

Suvestinė redakcija nuo 2014-08-29 iki 2014-12-31

Įsakymas paskelbtas: Žin. 2004, Nr. [168-6205](#), i. k. 1042250ISAK000V-812

LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

Į S A K Y M A S

**DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ
PASKIRSTYMO TERITORINĖMS LIGONIŲ KASOMS PAGAL GYVENTOJŲ SKAIČIŲ
TVARKOS APRAŠO PATVIRTINIMO**

2004 m. lapkričio 16 d. Nr. V-812
Vilnius

Vykdydamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. spalio 4 d. nutarimo Nr. 1196 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“ (Žin., 2001, Nr. [86-3015](#)) 126 priemonę:

1. T v i r t i n u Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašą (pridedama).
2. Įsakymo vykdymo kontrolę pavedu Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriui A. Sasnauskui.

L. E. SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO PAREIGAS

JUOZAS OLEKAS

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro
2004 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-812

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO LĖŠŲ PASKIRSTYMO TERITORINĖMS LIGONIŲ KASOMS PAGAL GYVENTOJŲ SKAIČIŲ TVARKOS APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms tvarkos aprašas reglamentuoja lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti skirstymą teritorinėms ligonių kasoms (toliau – TLK) pagal gyventojų skaičių, amžių ir lytį.

2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašas parengtas vadovaujantis teisės aktais:

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu (Žin., 1996, Nr. [55-1287](#), Nr. 99; 2002, Nr. 123-5512);

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėmis (Žin., 2003, Nr. [48-2122](#));

sveikatos apsaugos ministro 2000 m. birželio 14 d. įsakymu Nr. 327 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2000, Nr. [50-1447](#));

sveikatos apsaugos ministro 2000 m. birželio 14 d. įsakymu Nr. 328 „Dėl greitosios medicinos pagalbos paslaugų, bazinių kainų, organizavimo bei apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2000, Nr. [50-1448](#));

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2001 m. gruodžio 27 d. nutarimu Nr. 7/2 „Dėl 2002 metų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstymo“;

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2002 m. kovo 27 d. nutarimu Nr. 1/3 „Dėl išteklių paskirstymo modelio įgyvendinimo ir stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo 2003 metais“;

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos 2003 m. gruodžio 4 d. protokoliniu nutarimu „Dėl PSDF biudžeto lėšų, skirtų specializuotoms ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms apmokėti, paskirstymo pagal gyventojų skaičių, amžių ir lytį modelio įgyvendinimo“.

II. LĖŠŲ PASKIRSTYMAS TERITORINĖMS LIGONIŲ KASOMS

3. Lėšos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugų išlaidoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = m_1 \times k_1 + m_2 \times k_2 + m_3 \times k_3 + m_4 \times k_4 + m_5 \times k_5 + m_6 \times k_6 + m_7 \times k_7 + m_8 \times k_8 + m_9 \times k_9,$$

kai:

B_{TLK} – TLK skirtos lėšos PAASP paslaugų išlaidoms apmokėti;

m_1 – prirašytų prie PAASP paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – prirašytų) TLK veiklos zonos gyventojų iki 1 metų skaičius;

k_1 – vieno gyventojų iki 1 metų PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);

m_2 – prirašytų TLK veiklos zonos gyventojų nuo 1 iki 4 metų (imtinai) skaičius;

k_2 – vieno gyventojų nuo 1 iki 4 metų (imtinai) PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);

- m_3 – prirašytų TLK veiklos zonos gyventojų nuo 5 iki 6 metų (imtinai) skaičius;
 k_3 – vieno gyventojų nuo 5 iki 6 metų (imtinai) PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);
 m_4 – prirašytų TLK veiklos zonos gyventojų nuo 7 iki 17 metų (imtinai) skaičius;
 k_4 – vieno gyventojų nuo 7 iki 17 metų (imtinai) PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);
 m_5 – prirašytų TLK veiklos zonos gyventojų nuo 18 iki 49 metų (imtinai) skaičius;
 k_5 – vieno gyventojų nuo 18 iki 49 metų (imtinai) PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);
 m_6 – prirašytų TLK veiklos zonos gyventojų nuo 50 iki 65 metų (imtinai) skaičius;
 k_6 – vieno gyventojų nuo 50 iki 65 metų (imtinai) PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);
 m_7 – prirašytų TLK veiklos zonos gyventojų, vyresnių kaip 65 metų, skaičius;
 k_7 – vieno gyventojų, vyresnio kaip 65 metų, PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);
 m_8 – prirašytų TLK veiklos zonos kaimo gyventojų ir miesto, kurio gyventojų skaičius neviršija 4 tūkst., gyventojų skaičius;
 k_8 – suma (balais), kuria didinama kiekvieno prirašyto kaimo gyventojų ir miesto, kurio gyventojų skaičius neviršija 4 tūkst., gyventojų PAASP paslaugų metinė bazinė kaina;
 m_9 – prirašytų TLK veiklos zonos gyventojų, aptarnaujamų šeimos gydytojo (ne gydytojų komandos), skaičius;
 k_9 – suma (balais), kuria didinama kiekvieno prirašyto gyventojų, aptarnaujamo šeimos gydytojo (ne gydytojų komandos), PAASP paslaugų metinė bazinė kaina.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-98](#), 2007-02-14, *Žin.*, 2007, Nr. 22-851 (2007-02-20), i. k. 1072250ISAK0000V-98

