



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ĮSAKYMAS

**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**

2020 m. spalio 26 d. Nr. V-2367
Vilnius

1. P a k e i č i u Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-812 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“, ir jį išdėstau nauja redakcija (pridedama).

2. N u s t a t a u, kad šis įsakymas įsigalioja 2021 m. sausio 1 d.

Sveikatos apsaugos ministras

Aurelijus Veryga

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2004 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-812
(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2020 m. spalio 26 d. įsakymo Nr. V-2367
redakcija)

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

I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) reglamentuoja Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto 01 išlaidų straipsnyje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“ numatytų lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, išskyrus lėšas, skiriamas pagal PSDF biudžeto 01 06 išlaidų straipsnį „Ambulatorinėmis sąlygomis atliktiems brangiesiems tyrimams ir procedūroms“, paskirstymą teritorinėms ligonių kasoms (toliau – TLK).

2. Aprašas parengtas vadovaujantis šiais teisės aktais:

2.1. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu;

2.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėmis, patvirtintomis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimu Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“.

II SKYRIUS LĖŠŲ PASKIRSTYMAS TERITORINĖMS LIGONIŲ KASOMS

3. Lėšos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugoms apmokėti TLK paskirstomos:

3.1. Lėšos PAASP paslaugoms apmokėti (bazinis mokėjimas už prirašytą gyventoją) TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = (m_1 \times k_1 + m_2 \times k_2 + m_3 \times k_3 + m_4 \times k_4 + m_5 \times k_5 + m_6 \times k_6 + m_7 \times k_7 + m_8 \times k_8 + m_9 \times k_9 + m_{10} \times k_{10} + m_{11} \times k_{11}) \times BV_{PAASP} + m_1 \times p_1 + m_2 \times p_2,$$

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skirtos lėšos PAASP paslaugoms apmokėti;

m_1 – prirašytų prie PAASP paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ) privalomuoju sveikatos draudimu apdraustų, įskaitant asmenis, esančius laisvės atėmimo vietose (toliau – prirašytųjų apdraustų), TLK veiklos zonos gyventojų iki 1 metų skaičius;

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

m_2 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų nuo 1 iki 7 metų (imtinai) skaičius;

k_2 – vieno gyventojų nuo 1 iki 7 metų (imtinai) PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);

m_3 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų nuo 8 iki 17 metų (imtinai) skaičius;

k_3 – vieno gyventojų nuo 8 iki 17 metų (imtinai) PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);

m_4 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų nuo 18 iki 34 metų (imtinai) skaičius;

k_4 – vieno gyventojų nuo 18 iki 34 metų (imtinai) PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);

m_5 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų nuo 35 iki 49 metų (imtinai) skaičius;

k_5 – vieno gyventojų nuo 35 iki 49 metų (imtinai) PAASP paslaugų metinė bazinė kaina (balais);

m_6 – prirašytųjų apdraustų 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 – prirašytųjų apdraustų 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 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos kaimo gyvenamųjų vietovių ir miestų, kurių gyventojų skaičius neviršija 3 tūkst., gyventojų skaičius;

k_8 – suma (balais), kuria didinama kiekvieno prirašyto kaimo gyvenamųjų vietovių ir miestų, kurių gyventojų skaičius neviršija 3 tūkst., gyventojų PAASP paslaugų metinė bazinė kaina;

m_9 – prirašytų prie šeimos gydytojo (ši nuostata netaikoma, jeigu paslaugas teikia vidaus ligų ar vaikų ligų gydytojas) apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų skaičius;

k_9 – suma (balais), kuria didinama kiekvieno prirašyto prie šeimos gydytojo (ši nuostata netaikoma, jeigu paslaugas teikia vidaus ligų ar vaikų ligų gydytojas) gyventojų PAASP paslaugų metinė bazinė kaina;

m_{10} – prirašytų prie šeimos gydytojo (arba vidaus ligų, arba vaikų ligų gydytojo) apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų, turinčių specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, skaičius;

k_{10} – suma (balais), kuria didinama kiekvieno prirašyto prie šeimos gydytojo (arba vidaus ligų, arba vaikų ligų gydytojo) gyventojų, turinčio specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, PAASP paslaugų metinė bazinė kaina;

m_{11} – prirašytų prie PAASP paslaugas teikiančių ASPI, kurios ankstesniais metais buvo akredituotos teikti šeimos gydytojo paslaugas pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. birželio 7 d. įsakymo Nr. 280 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms nuostatų patvirtinimo“ nuostatas, apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų skaičius;

k_{11} – suma (balais), kuria didinama kiekvieno prirašyto prie PAASP paslaugas teikiančių ASPI, ankstesniais metais akredituotų teikti šeimos gydytojo paslaugas pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. birželio 7 d. įsakymo Nr. 280 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų akreditavimo asmens sveikatos priežiūros paslaugoms nuostatų patvirtinimo“ nuostatas, gyventojų PAASP paslaugų metinė bazinė kaina;

