

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

**DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOMS IŠ PRIVALOMOJO
SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO SKIRIAMŲ METINIŲ LĖŠŲ
SPECIALIZUOTŲ AMBULATORINIŲ, PRIĖMIMO-SKUBIOSIOS PAGALBOS,
DIENOS STACIONARO, DIENOS CHIRURGIJOS, PAPILDOMAI APMOKAMŲ,
ŽMOGAUS GENETIKOS, STEBĖJIMO IR STACIONARINIŲ ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ IŠLAIDOMS KOMPENSUOTI
PLANAVIMO TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO**

2013 m. spalio 31 d. Nr. V-1011
Vilnius

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 2002, Nr. [123-5512](#)) 21 straipsnio 1 dalies 1 punktu ir siekdamas užtikrinti, kad teritorinės ligonių kasos pagal vienodus principus planuotų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas, skirtas asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, ir jas skaidriai paskirstytų asmens sveikatos priežiūros įstaigoms:

1. T v i r t i n u Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotų ambulatorinių, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, papildomai apmokamų, žmogaus genetikos, stebėjimo ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms kompensuoti planavimo tvarkos aprašą (pridedama).

2. P a v e d u įsakymo vykdymo kontrolę viceministrui pagal administruojamą sritį.

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

VYTENIS POVILAS ANDRIUKAITIS

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2013 m. spalio 31 d.
įsakymu Nr. V-1011

**ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOMS IŠ PRIVALOMOJO
SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO SKIRIAMŲ METINIŲ LĖŠŲ
SPECIALIZUOTŲ AMBULATORINIŲ, PRIĖMIMO-SKUBIOSIOS PAGALBOS,
DIENOS STACIONARO, DIENOS CHIRURGIJOS, PAPILDOMAI APMOKAMŲ,
ŽMOGAUS GENETIKOS, STEBĖJIMO IR STACIONARINIŲ ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ IŠLAIDOMS KOMPENSUOTI
PLANAVIMO TVARKOS APRAŠAS**

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotų ambulatorinių, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, papildomai apmokamų, žmogaus genetikos, stebėjimo ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms kompensuoti planavimo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato asmens sveikatos priežiūros įstaigoms skiriamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto metinių lėšų specializuotų ambulatorinių, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, papildomai apmokamų, žmogaus genetikos, stebėjimo paslaugų (toliau – ambulatorinės paslaugos) ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – stacionarinės paslaugos) išlaidoms kompensuoti planavimo tvarką.

2. Apraše vartojamos sąvokos:

Ambulatorinių paslaugų vartojimo rodiklis – skaičiuojamuoju laikotarpiu suteiktų ambulatorinių paslaugų kiekis, tenkantis 1000 prisirašiusių prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų gyventojų.

Skaičiuojamasis laikotarpis – 12 mėnesių laikotarpis, pagal kurio duomenis skaičiuojamas planuojamas metinis ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų kiekis.

Mažintinas stacionarinių paslaugų kiekis – stacionarinių paslaugų kiekis, nustatomas iš skaičiuojamuoju laikotarpiu savivaldybės gyventojams faktiškai suteiktų stacionarinių paslaugų kiekio atimant planuojamą jiems suteikti šių paslaugų kiekį.

Kitos Apraše vartojamos sąvokos atitinka Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme (Žin., 1994, Nr. [63-1231](#); 1998, Nr. 112-3093), Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 2002, Nr. [123-5512](#)) ir kituose teisės aktuose vartojamas sąvokas.

3. VLK direktoriaus įsakymu iš PSDF biudžeto skiriamas TLK metinių lėšų (toliau – metinės lėšos) ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms paskirstymą asmens sveikatos priežiūros įstaigoms planuoja teritorinės ligonių kasos.

**II. SAVIVALDYBĖS GYVENTOJAMS PLANUOJAMO SUTEIKTI METINIO
AMBULATORINIŲ PASLAUGŲ (IŠSKYRUS DIENOS CHIRURGIJOS
PASLAUGAS) KIEKIO APSKAIČIAVIMAS**

4. Ambulatorinių paslaugų vartojimo rodikliai:

4.1. dienos stacionaro (išskyrus invazines skausmo malšinimo dienos stacionaro paslaugas) ir papildomai apmokamų paslaugų – skaičiuojamas kiekvienos paslaugos, žymimos atitinkamu paslaugos kodu pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo

biudžeto, klasifikatorių, patvirtintą Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus 2005 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. 1K-81 (Žin., 2005, Nr. [89-3363](#)) (toliau – paslaugos kodas), vartojimo rodiklis;

4.2. dienos chirurgijos, invazinių skausmo malšinimo dienos stacionaro paslaugų, priėmimo-skubiosios pagalbos, stebėjimo, žmogaus genetikos paslaugų – skaičiuojamas atitinkamų tipų paslaugų vartojimo rodiklis;

4.3. specializuotų ambulatorinių paslaugų (antrinio ir tretinio lygio specializuotų ambulatorinių paslaugų, profilaktinio sveikatos patikrinimo paslaugų, taip pat specializuotų ambulatorinių paslaugų, kurias teikiant atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai) – skaičiuojamas atitinkamų paslaugų grupių (paslaugų grupė apima kelis paslaugų tipus) vartojimo rodiklis.