Nr. [V-112](#), 2010-02-12, *Žin.*, 2010, Nr. 22-1021 (2010-02-23), i. k. 1102250ISAK000V-112

Nr. [V-994](#), 2011-11-21, *Žin.*, 2011, Nr. 142-6672 (2011-11-24), i. k. 1112250ISAK000V-994

Nr. [V-1020](#), 2012-11-09, *Žin.*, 2012, Nr. 133-6813 (2012-11-17), i. k. 1122250ISAK00V-1020

Nr. [V-40](#), 2013-01-15, *Žin.*, 2013, Nr. 8-337 (2013-01-22), i. k. 1132250ISAK0000V-40

4. Lėšos greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugų išlaidoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formules:

4.1. Metinės lėšos GMP paslaugų išlaidoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = K \times (m_1 \times k_1 + m_2 \times k_2 + m_3 \times k_3) \times 1,005,$$

kai:

B_{TLK} – TLK skiriamos lėšos GMP paslaugų išlaidoms apmokėti;

m_1 – TLK veiklos zonos gyventojų skaičius metų pradžioje Lietuvos statistikos departamento naujausiais duomenimis (toliau – statistinis gyventojų skaičius);

k_1 – atitinkama GMP dispečerinės tarnybos teikiamų paslaugų, tenkančių vienam gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nustatyta Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymu Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašas), 16 punkte;

m_2 – statistinis TLK veiklos zonos miesto gyventojų skaičius (išskyrus miesto, kuriame gyvena mažiau kaip 4 tūkst. žmonių, gyventojus);

k_2 – atitinkama GMP brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam miesto gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), patvirtinta GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 16 punkte;

m_3 – statistinis kaimo ir miesto, kuriame gyvena mažiau kaip 4 tūkst. žmonių, gyventojų skaičius;

k_3 – atitinkama GMP brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam kaimo ir miesto, kuriame gyvena mažiau kaip 4 tūkst. žmonių, gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), patvirtinta GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 16 punkte;

K – TLK veiklos zonos migracijos koeficientas, lygus 1,0. Šis koeficientas netaikomas Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių miestams; jų migracijos koeficientas skaičiuojamas atskirai pagal formulę:

$$K = (G_{St} + G_{Pr}) / (2 \times G_{St}),$$

kai:

K – migracijos koeficientas;

G_{St} – statistinis Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio ar Šiaulių miesto savivaldybės gyventojų skaičius;

G_{Pr} – prisirašiusių prie Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio ar Šiaulių miesto asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių PAASP paslaugas, skaičius einamųjų metų sausio 1 dieną privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenimis;

1,005 – koeficientas, kurį taikant 0,5 proc. didinamos GMP paslaugoms skiriamos lėšos. Suma, kuria didinamos GMP paslaugoms numatytos lėšos, skiriama pacienčių pervežimo iš namų į asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir iš vienos asmens sveikatos priežiūros įstaigos į kitą dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo, ar dėl patologijos laikotarpiu po gimdymo paslaugų išlaidoms apmokėti.

4.2. Papildomos lėšos 1 papildomai nuolatinei GMP brigadai, aptarnaujančiai Neringos savivaldybę, 0,5 papildomos nuolatinės GMP brigados, aptarnaujančios Druskininkų savivaldybę, po 0,2 papildomos nuolatinės GMP brigados, aptarnaujančios kiekvieną kurortinę teritoriją, kuriai šis statusas buvo suteiktas Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais, taip pat papildomos lėšos 3 papildomoms sezoninėms GMP brigadoms, aptarnaujančioms kurortus nuo birželio 1 d. iki rugpjūčio 31 d. (1 papildomai sezoninei GMP brigadai, aptarnaujančiai Neringos savivaldybę, ir 2 papildomoms sezoninėms GMP brigadoms, aptarnaujančioms Palangos miesto savivaldybę), numatomos kiekvienai TLK atskirai ir apskaičiuojamos pagal formulę:

$$PL_K = B_n \times n_1 \times (k_1 + k_4) + B_s \times n_1 \times (k_1 + k_3) \times (92 / 365),$$

kai:

PL_K – TLK skiriamos papildomos lėšos kurortams ir kurortinėms teritorijoms;

