

**ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOMS SKIRIAMŲ METINIŲ LĖŠŲ  
SPECIALIZUOTOMS AMBULATORINĖMS, PRIĖMIMO-SKUBIOSIOS PAGALBOS,  
DIENOS STACIONARO, DIENOS CHIRURGIJOS, PAPILDOMAI APMOKAMŲ,  
ŽMOGAUS GENETIKOS, STEBĖJIMO ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS  
PASLAUGŲ IR STACIONARINIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ  
IŠLAIDOMS APMOKĖTI PLANAVIMO TVARKOS APRAŠAS**

**I. BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms skiriamų metinių lėšų specializuotoms ambulatorinėms, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, papildomai apmokamoms, žmogaus genetikos, stebėjimo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti planavimo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato metinių lėšų, numatomų skirti atitinkamai asmens sveikatos priežiūros įstaigai (toliau – ASPĮ) už suteiktas specializuotas ambulatorines, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, papildomai apmokamas, žmogaus genetikos, stebėjimo asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos) ir stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas apmokėti, apskaičiavimo tvarką.

2. Apraše naudojamos sąvokos:

**Vartojimo rodiklis** – suteiktų ambulatorinių / stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų kiekis, tenkantis 1000 prisirašiusių gyventojų per skaičiuojamąjį laikotarpį.

Ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo rodiklis skaičiuojamas:

– kiekvienai sveikatos priežiūros paslaugai (paslaugos kodui) – dienos stacionaro (išskyrus invazinių skausmo malšinimo dienos stacionaro paslaugoms), papildomai apmokamoms paslaugoms;

– sveikatos priežiūros paslaugų grupei (tipui) – dienos chirurgijos, invazinių skausmo malšinimo dienos stacionaro paslaugų, priėmimo-skubiosios pagalbos, stebėjimo, žmogaus genetikos paslaugoms;

– sveikatos priežiūros paslaugų grupei (keliems paslaugų tipams) – konkrečiai specializuotai ambulatorinei paslaugai (antrinio ir tretinio lygio, atliekant profilaktinį sveikatos patikrinimą, taip pat atliekant diagnostinius gydomouosius veiksmus).

**Mastas** – sveikatos priežiūros paslaugų, planuojamų kompensuoti savivaldybės gyventojams per kalendorinius metus, skaičius.

**Skaičiuojamasis laikotarpis**<sup>1</sup> – 12 mėnesių laikotarpis, pradedamas skaičiuoti nuo praėjusių metų liepos 1 dienos iki einamųjų metų birželio 30 d. Jeigu sveikatos priežiūros paslaugos per šį laikotarpį buvo teikiamos trumpiau negu 12 mėnesių, tai naudojami turimo laikotarpio duomenys.

**Perteklinių stacionarinių paslaugų kiekis** – pagal Aprašą apskaičiuoto planuojamų suteikti savivaldybės gyventojams stacionarinių paslaugų kiekio ir skaičiuojamo laikotarpio metu suteiktų savivaldybės gyventojams stacionarinių paslaugų kiekio skirtumas.

3. Kitos Apraše vartojamos sąvokos atitinka Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo, Sveikatos draudimo įstatymo ir kitų teisės aktų naudojamas sąvokas.

<sup>1</sup> Pereinamuoju laikotarpiu, tai yra 2013 metams, stacionarinėms ir dienos chirurgijos paslaugoms taikomas kitas skaičiuojamasis laikotarpis: vartojimo rodikliui – stacionarinėms paslaugoms nuo 2011 m. sausio 1 d. iki gruodžio 31 d., dienos chirurgijos paslaugoms nuo 2012 m. kovo 1 d. iki rugpjūčio 31 d.; mastams – nuo 2010 m. liepos 1 d. iki 2011 m. birželio 30 d.

## II. SPECIALIZUOTŲ AMBULATORINIŲ, PRIĖMIMO-SKUBIOSIOS PAGALBOS, DIENOS STACIONARO, PAPILDOMAI APMOKAMŲ, ŽMOGAUS GENETIKOS, STEBĖJIMO PASLAUGŲ MASTO SKAIČIAVIMAS

4. Paslaugų vartojimas šalies ar savivaldybių gyventojams skaičiuojamas:

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

kur:

PV – paslaugos vartojimas per skaičiuojamąjį laikotarpį;

N – suteiktas paslaugų kiekis per skaičiuojamąjį laikotarpį;

S – prisirašiusių gyventojų skaičius skaičiuojamojo laikotarpio pabaigoje.