BV_{PAASP} – atitinkamų metų, kuriems skiriamos lėšos, planuojama PAASP paslaugų balo vertė;

p_1 – laikinasis kompensacinis priedas (eurais), kuriuo didinama vieno gyventojų iki 1 metų PAASP paslaugų metinė bazinė kaina;

p_2 – laikinasis kompensacinis priedas (eurais), kuriuo didinama vieno gyventojų nuo 1 iki 7 metų (imtinai) PAASP paslaugų metinė bazinė kaina.

Vieno gyventojų PAASP paslaugų metinės bazinės kainos (balais) ir šioms paslaugoms taikomi laikinieji kompensaciniai priedai (eurais) nustatyti Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ (toliau – PAASP aprašas).

3.2. Lėšos PAASP paslaugoms, už kurias mokamas skatinamasis priedas, apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = B_{PSDF} \times m_1 / m_2,$$

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos PAASP paslaugoms, už kurias mokamas skatinamasis priedas, apmokėti;

B_{PSDF} – PSDF biudžeto lėšos PAASP paslaugoms, už kurias mokamas skatinamasis priedas, apmokėti;

m_1 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų skaičius;

m_2 – prirašytųjų apdraustų šalies gyventojų skaičius.

3.3. Lėšos geriems šeimos gydytojo komandos darbo rezultatams apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = m_1 \times k_1 \times BV_{PAASP},$$

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos geriems šeimos gydytojo komandos darbo rezultatams apmokėti;

m_1 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų skaičius;

k_1 – PAASP apraše nustatytas vienam gyventojui tenkantis papildomo mokėjimo už gerus šeimos gydytojo komandos darbo rezultatus dydis (balais);

BV_{PAASP} – atitinkamų metų, kuriems skiriamos lėšos, planuojama PAASP paslaugų balo vertė.

3.4. Lėšos geriems pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros rezultatams apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = m_1 \times k_1 \times BV_{PAASP},$$

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos geriems pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros rezultatams apmokėti;

m_1 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų skaičius;

k_1 – PAASP apraše nustatytas vienam gyventojui tenkantis papildomo mokėjimo už gerus pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros rezultatus dydis (balais);

BV_{PAASP} – atitinkamų metų, kuriems skiriamos lėšos, planuojama PAASP paslaugų balo vertė.

3.5. Lėšos geriems pirminės ambulatorinės odontologinės sveikatos priežiūros rezultatams apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = m_1 \times k_1 \times BV_{PAASP},$$

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos geriems pirminės ambulatorinės odontologinės sveikatos priežiūros rezultatams apmokėti;

m_1 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų skaičius;

k_1 – PAASP apraše nustatytas vienam gyventojui tenkantis papildomo mokėjimo už gerus pirminės ambulatorinės odontologinės sveikatos priežiūros rezultatus dydis (balais);

BV_{PAASP} – atitinkamų metų, kuriems skiriamos lėšos, planuojama PAASP paslaugų balo vertė.

4. Lėšos greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugoms apmokėti TLK paskirstomos:

4.1. Metinės lėšos GMP paslaugoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = (m_1 \times k_1 + m_2 \times k_2 + m_3 \times k_3 + (m_4 \times k_1 + m_5 \times k_2) \times K) \times 1,003 \times BV_{GMP},$$

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos GMP paslaugoms apmokėti;

m_1 – TLK veiklos zonos GMP paslaugas teikiančių įstaigų GMP dispečerinių tarnybų aptarnaujamos teritorijos, išskyrus Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ar Panevėžio miestą, gyventojų skaičius metų pradžioje Lietuvos statistikos departamento naujausiais duomenimis (toliau – statistinis gyventojų skaičius);