B_n – TLK veiklos zonoje esančius kurortus (Druskininkų ir Neringos savivaldybių) ir kurortines teritorijas aptarnaujančių papildomų nuolatinių GMP budinčių brigadų skaičius;

n_1 – vienos GMP budinčios brigados aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvas, nustatytas GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 8.1 papunktyje. Palangos ir Neringos miesto savivaldybėms taikomas minėto tvarkos aprašo 8.1.1 papunktyje nustatytas normatyvas, o Druskininkų savivaldybei ir kurortinėms teritorijoms – 8.1.2 papunktyje nustatytas normatyvas;

k_1 – atitinkama GMP dispečerinės tarnybos teikiamų paslaugų, tenkančių vienam gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nurodyta GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 16 punkte;

k_4 – atitinkama GMP brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nustatyta GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 16 punkte. Druskininkų savivaldybei ir kurortinėms teritorijoms taikoma atitinkama GMP brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam miesto gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), o Neringos savivaldybei – atitinkama GMP brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam kaimo ir miesto, kuriame gyvena mažiau kaip 4 tūkst. žmonių, gyventojui, metinė bazinė kaina (balais);

B_s – TLK veiklos zonoje esančius kurortus (Neringos ir Palangos miesto savivaldybių) aptarnaujančių papildomų sezoninių GMP budinčių brigadų skaičius;

k_3 – atitinkama GMP brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam kaimo ir miesto, kuriame gyvena mažiau kaip 4 tūkst. žmonių, gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nurodyta GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 16 punkte.

4.3. TLK gali būti skiriamos papildomos lėšos papildomoms GMP brigadoms steigti (vienai asmens sveikatos priežiūros įstaigai iki 1,0 (imtinai) GMP brigados) dėl padidėjusio pacientų pervežimų per parą skaičiaus savivaldybėse, kurių stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose nėra chirurgijos ir (ar) reanimacijos skyrių. Šios lėšos kiekvienai TLK numatomos atskirai ir apskaičiuojamos pagal formulę:

$$PL_p = ((P_n - P_{2009}) / 365) \times 0,125 \times n_2 \times (k_1 + k_3),$$

kai:

PL_p – TLK skiriamos papildomos lėšos papildomoms GMP brigadoms steigti;

P_n – praėjusiais metais GMP brigadų atliktų pervežimų per parą skaičius;

P_{2009} – 2009 m. GMP brigadų atliktų pervežimų per parą skaičius arba metais prieš chirurgijos ir (ar) reanimacijos skyrių uždarymą GMP brigadų atliktų pervežimų per parą skaičius, jei stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose chirurgijos ir (ar) reanimacijos skyriai buvo uždaryti iki sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo įgyvendinimo;

0,125 – koeficientas, kurį taikant nustatomas papildomų GMP brigadų skaičius;

n_2 – vienos GMP budinės brigados aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvas, nustatytas GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 8.1.1 papunktyje;

k_1 – atitinkama GMP dispečerinės tarnybos teikiamų paslaugų, tenkančių vienam gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nurodyta GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 16 punkte;

k_3 – atitinkama GMP brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam kaimo ir miesto, kuriame gyvena mažiau kaip 4 tūkst. žmonių, gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nurodyta GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 16 punkte.

Einamaisiais metais Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus įsakymais TLK gali būti skiriamos papildomos lėšos, TLK raštu informavus VLK apie GMP paslaugas teikiančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas, tais metais įvykdžiusias GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 9 punkto reikalavimus, arba apskrities centro GMP paslaugas teikiančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas, tais metais įvykdžiusias GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 21 punkto reikalavimus (šioms įstaigoms už teikiamas paslaugas mokama didesnė bazinė kaina). Papildomos lėšos apskaičiuojamos vadovaujantis šio tvarkos aprašo 4.1 ir 4.2 papunkčių nuostatomis, įvertinus vienam gyventojui tenkančių GMP dispečerinės tarnybos teikiamų paslaugų metinių bazinių kainų (balais) ir (arba) vienam gyventojui tenkančių GMP brigadų teikiamų paslaugų metinių bazinių kainų (balais), patvirtintų GMP paslaugų teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo 16 punkte, skirtumus, tačiau tik už tuos einamųjų metų mėnesius, kuriais GMP paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos jau buvo įvykdžiusios minėtus reikalavimus.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-163](#), 2014-02-04, paskelbta TAR 2014-02-07, i. k. 2014-01237

Nr. [V-430](#), 2014-04-01, paskelbta TAR 2014-04-04, i. k. 2014-04098

4¹. Neteko galios nuo 2011-02-04

Punkto naikinimas:

Nr. [V-84](#), 2011-01-27, Žin. 2011, Nr. 14-611 (2011-02-03), i. k. 1112250ISAK0000V-84

Papildyta punktu:

Nr. [V-112](#), 2010-02-12, Žin., 2010, Nr. 22-1021 (2010-02-23), i. k. 1102250ISAK000V-112

5. Lėšos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = B_{PSDF} \times (m_1 + m_2 \times K) / (n_1 + n_2 \times K),$$

kai:

B_{TLK} – TLK skiriamos lėšos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti;
 B_{PSDF} – PSDF biudžeto lėšos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti*;
 m_1 – prirašytų TLK veiklos zonos gyventojų iki 65 metų skaičius;
 n_1 – prirašytų šalies gyventojų iki 65 metų skaičius;
 m_2 – prirašytų TLK veiklos zonos gyventojų, vyresnių kaip 65 metų, skaičius;
 n_2 – prirašytų šalies gyventojų, vyresnių kaip 65 metų, skaičius;
 K – vyresnių kaip 65 metų gyventojų sveikatos priežiūros išlaidų koeficientas, lygus 22.

* – Paslaugų struktūros kitimams išlyginti gali būti naudojama 2009 metais iki 1,5 procento, 2010 metais – iki 0,75 procento skiriamų lėšų.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-107](#), 2009-02-17, Žin., 2009, Nr. 20-805 (2009-02-21), i. k. 1092250ISAK000V-107

Nr. [V-112](#), 2010-02-12, Žin., 2010, Nr. 22-1021 (2010-02-23), i. k. 1102250ISAK000V-112

6. Lėšos ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti TLK paskirstomos taip:

6.1. Pagal privalomojo sveikatos draudimo kompiuterizuotos informacinės sistemos „Sveidra“ prirašytų gyventojų duomenis nustatomos šios gyventojų amžiaus grupės, atskirai skaičiuojant moteris ir vyrus:

ki 1	–4	–9	0–14	5–19	0– 29	0– 39	0– 49	0–59	0–64	5–69	0– 74	5–79	80 ir daugiau
---------	----	----	------	------	----------	----------	----------	------	------	------	----------	------	------------------

6.2. Apskaičiuojama praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu gyventojams pagal kiekvieną amžiaus grupę ir lytį suteiktų ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vidutinė vertė (balais), remiantis privalomojo sveikatos draudimo kompiuterizuotos informacinės sistemos „Sveidra“ praėjusio ataskaitinio laikotarpio duomenimis:

$$k_{v0-1} = S_{v0-1}/G_{v0-1},$$

kai:

k_{v0-1} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, tenkančių vyrų nuo 0 iki 1 metų grupei, vertė (balais);

S_{v0-1} – praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu faktiškai suteiktų paslaugų, tenkančių vyrų nuo 0 iki 1 metų grupei, vertė (balais);

G_{v0-1} – prirašytų šalies gyventojų skaičius, tenkantis vyrų nuo 0 iki 1 metų grupei;

$$k_{m0-1} = S_{m0-1}/G_{m0-1},$$

kai:

k_{m0-1} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, tenkančių moterų nuo 0 iki 1 metų grupei, vertė (balais);

S_{m0-1} – praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu faktiškai suteiktų paslaugų, tenkančių moterų nuo 0 iki 1 metų grupei, vertė (balais);

G_{m0-1} – prirašytų šalies gyventojų skaičius, tenkantis moterų nuo 0 iki 1 metų grupei.

Analogiškai apskaičiuojama visų amžiaus grupių gyventojams praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vidutinė vertė (balais).

6.3. Lėšos ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = (B_{PSDF}/S) \times (V_{0-1} \times k_{v0-1} + M_{0-1} \times k_{m0-1} + V_{1-4} \times k_{v1-4} + M_{1-4} \times k_{m1-4} + \dots + V_{80+} \times k_{v80+} + M_{80+} \times k_{m80+}),$$

kai:

B_{PSDF} – planuojamos PSDF biudžeto lėšos ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti*;

S – privalomojo sveikatos draudimo kompiuterizuotos informacinės sistemos „Sveidra“ duomenys apie praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu faktiškai suteiktų ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertę (balais);

B_{TLK} – TLK skiriamos lėšos ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti;

V_{0-1} – prirašytų TLK veiklos zonos vyrų nuo 0 iki 1 metų skaičius;

k_{v0-1} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, tenkančių vyrų iki 1 metų grupei, vertė (balais);

M_{0-1} – prirašytų TLK veiklos zonos moterų nuo 0 iki 1 metų skaičius;

k_{m0-1} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, tenkančių moterų iki 1 metų grupei, vertė (balais);

V_{1-4} – prirašytų TLK veiklos zonos vyrų nuo 1 iki 4 metų skaičius;

k_{v1-4} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, tenkančių vyrų nuo 1 iki 4 metų grupei, vertė (balais);

M_{1-4} – prirašytų TLK veiklos zonos moterų nuo 1 iki 4 metų skaičius;

k_{m1-4} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, tenkančių moterų nuo 1 iki 4 metų grupei, vertė (balais) ir t. t.

