

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų
vertinimo komiteto darbo reglamento
3 priedas

(Paraiškos įrašyti asmens sveikatos priežiūros paslaugą į Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą forma)

**PARAIŠKA
DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS VERTINIMO ASMENS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ VERTINIMO KOMITETE**

_____ (data)

**I SKYRIUS
INFORMACIJA APIE PAREIŠKĖJĄ IR PARAIŠKOS OBJEKTĄ**

1. Duomenys apie pareiškėją:

1.1. PAREIŠKĖJAS:

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija

Struktūrinis padalinys *
(įrašyti pavadinimą)

Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Struktūrinis padalinys *
(įrašyti pavadinimą)

Universiteto ligoninė

Struktūrinis padalinys*
(įrašyti pavadinimą)

Asmens sveikatos priežiūros specialistus vienijanti asociacija / asmens sveikatos priežiūros įstaigas vienijanti asociacija:

.....
(įrašyti pavadinimą, registracijos Nr., buveinės adresą)

tik dėl Sveikatos draudimo įstatymo 9² straipsnio 2 dalies 4 punkte nurodytų paslaugų – pareiškėjai, turintys teisę pateikti Farmacijos įstatymo 58 straipsnio 2 dalyje nurodytą:

.....
(įrašyti pavadinimą, registracijos Nr., buveinės adresą)

* pareiškėju negali būti skyrius, kurio darbuotojas yra Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto, Skundų dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto sprendimų nagrinėjimo apeliacinės komisijos, Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narys

1.2. KONTAKTINIS ASMUO (vardas / pavardė / pareigos)**

** kontaktiniu asmeniu negali būti nurodomas skyrius, kurio darbuotojas yra Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto, Skundų dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų

vertinimo komiteto sprendimų nagrinėjimo apeliacinės komisijos, Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narys, vadovas ar jo paskirtas kitas skyriaus darbuotojas

Tel.	El. paštas
Parašas	

2. Paraiškos objektas

- (2.1) Nauja, neįrašyta į Sąrašą asmens sveikatos priežiūros paslauga, kuri galėtų būti apmokama Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis.
- (2.2) Įrašyta į Sąrašą asmens sveikatos priežiūros paslauga, dėl kurios teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimų ir (ar) apmokėjimo tvarkos pakeitimų didėja Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos šioms paslaugoms.
- (2.3) Į Sąrašą įrašytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos išbraukimas iš Sąrašo.
- (2.4) Asmens sveikatos priežiūros paslauga, būtina siekiant paskirti ir (ar) vartoti vaistą ir (ar) naudoti medicinos pagalbos priemonę, kuriuos Farmacijos įstatymo 58 straipsnio 4 dalyje nurodyta Vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisija yra priėmusi sprendimą siūlyti įrašyti į Ligų ir kompensuojamųjų vaistinių preparatų joms gydyti sąrašą, Kompensuojamųjų vaistinių preparatų sąrašą ar Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašą.

II SKYRIUS INFORMACIJA, PATVIRTINANTI, KAD ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS POREIKIS – DAUGIAU KAIP VIENAS NAUJAS SVEIKATOS SUTRIKIMO ATVEJIS, TENKANTIS 200 000 LIETUVOS RESPUBLIKOS GYVENTOJŲ PER KALENDORINIUS METUS

3. Informacija apie paslaugos poreikį 200 000 gyventojų:

	200 000 gyventojų*	Pastabos
Naujų sveikatos sutrikimo atvejų, tenkančių 200 000 Lietuvos Respublikos gyventojų per kalendorinius metus, skaičius		

* apskaičiuotas bei šio priedo 4.3 papunkčio lentelėje nurodytas paslaugos poreikis per metus 200 000 gyventojų iš viso.

Pastaba pareiškėjams: Pildydami šią formą, pateikite kuo išsamesnę informaciją, pagrįstą moksliniais įrodymais. Informacijos trūkumas ar nepakankami įrodymai gali lemti neigiamą vertinimą.