5. Savivaldybės gyventojams kompensuotinių paslaugų mastas skaičiuojamas kiekvienai paslaugai kiekvienoje amžiaus grupėje, naudojant VLK informacinės sistemos SVEIDRA duomenis pagal formulę:

$$M_{sav,amž} = \{PV_{sav,amž} + [\max(0; PV_{R,amž} - PV_{sav,amž})] * 0,02\} * (S_{sav,amž}/1000)$$

kur:

$M_{sav,amž}$  – kompensuotinių paslaugų mastas savivaldybės gyventojams amžiaus grupėje;

$PV_{sav,amž}$  – savivaldybės gyventojų paslaugos vartojimas per praėjusį laikotarpį amžiaus grupėje, visose LNSS įstaigose;

$PV_{R,amž}$  – šalies gyventojų paslaugos vartojimas per skaičiuojamąjį laikotarpį amžiaus grupėje;

$S_{sav,amž}$  – prie savivaldybės PAASPI prisirašiusių gyventojų skaičius amžiaus grupėje (birželio 30 d.).

Pastaba. Jeigu  $PV_{sav,amž}$  yra > (daugiau) nei  $PV_{R,amž}$ , tai  $\max(0; PV_{R,amž} - PV_{sav,amž})$  prilyginama 0 ir  $M_{sav,amž}$  nemažinamas.

6. Savivaldybės gyventojams kiekvienos paslaugos mastas skaičiuojamas sudedant skirtingų amžiaus grupių (<1; 1–4; .....kas 5 metai.....; 80–85; > 85) atitinkamų paslaugų mastus, gautas mastas apvalinamas iki sveikojo skaičiaus.

$$M_{sav} = \sum_{amž} M_{sav,amž}$$

kur:

$M_{sav}$  – kompensuotinos paslaugos mastas savivaldybės gyventojams.

Apvalinimas:

Jei  $M_{sav} > 1$ , tai apvalinama iki sveikojo skaičiaus.

Jei  $0 < M_{sav} < 1$ , tai  $M_{sav} = 1$ .

## III. PLANUOJAMŲ SPECIALIZUOTŲ AMBULATORINIŲ, PRIĖMIMO-SKUBIOSIOS PAGALBOS, DIENOS STACIONARO, PAPILDOMAI APMOKAMŲ, ŽMOGAUS GENETIKOS, STEBĖJIMO PASLAUGŲ KIEKIO IR SUMŲ SKAIČIAVIMO ASPĮ TVARKA

7. Kiekvienai ASPĮ sutartinis paslaugų kiekis apskaičiuojamas pagal per skaičiuojamąjį laikotarpį susiformavusius pacientų srautus iš visų TLK veiklos zonos savivaldybių. Kiekvienos savivaldybės kiekvienos paslaugos mastas dauginamas iš ASPĮ suteiktų paslaugų kiekio

savivaldybės gyventojams ir savivaldybėje suteiktų paslaugų kiekio santykio per skaičiuojamąjį laikotarpį:

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

kur:

$M_{ASP_i, sav}$  – ASPĮ kompensuotinos paslaugos mastas savivaldybės gyventojams;

$M_{sav}$  – kompensuotinos paslaugos mastas savivaldybės gyventojams;

$N_{ASP_i, sav}$  – ASPĮ suteiktas paslaugų kiekis savivaldybės gyventojams per skaičiuojamąjį laikotarpį;

$N_{sav}$  – suteiktas paslaugų kiekis savivaldybės gyventojams per skaičiuojamąjį laikotarpį.

8. Bendras kompensuotinos paslaugos kiekis (mastas) ASPĮ apskaičiuojamas sudėjus visų TLK zonos savivaldybių paslaugų mastų dalis:

$$M_{ASP_i} = \sum_{sav} M_{ASP_i, sav}$$

$M_{ASP_i}$  – ASPĮ kompensuotinos paslaugos mastas;

$M_{ASP_i, sav}$  – ASPĮ kompensuotinos paslaugos mastas savivaldybės gyventojams.