V_{80+} – prirašytų TLK veiklos zonos vyrų nuo 80 metų skaičius;

k_{v80+} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, tenkančių vyrų nuo 80 metų grupei, vertė (balais);

M_{80+} – prirašytų TLK veiklos zonos moterų nuo 80 metų skaičius;

k_{m80+} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų ambulatorinių specializuotų ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, tenkančių moterų nuo 80 metų grupei, vertė (balais).

* – Paslaugų struktūros kitimams išlyginti 2009 metais gali būti naudojama iki 1,5 procento, 2010 metais – iki 0,75 procento, 2011 metais – iki 0,375 procento skiriamų lėšų.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-86](#), 2011-01-27, Žin., 2011, Nr. 14-613 (2011-02-03), i. k. 1112250ISAK0000V-86

⁶¹. Lėšos brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti TLK paskirstomos taip:

^{61.1.} pagal privalomojo sveikatos draudimo kompiuterizuotos informacinės sistemos „Sveidra“ duomenis nustatomas prirašytų gyventojų skaičius, tenkantis šioms amžiaus grupėms, atskirai skaičiuojant moteris ir vyrus:

|iki 1|1–4|5–9|10–14|15–19|20–29|30–39|40–49|50–59|60–64|65–69|70–74|75–79|80 ir daugiau|;

^{61.2.} pagal kiekvieną gyventojų amžiaus grupę ir lytį apskaičiuojama praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu gyventojams suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų vidutinė vertė (balais), remiantis

privalomojo sveikatos draudimo kompiuterizuotos informacinės sistemos „Sveidra“ praėjusio ataskaitinio laikotarpio duomenimis:

$$k_{v0-1} = S_{v0-1} / G_{v0-1},$$

kai:

k_{v0-1} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, tenkančių vyrų nuo 0 iki 1 metų grupei, vertė (balais);

S_{v0-1} – praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu faktiškai suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, tenkančių vyrų nuo 0 iki 1 metų grupei, vertė (balais);

G_{v0-1} – prirašytų vyrų nuo 0 iki 1 metų skaičius šalies mastu;

$$k_{m0-1} = S_{m0-1} / G_{m0-1},$$

kai:

k_{m0-1} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, tenkančių moterų nuo 0 iki 1 metų grupei, vertė (balais);

S_{m0-1} – praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu faktiškai suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, tenkančių moterų nuo 0 iki 1 metų grupei, vertė (balais);

G_{m0-1} – prirašytų moterų nuo 0 iki 1 metų skaičius šalies mastu.

Analogiškai apskaičiuojama visų amžiaus grupių gyventojams praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų vidutinė vertė (balais);

6¹.3. lėšos brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = (B_{PSDF} / S) \times (V_{0-1} \times k_{v0-1} + M_{0-1} \times k_{m0-1} + V_{1-4} \times k_{v1-4} + M_{1-4} \times k_{m1-4} + \dots + V_{80+} \times k_{v80+} + M_{80+} \times k_{m80+}),$$

kai:

B_{PSDF} – planuojamos PSDF biudžeto lėšos brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti;

S – privalomojo sveikatos draudimo kompiuterizuotos informacinės sistemos „Sveidra“ duomenys apie praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu faktiškai suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų vertę (balais);

B_{TLK} – TLK skiriamos lėšos brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti;

V_{0-1} – prirašytų TLK veiklos zonos vyrų nuo 0 iki 1 metų skaičius;

k_{v0-1} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, tenkančių vyrų nuo 0 iki 1 metų grupei, vertė (balais);

M_{0-1} – prirašytų TLK veiklos zonos moterų nuo 0 iki 1 metų skaičius;

k_{m0-1} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, tenkančių moterų nuo 0 iki 1 metų grupei, vertė (balais);

V_{1-4} – prirašytų TLK veiklos zonos vyrų nuo 1 iki 4 metų skaičius;

k_{v1-4} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, tenkančių vyrų nuo 1 iki 4 metų grupei, vertė (balais);

M_{1-4} – prirašytų TLK veiklos zonos moterų nuo 1 iki 4 metų skaičius;

k_{m1-4} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, tenkančių moterų nuo 1 iki 4 metų grupei, vertė (balais) ir t. t.;

V_{80+} – prirašytų TLK veiklos zonos vyrų nuo 80 metų skaičius;

k_{v80+} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, tenkančių vyrų nuo 80 metų grupei, vertė (balais);

M_{80+} – prirašytų TLK veiklos zonos moterų nuo 80 metų skaičius;

k_{m80+} – vidutinė praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų brangiųjų tyrimų ir procedūrų,

tenkančių moterų nuo 80 metų grupei, vertė (balais).