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

m_2 – TLK veiklos zonos GMP paslaugas teikiančių įstaigų GMP budinčių brigadų aptarnaujamų miesto gyvenamųjų vietovių (joms priskiriami miestai, kurių gyventojų skaičius yra didesnis nei 3 tūkstančiai), išskyrus Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ar Panevėžio miestą, statistinis gyventojų skaičius;

k_2 – atitinkama GMP budinčių brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam miesto gyvenamosios vietovės gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nustatyta GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos apraše;

m_3 – TLK veiklos zonos GMP paslaugas teikiančių įstaigų GMP budinčių brigadų aptarnaujamų kaimo gyvenamųjų vietovių (joms priskiriami miesteliai, kaimai ir viensėdžiai) bei miestų, kurių gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių, statistinis gyventojų skaičius;

k_3 – atitinkama GMP budinčių brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam kaimo gyvenamosios vietovės ir miesto, kurio gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių, gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nustatyta GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos apraše;

m_4 – TLK veiklos zonos GMP paslaugas teikiančių įstaigų GMP dispečerinių tarnybų aptarnaujamo Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ar Panevėžio miesto statistinis gyventojų skaičius;

m_5 – TLK veiklos zonos GMP paslaugas teikiančių įstaigų GMP budinčių brigadų aptarnaujamo Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ar Panevėžio miesto statistinis gyventojų skaičius;

K – migracijos koeficientas, kuris taikomas Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio miestams ir apskaičiuojamas pagal formulę:

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

čia:

K – migracijos koeficientas;

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

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

1,003 – koeficientas, kurį taikant 0,3 proc. didinamos GMP paslaugoms skiriamos lėšos. Suma, kuria didinamos GMP paslaugoms numatytos lėšos, skiriama pacienčių pervežimui iš GMP iškvietyto vietos į ASPĮ ir iš vienos ASPĮ į kitą dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo ir dėl patologijos laikotarpiu po gimdymo arba pacientų, kuriems namuose taikoma dirbtinė plaučių

ventiliacija, pervežimui iš stacionarinės ASPĮ po gydymo į namus arba iš namų į stacionarinę ASPĮ toliau tirti ir (ar) gydyti;

BV_{GMP} – atitinkamų metų, kuriems skiriamos lėšos, planuojama GMP paslaugų balo vertė.

4.2. Kiekvienai TLK, vadovaujantis GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 10.1 papunkčiu, atskirai numatomos papildomos lėšos (įvertinus kiekvienos TLK veiklos zonos GMP paslaugas teikiančių įstaigų GMP dispečerinių tarnybų bei GMP budinčių brigadų aptarnaujamą teritoriją) šioms papildomoms GMP budinčioms brigadoms – Neringos savivaldybę aptarnaujančiai 1 papildomai nuolatinei GMP budinčiai brigadai, Birštono ir Druskininkų savivaldybes aptarnaujančioms po 0,5 papildomos nuolatinės GMP budinčios brigados bei kiekvieną kurortinę teritoriją, kuriai šis statusas buvo suteiktas Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais, aptarnaujančioms po 0,2 papildomos nuolatinės GMP budinčios brigados, taip pat – 3 papildomoms sezoninėms GMP budinčioms brigadoms (1 papildomai sezoninei GMP budinčiai brigadai, aptarnaujančiai Neringos savivaldybę, ir 2 papildomoms sezoninėms GMP budinčioms brigadoms, aptarnaujančioms Palangos miesto savivaldybę), aptarnaujančioms kurortus nuo birželio 1 d. iki rugpjūčio 31 d. (imtinai), apskaičiuojamos pagal formulę:

$$PL_K = (B_n \times n_1 \times (k_1 + k_4) + B_s \times n_1 \times (k_1 + k_5) \times (92 / B_d)) \times BV_{GMP},$$

čia:

PL_K – atitinkamai TLK skiriamos papildomos lėšos kurortus ir kurortines teritorijas aptarnaujančioms papildomoms GMP budinčioms brigadoms;

B_n – kurortus (Birštono, 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 apmokėjimo tvarkos aprašo 7 punkte. Kurortams ir kurortinėms teritorijoms, priskirtoms miesto gyvenamajai vietai, įskaitant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. liepos 4 d. nutarimu Nr. 688 „Dėl kurortinės teritorijos statuso suteikimo Ignalinos miesto, Strigailišio ir Palūšės kaimų dalių teritorijai“ nustatytą kurortinę teritoriją, taikomas GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 7.1 papunktyje nustatytas normatyvas, o kurortams ir kurortinėms teritorijoms, priskirtoms kaimo gyvenamajai vietai ar miestui, kurio gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių, – 7.2 papunktyje nustatytas normatyvas;

k_1 – GMP dispečerinės tarnybos teikiamų paslaugų, tenkančių vienam gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nustatyta GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos apraše;