Apvalinimas:

Jei  $M_{ASP_i} > 1$ , tai apvalinama iki sveikojo skaičiaus.

Jei  $0 < M_{ASP_i} < 1$ , tai  $M_{ASP_i} = 1$ .

9. Lėšų poreikis (litais) ASPĮ kiekvienos planuojamos paslaugos apmokėjimui skaičiuojamas pagal formulę:

$$SUM_{i, ASP_i} = M_{i, ASP_i} * PBK_i * BV$$

kur:

$SUM_{i, ASP_i}$  – lėšų poreikis (litais), reikalingas ASPĮ vienos paslaugos planuojamam skaičiui apmokėti;

$M_{i, ASP_i}$  – ASPĮ vienos paslaugos sutartinis skaičius (mastas);

$PBK_i$  – vienos paslaugos bazinė kaina (balais);

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

10. Lėšų poreikis (litais) ASPĮ visoms planuojamoms paslaugoms apmokėti skaičiuojamas pagal formulę:

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

kur:

$SUM_{ASP_i, plan}$  – ASPĮ planuojama suma (litais) už paslaugas;

$SUM_{i, ASP_i}$  – ASPĮ vienos paslaugos suma (litais).

11. TLK lėšų poreikis (litais) ASPĮ planuojamoms paslaugoms apmokėti skaičiuojamas pagal formulę:

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

kur:

$SUM_{plan}$  – planuojama suma (litas) už paslaugas;

$SUM_{ASPI,plan}$  – ASPI planuojama suma (litas) už paslaugas.

12. Jei paslaugų teikėjas, su kuriuo praėjusiais metais sutartis buvo sudaryta pirmą kartą ir paslaugas teikė mažiau nei 12 mėnesių, planuojamas paslaugų kiekis metams nustatomas, perskaičiuojant praėjusiais metais faktiškai suteiktų paslaugų kiekį 12 mėnesių.

$$M_{ASPI} = \frac{N_{ASPI}}{SK_{m\acute{e}n}} * 12$$

kur:

$M_{ASPI}$  – ASPI planuojamas paslaugos kiekis;

$N_{ASPI}$  – ASPI suteiktas paslaugų kiekis per skaičiuojamąjį laikotarpį;

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

13. ASPI planuojama lėšų suma paslaugoms apmokėti gali būti koreguojama, atsižvelgiant į TLK ambulatorinėms paslaugoms skirtų lėšų ir TLK suskaičiuoto lėšų poreikio santykį:

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

$SUM_{ASPI,PSDF}$  – ASPI planuojama lėšų suma (litas) už paslaugas, atsižvelgiant į TLK ambulatorinėms paslaugoms skirtą PSDF biudžeto lėšų sumą;

$B_{PSDF}$  – TLK ambulatorinėms paslaugoms skirta PSDF biudžeto lėšų suma;

$SUM_{plan}$  – planuojama suma (litas) už paslaugas;

$SUM_{ASPI,plan}$  – ASPI planuojama suma (litas) už paslaugas.

#### IV. PLANUOJAMŲ DIENOS CHIRUGIJOS PASLAUGŲ KIEKIO IR LĖŠŲ PLANAVIMO ASPI TVARKA

14. Pereinamuoju laikotarpiu, tai yra 2013 metams, lėšų poreikis (litas) ASPI dienos chirurgijos paslaugoms apmokėti skaičiuojamas pagal formulę:

$$SUM_{ASPI,plan} = SUM_{ASPI,2012\ m.\ sut}$$

kur:

$SUM_{ASPI,plan}$  – ASPI planuojama suma (litas) už dienos chirurgijos paslaugas;

$SUM_{ASPI,2012\ m.\ sut}$  – ASPI 2012 m. sutartinė suma, skirta dienos chirurgijos paslaugoms apmokėti (litas).

