

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

Į S A K Y M A S
DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO TVARKOS
APRAŠO TVIRTINIMO

2006 m. gruodžio 22 d. Nr. V-1113
Vilnius

Vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 6 dalimi (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#); 2002, Nr. [123-5512](#)) bei atsižvelgdamas į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2006 m. gruodžio 19 d. nutarimą Nr. 9/1 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo projekto“:

1. T v i r t i n u Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašą (pridedama).

2. N u s t a t a u, kad šis įsakymas taikomas mokant už paslaugas, suteiktas nuo 2007 metų sausio 1 dienos.

3. P r i p a ž i s t u netekusiais galios:

3.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. vasario 10 d. įsakymą Nr. V-104 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. [23-762](#));

3.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. balandžio 27 d. įsakymą Nr. V-343 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. vasario 10 d. įsakymo Nr. V-104 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2006, Nr. [48-1748](#));

3.3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. birželio 28 d. įsakymą Nr. V-548 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. vasario 10 d. įsakymo Nr. V-104 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2006, Nr. [75-2894](#));

3.4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. rugpjūčio 25 d. įsakymą Nr. V-712 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. vasario 10 d. įsakymo Nr. V-104 „Dėl Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo bei jų kiekio ir metinės sutartinės sumos apskaičiavimo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“ (Žin., 2006, Nr. [93-3666](#)).

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

SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

RIMVYDAS TURČINSKAS

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos
apsaugos ministro
2006 m. gruodžio 22 d. įsakymu
Nr. V-1113

ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO TVARKOS APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Šis aprašas reglamentuoja asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ) teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – paslaugų) apmokėimą.
2. Šis aprašas taikomas šioms ASPĮ teikiamoms paslaugoms:
 - 2.1. specializuotoms ambulatorinėms;
 - 2.2. priėmimo-skubiosios pagalbos;
 - 2.3. dienos stacionaro;
 - 2.4. dienos chirurgijos;
 - 2.5. stebėjimo (paslaugos teikimo trukmė nuo 8 iki 24 val.);
 - 2.6. trumpalaikio gydymo (paslaugos teikimo trukmė iki 72 val.);
 - 2.7. stacionarinėms;
 - 2.8. paslaugoms, nepriskirtinoms stacionarinėms paslaugoms.
3. Paslaugos, išvardytos šio aprašo 2.1–2.5 ir 2.7–2.8 punktuose, teikiamos pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą teikimo tvarką ir (ar) sąrašus.
4. Šio aprašo 2.6 punkte nurodytos paslaugos teikiamos pagal stacionarinių paslaugų teikimo reikalavimus, tačiau paciento nepertraukiamas buvimas stacionare trunka iki 72 valandų. Šių paslaugų nomenklatūra detalizuojama teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) ir ASPĮ sutartyje.

II. PASLAUGŲ APMOKĖJIMO TVARKA

5. Paslaugos, išvardytos šio aprašo 2.1–2.7 punktuose, apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų. Šio aprašo 2.8 punkte nurodytos paslaugos, jei jos suteiktos stacionare, iš PSDF biudžeto lėšų neapmokamos.
6. TLK ir ASPĮ sutartyje numatomos lėšos paslaugoms, išvardintoms šio aprašo 2.1–2.6 punktuose, 2.7. punkte apmokėti ir lėšų rezervas.
7. Lėšų rezervą sudaro 3 proc. TLK ir ASPĮ metinės sutartinės sumos, skirtos šio aprašo 2.2–2.7 punktuose išvardintoms paslaugoms apmokėti.
8. Stacionarinių paslaugų (2.7 punktas) kiekis, numatomas suteikti TLK ir ASPĮ sutartyje, nustatomas vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. [28-1147](#)) patvirtintu hospitalizacijos rodikliu ir atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647 „Dėl antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. [74-2827](#)) nustatytus kriterijus: paslaugų poreikį, gyventojų sveikatos būklės rodiklius, gyventojų skaičių ir amžių, įvažiuojančių ir išvažiuojančių kitur gydytis pacientų srautus, sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą, esamus finansinius, materialinius bei žmogiškuosius išteklius, bei įvertinus apskrities (regiono) specifiką, apskričių administracijų ir savivaldybių nuomonę, akademinės visuomenės, specialistų ir visuomeninių organizacijų pasiūlymus.
9. Planuojant hospitalizacijos atvejų skaičių, pagal kurį apskaičiuojamas numatomas suteikti stacionarinių paslaugų kiekis, neatsižvelgiama į paslaugų kiekį: suteiktų stacionaro sąlygomis priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos (taip pat suteiktų paros stacionaro sąlygomis), stebėjimo, trumpalaikio gydymo, medicininės reabilitacijos, sveikatos grąžinamojo bei antirecidyvinio gydymo, slaugos ir palaikomojo gydymo, Žmogaus organų ir

audinių transplantacijos programos, sustiprinto režimo psichiatrijos paslaugų bei į asmenų, slaugančių vaikus, skaičių. Taip pat neatsižvelgiama į reanimacijos paslaugas, suteiktas kartu su pirmiau išvardintomis paslaugomis, išskyrus letalinės baigties atvejus.