5. Kiekvienos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas), suteiktų skaičiuojamuoju laikotarpiu – nuo praėjusių metų liepos 1 dienos iki einamųjų metų birželio 30 dienos – šalies arba savivaldybės gyventojams, vartojimo rodiklio (toliau – šalies arba savivaldybės šių paslaugų vartojimo rodiklis) reikšmė (PV) apskaičiuojama pagal formulę:

$$PV = \frac{N}{S} * 1000,$$

kai:

N – skaičiuojamuoju laikotarpiu (nuo praėjusių metų liepos 1 dienos iki einamųjų metų birželio 30 dienos) šalies arba savivaldybės gyventojams suteiktų atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) (naudojami privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenis) kiekis,

S – šalies arba savivaldybės vidutinis prisirašiusių prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų gyventojų skaičius skaičiuojamojo laikotarpio (nuo praėjusių metų liepos 1 dienos iki einamųjų metų birželio 30 dienos) pabaigoje.

6. Teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) veiklos zonos kiekvienos savivaldybės gyventojams planuojamas suteikti bendras metinis atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) kiekis (M_{sav}) apskaičiuojamas pagal formulę (naudojantis privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenimis):

$$M_{sav} = \{PV_{sav} + [\max(0; PV_R - PV_{sav})] * K\} * (S_{sav} / 1000)$$

kai:

PV_{sav} – tam tikros savivaldybės atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) vartojimo rodiklio reikšmė,

PV_R – šalies atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) vartojimo rodiklio reikšmė,

S_{sav} – tam tikros savivaldybės prisirašiusių prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų gyventojų skaičius (einamųjų metų birželio 30 dienos duomenimis),

K – atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) vartojimo išlyginimo koeficientas, lygus 0,02. Toks koeficientas taikomas savivaldybėms, kurių atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų vartojimo rodiklis neatitinka šalies šios rūšies paslaugų vartojimo rodiklio. Jeigu $PV_{sav} > PV_R$, tai $\max(0; PV_R - PV_{sav})$ prilyginama 0 ir M_{sav} nemažinamas.

Savivaldybės gyventojams planuojamas suteikti metinis atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) kiekis (M_{sav}) apvalinamas taip: jei $M_{sav} > 1$, apvalinama iki sveikąjį skaičių, jei $0 < M_{sav} < 1$, tai $M_{sav} = 1$.

III. PLANUOJAMO METINIO ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS AMBULATORINIŲ PASLAUGŲ (IŠSKYRUS DIENOS CHIRURGIJOS PASLAUGAS) KIEKIO IR METINIŲ LĖŠŲ SUMOS ŠIŲ PASLAUGŲ IŠLAIDOMS KOMPENSUOTI APSKAIČIAVIMAS

7. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas), planuojamų suteikti TLK veiklos zonos kiekvienos savivaldybės gyventojams, kiekis ($M_{ASPI,sav}$) apskaičiuojamas pagal formulę:

$$M_{ASPI,sav} = M_{sav} * \frac{N_{ASPI,sav}}{N_{sav}},$$

kai:

M_{sav} – tam tikros savivaldybės gyventojams planuojamas suteikti bendras metinis atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) kiekis,

$N_{ASPI,sav}$ – faktinis asmens sveikatos priežiūros įstaigos skaičiuojamuoju laikotarpiu (nuo praėjusių metų liepos 1 dienos iki einamųjų metų birželio 30 dienos) suteiktų tam tikros savivaldybės gyventojams atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) kiekis,

N_{sav} – bendras faktinis tam tikros savivaldybės gyventojams skaičiuojamuoju laikotarpiu (nuo praėjusių metų liepos 1 dienos iki einamųjų metų birželio 30 dienos) suteiktų atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) kiekis.

8. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas), planuojamų suteikti TLK veiklos zonos (visų savivaldybių) gyventojams, metinis kiekis (M_{ASPI}) apskaičiuojamas sudedant visų TLK veiklos zonos savivaldybių gyventojams šios įstaigos planuojamų suteikti atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) kiekius ($M_{ASPI,sav}$) pagal formulę:

$$M_{iASPI} = \sum_{sav} M_{ASPI,sav},$$

kai:

$M_{ASPI,sav}$ – TLK veiklos zonos tam tikros savivaldybės gyventojams planuojamas suteikti asmens sveikatos priežiūros įstaigos atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) kiekis.

Pagal šią formulę apskaičiuotas planuojamas bendras metinis asmens sveikatos priežiūros įstaigos atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) kiekis (M_{ASPI}) apvalinamas taip: jei $M_{ASPI} > 1$, tai apvalinama iki sveikojo skaičiaus, jei $0 < M_{ASPI} < 1$, tai $M_{ASPI} = 1$.

9. Planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (litais) atskirais paslaugų kodais žymimoms atitinkamos rūšies ambulatorinėms paslaugoms (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) ($\sum_{i,ASPI}$) apskaičiuojama pagal formulę:

$$\sum_{i,ASPI} = M_{i,ASPI} * PBK_i * BV,$$

kai:

$M_{i,ASPI}$ – tam tikru paslaugos kodu žymimų atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų kiekis (duomenys gaunami iš informacinės sistemos „Sveidra“),

PBK_i – tam tikru kodu žymimų atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų bazinė kaina (balais),

BV – balo vertė (litais), nustatyta sveikatos apsaugos ministro įsakymu.

10. Planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (litas) atitinkamos rūšies ambulatorinėms paslaugoms (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) apskaičiuojama sudedant planuojamas metinių lėšų sumas atskirais paslaugų kodais žymimoms šios rūšies ambulatorinėms paslaugoms (SUM_{i,ASP_i}). Preliminari planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (litas) visų rūšių ambulatorinėms paslaugoms (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) ($SUM_{(ASP_i,plan)}$), apskaičiuojama sudedant planuojamas šios įstaigos metinių lėšų sumas (litas) kiekvienos rūšies ambulatorinėms paslaugoms (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) pagal formulę:

$$SUM_{ASP_i,plan} = \sum_i SUM_{i,ASP_i},$$

kai:

SUM_{i,ASP_i} – planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (litas) tam tikru paslaugos kodu žymimoms atitinkamos rūšies ambulatorinėms paslaugoms (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas).

11. Planuojama TLK metinių lėšų suma (litas) ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) išlaidoms kompensuoti (SUM_{plan}) apskaičiuojama sudedant visų asmens sveikatos priežiūros įstaigų preliminaras planuojamas metinių lėšų sumas (litas) ambulatorinėms paslaugoms, teikiamoms TLK veiklos zonos gyventojams, ir planuojamas lėšų sumas (litas) naujiems šių paslaugų teikėjams pagal formulę:

$$SUM_{plan} = \sum_{ASP_i} (SUM_{ASP_i,plan} + SUM_{ASP_i,planN}),$$

kai:

$SUM_{ASP_i,plan}$ – preliminarai planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (litas) ambulatorinėms sveikatos priežiūros paslaugoms (visų rūšių, išskyrus dienos chirurgijos paslaugas),

$SUM_{ASP_i,planN}$ – planuojama lėšų suma (litas) naujam ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) teikėjui.

12. TLK veiklos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigai, pirmą kartą pradedančiai teikti TLK veiklos zonos gyventojams ambulatorines paslaugas, arba TLK veiklos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigai, praėjusiais kalendoriniais metais neteikusiai TLK veiklos zonos gyventojams šių paslaugų ir atnaujinančiai jų teikimą, planuojama skirti metinių lėšų sumą ne daugiau kaip 128 ambulatorinėms gydytojų specialistų konsultacijoms, ne daugiau kaip 64 dienos stacionaro paslaugoms, ne daugiau kaip 80 stebėjimo paslaugų ne daugiau kaip 80 priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų.

13. Kitos TLK veiklos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigai, pirmą kartą pradedančiai teikti TLK veiklos zonos gyventojams ambulatorines paslaugas, bei kitos TLK veiklos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigai, kuri praėjusiais kalendoriniais metais neteikė TLK veiklos zonos gyventojams šių paslaugų ir atnaujiną jų teikimą, planuojama skirti metinių lėšų sumą ne daugiau kaip 32 ambulatorinėms gydytojų specialistų konsultacijoms, ne daugiau kaip 16 dienos stacionaro paslaugų, ne daugiau kaip 20 stebėjimo paslaugų ne daugiau kaip 20 priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų.

14. Jei praėjusiais metais sutartis su ambulatorinių paslaugų teikėju buvo sudaryta pirmą kartą mažesniai nei kalendoriniai metai laikotarpiui, planuojamas metinis šių paslaugų kiekis nustatomas faktiškai suteiktą šių paslaugų kiekį dalijant iš mėnesių, kuriems buvo sudaryta sutartis, skaičiaus ir dauginant iš 12 mėnesių. Maksimalus atitinkamos rūšies ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) kiekis negali viršyti Aprašo 12 ir 13 punktuose nurodyto šių paslaugų kiekio.

15. Galutinė planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (litas) ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) išlaidoms kompensuoti ($SUM_{ASPI,PSDF}$) apskaičiuojama atsižvelgiant į VLIK direktoriaus įsakymu TLK numatytas metines lėšas ambulatorinių paslaugų išlaidoms kompensuoti ir planuojamą TLK metinių lėšų sumą (litas) ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) išlaidoms kompensuoti pagal formulę:

$$SUM_{ASPI,PSDF} = \frac{B_{PSDF}}{SUM_{plan}} * SUM_{ASPI,plan},$$

B_{PSDF} – VLIK direktoriaus įsakymu TLK numatyta metinių lėšų suma (litas) ambulatorinių paslaugų išlaidoms kompensuoti (atėmus visų ASPI dienos chirurgijos paslaugoms apskaičiuotas lėšas pagal šio aprašo 21 p.),

SUM_{plan} – planuojama TLK metinių lėšų suma (litas) ambulatorinių paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas) išlaidoms kompensuoti,

$SUM_{ASPI,plan}$ – preliminarai planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (litas) visų rūšių ambulatorinėms paslaugoms (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas).

IV. PLANUOJAMO METINIO DIENOS CHIRUGIJOS PASLAUGŲ KIEKIO IR METINIŲ LĖŠŲ ŠIŲ PASLAUGŲ IŠLAIDOMS KOMPENSUOTI PLANAVIMO TVARKA

16. Preliminari planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos 2014 metų lėšų suma (litas) dienos chirurgijos paslaugų išlaidoms kompensuoti ($SUM_{ASPI,plan}$) apskaičiuojama pagal formulę:

$$SUM_{ASPI,plan} = SUM_{ASPI,em\ sut},$$

kai:

$SUM_{ASPI,em\ sut}$ – asmens sveikatos priežiūros įstaigos 2013 metų lėšų suma, skirta dienos chirurgijos paslaugų išlaidoms kompensuoti (litas).