k_4 – atitinkama GMP budinčių brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nustatyta GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos apraše ir taikoma nuolatinėms papildomoms GMP budinčioms brigadoms. Kurortams ir kurortinėms teritorijoms, priskirtoms miesto gyvenamajai vietai, taikoma atitinkama GMP budinčių brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam miesto gyvenamosios vietovės gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), o kurortams ir kurortinėms teritorijoms, priskirtoms kaimo gyvenamajai vietai ar miestui, kurio gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių, – atitinkama GMP budinčių brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam kaimo gyvenamosios vietovės ir miesto, kurio gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių, 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_5 – atitinkama GMP budinčių brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nustatyta GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos apraše ir taikoma papildomoms sezoninėms GMP budinčioms brigadoms. Kurortams, priskirtiems miesto gyvenamajai vietai, taikoma atitinkama GMP budinčių brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam miesto gyvenamosios vietovės gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), o kurortams, priskirtiems kaimo gyvenamajai vietai ar miestui, kurio gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių, – atitinkama GMP budinčių brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam kaimo gyvenamosios

vietovės ir miesto, kurio gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių, gyventojui, metinė bazinė kaina (balais);

B_d – kalendorinių dienų skaičius tais metais, kuriems planuojamos papildomos lėšos;

BV_{GMP} – atitinkamų metų, kuriems skiriamos lėšos, planuojama GMP paslaugų balo vertė.

4.3. TLK numatomos papildomos lėšos, vadovaujantis GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 10.3 papunkčiu, papildomoms GMP budinčioms brigadoms (vienai ASPĮ – iki 1,0 (imtinai) GMP budinčios brigados), atsižvelgiant į padidėjusį pacientų pervežimų per parą skaičių savivaldybėse, kurių stacionarinėse ASPĮ neteikiamos chirurgijos ir (ar) reanimacijos bei intensyviosios terapijos paslaugos, ir į padidėjusį pacientų pervežimų per parą skaičių savivaldybėse, kurių stacionarinėse ASPĮ vaikams nebeteikiamos aktyviajam gydymui priskiriamos stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Šios lėšos kiekvienai TLK, įvertinus kiekvienos TLK veiklos zonos GMP paslaugas teikiančių įstaigų GMP dispečerinių tarnybų bei GMP budinčių brigadų aptarnaujamas teritorijas, numatomos atskirai ir apskaičiuojamos pagal formulę:

$$PL_p = ((P_n - P_m) / B_{pd}) \times 0,125 \times n_2 \times (k_1 + k_3) \times BV_{GMP},$$

čia:

PL_p – atitinkamai TLK skiriamos papildomos lėšos papildomoms GMP budinčioms brigadoms;

P_n – praėjusiais metais GMP budinčių brigadų atliktų pervežimų skaičius atitinkamoje savivaldybėje, kurios stacionarinėse ASPĮ neteikiamos chirurgijos ir (ar) reanimacijos bei intensyviosios terapijos paslaugos ir (ar) vaikams nebeteikiamos aktyviajam gydymui priskiriamos stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos;

P_m – GMP budinčių brigadų atliktų pervežimų atitinkamoje savivaldybėje skaičius šiuo laikotarpiu: 1) jei savivaldybės stacionarinėse ASPĮ neteikiamos chirurgijos ir (ar) reanimacijos bei intensyviosios terapijos paslaugos arba neteikiamos chirurgijos ir (ar) reanimacijos bei intensyviosios terapijos paslaugos ir vaikams nebeteikiamos aktyviajam gydymui priskiriamos stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, formulėje nurodomas 2009 m. arba vienų metų laikotarpis iki chirurgijos ir (ar) reanimacijos bei intensyviosios terapijos skyrių uždarymo (jei chirurgijos ir (ar) reanimacijos bei intensyviosios terapijos skyriai buvo uždaryti iki sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo įgyvendinimo) GMP budinčių brigadų atliktų pervežimų skaičius; 2) jei savivaldybės stacionarinėse ASPĮ vaikams nebeteikiamos aktyviajam gydymui priskiriamos stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, bet yra chirurgijos ir (ar) reanimacijos bei intensyviosios terapijos skyriai, formulėje nurodomas 2015 m. arba vienų metų laikotarpis iki vaikų ligų skyrių uždarymo (jei vaikų ligų skyriai buvo uždaryti iki arba po ketvirtosios sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo įgyvendinimo) GMP budinčių brigadų atliktų pervežimų skaičius;

B_{pd} – praėjusių metų kalendorinių dienų skaičius;

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

n_2 – vienos GMP budinčios brigados aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvas, nustatytas GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 7.2 papunktyje;

k_1 – GMP dispečerinės tarnybos teikiamų paslaugų, tenkančių vienam gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nustatyta GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos apraše;

k_3 – atitinkama GMP budinčių brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam kaimo gyvenamosios vietovės ir miesto, kurio gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių, gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nustatyta GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos apraše;

BV_{GMP} – atitinkamų metų, kuriems skiriamos lėšos, planuojama GMP paslaugų balo vertė.