III SKYRIUS INFORMACIJA, KAD ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS VEIKSMINGUMAS YRA PAGRĮSTAS MEDICINOS MOKSLO ĮRODYMAIS

4. Informacija apie vertinamą asmens sveikatos priežiūros paslaugą (toliau – paslauga):

4.1. Bendroji informacija:

Paslaugos pavadinimas	
Paslaugos teikimo skuba	<input type="checkbox"/> Skubi (nurodyti maksimalų asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo terminą: _____) <input type="checkbox"/> Planinė (nurodyti maksimalų asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo terminą: _____) <input type="checkbox"/> Kita (nurodyti): _____
Paslaugos teikimo forma	<input type="checkbox"/> Ambulatorinė <input type="checkbox"/> Dienos <input type="checkbox"/> Stacionaro (vidutinė hospitalizacijos trukmės mediana d.: _____) <input type="checkbox"/> Kita (nurodyti): _____
Paslaugos teikimo kategorija (rūšis)	<input type="checkbox"/> Ligų prevencija <input type="checkbox"/> Pirminė ambulatorinė sveikatos priežiūra <input type="checkbox"/> Palaikomasis gydymas ir slauga <input type="checkbox"/> Skubioji medicinos pagalba <input type="checkbox"/> Stebėjimas <input type="checkbox"/> Gydytojo specialisto konsultacija <input type="checkbox"/> Dienos stacionaras <input type="checkbox"/> Dienos chirurgija <input type="checkbox"/> Stacionarinis aktyvusis gydymas <input type="checkbox"/> Stacionarinis ilgalaikis gydymas <input type="checkbox"/> Medicininė reabilitacija <input type="checkbox"/> Brangus tyrimas (atliekamas ambulatorinėmis sąlygomis) <input type="checkbox"/> Brangi procedūra (atliekama ambulatorinėmis sąlygomis) <input type="checkbox"/> Transplantacija <input type="checkbox"/> Dantų protezavimas <input type="checkbox"/> Kita (nurodyti): _____
Paslaugos teikimo vieta	<input type="checkbox"/> Universiteto ligoninės <input type="checkbox"/> Respublikos asmens sveikatos priežiūros įstaiga (5 didžiausi miestai) <input type="checkbox"/> Visos asmens sveikatos priežiūros įstaigos <input type="checkbox"/> Klasterio asmens sveikatos priežiūros įstaigos (nurodyti klasterį): _____ <input type="checkbox"/> Kita (nurodyti): _____
Tikslinė grupė	<input type="checkbox"/> Vaikai <input type="checkbox"/> Suaugusieji
Kita informacija	

4.2. Paslaugą teikiantys asmens sveikatos priežiūros specialistai:

Specialistas	Specialybės / Licencijos	Pastabos
Gydytojai		
Bendrosios praktikos slaugytojai		
Bendrosios praktikos slaugytojų padėjėjai		
Kiti (kita informacija)		

4.3. Paslaugos teikimo TLK-10 AM kodai, indikacijos, prognozuojamas paslaugų skaičius per metus*:

TLK-10 AM kodų klasifikacija ar kodų grupė	Indikacijos (kiekvienam TLK-10 AM kodui ir (ar) grupei)	Prognozuojamas paslaugų skaičius per metus	Prognozuojamas paslaugų skaičius per metus 200 000 gyventojų
	Paslaugų iš viso**		
Kita informacija			

*vadovaujantis šiuo skaičiumi, nustatoma, ar paslaugos poreikis yra didesnis nei viena paslauga 200 000 gyventojų.

** šis skaičius turi būti lygus (atitikti) šio priedo 3 punkte nurodytam skaičiui.

4.4. Paslaugos aprašymas:

	Aprašas	Pastabos
4.4.1. Paslaugos tikslas		
4.4.2. Paslauga siekiami rezultatai		
4.4.3. Paslaugos etapai (aprašykite kiekvieną paslaugos etapą, etapus atliekančius specialistus, atlikimo vietą, naudojamos įrangos, priemonių, vaistų kategorijas)		
4.4.4. Paslaugos teikimo schema bei paciento kelias (atskirai grafiškai pateikite paslaugos teikimo schemą bei paciento kelią, nurodykite etapus, kurie turi atitikti šio	Pateikiama atskira schema	Pastabos aprašomos šalia schemas (-ų)

priedo 4.4.3 papunktyje nurodytus etapus)		
4.4.5. Kita informacija		

4.5. Paslaugos kaina bei lėšų poreikis paslaugos vienetui:

Paslaugos ir (ar) paslaugų grupės kodas pagal TLK-10 AM	Prognozuojama preliminari paslaugos kaina, eurai*. Jei paslauga teikiama keliais etapais, pateikiamas kiekvieno etapo apskaičiavimas atskirai

* pateikiama pagal Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodiką, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymu Nr. V-388, apskaičiuota prognozuojama paslaugos kaina.