17. Planuojama TLK metinių lėšų suma (litas) dienos chirurgijos paslaugų išlaidoms kompensuoti (SUM_{plan}) apskaičiuojama sudedant visų asmens sveikatos priežiūros įstaigų preliminaras planuojamas metinių lėšų sumas (litas) dienos chirurgijos paslaugoms, teikiamoms TLK veiklos zonos gyventojams, ir planuojamas metinių lėšų sumas (litas) naujiems šių paslaugų teikėjams pagal formulę:

$$SUM_{plan} = \sum_{ASPI} (SUM_{ASPI,plan} + SUM_{ASPI,planN}),$$

kai:

$SUM_{ASPI,plan}$ – preliminarai planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos 2014 metų lėšų suma (litas) dienos chirurgijos paslaugų išlaidoms kompensuoti,

$SUM_{ASPI,planN}$ – planuojama metinių lėšų suma (litas) naujam dienos chirurgijos paslaugų teikėjui.

Planuojama TLK metinių lėšų suma (litas) gali būti didinama ta lėšų suma, kuria mažinama planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma stacionarinėms paslaugoms pagal Aprašo 31 punktą.

18. TLK veiklos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigai, pirmą kartą pradedančiai teikti TLK veiklos zonos gyventojams dienos chirurgijos paslaugas, arba TLK veiklos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigai, praėjusiais kalendoriniais metais neteikusiai TLK veiklos

zonos gyventojams šių paslaugų ir atnaujinančiai jų teikimą, planuojama skirti metinių lėšų sumą ne daugiau kaip 24 dienos chirurgijos paslaugų išlaidoms kompensuoti.

19. Kitos TLK veiklos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigai, pirmą kartą pradedančiai teikti TLK veiklos zonos gyventojams dienos chirurgijos paslaugas, bei kitos TLK veiklos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigai, kuri praėjusiais kalendoriniais metais neteikė TLK veiklos zonos prisirašiusiesiems gyventojams šių paslaugų ir atnaujina jų teikimą, planuojama skirti metinių lėšų sumą ne daugiau kaip 6 dienos chirurgijos paslaugų išlaidoms kompensuoti.

20. Jei praėjusiais metais sutartis su dienos chirurgijos paslaugų teikėju buvo sudaryta pirmą kartą mažesniai nei kalendoriniai metai laikotarpiui, planuojamas metinis šių paslaugų kiekis nustatomas faktiškai suteiktą šių paslaugų kiekį dalijant iš mėnesių, kuriems buvo sudaryta sutartis, skaičiaus ir dauginant iš 12 mėnesių. Maksimalus dienos chirurgijos paslaugų kiekis negali viršyti Aprašo 18 ir 19 punktuose nurodyto šių paslaugų kiekio.

21. Galutinė planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (litas) dienos chirurgijos paslaugų išlaidoms kompensuoti ($SUM_{ASPI,PSDF}$) apskaičiuojama pagal formulę:

$$SUM_{ASPI,PSDF} = \frac{SUM_{plan}}{B_{PSDF}} * SUM_{ASPI,plan},$$

kai:

B_{PSDF} – praėjusių metų sutartinė visų ASPI lėšų suma (litas) dienos chirurgijos paslaugų išlaidoms kompensuoti,

SUM_{plan} – planuojama TLK metinių lėšų suma (litas) dienos chirurgijos paslaugų išlaidoms kompensuoti,

$SUM_{ASPI,plan}$ – preliminarai planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos 2014 metų lėšų suma (litas) dienos chirurgijos paslaugų išlaidoms kompensuoti.

V. SAVIVALDYBĖS GYVENTOJAMS PLANUOJAMO SUTEIKTI METINIO STACIONARINIŲ PASLAUGŲ KIEKIO APSKAIČIAVIMAS

22. TLK veiklos zonos kiekvienos savivaldybės gyventojams planuojamas suteikti stacionarinių paslaugų kiekis (MHA_{jM}) apskaičiuojamas pagal kelių skaičiuojamųjų laikotarpių – nuo 2010 m. liepos 1 d. iki 2011 m. birželio 30 d. ir nuo 2012 m. liepos 1 d. iki 2013 m. birželio 30 d. – faktinį kiekvienos savivaldybės gyventojams suteiktą stacionarinių paslaugų kiekį:

22.1. skaičiuojant planuojamą kiekvienos savivaldybės stacionarinių paslaugų kiekį (MHA_{jM}) pagal faktinį šių paslaugų kiekį, suteiktą kiekvienos savivaldybės gyventojams nuo 2010 m. liepos 1 d. iki 2011 m. birželio 30 d., taikoma formulė:

$$MHA_{jM} = HA_{jD} \times \left(1 - \frac{SH_{jD} - SH_{RD}}{SH_{jD}} \times N \right),$$

kai:

j – savivaldybė,

D – skaičiuojamasis laikotarpis nuo 2010 m. liepos 1 d. iki 2011 m. birželio 30 d. (2010 metai – atskaitos metai, nuo kurių pradedama laipsniškai mažinti hospitalizaciją. Tais metais pradedama įgyvendinti Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programą),

N – einamaisiais metais taikomas stacionariųjų paslaugų kiekio mažinimo koeficientas, lygus 0,25,

M – metai, kuriais planuojama suteikti skaičiuojamą stacionariųjų paslaugų kiekį,

HA_{jD} – j-osios savivaldybės gyventojams skaičiuojamuoju laikotarpiu (nuo 2010 m. liepos 1 d. iki 2011 m. birželio 30 d.) suteiktas stacionariųjų paslaugų kiekis,

SH_{jD} – j-osios savivaldybės skaičiuojamojo laikotarpio (nuo 2010 m. liepos 1 d. iki 2011 m. birželio 30 d.) standartizuotas bazinis hospitalizacijos rodiklis,