4.4. Kiekvienai TLK, įvertinus kiekvienos TLK veiklos zonos GMP paslaugas teikiančių įstaigų GMP dispečerinių tarnybų ir GMP budinčių brigadų aptarnaujamas teritorijas, atskirai numatomos, vadovaujantis GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 10.2 papunkčiu ir

17 punktu, papildomos lėšos papildomoms nuolatinėms klasterinėms GMP brigadoms. Šios lėšos apskaičiuojamos pagal formulę:

$$PL_{KL} = B_{kld} / B_d \times n_2 \times k_6 \times BV_{GMP},$$

čia:

PL_{KL} – atitinkamai TLK skiriamos papildomos lėšos papildomoms nuolatinėms klasterinėms GMP brigadoms;

B_{kld} – TLK veiklos zonoje visų budinčių papildomų nuolatinių klasterinių GMP brigadų numatomas budėti bendras kalendorinių dienų skaičius tais metais, kuriems planuojamos papildomos lėšos;

B_d – kalendorinių dienų skaičius tais metais, kuriems planuojamos papildomos lėšos;

n_2 – vienos GMP budinčios brigados aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvas, nustatytas GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 7.2 papunktyje;

k_6 – GMP budinčių brigadų teikiamų paslaugų, tenkančių vienam kaimo gyvenamosios vietovės ir miesto, kurio gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių, gyventojui, metinė bazinė kaina (balais), nustatyta GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos apraše;

BV_{GMP} – atitinkamų metų, kuriems skiriamos lėšos, planuojama GMP paslaugų balo vertė.

4.5. Kiekvienai TLK atskirai numatomos, vadovaujantis GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 17¹ punktu, papildomos lėšos klasterinės funkcijos užtikrinimo organizaciniam priedui. Šios lėšos apskaičiuojamos pagal formulę:

$$PL_{OP} = m_4 \times k_7 \times BV_{GMP},$$

čia:

PL_{OP} – TLK skiriamos papildomos lėšos klasterinės funkcijos užtikrinimo organizaciniam priedui;

m_4 – TLK veiklos zonos ASPI, nurodytos GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 10.2 papunktyje, klasterinių GMP brigadų aptarnaujamoms teritorijoms statistinis gyventojų skaičius;

k_7 – vienam statistiniam gyventojui tenkanti metinė klasterinės funkcijos užtikrinimo organizacinio priedo suma (balais), nustatyta GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 19¹ punkte;

BV_{GMP} – atitinkamų metų, kuriems skiriamos lėšos, planuojama GMP paslaugų balo vertė.

4.6. Einamaisiais metais papildomos lėšos TLK skiriamos Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus įsakymais, atsižvelgiant į PSDF biudžeto galimybes ir šių lėšų poreikį, GMP paslaugas teikiančioms ASPI, einamaisiais metais perėmusioms GMP paslaugų teikimo funkcijas tose savivaldybių teritorijose, kuriose vienu metu negalėjo būti užtikrinamas minimalus dviejų GMP budinčių brigadų darbas. Tuo tikslu TLK raštu informuoja VLK apie minėtas GMP paslaugas teikiančias ASPI. Papildomos lėšos skiriamos vadovaujantis Aprašo 4.1 ir 4.2 papunkčių nuostatomis, įvertinus vienam gyventojui tenkančių GMP budinčių brigadų teikiamų paslaugų metinių bazinių kainų (balais), nustatytų GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos apraše, skirtumus (perskaičiavus pagal taikytinas bazines kainas), tačiau tik už tuos einamųjų metų mėnesius, kuriais GMP paslaugas teikiančios ASPI jau buvo perėmusios GMP paslaugų teikimo funkcijas tose savivaldybių teritorijose, kuriose vienu metu negalėjo būti užtikrinamas minimalus dviejų GMP budinčių brigadų darbas.

4.7. Lėšos geriems GMP rezultatams apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = m_1 \times k_1 \times BV_{GMP},$$

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos geriems GMP rezultatams apmokėti;

m_1 – statistinis TLK veiklos zonos gyventojų skaičius;
 k_1 – vienam gyventojui tenkantis priedo už gerus GMP rezultatus dydis (balais), nustatytas GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo 25 punkte;

BV_{GMP} – atitinkamų metų, kuriems skiriamos lėšos, planuojama GMP paslaugų balo vertė.