6^{1.4.} Paslaugų struktūros kitimams išlyginti 2011 metais gali būti naudojama iki 2 procentų brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti skiriamų lėšų, 2012 metais – iki 1 procento šių lėšų.

6^{1.5.} Kiekvienos TLK lėšų sumos atskirų brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti apskaičiuojamos pagal praėjusio ataskaitinio laikotarpio PSDF biudžeto vykdymo duomenis (balais), įskaitant duomenis apie išlaidas kontrastinėms medžiagoms, ir tvirtinamos TLK direktoriaus įsakymu.

Papildyta punktu:

Nr. [V-112](#), 2010-02-12, *Žin.*, 2010, Nr. 22-1021 (2010-02-23), i. k. 1102250ISAK000V-112

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-107](#), 2009-02-17, *Žin.*, 2009, Nr. 20-805 (2009-02-21), i. k. 1092250ISAK000V-107

Nr. [V-112](#), 2010-02-12, *Žin.*, 2010, Nr. 22-1021 (2010-02-23), i. k. 1102250ISAK000V-112

III. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

7. Lėšų specializuotoms ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms apmokėti paskirstymo TLK pagal gyventojų skaičių, amžių ir lytį formulę galutinai įgyvendinti 2006 metais, kasmet 1/3 sumažinant skirtumą tarp faktinio paslaugų vartojimo ir teorinio paskirstymo.

8. VLK gali nepaskirstyti iki 1,5 procento PSDF biudžeto lėšų, kurios, suderinus su Sveikatos apsaugos ministerija, gali būti skiriamos:

8.1. asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dėl kurių asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPI) yra sudariusios sutartis su TLK, išlaidoms apmokėti 10 ir 11 punktuose numatytais atvejais;

8.2. sveikatos priežiūros išlaidoms, numatytoms Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 15 d. įsakymu Nr. V-957 „Dėl Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos aprašas), kompensuoti.

Papildyta punktu:

Nr. [V-98](#), 2007-02-14, *Žin.*, 2007, Nr. 22-851 (2007-02-20), i. k. 1072250ISAK0000V-98

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-315](#), 2009-04-23, *Žin.*, 2009, Nr. 46-1872 (2009-04-25), i. k. 1092250ISAK000V-315

Nr. [V-1085](#), 2009-12-30, *Žin.*, 2009, Nr. 159-7221 (2009-12-31), i. k. 1092250ISAK000V-1085

Nr. [V-112](#), 2010-02-12, *Žin.*, 2010, Nr. 22-1021 (2010-02-23), i. k. 1102250ISAK000V-112

Nr. [V-773](#), 2010-09-08, *Žin.*, 2010, Nr. 108-5571 (2010-09-14), i. k. 1102250ISAK000V-773

Nr. [V-115](#), 2011-02-08, *Žin.*, 2011, Nr. 19-933 (2011-02-14), i. k. 1112250ISAK000V-115

Nr. [V-30](#), 2012-01-17, *Žin.*, 2012, Nr. 11-479 (2012-01-24), i. k. 1122250ISAK0000V-30

Nr. [V-968](#), 2013-10-21, *Žin.*, 2013, Nr. 112-5597 (2013-10-26), i. k. 1132250ISAK000V-968

Nr. [V-911](#), 2014-08-28, paskelbta TAR 2014-08-28, i. k. 2014-11350

9. TLK gali nepaskirstyti iki 1,5 procento TLK biudžeto lėšų, kurios gali būti:

9.1. skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dėl kurių ASPI yra sudariusios sutartis su TLK, išlaidoms apmokėti 10 ir 11 punktuose numatytais atvejais, suderinus tai su VLK;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-701](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-17, i. k. 2014-07698

Nr. [V-911](#), 2014-08-28, paskelbta TAR 2014-08-28, i. k. 2014-11350

9.2. įskaičiuojamos į sutartines sumas, jas tikslinant TLK sutarčių su ASPI sudarymo metu;

9.3. skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dėl kurių einamaisiais metais nebuvo sudarytos sutartys, išlaidoms apmokėti, jeigu TLK veiklos zonos gyventojams:

9.3.1. asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių plėtrai sveikatos apsaugos ministro sprendimu buvo skirtos Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos, suteikia kitos TLK veiklos zonos ASPI,

9.3.2. slaugos ir palaikomojo gydymo bei paliatyvosios pagalbos paslaugas suteikia kitos TLK veiklos zonos ASPĮ.

9.4. skiriamos sveikatos priežiūros išlaidoms, numatytoms Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo tvarkos apraše, kompensuoti.