SH_{RD} – skaičiuojamojo laikotarpio (nuo 2010 m. liepos 1 d. iki 2011 m. birželio 30 d.) siektinas bazinis hospitalizacijos rodiklis šalies mastu – iki 20,0 hospitalizacijos atvejų 100-ui gyventojų per 5 metus;

22.2. skaičiuojant planuojamą kiekvienos savivaldybės stacionariųjų paslaugų kiekį (MHA_{jM}) pagal faktinį šių paslaugų kiekį, suteiktą kiekvienos savivaldybės gyventojams nuo 2012 m. liepos 1 d. iki 2013 m. birželio 30 d., taikoma formulė:

$$MHA_{jM} = HA_{jL} \times \left(1 - \frac{SH_{jL} - SH_{RL}}{SH_{jL}} \times N \right),$$

kai:

j – savivaldybė,

L – skaičiuojamasis laikotarpis nuo 2012 m. liepos 1 d. iki 2013 m. birželio 30 d.,

N – einamaisiais metais taikomas stacionariųjų paslaugų kiekio mažinimo koeficientas, lygus 0,50,

M – metai, kuriais planuojama suteikti skaičiuojamą stacionariųjų paslaugų kiekį,

HA_{jL} – j-osios savivaldybės prisirašiusiesiems gyventojams skaičiuojamuoju laikotarpiu (nuo 2012 m. liepos 1 d. iki 2013 m. birželio 30 d.) suteiktas stacionariųjų paslaugų kiekis,

SH_{jL} – j-osios savivaldybės skaičiuojamojo laikotarpio (nuo 2012 m. liepos 1 d. iki 2013 m. birželio 30 d.) standartizuotas bazinis hospitalizacijos rodiklis,

SH_{RL} – skaičiuojamojo laikotarpio (nuo 2012 m. liepos 1 d. iki 2013 m. birželio 30 d.) siektinas bazinis hospitalizacijos rodiklis šalies mastu.

23. TLK veiklos zonos kiekvienos savivaldybės gyventojams mažintinų stacionariųjų paslaugų kiekis (PHA_{sav}) apskaičiuojamas atimant iš skaičiuojamuoju laikotarpiu (D arba L) faktiškai suteiktų tam tikros savivaldybės gyventojams stacionariųjų paslaugų kiekio planuojamą jiems suteikti šių paslaugų kiekį pagal formulę:

$$PHA_{sav} = HA_j - MHA_{jM},$$

kai:

HA_j – j-osios savivaldybės gyventojams skaičiuojamuoju laikotarpiu (L arba D) suteiktas stacionariųjų paslaugų kiekis,

MHA_{jM} – j-osios savivaldybės gyventojams M-aisiais metais planuojamas suteikti stacionariųjų paslaugų kiekis,

M – metai, kuriais planuojama suteikti skaičiuojamą stacionariųjų paslaugų kiekį.

Jeigu MHA_{jM} yra > (daugiau) nei HA_j, skaičiuojamuoju laikotarpiu (D arba L) faktiškai suteiktų ir planuojamų suteikti stacionariųjų paslaugų skirtumas (HA_j – MHA_{jM}) yra lygus 0.

24. Jei savivaldybės gyventojams planuojamas suteikti stacionariųjų paslaugų kiekis (MHA_{jM}), apskaičiuotas Aprašo 22.2 punkte nustatyta tvarka, yra mažesnis nei šių paslaugų kiekis, apskaičiuotas Aprašo 22.1 punkte nustatyta tvarka, o L skaičiuojamojo laikotarpio mažintinų savivaldybės gyventojams stacionariųjų paslaugų kiekis yra didesnis nei D skaičiuojamojo laikotarpio mažintinų savivaldybės gyventojams stacionariųjų paslaugų kiekis, tai šios savivaldybės gyventojams planuojamas suteikti stacionariųjų paslaugų kiekis nustatomas taikant Aprašo 22.1 punkte nurodytą formulę, priešingu atveju – Aprašo 22.2 punkte nurodytą formulę.

VI. PLANUOJAMO METINIO ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS STACIONARINIŲ PASLAUGŲ KIEKIO IR METINIŲ LĖŠŲ SUMOS ŠIŲ PASLAUGŲ IŠLAIDOMS KOMPENSUOTI APSKAIČIAVIMAS

25. Nustatomas asmens sveikatos priežiūros įstaigos mažintinų stacionarinių paslaugų kiekvienos savivaldybės gyventojams kiekis. Mažintinas kiekis skaičiuojamas tų stacionarinių paslaugų (aktyviojo gydymo atveju), kurios priskiriamos atitinkamoms giminingų diagnozių grupėms, įtrauktoms į Giminingų diagnozių grupių, kurioms priskiriamų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekis gali būti mažinamas, sąrašą (Aprašo priedas) (toliau – Sąrašas), pagal formulę:

$$PHA_{i,sav} = PHA_{sav} * \frac{N_{i,sav}}{N_{sav}},$$

kai:

PHA_{sav} – tam tikros savivaldybės gyventojams mažintinų stacionarinių paslaugų kiekis,

$N_{i,sav}$ – asmens sveikatos priežiūros įstaigos tam tikros savivaldybės gyventojams skaičiuojamuoju laikotarpiu (D arba L) faktiškai suteiktų stacionarinių paslaugų, priskiriamų atitinkamai giminingų diagnozių grupei (pagal Sąrašą), kiekis,

N_{sav} – skaičiuojamuoju laikotarpiu (D arba L) savivaldybės gyventojams faktiškai suteiktas bendras stacionarinių paslaugų, priskiriamų atitinkamai giminingų diagnozių grupei (pagal Sąrašą), kiekis.