5. Lėšos slaugos paslaugoms apmokėti TLK paskirstomos:

5.1. Lėšos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

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

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti;

B_{PSDF} – PSDF biudžeto lėšos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti;

m_1 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų iki 65 metų skaičius;

n_1 – prirašytųjų apdraustų šalies gyventojų iki 65 metų skaičius;

K – vyresnių kaip 65 metų gyventojų sveikatos priežiūros išlaidų koeficientas, lygus 22;

m_2 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų, vyresnių kaip 65 metų, skaičius;

n_2 – prirašytųjų apdraustų šalies gyventojų, vyresnių kaip 65 metų, skaičius.

5.2. Lėšos ambulatorinėms slaugos paslaugoms namuose apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = B_{PSDF} \times m_1 / m_2,$$

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos ambulatorinėms slaugos paslaugoms namuose apmokėti;

B_{PSDF} – PSDF biudžeto lėšos ambulatorinėms slaugos paslaugoms namuose apmokėti;

m_1 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų skaičius;

m_2 – prirašytųjų apdraustų šalies gyventojų skaičius.

5.3. Lėšos paliatyviosios pagalbos paslaugoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = B_{PSDF} \times m_1 / m_2,$$

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos paliatyviosios pagalbos paslaugoms apmokėti;

B_{PSDF} – PSDF biudžeto lėšos paliatyviosios pagalbos paslaugoms apmokėti;

m_1 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų skaičius;

m_2 – prirašytųjų apdraustų šalies gyventojų skaičius.

5.4. Lėšos sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLK} = B_{PSDF} \times m_1 / m_2,$$

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugoms apmokėti;

B_{PSDF} – PSDF biudžeto lėšos sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugoms apmokėti;

m_1 – prirašytųjų apdraustų TLK veiklos zonos gyventojų skaičius;

m_2 – prirašytųjų apdraustų šalies gyventojų skaičius.

6. Lėšos ambulatorinėms ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstomos šia tvarka:

6.1. Lėšos ambulatorinėms ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstomos pagal šias amžiaus grupes:

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
----------	-----	-----	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------------------

6.2. Lėšos ambulatorinėms ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstomos pagal privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenis apie praėjusių 12 mėnesių – nuo vieno metų liepos 1 d. iki kitų metų birželio 30 d. (toliau – praėjęs ataskaitinis laikotarpis) – faktines išlaidas. Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbto karantino laikotarpiu (nuo mėnesio, kurį buvo paskelbtas karantinas, pirmos dienos iki mėnesio, kurį buvo atšauktas karantinas, paskutinės dienos) suteiktos ambulatorinės ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos į praėjusį ataskaitinį laikotarpį suteiktas šias paslaugas neįskaitomos. Suma, už kurią ataskaitiniu laikotarpiu faktiškai buvo suteikta ambulatorinių ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nustatoma suma, už kurią buvo faktiškai suteikta šių paslaugų likusiais praėjusio ataskaitinio laikotarpio mėnesiais (be karantino laikotarpio), dalijant iš mėnesių be karantino laikotarpio skaičiaus ir dauginant iš 12 mėnesių.

6.3. Lėšos ambulatorinėms ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti paskirstomos pagal praėjusių ataskaitiniu laikotarpiu gyventojams (pagal kiekvieną amžiaus grupę ir lytį) suteiktų ambulatorinių ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vidutinę vertę (balais), kuri apskaičiuojama atsižvelgiant į praėjusio ataskaitinio laikotarpio faktines išlaidas:

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

čia:

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

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

G_{v0-1} – prirašytų prie PAASP paslaugas teikiančių ASPI (toliau – prirašytieji) šalies vyrų iki 1 metų skaičius;

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

čia:

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

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

G_{m0-1} – prirašytųjų šalies moterų iki 1 metų skaičius.

Analogiškai apskaičiuojama visų Aprašo 6.1 papunktyje nurodytų amžiaus grupių gyventojams praėjusių ataskaitiniu laikotarpiu suteiktų ambulatorinių ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vidutinė vertė (balais).

6.4. Lėšos ambulatorinėms ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

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

čia:

B_{TLK} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos ambulatorinėms ir stacionarinėms asmens sveikatos

priežiūros paslaugoms apmokėti;

B_{PSDF} – PSDF biudžeto lėšos ambulatorinėms ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti;

S – privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenys apie praėjusio ataskaitinio laikotarpio faktines išlaidas ambulatorinėms ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (balais);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B_{KTLK} – praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu TLK veiklos zonos prirašytiesiems gyventojams kitų TLK veiklos zonų ASPĮ suteiktų ambulatorinių ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertė (eurais);

B_{TLKKT} – praėjusiu ataskaitiniu laikotarpiu kitų TLK veiklos zonų prirašytiesiems gyventojams TLK veiklos zonos ASPĮ suteiktų ambulatorinių ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertė (eurais).