4.6. Bendras lėšų poreikis per metus paslaugai suteikti:

Paslaugos ir (ar) paslaugų grupės kodas pagal TLK-10 AM	Prognozuojamas paslaugų skaičius per metus (žr. šio priedo 4.3 papunktį)	Paslaugos kaina (žr. šio priedo 4.5 papunktį) eurai	Iš viso eurai per metus
Kita informacija:			

4.7. Paslaugos teisinis reglamentavimas:

	Teisės aktai (projektai)
Pareiškėjo nuomone, keistini paslaugos teikimo sąlygas reglamentuojantys teisės aktai (nurodomi teisės aktai)	
Nauji paslaugos teikimo sąlygas reglamentuojantys teisės aktai (gali būti pateikiami naujų teisės aktų projektai)	
Kita informacija	

4.8. Kita svarbi informacija:

--

5. Informacija apie medicinos mokslo įrodymus su paslaugos veiksmingumu susijusiai pridėtinei vertei nustatyti (toliau – veiksmingumo moksliniai įrodymai):

5.1. Reikalavimai veiksmingumo mokslinių įrodymų šaltiniams – su paslaugos veiksmingumu susijusi pridėtinė vertė privalo būti pagrįsta:

5.1.1. moksliniais įrodymais ir (ar) rekomendacijomis, kurie publikuoti bent viename iš šių šaltinių ne žemesnio kaip JCR ar Scopus Q2 kvartilio recenzuojamuose moksliniuose žurnaluose;

5.1.2. Europos Ekonominės Erdvės šalies valstybės, Jungtinės Karalystės, Jungtinių Amerikos Valstijų, kitos šalies agentūros konkrečioje šalyje atliktais sveikatos technologijų vertinimais;

5.1.3. organizacijų (Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) (*World Health Organization, WHO*), Jungtinių Tautų organizacijos (pvz., UNICEF, UNDP), Europos vaistų agentūra (EVA) (*European Medicines Agency, EMA*), Nacionalinis sveikatos ir priežiūros kompetencijos institutas (NICE) (*National Institute for Health and Care Excellence*), Cochrane bendradarbiavimo organizacija (*Cochrane Collaboration*), Tarptautinė sveikatos technologijų vertinimo agentūrų asociacija (INAHTA) (*International Network of Agencies for Health Technology Assessment*), Amerikos medicinos asociacija (AMA) (*American Medical Association*), Ligų kontrolės ir prevencijos centrai (CDC) (*Centers for Disease Control and Prevention*, kt.) rekomendacijomis.

Šio priedo 5.1 papunktyje nurodytos publikacijos turi būti ne senesnės kaip 10 metų (jei pateikiamos senesnės kaip 10 metų publikacijos, būtina pagrįsti jų aktualumą);

5.1.4. tais atvejais, kai paslauga yra skirta ligoms ir (ar) būklėms, kurios kelia tiesioginę grėsmę paciento gyvybei ir (ar) lemia sunkią negalią, gali būti pateikiami ir universiteto ligoninėse atliktų bei dėl duomenų naujumo ir (ar) jų konfidencialumo dar nepublikuoti klinikinių tyrimų ir (ar) realios klinikinės praktikos duomenys (jei pateikiami nepublikuoti duomenys, būtina pagrįsti to priežastis). Nepublikuoti klinikiniai duomenys negali būti prilyginami recenzuotoms mokslinėms publikacijoms ir turi būti vertinami ne kaip pagrindinė, o tik kaip papildoma įrodymų bazės dalis.

5.2. Mokslinės publikacijos:

5.2.1. mokslinių publikacijų sąrašas:

Publikacijos autorius (-iai), pavadinimas, metai, žurnalo pavadinimas, numeris, puslapiai, internetinė nuoroda	CR IF*	CR kvartilis (Q1, Q2)	Scopus kvartilis (Q1, Q2)	Technologijų vertinimas (pažymėti)	Organizacijos rekomendacija (pažymėti)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

*IF = *Impact Factor* (poveikio koeficientas).