26. Mažintinas asmens sveikatos priežiūros įstaigos TLK veiklos zonos (visų savivaldybių) gyventojams teikiamų stacionarinių paslaugų, priskiriamų atitinkamai giminingų diagnozių grupei (pagal Sąrašą), kiekis ($PHA_{i,ASPI}$) apskaičiuojamas sudedant mažintinus šios įstaigos stacionarinių paslaugų, teikiamų kiekvienos TLK veiklos zonos savivaldybės gyventojams, kiekius:

$$PHA_{i,ASPI} = \sum_{sav} PHA_{i,sav},$$

kai:

$PHA_{i,sav}$ – mažintinas asmens sveikatos priežiūros įstaigos tam tikros savivaldybės gyventojams teikiamų stacionarinių paslaugų, priskiriamų atitinkamai giminingų diagnozių grupei (pagal Sąrašą), teikiamų, kiekis.

27. Bendras asmens sveikatos priežiūros įstaigos mažintinų stacionarinių paslaugų kiekis (PHA_{ASPI}) apskaičiuojamas sudedant mažintinus šios įstaigos stacionarinių paslaugų, priskiriamų atitinkamoms giminingų diagnozių grupėms (pagal Sąrašą), kiekius ($PHA_{i,ASPI}$) pagal formulę:

$$PHA_{ASPI} = \sum_i PHA_{i,ASPI},$$

$PHA_{i,ASPI}$ – mažintinas asmens sveikatos priežiūros įstaigos stacionarinių paslaugų, priskiriamų atitinkamai giminingų diagnozių grupei (pagal Sąrašą), kiekis ($PHA_{i,ASPI}$).

28. Suma (litas) ($SUM_{PHA,ASPI}$), kuria mažinama planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma stacionarinėms paslaugoms, apskaičiuojama pagal formulę:

$$SUM_{PHA,ASPI} = \sum_i PHA_{i,ASPI} * PBK_i * K_i * BV,$$

kai:

PHA_{i,ASP_i} – mažintinas asmens sveikatos priežiūros įstaigos stacionariųjų paslaugų, priskiriamų atitinkamai giminingų diagnozių grupei (pagal Sąrašą), kiekis,

PBK_i – vienos stacionarinės paslaugos (aktyviojo gydymo atvejo), priskiriamos atitinkamai giminingų diagnozių grupei (pagal Sąrašą), bazinė kaina (balais),

K_i – vienos stacionarinės paslaugos (aktyviojo gydymo atvejo), kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė už minimalią ir trumpesnė už maksimalią,

BV – balo vertė (litas), nustatyta sveikatos apsaugos ministro įsakymu.

29. Preliminari planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (litas) stacionariųjų paslaugų išlaidoms kompensuoti ($SUM_{ASP_i,plan}$) apskaičiuojama pagal formulę:

$$SUM_{ASP_i,plan} = SUM_{ASP_{i,em sut}} - SUM_{PHA,ASP_i},$$

kai:

$SUM_{ASP_{i,em sut}}$ – asmens sveikatos priežiūros įstaigos 2013 m. sutartyje numatyta lėšų suma (litas) stacionariųjų paslaugų išlaidoms kompensuoti,

SUM_{PHA,ASP_i} – suma (litas), kuria mažinama planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma stacionarinėms paslaugoms.

30. Planuojama TLK metinių lėšų suma (litas) stacionariųjų paslaugų išlaidoms kompensuoti (SUM_{plan}) apskaičiuojama sudedant preliminaras planuojamas asmens sveikatos priežiūros įstaigų metinių lėšų sumas (litas) stacionariųjų paslaugų išlaidoms kompensuoti ir planuojamas metinių lėšų sumas naujiems šių paslaugų teikėjams pagal formulę:

$$SUM_{plan} = \sum_{ASP_i} (SUM_{ASP_i,plan} + SUM_{ASP_i,planN}),$$

kai:

$SUM_{ASP_i,plan}$ – preliminarai planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (litas) stacionariųjų paslaugų išlaidoms kompensuoti,

$SUM_{ASP_i,planN}$ – planuojama metinių lėšų suma (litas) naujam stacionariųjų paslaugų teikėjui.

31. Suma (litas), kuria mažinama planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma stacionarinėms paslaugoms, gali būti skiriama asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (specializuotų ambulatorinių, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, stebėjimo, dienos chirurgijos), jei asmens sveikatos priežiūros įstaiga gali suteikti didesnę jų kiekį. Planuojamas specializuotų ambulatorinių paslaugų kiekis gali būti didinamas tik tuo atveju, jeigu savivaldybės šių paslaugų vartojimo rodiklis yra mažesnis nei šalies šių paslaugų vartojimo rodiklis.

32. TLK veiklos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigai, pirmą kartą pradedančiai teikti TLK veiklos zonos gyventojams stacionarines paslaugas, arba asmens sveikatos priežiūros įstaigai, praėjusiais kalendoriniais metais neteikusiai TLK veiklos zonos gyventojams šių paslaugų ir atnaujinančiai jų teikimą, planuojama skirti metinių lėšų sumą ne daugiau kaip 60 stacionariųjų paslaugų, iš jų: 75 proc. šių lėšų skiriama TLK veiklos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, likusieji 25 proc. – kitų TLK veiklos zonų asmens sveikatos priežiūros įstaigoms proporcingai prisirašiusių prie TLK veiklos zonos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų gyventojų skaičiui birželio 30 dienos duomenimis.