15. TLK lėšų poreikis (litas) ASPI planuojamoms dienos chirurgijos paslaugoms apmokėti skaičiuojamas pagal formulę:

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

kur:

$SUM_{plan}$  – planuojama suma (litas) už dienos chirurgijos paslaugas;

$SUM_{ASPI,plan}$  – ASPI planuojama suma (litas) už dienos chirurgijos paslaugas.

16. Jei paslaugų teikėjas, su kuriuo praėjusiais metais sutartis buvo sudaryta pirmą kartą ir paslaugas teikė mažiau nei 12 mėnesių, planuojamas paslaugų kiekis metams nustatomas, perskaičiuojant praėjusiais metais faktiškai suteiktų paslaugų kiekį 12 mėnesių:

$$M_{ASPI} = \frac{N_{ASPI}}{SK_{mėn}} * 12$$

kur:

$M_{ASPI}$  – ASPI planuojamas dienos chirurgijos paslaugos kiekis;

$N_{ASPI}$  – ASPI suteiktas dienos chirurgijos paslaugų kiekis per skaičiuojamąjį laikotarpį;

$SK_{mėn}$  – mėnesių skaičius, kuriais buvo teikiamos paslaugos.

17. ASPI planuojama lėšų suma dienos chirurgijos paslaugoms apmokėti gali būti koreguojama atsižvelgiant į TLK ambulatorinėms paslaugoms skirtų lėšų ir TLK suskaičiuoto lėšų poreikio dienos chirurgijos paslaugoms apmokėti santykį:

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

kur:

$SUM_{ASPI,PSDF}$  – ASPI planuojama lėšų suma (litas) už stacionarines paslaugas atsižvelgiant į TLK skirtą PSDF biudžeto lėšų sumą;

$B_{PSDF}$  – TLK skirta PSDF biudžeto lėšų suma;

$SUM_{plan}$  – planuojama suma (litas) už dienos chirurgijos paslaugas;

$SUM_{ASPI,plan}$  – ASPI planuojama suma (litas) už dienos chirurgijos paslaugas.

## V. STACIONARINIŲ PASLAUGŲ MASTO SAVIVALDYBĖS GYVENTOJAMS PLANAVIMAS

18. Kiekvienoje savivaldybėje planuojamas stacionarinių paslaugų kiekis pagal formulę:

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

kur:

$j$  – savivaldybė;

$D$  – skaičiuojamasis laikotarpis;

$N$  – einamaisiais metais mažinama stacionarinių paslaugų atvejų dalis, kai  $N=0,25$ ;

$M$  – metai, kurių stacionarinių paslaugų kiekis skaičiuojamas;

$HA_{jD}$  –  $j$ -osios savivaldybės stacionarinių paslaugų kiekis  $D$ -aisiais metais visose LNSS įstaigose;

$SH_{jD}$  –  $j$ -osios savivaldybės standartizuotas bazinis hospitalizacijos rodiklis  $D$ -aisiais metais;

$SH_{RD}$  – siektinas bazinis hospitalizacijos rodiklis šalies mastu  $D$ -aisiais metais;

$MHA_{jM}$  –  $j$ -osios savivaldybės  $M$ -ųjų metų planuojamas stacionarinių paslaugų kiekis.

Pastaba. Siekti *bazinį* hospitalizacijos rodiklį 100-ui gyventojų sumažinti iki 20,0 per 5 metus. 2010 metai – atskaitos metai, nuo kurių pradeda laipsniškai mažinti hospitalizaciją – sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos įgyvendinimo pradžia.

19. Kiekvienoje savivaldybėje perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis apskaičiuojamas pagal formulę:

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

kur:

$PHA_{sav}$  – j-osios savivaldybės perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis;

$HA_j$  – j-osios savivaldybės stacionariųjų paslaugų kiekis visose LNSS įstaigose;

$MHA_{jM}$  – j-osios savivaldybės M-ųjų metų planuojamas metinis stacionariųjų paslaugų kiekis (apskaičiuotas pagal planuojamų stacionariųjų paslaugų kiekio apskaičiavimo formulę).

Pastaba. Jeigu  $MHA_{jM}$  yra > (daugiau) nei  $HA_j$ , tai perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis ( $HA_j - MHA_{jM}$ ) yra lygus 0.