5.2.2. Mokslinės publikacijos aprašas:

Nr.		
Pavadinimas		
Viešai prieinama šaltinio nuoroda		
Tipas (nurodyti vieną):		
Klinikiniai tyrimai <input type="checkbox"/> Atsitiktinės atrankos kontroliuojamas kliniškas tyrimas <input type="checkbox"/> Kliniškas tyrimas, kurio metu atsitiktinė atranka ir (ar) kontrolinė grupė netaikoma <input type="checkbox"/> Sistemine klinikinių tyrimų apžvalga <input type="checkbox"/> Klinikinių tyrimų metaanalizė	Stebėsenos tyrimai <input type="checkbox"/> Stebėsenos kohortinis tyrimas <input type="checkbox"/> Stebėsenos atvejo kontrolės tyrimas <input type="checkbox"/> Sistemine stebėsenos tyrimų apžvalga <input type="checkbox"/> Sistemine stebėsenos tyrimų metaanalizė <input type="checkbox"/> Realus pasaulio įrodymai (<i>ang. real world evidence</i>)	Kiti <input type="checkbox"/> Atvejo (atvejų serijos) aprašymas <input type="checkbox"/> Ekspertų nuomonė <input type="checkbox"/> Technologijų vertinimas <input type="checkbox"/> Organizacijos rekomendacija <input type="checkbox"/> Kita (nurodykite): <hr/>
Kategorija*	Aprašas	Pastabos
Imtis		
Metodologija		
Vertinamosios baigtys		
Stebėjimo laikotarpis		
Pagrindiniai rezultatai (trumpai aprašykite pagrindinius rezultatus, susijusius su paslauga)		
Statistinis reikšmingumas (reikšmės, pasikliautiniai intervalai)		
Autorių išvados		
Tyrimo stipriosios pusės		
Tyrimo ribotumai		
Tyrimo rezultatų apibendrinimas, reikšmingas paslaugai		
Papildoma informacija, kuri padėtų Komitetui tinkamai įvertinti tyrimą		

5.3. Sveikatos technologijų vertinimo aprašas:

	Aprašas
Vertinimą atlikusios agentūros (-ų) pavadinimas	
Technologijos vertinimo pavadinimas, metai	
Viešai prieinamo šaltinio nuoroda	
Vertinta paslauga (technologija) (aprašykite)	

Klinikinio veiksmingumo vertinimas (sistemine apzvalga, gali buti su metaanalize ar be jos)	
Ekonominio efektyvumo vertinimas (pavyzdziui, naudos ar kustu ir efektyvumo vertinimas, kt.)	
Su kuo buvo lyginta vertintoji paslauga (technologija)	
Pagal kokius rodiklius buvo matuojama paslaugos (technologijos) klinicine nauda (jei paslauga yra diagnostinis tyrimas, pateikiami tokio tyrimo jautrumo ir specifiškumo vertinimo rezultatai)	
Pagal kokius rodiklius buvo vertinamas paslaugos (technologijos) kliniskinis veiksmingumas (efektas)	
Vertinimo isvados	

5.4. Organizacijų rekomendacijos:

	Aprašas
Rekomendaciją paskelbusios Europos Ekonominės Erdvės šalies, Jungtinės Karalystės, Jungtinių Amerikos Valstijų, kitos šalies organizacijos (-ų) pavadinimas	
Rekomendacijos pavadinimas, metai	
Viešai prieinamo šaltinio nuoroda	
Aprašykite rekomendaciją	
Rekomendacijos išvados	

5.5. Apibendrinkite visas mokslines publikacijas, technologijų vertinimus bei organizacijų rekomendacijas ir nurodykite, kuo intervencijos* rezultatai yra pranašesni už jose lygintas alternatyvas (pažymėkite visus tinkamus variantus, pagrįskite):

Pridėtinė vertė	Pagrindimas	Pastabos
<input type="checkbox"/> sveikatos		
<input type="checkbox"/> socialinė		
<input type="checkbox"/> technologinė		
<input type="checkbox"/> racionalaus išteklių naudojimo		
<input type="checkbox"/> Pateikite kitą informaciją, kuri yra svarbi nustatant paslaugos pridėtinės vertės mokslinį pagrįstumą		

*intervencija turi sudaryti esminę paslaugos dalį.

5.6. Paslaugos palyginimas su PSDF lėšomis kompensuojamomis alternatyvomis:

5.6.1. kokios yra šiuo metu PSDF lėšomis kompensuojamos šios paslaugos alternatyvos? (Aprašykite. Jei PSDF kompensuojamų alternatyvų nėra, pagrįskite):

PSDF kompensuojama alternatyva	Aprašymas	Pastabos
Kita informacija		

5.6.2. apibendrinkite, kuo vertinama paslauga yra pranašesnė už PSDF lėšomis kompensuojamas alternatyvas (pažymėkite visus tinkamus variantus, pagrįskite):

Pridėtinės vertės aspektai	Pagrindimas	Pastabos
<input type="checkbox"/> sveikatos		
<input type="checkbox"/> socialinė		
<input type="checkbox"/> technologinė		
<input type="checkbox"/> racionalaus išteklių naudojimo		
<input type="checkbox"/> Pateikite kitą informaciją, kuri yra svarbi nustatant paslaugos pridėtinės vertės pranašumą		