33. Jei praėjusiais metais sutartis su stacionariųjų paslaugų teikėju buvo sudaryta pirmą kartą mažesniai nei kalendoriniai metai laikotarpiui, planuojamas metinis šių paslaugų kiekis nustatomas faktiškai suteiktą šių paslaugų kiekį dalijant iš mėnesių, kuriems buvo sudaryta sutartis, skaičiaus ir dauginant iš 12 mėnesių. Jei tokios įstaigos planuojamas stacionariųjų paslaugų kiekis yra mažesnis nei 60 šių paslaugų, jų kiekis gali būti didinamas, atsižvelgiant į 32 punkte nurodytas proporcijas (stacionariųjų paslaugų kiekį procentais, tenkantį TLK ir kitų TLK veiklos zonos asmens sveikatos priežiūros įstaigoms) iki 60 stacionariųjų paslaugų pagal formulę:

$$SP_{ASPI} = \max \left(60; \frac{N_{ASPI}}{SK_{m\acute{e}n}} \times 12 \right),$$

kai:

N_{ASPI} – asmens sveikatos priežiūros įstaigos skaičiuojamuoju laikotarpiu suteiktas stacionariųjų paslaugų kiekis,

$SK_{m\acute{e}n}$ – mėnesių skaičius, kuriais buvo teikiamos paslaugos.

34. Galutinė planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (lityais) stacionariųjų paslaugų išlaidoms kompensuoti ($SUM_{ASPI,PSDF}$) apskaičiuojama atsižvelgiant į VLK direktoriaus įsakymu TLK numatytos metinių lėšų sumos (lityais) stacionariųjų paslaugų išlaidoms kompensuoti (B_{PSDF}) TLK stacionarinėms paslaugoms skirtų lėšų) ir planuojamos TLK metinių lėšų sumos (lityais) stacionariųjų paslaugų išlaidoms kompensuoti (SUM_{plan}) santykį pagal formulę:

$$SUM_{ASPI,PSDF} = \frac{B_{PSDF}}{SUM_{plan}} * SUM_{ASPI,plan},$$

kai:

B_{PSDF} – VLK direktoriaus įsakymu TLK numatyta metinių lėšų suma (lityais) stacionariųjų paslaugų išlaidoms kompensuoti,

SUM_{plan} – planuojamos TLK metinių lėšų suma (lityais) stacionariųjų paslaugų išlaidoms kompensuoti,

$SUM_{ASPI,plan}$ – preliminarai planuojama asmens sveikatos priežiūros įstaigos metinių lėšų suma (lityais) stacionariųjų paslaugų išlaidoms kompensuoti.

VII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

35. Planuojama metinių lėšų suma, apskaičiuota Aprašo III, IV ir VI skyriuose nustatyta tvarka ir įrašyta į asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir TLK sutarties dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis projektą, gali būti koreguojama sutarties projekto derinimo su asmens sveikatos priežiūros įstaiga proceso metu, atsižvelgiant į:

35.1. VLK direktoriaus įsakymu tvirtinamas asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo iš PSDF biudžeto prioritetingos kryptis;

35.2. asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų pasiūlą ir galimybes jas teikti;

35.3. paslaugų teikėjo galimybes užtikrinti geografinį ambulatorinių paslaugų prieinamumą atitinkamoje savivaldybėje, kurioje šių paslaugų trūksta;

35.4. pacientų srautų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugų struktūros pokyčius;

35.5. asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių plėtrai skiriamos Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos, finansavimą.

Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotų ambulatorinių, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, papildomai apmokamų, žmogaus genetikos, stebėjimo ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms kompensuoti planavimo tvarkos aprašo priedas

Giminingų diagnozių grupių, kurioms priskiriamų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekis gali būti mažinamas, sąrašas

Eilės Nr.	Giminingų diagnozių grupės kodas	Giminingų diagnozių grupės pavadinimas	Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina balais	Vidutinės trukmės gydymo atvejo kainos koeficientas
1	B63Z	Demencija ir kiti lėtiniai galvos smegenų funkcijos sutrikimai	1637	2.541
2	B67C	Degeneraciniai nervų sistemos sutrikimai – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.607
3	B69B	Praeinantis išemijos priepuolis ir precerebrinė okliuzija – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.664
4	B71B	Galvos smegenų ir periferinės nervų sistemos sutrikimai – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.355
5	B77Z	Galvos skausmas	1637	0.396
6	B81B	Kiti nervų sistemos sutrikimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.867
7	B82C	Lėtinė ir nepatikslinta paraplegija ar kvadriplegija – kai procedūros operacinėje atliekamos arba neatliekamos ir nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	1.753
8	C16Z	Lęšiuko procedūros	1637	0.599
9	C63Z	Kiti akies sutrikimai	1637	0.539
10	D40Z	Dantų pašalinimas ir rekonstrukcija	1637	0.635
11	D61Z	Pusiausvyros sutrikimas	1637	0.527
12	D62Z	Kraujavimas iš nosies	1637	0.434
13	D63Z	Vidurinėsios ausies uždegimas ir viršutinių kvėpavimo takų infekcija	1637	0.483
14	D65Z	Nosies trauma ir deformacija	1637	0.401
15	D66B	Kitos ausų, nosies, burnos ir gerklės ligos – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.401
16	D67A	Burnos ir dantų ligos – išskyrus šalinimą ir rekonstrukciją	1637	0.815