Papildyta papunkčiu:

Nr. [V-885](#), 2006-10-26, *Žin.*, 2006, Nr. 118-4518 (2006-11-04), i. k. 1062250ISAK000V-885

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-911](#), 2014-08-28, paskelbta TAR 2014-08-28, i. k. 2014-11350

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-968](#), 2013-10-21, *Žin.*, 2013, Nr. 112-5597 (2013-10-26), i. k. 1132250ISAK000V-968

10. Aprašo 8.1 ir 9.1 papunkčiuose numatytos nepaskirstytos PSDF biudžeto lėšos prioriteto tvarka skiriamos ASPĮ, sudariusioms sutartis su TLK, už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kai yra bent viena iš šių sąlygų:

10.1. apskaičiuotoji gimdymo paslaugų bazinių kainų balo vertė nesiekia 0,93 lito;

10.2. apskaičiuotoji insulto gydymo, taikant trombolizę ar invazinę trombektomiją, ir miokardo infarkto (kai yra ST segmento pakilimas) gydymo, atliekant širdies vainikinių kraujagyslių stentavimą, paslaugų bazinių kainų balo vertė nesiekia 0,93 lito.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-737](#), 2013-07-25, *Žin.*, 2013, Nr. 83-4191 (2013-07-30), i. k. 1132250ISAK000V-737

Nr. [V-884](#), 2013-09-13, *Žin.*, 2013, Nr. 99-4901 (2013-09-20), i. k. 1132250ISAK000V-884

Nr. [V-347](#), 2014-03-12, paskelbta TAR 2014-03-14, i. k. 2014-03073

Nr. [V-701](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-17, i. k. 2014-07698

Nr. [V-911](#), 2014-08-28, paskelbta TAR 2014-08-28, i. k. 2014-11350

11. Aprašo 8.1 ir 9.1 papunkčiuose numatytos nepaskirstytos PSDF biudžeto lėšos gali būti skiriamos ASPĮ, sudariusioms sutartis su TLK, už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kai yra bent viena iš šių sąlygų:

11.1. apskaičiuotoji vaikams (nuo 0 iki 3 metų) suteiktų stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų balo vertė nesiekia 0,93 lito;

11.2. suteikiama daugiau priėmimo-skubiosios pagalbos, ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo, slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyvosios pagalbos, slaugos namuose, sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos, pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros skatinamųjų bei priverstinio gydymo paslaugų nei numatyta ASPĮ ir TLK sutartyje;

11.3. suteikiama daugiau specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų nei numatyta TLK ir ASPĮ sutartyje. PSDF biudžeto lėšomis gali būti sumokama ne daugiau kaip už 70 proc. šių viršutartinių paslaugų, išskyrus tretinio lygio specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurias teikianti ASPĮ suteikia antrinio lygio specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios ASPĮ pacientams (šių ASPĮ tarpusavio sutarties pagrindu), – PSDF biudžeto lėšomis sumokama už visas šias paslaugas;

11.4. tai būtina asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių plėtrai buvo skirtos Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos, išlaidų kompensavimui užtikrinti 5 metus nuo šių paslaugų teikimo pradžios;

11.5. suteikiama daugiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų nei numatyta TLK ir ASPĮ, priklausančios kitos TLK veiklos zonai, sutartyje;

11.6. dėl aplinkybių, kurių nebuvo galima numatyti TLK ir ASPĮ sutarties pasirašymo metu (dėl stichinių nelaimių, masinių gaisrų, epidemijų ir pan.), suteikiama daugiau stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų nei numatyta TLK ir ASPĮ sutartyje;

11.7. nustatoma didesnė asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinė kaina ir (ar) balo vertė;

11.8. priimamas sprendimas šalies mastu padidinti tam tikrų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, kiekį;

11.9. numatoma Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis mokėti už naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas;

11.10. didinamas gyventojus aptarnaujančių budinčių GMP brigadų skaičius, atsižvelgiant į padidėjusius dėl ASPI (paslaugų) restruktūrizavimo ir ASPI tinklo optimizavimo pacientų srautus, arba padaugėja pacienčių pervežimų iš namų į ASPI ir iš vienos ASPI į kitą ASPI dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo, ar dėl patologijos laikotarpiu po gimdymo;

11.11. priimamas sprendimas nemažinti ASPI sutartinių sumų, kurios galėtų sumažėti dėl pasikeitusios asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos;

11.12. ASPI skiriamos tikslinės lėšos, siekiant užtikrinti tam tikrų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-911](#), 2014-08-28, paskelbta TAR 2014-08-28, i. k. 2014-11350

12. Jeigu ASPI, su kuriomis TLK yra sudariusi sutartis, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų metinės faktinės išlaidos viršija TLK skirtą metinę PSDF biudžeto asignavimų sumą šių paslaugų išlaidoms apmokėti, TLK, suderinusi su VLK, gali priimti daugiau ASPI sąskaitų už praėjusiais metais faktiškai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau bendra metinė suma pagal visų TLK priimtas apmokėti sąskaitas už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas negali viršyti bendros metinės visoms TLK praėjusiais metais skirtų PSDF biudžeto asignavimų sumos šių paslaugų išlaidoms apmokėti.