5.7. Medicinos mokslo įrodymų su paslaugos veiksmingumu susijusios pridėtinės vertės apibendrinimas:

Teikiamos paslaugos pridėtinė vertė	Apibendrinimas
<input type="checkbox"/> sveikatos	
<input type="checkbox"/> socialinė	
<input type="checkbox"/> technologinė	
<input type="checkbox"/> racionalaus išteklių naudojimo	
<input type="checkbox"/> Kita informacija	

6. Informacija apie paslaugą, dėl kurios teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimų ir (ar) apmokėjimo tvarkos pakeitimų didėja PSDF biudžeto išlaidos šių paslaugų teikimui:

Informacija apie paslaugos teikimo sąnaudų pokytį (pildoma, jei paraiškos objektas nurodytas šio priedo 2.2 papunktyje):

<p>Pateikite argumentus ir išsamią informaciją apie galimus paslaugos teikimo pokyčius, nurodydami:</p> <p>6.1. pokyčių atsiradimo priežastis:</p> <p>6.2. pokyčių įtaką bendram paslaugos klinikiniam veiksmingumui. Atsakymą pagrįskite:</p> <p>6.3. jei paslaugos teikimo sąnaudų galimas padidėjimas grindžiamas naujos technologijos taikymu, technologijos veiksmingumui pagrįsti pateikite 4 lentelėje nurodytą informaciją:</p>

IV SKYRIUS
INFORMACIJA PASLAUGOS VERTINIMUI PAGAL PRIORITETO VERTINIMO
KRITERIJUS

7. Informacija apie tai, ar paslaugai įdiegti ir (ar) plėtoti reikalinga infrastruktūra, sveikatos technologija ar organizavimo modelis buvo finansuojami įgyvendinant valstybės biudžeto, Europos Sąjungos struktūrinės ar kitos tarptautinės paramos lėšomis finansuojamą projektą ir ar reikia užtikrinti projekto vykdymo tęstinumą:

Vertinimo kriterijus	Pateikti įrodymus, jei kriterijų atitinka	Apskaičiuotas balas
Ar buvo finansuojama įgyvendinant valstybės biudžeto, Europos Sąjungos struktūrinės ar kitos tarptautinės paramos lėšomis finansuojamą projektą ir ar finansavimo projekto sutartimi būtina užtikrinti projekto tęstinumą? Jei taip, skiriamas 1 balas, kitu atveju – 0.		

8. Informacija apie tai, ar paslaugos įdiegimas ir (ar) plėtojimas numatytas Lietuvos Respublikos įstatymo ar Vyriausybės nutarimo įgyvendinamajame teisės akte:

Vertinimo kriterijus	Nurodyti teisės akto pavadinimą ir konkretų straipsnį / punktą, jei kriterijų atitinka	Įsivertinti balą
Ar paslaugos įdiegimas ir (ar) plėtojimas yra numatytas Lietuvos Respublikos įstatymo ar Vyriausybės nutarimo įgyvendinamajame teisės akte? Jei taip, skiriamas 1 balas, kitu atveju – 0.		

9. Informacija apie asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį ligoms ir būklėms, lemiančioms didžiausią šalies gyventojų ligotumą ir mirtingumą, ir (ar) svarbiausiems vertinamiems visos šalies sveikatos rodikliams:

Vertinimo kriterijus	Įsivertinti balą
<p>Vertinami pareiškėjo nurodyti moksliniai straipsniai, kuriuose nurodomas statistiškai reikšmingas sveikatos priežiūros paslaugos poveikis ligoms ir būklėms, lemiančioms didžiausią šalies gyventojų ligotumą ir mirtingumą, ir (ar) svarbiausiems vertinamiems visos šalies sveikatos rodikliams.</p> <p>a) Balai už sveikatos priežiūros paslaugos poveikį ligoms ir būklėms, lemiančioms didžiausią šalies gyventojų ligotumą, suteikiami, jei yra nurodomi moksliniai straipsniai, kuriuose atskleidžiamas statistiškai reikšmingas sveikatos priežiūros paslaugos poveikis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ligoms ar būklėms, kurios sudaro bent 10 proc. sergančių asmenų skaičiaus. Tokiu atveju vertinama 0,25 balo; <input type="checkbox"/> ligoms ar būklėms, kurios sudaro bent 20 proc. sergančių asmenų skaičiaus. Tokiu atveju vertinama 0,5 balo; <input type="checkbox"/> ligoms ar būklėms, kurios sudaro bent 30 proc. sergančių asmenų skaičiaus. Tokiu atveju vertinama 0,75 balo. <p>Ligotumas vertinamas atsižvelgiant į Higienos instituto skelbiamą praėjusių metų sergančių asmenų skaičius.</p> <p>b) Balai už sveikatos priežiūros paslaugos poveikį ligoms ir būklėms, lemiančioms didžiausią šalies gyventojų mirtingumą, yra suteikiami, jei yra nurodomi moksliniai straipsniai, kuriuose atskleidžiamas statistiškai reikšmingas sveikatos priežiūros paslaugos poveikis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ligoms ar būklėms, kurios sudaro bent 10 proc. mirusiųjų asmenų skaičiaus. Tokiu atveju vertinama 0,25 balo; <input type="checkbox"/> ligoms ar būklėms, kurios sudaro bent 20 proc. mirusiųjų asmenų skaičiaus. Tokiu atveju vertinama 0,5 balo; <input type="checkbox"/> ligoms ar būklėms, kurios sudaro bent 30 proc. mirusiųjų asmenų skaičiaus. Tokiu atveju vertinama 0,75 balo. <p>Mirtingumas vertinamas atsižvelgiant į Higienos instituto skelbiamą praėjusių metų mirusių asmenų skaičių.</p> <p>c) Balai už sveikatos priežiūros paslaugos poveikį svarbiausiems vertinamiems visos šalies sveikatos rodikliams yra suteikiami, jei yra nurodomi moksliniai straipsniai, kuriuose atskleidžiamas statistiškai reikšmingas sveikatos priežiūros paslaugos poveikis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gyvenimo trukmės arba sveiko gyvenimo trukmės rodikliams. Tokiu atveju vertinama 0,5 balo. 	

Galutinis kriterijus yra a, b ir c balų suma. Balas apvalinamas iki 2 skaičių po kablelio. Pagrindimas nurodomas šio priedo 9.1 papunktyje nurodytoje lentelėje.	
--	--

9.1. Informacija, pagrindžianti balą už apie asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį ligoms ir būklėms, lemiančioms didžiausią šalies gyventojų ligotumą ir mirtingumą, ir (ar) svarbiausiems vertinamiems visos šalies sveikatos rodikliams:

--

10. Informacija apie tai, ar paslaugos teikimas sukuria sveikatos, socialinę, technologinę ir (ar) racionalaus išteklių naudojimo pridėtinę vertę. Galutinis kriterijaus balas apskaičiuojamas sumuojant sveikatos pridėtinę vertę, socialinę pridėtinę vertę, technologinę pridėtinę vertę ir racionalaus išteklių naudojimo pridėtinę vertę:

10.1. Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų sukuriama sveikatos pridėtinę vertę, naudojama dvipusė skalė, kuri apima dvi dalis: **bazinį vertinimą**, kuris nustato paslaugos teikiamą pridėtinę vertę sveikatai, bei **papildomą vertinimą**, kuris nustato, kokią įtaką paslauga daro paciento gyvenimo kokybei arba funkciniai būklei. Galutinis balas apskaičiuojamas kaip vertinimo skalės suma, sudedant bazinį ir papildomą vertinimus:

10.1.1. Sveikatos pridėtinės vertės bazinis vertinimas:

Paslaugos sveikatos pridėtinės vertės kategorija	Paaiškinimas	Balai	Pažymėti vertinimą
Paslauga nesuteikia sveikatos pridėtinės vertės	Paslaugos suteikiama vertė sveikatai iš esmės nesiskiria palyginti su ta, kurią suteikia PSDF jau kompensuojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos.	0	
Paslauga suteikia papildomo pasirinkimo pridėtinę vertę	Paslauga suteikia papildomą pasirinkimą su iš esmės tokia pat kaip jau PSDF kompensuojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiama nauda.	1	
Paslauga suteikia pridėtinę vertę sveikatai	Teikiant paslaugą yra taikomos intervencijos priemonės (pvz., prevencija, gydymas), kuriomis tiesiogiai veikiama paciento sveikata, ir dėl to: - geriau valdomi simptomai; - sumažėja nepageidaujamų reiškinių dažnis ar jų sunkumas.	5	