20. Apskaičiuotas savivaldybės gyventojams perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis mažinamas proporcingai suteiktų paslaugų kiekiui, pagal giminingų diagnozių grupės sąrašą (priedas Nr. 1).

❖ *Pereinamuoju laikotarpiu, tai yra 2013 metams, suteiktų paslaugų kiekio pagal giminingų diagnozių grupės sąrašą skaičiuojamasis laikotarpis – nuo 2012 m. sausio 1 d. iki 2012 m. birželio 30 d.*

## VI. PLANUOJAMŲ STACIONARIŲ PASLAUGŲ KIEKIO IR LĖŠŲ PLANAVIMO ASPI TVARKA

21. ASPI perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis apskaičiuojamas pagal skaičiuojamąjį laikotarpį susiformavusius pacientų srautus iš visų TLK veiklos zonos savivaldybių. Kiekvienos savivaldybės perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis dauginamas iš per skaičiuojamąjį laikotarpį pagal giminingų diagnozių grupės sąrašą ASPI suteiktų savivaldybės gyventojams stacionariųjų paslaugų ir savivaldybėje suteiktų stacionariųjų paslaugų santykio:

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

kur:

$PHA_{i,sav}$  – ASPI perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis savivaldybės gyventojams kiekvienai giminingų diagnozių grupės sąrašo paslaugai per skaičiuojamąjį laikotarpį;

$PHA_{sav}$  – perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis savivaldybės gyventojams;

$N_{i,sav}$  – kiekvienai paslaugai, kiekvienai savivaldybei ASPI suteiktas stacionariųjų paslaugų kiekis pagal giminingų diagnozių grupės sąrašą per skaičiuojamąjį laikotarpį;

$N_{sav}$  – suteiktas stacionariųjų paslaugų kiekis pagal giminingų diagnozių grupės sąrašą savivaldybės gyventojams per skaičiuojamąjį laikotarpį.

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

kur:

$PHA_{i,ASPI}$  – ASPI vienos paslaugos perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis;

$PHA_{i,sav}$  – ASPI perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis savivaldybės gyventojams.

22. Perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis ASPI apskaičiuojamas sudėjus kiekvienos paslaugos perteklinių stacionariųjų paslaugų kiekius:

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

$PHA_{ASPI}$  – ASPI perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis;

$PHA_{i,ASPI}$  – ASPI vienos paslaugos perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis.

23. Perteklinių stacionariųjų paslaugų kiekio mažinimo pagal giminingų diagnozių grupės sąrašo paslaugas ASPI suma (litais) skaičiuojama pagal formulę:

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

kur:

$SUM_{PHA,ASPI}$  – ASPI perteklinių stacionariųjų paslaugų kiekio mažinimo suma (litais);

$PHA_{i,ASPI}$  – ASPI vienos paslaugos perteklinis stacionariųjų paslaugų kiekis;

$PBK_i$  – vienos paslaugos bazinė kaina balais;

$K_i$  – vienos paslaugos gydymo atvejo (gydymo etapo) kainos koeficientas, kai gydymo trukmė ilgesnė už minimalią ir trumpesnė už maksimalią;

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

24. Lėšų poreikis (litais) ASPI stacionarinėms paslaugoms apmokėti skaičiuojamas pagal formulę:

$$SUM_{ASPI,plan} = SUM_{ASPI,2012\ m.\ sut} - SUM_{PHA,ASPI}$$

kur:

$SUM_{ASPI,plan}$  – ASPI planuojama suma (litais) už stacionarines paslaugas;

$SUM_{ASPI,2012\ m.\ sut}$  – ASPI 2012 m. sutartinė suma, skirta stacionarinėms paslaugoms apmokėti (litais);

$SUM_{PHA,ASPI}$  – ASPI perteklinių hospitalizacijų mažinimo suma (litais).

25. TLK lėšų poreikis (litais) ASPI planuojamoms stacionarinėms paslaugoms apmokėti skaičiuojamas pagal formulę:

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

kur:

$SUM_{plan}$  – planuojama suma (litais) už stacionarines paslaugas;

$SUM_{ASPI,plan}$  – ASPI planuojama suma (litais) už stacionarines paslaugas.

