, kurioms bus taikomas balo vertės indeksavimas, sąrašas bei balo indeksavimo koeficientas.

26. TLK rezervo lėšos, skirtos stacionarinėms paslaugoms apmokėti, prioriteto tvarka naudojamos viršplaninėms pirmos grupės, antros grupės A pogrupio, trečios grupės A pogrupio stacionarinėms, ambulatorinėms, dienos chirurgijos, dienos stacionaro paslaugoms apmokėti.

V. SIEKTINO HOSPITALIZACIJOS ATVEJŲ SKAIČIAUS NUSTATYMAS

27. Nustatant siektiną hospitalizacijos atvejų skaičių, neatsižvelgiama į suteiktų dienos chirurgijos, dienos stacionaro, reanimacijos, reabilitacijos, slaugos, audinių ir organų transplantacijos paslaugų kiekį bei į asmenų, slaugančių vaikus, skaičių.

28. ASPĮ ir TLK sutartyje dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo privaloma numatyti siektiną savivaldybės, kurios teritorijoje veikia ASPĮ, gyventojų hospitalizacijos atvejų skaičių bei siektiną priemiestinių savivaldybių gyventojų hospitalizacijos atvejų skaičių, jei jų teritorijoje nėra daugiaprofilinės stacionaro paslaugas teikiančios ASPĮ. Siektinas kitų savivaldybių gyventojų hospitalizacijos atvejų skaičius numatomas tik tuomet, jei daugėja nepagrįstos hospitalizacijos atvejų.

29. Savivaldybės teritorijoje veikiančios ASPĮ siektinas hospitalizacijos atvejų skaičius apskaičiuojamas iš tos savivaldybės siektino hospitalizacijos atvejų skaičiaus atimant faktinį tos savivaldybės gyventojų hospitalizacijos atvejų kitose šalies ASPĮ skaičių.

30. Jei savivaldybės teritorijoje veikia daugiau nei viena ASPĮ, teikianti stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, siektinas tos savivaldybės gyventojų hospitalizacijos atvejų skaičius apskaičiuojamas atsižvelgiant į istoriškai susiklosčiusias pacientų srautų proporcijas, neatidėliotinos pagalbos atvejų pasiskirstymą šiose ASPĮ bei neišnaudotas galimybes teikti paslaugas dienos stacionaro ar ambulatorinėmis sąlygomis.

31. Savivaldybės, kurios teritorijoje nėra stacionarines paslaugas teikiančios ASPĮ, siektinas jos gyventojų hospitalizacijos atvejų skaičius apskaičiuojamas pagal praėjusių ataskaitinių metų faktinį hospitalizacijos atvejų skaičių.