Paslaugos sveikatos pridėtinės vertės kategorija	Paaiškinimas	Balai	Pažymėti vertinimą
	<p>Paslauga sukuriama intervencijos priemonės, kuriomis paciento sveikata veikiama netiesiogiai* (pvz., diagnostika):</p> <ul style="list-style-type: none"> - tyrimo rezultatai gaunami greičiau; - tyrimai atliekami efektyviau (pvz., didesnis tyrimų skaičius per laikotarpį); - didėja tyrimo tikslumas (jautrumas, specifiškumas); - platesnės taikymo galimybės (pvz., įvairių ligų grupių diagnostika); - nustatomos ligos ar būklės, kurios anksčiau nebuvo diagnozuojamos; - parenkamos personalizuotos prevencijos, gydymo, stebėsenos priemonės; - vykdoma savalaikė ligų ir būklių prevencija. <p>Komitetui pritarus, kiti pareiškėjo pateikti ir argumentuoti paslaugos teikimo rezultatai, kurie gali sukurti tvarią pridėtinę vertę sveikatai.</p>		
Paslauga suteikia reikšmingą pridėtinę vertę sveikatai	<p>Teikiant paslaugą taikomos intervencijos priemonės (pvz., prevencija, gydymas), kuriomis tiesiogiai veikiama paciento sveikata, ir dėl to pasiekiamas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - didesnis remisijų dažnis, ilgesnė jų trukmė; - mažesnis ligos atkryčių dažnis, jų sunkumas; - ilgesnis išgyvenamumas (bendrasis, be ligos progresavimo, be neigiamų įvykių ir (ar) be ligos); - visiškas ligos ir būklės išgydymas; - sergamumo, mirtingumo rodiklių mažėjimas. <p>Komitetui pritarus, kiti pareiškėjo pateikti ir argumentuoti paslaugos teikimu sukurti rezultatai, kurie gali sukurti tvarią reikšmingą pridėtinę vertę sveikatai.</p>	10	

*Laikoma, kad paslauga netiesiogiai suteikia pridėtinę vertę, jei yra paslaugos teigiamo poveikio paciento sveikatai mokslinis pagrindimas, pvz.: jei tyrimo atsakymas gaunamas greičiau, greičiau skiriamas gydymas ir dėl to gerėja ligos gydymo rezultatai, laikoma, kad teigiamas poveikis paciento sveikatai yra; jei tyrimo atsakymas gaunamas greičiau, greičiau skiriamas gydymas, tačiau tas neturi reikšmės ligos gydymo rezultatams, laikoma kad teigiamo poveikio paciento sveikatai nėra.

10.1.2. Sveikatos pridėtinės vertės bazinio vertinimo pagrindimas:

--

10.1.3. Sveikatos pridėtinės vertės papildomas vertinimas:

Paciento gyvenimo kokybės ar funkcinės būklės pokytis	Papildomi balai	Pažymėti vertinimą
Paslauga nesuteikia gyvenimo kokybės ar funkcinės būklės pagerėjimo.	0	
Paslauga suteikia minimalų-vidutinį gyvenimo kokybės ar funkcinės būklės pagerėjimą (viršija minimalų kliniškai reikšmingą skirtumą (MID), bet nesiekia dvigubo MID).	1	
Paslauga suteikia reikšmingą gyvenimo kokybės ar funkcinės būklės pagerėjimą (viršija dvigubą MID ribą arba pasiekia normatyvinius sveikos populiacijos rodiklius).	3	

10.1.4. Sveikatos pridėtinės vertės papildomo vertinimo pagrindimas:

--

Paciento gyvenimo kokybės ar funkcinės būklės pokyčio vertinimo metodai:

Vertinimui naudojamos bendrosios gyvenimo kokybės skalės (SF-36, SF-12, EQ-5D, WHOQOL-BREF, HUI, AQoL, 15D), funkcinės būklės skalės (Barthelio indeksas, Karnofsky Performance Status, ECOG Performance Status, ADL, IADL, FIM) arba ligai specifinės skalės (EORTC QLQ-C30, FACT-G, SGRQ, MLHFQ, PDQ-39, MSQOL-54, HAQ-DI, DLQI, IBDQ). Pareiškėjas gali pateikti ir kitus vertinimo metodus, jei pateikia pagrindimą dėl jų tinkamumo ir validumo, tokiais atvejais Komitetas sprendžia dėl jų tinkamumo.

Minimaliu-vidutiniu pagerėjimu Komitetas laiko pokytį, kuris viršija minimalų kliniškai reikšmingą skirtumą (MID), bet nesiekia dvigubo MID. Pavyzdžiui, EQ-5D skalėje tai būtų 0,074–0,148 taško pagerėjimas, SF-36 fizinės komponentės atveju – 2–8 taškų pagerėjimas, WHOQOL-BREF – 4–12 taškų pagerėjimas, pagal Barthelio indeksą – 10–25 taškų pagerėjimas.