Papildyta punktu:

Nr. [V-82](#), 2012-02-08, Žin., 2012, Nr. 19-882 (2012-02-11), i. k. 1122250ISAK0000V-82

Punkto numeracijos pakeitimas:

Nr. [V-701](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-17, i. k. 2014-07698

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-885](#), 2006-10-26, Žin., 2006, Nr. 118-4518 (2006-11-04), i. k. 1062250ISAK000V-885

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" papildymo

2.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-98](#), 2007-02-14, Žin., 2007, Nr. 22-851 (2007-02-20), i. k. 1072250ISAK0000V-98

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

3.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-107](#), 2009-02-17, Žin., 2009, Nr. 20-805 (2009-02-21), i. k. 1092250ISAK000V-107

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

4.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-206](#), 2009-03-23, Žin., 2009, Nr. 36-1412 (2009-04-02), i. k. 1092250ISAK000V-206

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

5.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-315](#), 2009-04-23, Žin., 2009, Nr. 46-1872 (2009-04-25), i. k. 1092250ISAK000V-315

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

6.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1085](#), 2009-12-30, Žin., 2009, Nr. 159-7221 (2009-12-31), i. k. 1092250ISAK000V-1085

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

7.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-112](#), 2010-02-12, Žin., 2010, Nr. 22-1021 (2010-02-23), i. k. 1102250ISAK000V-112

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

8.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-713](#), 2010-08-10, Žin., 2010, Nr. 97-5039 (2010-08-14), i. k. 1102250ISAK000V-713

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

9.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-773](#), 2010-09-08, Žin., 2010, Nr. 108-5571 (2010-09-14), i. k. 1102250ISAK000V-773

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

10.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-80](#), 2011-01-27, Žin., 2011, Nr. 14-609 (2011-02-03), i. k. 1112250ISAK0000V-80

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" papildymo

11.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-84](#), 2011-01-27, Žin., 2011, Nr. 14-611 (2011-02-03), i. k. 1112250ISAK0000V-84

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

12.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-86](#), 2011-01-27, Žin., 2011, Nr. 14-613 (2011-02-03), i. k. 1112250ISAK0000V-86

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

13.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-115](#), 2011-02-08, Žin., 2011, Nr. 19-933 (2011-02-14), i. k. 1112250ISAK000V-115

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

14.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-994](#), 2011-11-21, Žin., 2011, Nr. 142-6672 (2011-11-24), i. k. 1122250ISAK000V-994

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

15.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-30](#), 2012-01-17, Žin., 2012, Nr. 11-479 (2012-01-24), i. k. 1122250ISAK000V-30

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

16.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-67](#), 2012-01-31, Žin., 2012, Nr. 16-723 (2012-02-04), i. k. 1122250ISAK000V-67

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

17.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-82](#), 2012-02-08, Žin., 2012, Nr. 19-882 (2012-02-11), i. k. 1122250ISAK000V-82

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" papildymo

18.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-893](#), 2012-09-24, Žin., 2012, Nr. 113-5739 (2012-09-29), i. k. 1122250ISAK000V-893

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

19.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1020](#), 2012-11-09, Žin., 2012, Nr. 133-6813 (2012-11-17), i. k. 1122250ISAK00V-1020

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

20.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-40](#), 2013-01-15, Žin., 2013, Nr. 8-337 (2013-01-22), i. k. 1132250ISAK000V-40

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

21.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-67](#), 2013-01-21, Žin., 2013, Nr. 10-467 (2013-01-26), i. k. 1132250ISAK000V-67

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

22.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-737](#), 2013-07-25, Žin., 2013, Nr. 83-4191 (2013-07-30), i. k. 1132250ISAK000V-737

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

23.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-884](#), 2013-09-13, Žin., 2013, Nr. 99-4901 (2013-09-20), i. k. 1132250ISAK000V-884

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

24.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-968](#), 2013-10-21, Žin., 2013, Nr. 112-5597 (2013-10-26), i. k. 1132250ISAK000V-968

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

25.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-163](#), 2014-02-04, paskelbta TAR 2014-02-07, i. k. 2014-01237

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo

26.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-347](#), 2014-03-12, paskelbta TAR 2014-03-14, i. k. 2014-03073

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo

27.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-430](#), 2014-04-01, paskelbta TAR 2014-04-04, i. k. 2014-04098

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo

28.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-701](#), 2014-06-16, paskelbta TAR 2014-06-17, i. k. 2014-07698

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo

29.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-911](#), 2014-08-28, paskelbta TAR 2014-08-28, i. k. 2014-11350

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 "Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo" pakeitimo