6.5. Lėšos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti TLK paskirstomos pagal formulę:

$$B_{TLKamb} = (B_{PSDF} / S \times S_{amb}) / S_{pl} \times S_{plTLK},$$

čia:

B_{TLKamb} – atitinkamai TLK skiriamos lėšos ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti;

B_{PSDF} – PSDF biudžeto lėšos ambulatorinėms ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti;

S – privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenys apie praėjusio ataskaitinio laikotarpio faktines išlaidas ambulatorinėms ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (balais);

S_{amb} – privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenys apie praėjusio ataskaitinio laikotarpio faktines išlaidas ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (balais);

S_{pl} – TLK apskaičiuota, vadovaujantis Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotoms ambulatorinėms, skubiosios medicinos pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, papildomai apmokamoms, stebėjimo ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms

planavimo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymu Nr. V-1011 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotoms ambulatorinėms, skubiosios medicinos pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, papildomai apmokamoms, stebėjimo ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – ASPI iš PSDF biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotoms ambulatorinėms, skubiosios medicinos pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, papildomai apmokamoms, stebėjimo ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms planavimo tvarkos aprašas), nustatyta tvarka, metinių lėšų suma (eurais), už kurią TLK veiklos zonų gyventojams numatyta suteikti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų;

S_{pTLK} – atitinkamos TLK apskaičiuota, vadovaujantis ASPI iš PSDF biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotoms ambulatorinėms, skubiosios medicinos pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, papildomai apmokamoms, stebėjimo ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms planavimo tvarkos aprašo nustatyta tvarka, metinių lėšų suma (eurais), už kurią šios TLK veiklos zonos gyventojams numatyta suteikti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų.

III SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

7. VLK nepaskirsto iki 4 procentų PSDF biudžeto 01 išlaidų straipsnyje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“ numatytų lėšų (išskyrus lėšas, skiriamas pagal PSDF biudžeto 01 06 išlaidų straipsnį „Ambulatorinėmis sąlygomis atliktiems brangiesiems tyrimams ir procedūroms“), kurios skiriamos:

7.1. asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dėl kurių ASPI yra sudariusios sutartis su TLK, apmokėti Aprašo 9 ir 10 punktuose numatytais atvejais;

7.2. 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 išlaidos), kompensuoti, jei atitinkamos išlaidos Lietuvos Respublikoje būtų kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų, numatytų šio biudžeto 01 išlaidų straipsnyje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“.

8. TLK nepaskirsto iki 1,5 procento pagal PSDF biudžeto 01 išlaidų straipsnį „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“ apskaitomų TLK biudžeto lėšų, kurios:

8.1. skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dėl kurių ASPI yra sudariusios sutartis su TLK, apmokėti Aprašo 9 ir 10 punktuose numatytais atvejais;

8.2. įskaičiuojamos į sutartines sumas, jas tikslinant TLK sutarčių su ASPI sudarymo ir vykdymo metu;

8.3. skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dėl kurių einamaisiais metais nebuvo sudarytos sutartys, apmokėti, jei savivaldybėse, kuriose slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius yra mažesnis, nei sveikatos apsaugos ministro nustatytas standartizuotas slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičiaus rodiklis, ASPI pradeda teikti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas;

8.4. skiriamos tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti.

9. Aprašo 7.1 ir 8.1 papunkčiuose numatytos nepaskirstytos PSDF biudžeto lėšos prioriteto tvarka skiriamos ASPI, sudariusioms sutartis su TLK, už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jei yra bent viena iš šių sąlygų:

9.1. gimdymo paslaugoms apmokėti taikytinas koeficientas nesiekia 1,00;

9.2. insulto gydymo, taikant trombolizę ar invazinę trombektomiją, ir miokardo infarkto (kai yra ST segmento pakilimas) gydymo, atliekant širdies vainikinių kraujagyslių stentavimą, paslaugoms apmokėti taikytinas koeficientas nesiekia 1,00.