26. Jei paslaugų teikėjas, su kuriuo praėjusiais metais sutartis buvo sudaryta pirmą kartą, stacionarines paslaugas teikė mažiau nei 12 mėnesių, planuojamas paslaugų kiekis metams nustatomas, perskaičiuojant praėjusiais metais faktiškai suteiktų paslaugų kiekį 12 mėnesių:

$$SP_{ASPI} = \frac{N_{ASPI}}{SK_{m\acute{e}n}} * 12$$

kur:

$SP_{ASPI}$  – ASPI planuojamas stacionariųjų paslaugų kiekis

$N_{ASPI}$  – ASPI suteiktas paslaugų kiekis per skaičiuojamąjį laikotarpį;

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

27. ASPI planuojama lėšų suma stacionarinėms paslaugoms apmokėti gali būti koreguojama atsižvelgiant į TLK stacionarinėms paslaugoms skirtų lėšų ir TLK suskaičiuoto lėšų poreikio stacionarinėms paslaugoms apmokėti santykį:

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

kur:

$SUM_{ASPI,PSDF}$  – ASPI planuojama lėšų suma (litas) už stacionarines paslaugas, atsižvelgiant į TLK stacionarinėms paslaugoms skirtą PSDF biudžeto lėšų sumą;

$B_{PSDF}$  – TLK stacionarinėms paslaugoms skirta PSDF biudžeto lėšų suma;

$SUM_{plan}$  – planuojama suma (litas) už stacionarines paslaugas;

$SUM_{ASPI,plan}$  – ASPI planuojama suma (litas) už stacionarines paslaugas.

## VII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

28. Aprašo III, IV ir VI skyriuose apskaičiuota lėšų suma ir įrašyta į teritorinės ligonių kasos rengiamą sutarties su ASPI dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir kompensavimo iš PSDF biudžeto lėšų projektą, gali būti koreguojama sutarties derinimo su ASPI proceso metu, atsižvelgiant į:

28.1. sutarčių sudarymo metu VLK direktoriaus įsakymu tvirtinamas prioritetingas kryptis;

28.2. ASPI paslaugų pasiūlą ir galimybes teikti paslaugas;

28.3. jei paslaugos teikėjas užtikrina geografinį ambulatorinių paslaugų prieinamumą atitinkamoje savivaldybėje, kurioje šių paslaugų trūksta;

28.4. pacientų srautų ir ASPI paslaugų struktūros pokyčius.

---



Savivaldybės gyventojams perteklinių stacionariųjų paslaugų kiekio mažinamo paslaugų, pagal  
giminingų diagnozių grupes sąrašas

DRG kodas	DRG pavadinimas	Požymis
B63Z	Demencija ir kiti lėtiniai galvos smegenų funkcijos sutrikimai	
B67C	Degeneraciniai nervų sistemos sutrikimai – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
B69B	Pracinantis išemijos priepuolis ir precerebrinė okliuzija – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
B71B	Galvos smegenų ir periferinės nervų sistemos sutrikimai – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
B77Z	Galvos skausmas	
B81B	Kiti nervų sistemos sutrikimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
B82C	Lėtinė ir nepatiksinta paraplegija ar kvadriplegija – kai procedūros operacinėje atliekamos arba neatliekamos ir nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
C16Z	Lešiuoko procedūros	be dienos chirurgijos
C63Z	Kiti akies sutrikimai	
D40Z	Dantų pašalinimas ir rekonstrukcija	
D61Z	Pusiausvyros sutrikimas	
D62Z	Kraujavimas iš nosies	
D63Z	Vidurinėsios ausies uždegimas ir viršutinių kvėpavimo takų infekcija	
D65Z	Nosies trauma ir deformacija	
D66B	Kitos ausų, nosies, burnos ir gerklės ligos – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
D67A	Burnos ir dantų ligos – išskyrus šalinimą ir rekonstrukciją	
E62C	Kvėpavimo takų infekcijos ar uždegimai – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
E65B	Lėtinė obstrukcinė plaučių liga – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
E67B	Kvėpavimo sistemos ligų požymiai ir simptomai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
E69B	Bronchitas ir astma – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
E75C	Kitos kvėpavimo sistemos ligos – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
F62B	Širdies nepakankamumas ir šokas – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
F64B	Odos opos dėl kraujotakos sutrikimo – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
F65B	Periferinių kraujagyslių ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
F66B	Vainikinių arterijų aterosklerozė – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
F67B	Hipertenzija – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
F73B	Apalpimas ir kolapsas – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
F74Z	Krūtinės skausmas	
F76B	Aritmija, širdies sustojimas ir laidumo sutrikimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
G63Z	Nekomplikuota peptinė opa	
G64B	Uždegiminė žarnų liga – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
G66Z	Pilvo skausmas ar mezenterinis adenitas	
G70B	Kitos virškinimo sistemos ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
H60C	Cirozė ir alkoholinis hepatitas – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
H62B	Kasos ligos (išskyrus piktybinį naviką) – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
H63B	Kepenų ligos (išskyrus piktybinį naviką, cirozė, alkoholinį hepatitą) – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
H64B	Tulžies pūslės ir lataukų ligos – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	