Eilės Nr.	Giminingų diagnozių grupės kodas	Giminingų diagnozių grupės pavadinimas	Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina balais	Vidutinės trukmės gydymo atvejo kainos koeficientas
17	E62C	Kvėpavimo takų infekcijos ar uždegimai – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.762
18	E65B	Lėtinė obstrukcinė plaučių liga – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	1.171
19	E67B	Kvėpavimo sistemos ligų požymiai ir simptomai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.459
20	E69B	Bronchitas ir astma – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.467
21	E75C	Kitos kvėpavimo sistemos ligos – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.572
22	F62B	Širdies nepakankamumas ir šokas – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	1.173
23	F64B	Odos opos dėl kraujotakos sutrikimo – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	1.252
24	F65B	Periferinių kraujagyslių ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.697
25	F66B	Vainikinių arterijų aterosklerozė – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.453
26	F67B	Hipertenzija – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.582
27	F73B	Apalimas ir kolapsas – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.489
28	F74Z	Krūtinės skausmas	1637	0.372
29	F76B	Aritmija, širdies sustojimas ir laidumo sutrikimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.59
30	G63Z	Nekomplikuota peptinė opa	1637	0.391
31	G64B	Uždegiminė žarnų liga – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.668
32	G66Z	Pilvo skausmas ar mezenterinis adenitas	1637	0.388
33	G70B	Kitos virškinimo sistemos ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.451
34	H60C	Cirozė ir alkoholinis hepatitas – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.567
35	H62B	Kasos ligos (išskyrus piktybinį naviką) – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.895
36	H63B	Kepenų ligos (išskyrus piktybinį naviką, cirozę, alkoholinį hepatitą) – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.716
37	H64B	Tulžies pūslės ir latakų ligos – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.536

Eilės Nr.	Giminingų diagnozių grupės kodas	Giminingų diagnozių grupės pavadinimas	Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina balais	Vidutinės trukmės gydymo atvejo kainos koeficientas
38	I66B	Raumenų ir kaulų uždegiminės ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.485
39	I68B	Nechirurginės stuburo ligos – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.873
40	I69B	Kaulų ligos ir artropatijos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.53
41	I71B	Kitos raumenų ir sausgyslių ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.488
42	I72B	Specifinės raumenų ir sausgyslių ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.602
43	I73B	Raumenų ir kaulų implantų ar protezų pooperacinė priežiūra – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.726
44	I74Z	Dilbio, riešo, plaštakos ar pėdos sužalojimas	1637	0.429
45	I75B	Peties, žasto, alkūnės, kelio, kojos ar čiurnos sužalojimas – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.476
46	I76B	Kitos raumenų ir kaulų sistemos ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.488
47	J60B	Odos opos – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	1.825
48	J63B	Krūties nepiktybiniai pažeidimai – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.469
49	J64B	Celiulitas – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.922
50	J65B	Odos, poodinių audinių ar krūties trauma – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.414
51	J67A	Nedideli odos pažeidimai	1637	0.879
52	J68B	Didieji odos pažeidimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	1.222
53	K40B	Endoskopinės arba tiriamosios procedūros, atliekamos dėl metabolinių sutrikimų, – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	2.064
54	K62B	Įvairūs metabolizmo sutrikimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.607
55	K64B	Endokrininiai sutrikimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.887
56	L42Z	Ekstrakorporinė smūginės bangos litotripsija dėl šlapimo takų akmenų	1637	0.94

Eilės Nr.	Giminingų diagnozių grupės kodas	Giminingų diagnozių grupės pavadinimas	Bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina balais	Vidutinės trukmės gydymo atvejo kainos koeficientas
57	L63B	Inkstų ir šlapimo takų infekcijos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.679
58	L65B	Inkstų ir šlapimo takų ligų požymiai ir simptomai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.496
59	L66Z	Šlaplės striktūra	1637	0.638
60	L67B	Kitos inkstų ir šlapimo takų ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.46
61	M61Z	Gerybinė priešinės liaukos hipertrofija	1637	0.595
62	M62Z	Vyro reprodukcinės sistemos uždegimas	1637	0.678
63	M64Z	Kitos vyrų reprodukcinės sistemos ligos	1637	0.366
64	N61Z	Moters reprodukcinės sistemos infekcijos	1637	0.578
65	N62Z	Mėnesinių sutrikimai ir kiti moters reprodukcinės sistemos sutrikimai	1637	0.317
66	O64Z	Tariamasis gimdymas	1637	0.345
67	Q60C	Retikuloendotelinės sistemos ir imuninės sistemos ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų ir nėra piktybinio naviko	1637	0.34
68	T62B	Nežinomos kilmės karščiavimas – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.546
69	T63Z	Virusinė liga	1637	0.514
70	T64C	Kitos infekcinės ir parazitinės ligos – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.8
71	U64Z	Kiti afektiniai ir somatoforminiai sutrikimai	1637	1.351
72	U65Z	Nerimo sutrikimai	1637	1.192
73	U67Z	Asmenybės sutrikimai ir ūminės reakcijos	1637	1.427
74	V62A	Alkoholio vartojimo sutrikimas ir priklausomybė	1637	1.091
75	V63Z	Opioidų vartojimo sutrikimas ir priklausomybė	1637	0.708
76	V64Z	Kitas narkotikų vartojimo sutrikimas ir priklausomybė	1637	0.72
77	X60B	Sužalojimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	0.342
78	Z61A	Požymiai ir simptomai	1637	1.11
79	Z63B	Kita tolesnė chirurginė pagalba ir medicininė priežiūra – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	1637	1.07
80	Z64A	Kiti veiksniai, darantys įtaką sveikatos būklei	1637	0.972