10. Aprašo 7.1 ir 8.1 papunkčiuose numatytos nepaskirstytos PSDF biudžeto lėšos gali būti skiriamos ASPĮ, sudariusioms sutartis su TLK, už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jei yra bent viena iš šių sąlygų:

10.1. vaikams (iki 3 metų) suteiktoms stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti taikytinas koeficientas nesiekia 1,00;

10.2. suteikiama daugiau skubiosios medicinos pagalbos, ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo, slaugos ir palaikomojo gydymo, stacionarinės paliatyviosios pagalbos bei priverstinio gydymo paslaugų, nei numatyta ASPĮ ir TLK sutartyje;

10.3. suteikiama daugiau gydytojų specialistų konsultacijų ir (ar) gydytojų specialistų konsultacijų, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai, nei numatyta TLK ir ASPĮ sutartyje. PSDF biudžeto lėšomis gali būti sumokama ne daugiau kaip už 25 proc. viršsutartinių gydytojų specialistų konsultacijų ir ne daugiau kaip už 70 proc. viršsutartinių gydytojų specialistų konsultacijų, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai, 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;

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

10.5. 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;

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

10.7. priimamas sprendimas šalies mastu padidinti tam tikrų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, kiekį;

10.8. numatoma PSDF biudžeto lėšomis mokėti už naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas;

10.9. didinamas gyventojus aptarnaujančių GMP būdinčių brigadų skaičius, jei padidėja dėl ASPĮ (paslaugų) restruktūrizavimo ir ASPĮ tinklo optimizavimo pacientų srautai arba padaugėja pacienčių pervežimų iš GMP iškviatimo vietos į ASPĮ ir iš vienos ASPĮ į kitą dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo ir dėl patologijos laikotarpiu po gimdymo, arba padaugėja pacientų, kuriems namuose taikoma dirbtinė plaučių ventiliacija, pervežimų iš stacionarių ASPĮ po gydymo į namus arba iš namų į stacionarines ASPĮ toliau tirti ir (ar) gydyti, arba einamaisiais metais įsteigiamos papildomos nuolatinės klasterinės GMP brigados, numatytos GMP paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos apraše;

10.10. priimamas sprendimas nemažinti ASPĮ sutartinių sumų, kurios galėtų sumažėti dėl pasikeitusios asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tvarkos;

10.11. ASPĮ skiriamos tikslinės lėšos, siekiant užtikrinti tam tikrų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams;

10.12. suteikiama daugiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus ambulatorinėmis sąlygomis atliekamus brangiuosius tyrimus ir procedūras), kurios yra apmokamos pagal PSDF biudžeto 01 išlaidų straipsnį „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“ ir kurioms numatytų sutartinių lėšų sumos nenustatomos ASPĮ ir TLK sutartyse, o tvirtinamos TLK direktoriaus įsakymu ir skelbiamos TLK interneto svetainėje.

11. Tuo atveju, jei ASPĮ suteikia daugiau asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nei numatyta TLK ir šių įstaigų sutartyse, bet PSDF biudžeto lėšų visoms viršsutartinėms paslaugoms apmokėti nepakanka:

11.1. PSDF biudžeto lėšomis apmokamos viršsutartinės paslaugos toms ASPĮ, kurių praėjusiais kalendoriniais metais pasiektos rodiklių, nustatytų Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15² straipsnio 2 dalies 7, 10 ir 11 punktuose, reikšmės yra geresnės nei sveikatos apsaugos ministro patvirtintos siektinos šių rodiklių reikšmės pagal Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15² straipsnio 8 dalyje nurodytas įstaigų grupes (toliau – įstaigų grupė). ASPĮ viršsutartinės paslaugos apmokamos proporcingai sumai, už kurią jų buvo faktiškai suteikta, bet neviršijant TLK skirtų PSDF biudžeto lėšų;

11.2. jei apmokėjus visas Aprašo 11.1 papunktyje nurodytas viršsutartines paslaugas lieka TLK skirtų PSDF biudžeto lėšų, šiomis lėšomis viršsutartinės paslaugos apmokamos proporcingai sumai, už kurią jų buvo faktiškai suteikta, toms ASPĮ, kurių praėjusiais kalendoriniais metais pasiektos rodiklių, nustatytų Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 15² straipsnio 2 dalies 7, 10 ir 11 punktuose, reikšmės nėra geresnės nei sveikatos apsaugos ministro patvirtintos siektinos šių rodiklių reikšmės pagal atitinkamas įstaigų grupes.

12. Jeigu suma, už kurią ASPĮ, sudariusios sutartis su TLK, faktiškai suteikia asmens sveikatos priežiūros paslaugų, viršija TLK skirtą metinę PSDF biudžeto asignavimų sumą šioms paslaugoms apmokėti, TLK, suderinusi su VLIK, gali priimti daugiau ASPĮ 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 šioms paslaugoms apmokėti.