DRG kodas	DRG pavadinimas	Požymis
I66B	Raumenų ir kaulų uždegiminės ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
I68B	Nechirurginės stuburo ligos – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
I69B	Kaulų ligos ir artropatijos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
I71B	Kitos raumenų ir sausgyslių ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
I72B	Specifinės raumenų ir sausgyslių ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
I73B	Raumenų ir kaulų implantų ar protezų pooperacinė priežiūra – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
I74Z	Dilbio, riešo, plaštakos ar pėdos sužalojimas	
I75B	Peties, žasto, alkūnės, kelio, kojos ar čiurnos sužalojimas – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
I76B	Kitos raumenų ir kaulų sistemos ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
J60B	Odos opos – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
J63B	Krūties nepiktybiniai pažeidimai – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
J64B	Celiulitas – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
J65B	Odos, poodinių audinių ar krūties trauma – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
J67A	Nedideli odos pažeidimai	
J68B	Didieji odos pažeidimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
K40B	Endoskopinės arba tiriamosios procedūros, atliekamos dėl metabolinių sutrikimų, – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
K62B	Įvairūs metabolizmo sutrikimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
K64B	Endokrininiai sutrikimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
L42Z	Ekstrakorporinė smūginės bangos litotripsija dėl šlapimo takų akmenų	be dienos chirurgijos
L63B	Inkstų ir šlapimo takų infekcijos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
L65B	Inkstų ir šlapimo takų ligų požymiai ir simptomai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
L66Z	Šlaplės striktūra	
L67B	Kitos inkstų ir šlapimo takų ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
M61Z	Gerybinė priešinės liaukos hipertrofija	
M62Z	Vyro reprodukcinės sistemos uždegimas	
M64Z	Kitos vyrų reprodukcinės sistemos ligos	
N61Z	Moters reprodukcinės sistemos infekcijos	
N62Z	Mėnesinių sutrikimai ir kiti moters reprodukcinės sistemos sutrikimai	
O64Z	Tariamasis gimdymas	
Q60C	Retikuloendotelinės sistemos ir imuninės sistemos ligos – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų ir nėra piktybinio naviko	
T62B	Nežinomos kilmės karščiavimas – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
T63Z	Virusinė liga	
T64C	Kitos infekcinės ir parazitinės ligos – kai nėra komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
U64Z	Kiti afektiniai ir somatoforminiai sutrikimai	
U65Z	Nerimo sutrikimai	
U67Z	Asmenybės sutrikimai ir ūminės reakcijos	
V62A	Alkoholio vartojimo sutrikimas ir priklausomybė	
V63Z	Opioidų vartojimo sutrikimas ir priklausomybė	
V64Z	Kitas narkotikų vartojimo sutrikimas ir priklausomybė	
X60B	Sužalojimai – kai nėra pavojingų gyvybei ar sunkių komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
Z61A	Požymiai ir simptomai	
Z63B	Kita tolesnė chirurginė pagalba ir medicininė priežiūra – kai nėra pavojingų gyvybei komplikacijų ir (ar) gretutinių ligų	
Z64A	Kiti veiksniai, darantys įtaką sveikatos būklei	