10. Paslaugų, išvardintų šio aprašo 2.1–2.6 punktuose, numatomas suteikti kiekis nustatomas pagal paskutinio ataskaitinio laikotarpio faktinį paslaugų kiekį, atsižvelgiant į jo kitimo tendencijas, suteiktų paslaugų kiekio ir ASPĮ aptarnaujamų pacientų kiekio santykį, į restruktūrizavimo planuose numatytas priemones, į būtinybę teikti daugiau šių paslaugų bei į pacientų laukimo eiles.

11. Jeigu šio aprašo 2.1–2.5 punktuose išvardytų paslaugų suteikiama ne daugiau nei nurodyta TLK ir ASPĮ sutartyje, už jas mokama nustatytomis bazinėmis kainomis.

12. Jeigu šio aprašo 2.6 punkte nurodytų paslaugų suteikiama ne daugiau nei nurodyta TLK ir ASPĮ sutartyje, už jas mokama 60 proc. atitinkamos stacionarinės paslaugos bazinės kainos.

13. Jeigu šio aprašo 2.1–2.6 punktuose išvardytų paslaugų suteikiama daugiau nei nurodyta TLK ir ASPĮ sutartyje, už jas mokama 11 ir 12 punktuose nurodytomis kainomis sutartyje numatytomis rezervo lėšomis ir nepanaudotomis lėšomis, skirtomis stacionarinėms paslaugoms apmokėti.

14. Jeigu šio aprašo 2.1–2.6 punktuose išvardintų paslaugų suteikiama mažiau nei nurodyta TLK ir ASPĮ sutartyje ir eilės specializuotoms ambulatorinėms paslaugoms paskutinę ataskaitinio mėnesio darbo dieną pas visus šias paslaugas teikiančius specialistus neviršija 10 darbo dienų, tai lėšų suma, skirta faktiškai suteiktoms paslaugoms apmokėti, gali būti indeksuota. Indeksavimo koeficientas negali būti didesnis nei 1,1, o perskaičiuota suma negali viršyti sutartinės sumos.

15. Jeigu apmokėjus šio aprašo 2.1–2.6 punktuose išvardintas paslaugas lieka nepanaudotų lėšų, jas metų pabaigoje TLK panaudoja kitų jos aptarnaujamų zonos ASPĮ šio aprašo 2.1–2.6 punktuose išvardytoms paslaugoms apmokėti.

16. Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos vadovaujantis patvirtintais jų teikimo bendraisiais ir specialiais reikalavimais.

17. Kai gydant pacientą stacionare diagnozė, ligos kodas pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos dešimtąją redakciją (toliau – TLK-10) ir taikyta operacija ar diagnostikos procedūra atitinka dienos chirurgijos paslaugų sąrašo reikalavimus, paslauga apmokama dienos chirurgijos paslaugos bazine kaina.

18. Kai gydant pacientą stacionare diagnozė, ligos kodas pagal TLK-10 ir taikyta operacija ar diagnostikos procedūra atitinka skubios chirurgijos, vaikų chirurgijos, oftalmologijos, otorinolaringologijos, akušerijos-ginekologijos, ortopedijos-traumatologijos paslaugų, teikiamų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose, sąrašo reikalavimus, paslauga apmokama šių paslaugų bazine kaina.

19. Lėšų stacionarinėms paslaugoms apmokėti suma gaunama padauginus šių paslaugų apskaičiuotąją balo vertę iš faktiškai suteiktų paslaugų balų sumos.

20. Stacionarinių paslaugų apskaičiuotoji balo vertė nustatoma padalinus šioms paslaugoms apmokėti pagal TLK ir ASPĮ sutartį skirtą sumą iš faktiškai suteiktų paslaugų balų sumos.

21. Apskaičiuotoji balo vertė, taikoma skaičiuojant lėšų stacionarinėms paslaugoms apmokėti sumą, negali būti didesnė nei 1,1.

22. Jeigu reikiama lėšų stacionarinėms paslaugoms apmokėti suma, gauta didžiausią apskaičiuotąją balo vertę padauginus iš faktiškai suteiktų paslaugų balų sumos, yra mažesnė nei numatyta TLK ir ASPĮ sutartyje, lėšų likutis gali būti panaudotas taip, kaip nurodyta šio aprašo 13 punkte.