Reikšmingu pagerėjimu Komitetas laiko pokytį, kuris viršija dvigubą MID ribą arba pasiekia normatyvinius sveikos populiacijos rodiklius. Pavyzdžiui, EQ-5D skalėje tai būtų > 0,148 taško pagerėjimas, SF-36 fizinės komponentės atveju tai būtų > 8 taškų pagerėjimas, WHOQOL-BREF atveju tai būtų >12 taškų pagerėjimas, pagal Barthelio indeksą tai būtų > 25 taškų pagerėjimas.

Komitetui pritarus, gali būti vertinami ir kiti pareiškėjo pateikti ir argumentuoti rezultatai, kurie gali sukurti pridėtinę vertę.

10.2. Vertinamosios sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos socialinės pridėtinės vertės balas apskaičiuojamas sudėjus visų toliau lentelėje pateiktų subkategorijų balus. Maksimalus teorinis balų skaičius galėtų būti 11 (jei visos subkategorijos įvertintos maksimaliu balu), tačiau galutinis balas perskaičiuojamas į 5 balų skalės vertes:

Subkategorija ir jos socialinės pridėtinės vertės balas	Irašyti vertinimą
Psichologinės būklės pagerėjimas (0–2 balai)	
Socialinės įtraukties pagerėjimas (0–2 balai)	
Darbingumo didinimas ir neįgalumo mažėjimas (0–3 balai)	

Subkategorija ir jos socialinės pridėtinės vertės balas	Irašyti vertinimą
Psichologinės naštos artimiesiems mažėjimas (0–2 balai)	
Ekonominės naštos artimiesiems mažėjimas (0–2 balai)	
Galutinis socialinės pridėtinės vertės balas = (Subkategorijų balų suma ÷ 11) × 5*	

*Balas apvalinamas iki 2 skaičių po kablelio.

Vertinimo pavyzdžiai:

Jei paslauga reikšmingai pagerina psichologinę būklę (2 balai) ir minimaliai pagerina socialinę įtrauktį (1 balas), o kitose subkategorijose nėra poveikio (0 balų), galutinis balas būtų: $(3 \div 11) \times 5 = 1,36$.

Jei paslauga reikšmingai pagerina darbingumą ir mažina neįgalumą (3 balai) ir reikšmingai sumažina ekonominę naštą artimiesiems (2 balai), o kitose subkategorijose turi minimalų poveikį (po 1 balą), galutinis balas būtų: $(7 \div 11) \times 5 = 3,18$.

Jei paslauga turi reikšmingą poveikį visose subkategorijose (11 balų), galutinis balas būtų 5.

10.2.1. Psichologinės būklės pagerėjimas:

	Balai	Pažymėti vertinimą
Psichologinės būklės pagerėjimas		
Paslauga nesuteikia psichologinės būklės pagerėjimo	0	
Paslauga suteikia psichologinės būklės pagerėjimą (pvz., nerimo ar depresijos simptomų sumažėjimas)	1	
Paslauga suteikia reikšmingą psichologinės būklės pagerėjimą (pvz., visiškas psichologinių simptomų išnykimas, gyvenimo kokybės atkūrimas)	2	

10.2.1.1. Psichologinės būklės pagerėjimo vertinimo pagrindimas:

Vertinimui naudojamos validuotos psichologinės būklės vertinimo skalės, tokios kaip HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), BDI (*Beck Depression Inventory*), PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*), GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder-7*), STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*), POMS (*Profile of Mood States*), DASS (*Depression Anxiety Stress Scales*), PSS (*Perceived Stress Scale*), WHO-5 (*WHO Well-Being Index*). Pareiškėjas gali pateikti ir kitus vertinimo metodus, jei pateikia pagrindimą dėl jų tinkamumo ir validumo, tokiais atvejais Komitetas sprendžia dėl jų tinkamumo.

Minimaliu-vidutiniu pagerėjimu Komitetas laiko statistškai reikšmingą simptomų sumažėjimą, kuris viršija minimalų kliniškai reikšmingą skirtumą (MID), bet nepasiekia remisijos kriterijų. Pavyzdžiui, HADS skalėje tai būtų 1,5–3,0 taškų sumažėjimas, PHQ-9 skalėje – 5–9 taškų sumažėjimas, BDI skalėje – 5–10 taškų sumažėjimas, GAD-7 skalėje – 4–8 taškų sumažėjimas.

Reikšmingu pagerėjimu Komitetas laiko simptomų sumažėjimą iki remisijos lygio arba kliniškai reikšmingą pagerėjimą, viršijantį dvigubą MID. Pavyzdžiui, HADS skalėje tai būtų >3,0

taškų sumažėjimas arba balų sumažėjimas žemiau klinikinės ribos (8 balai), PHQ-9 skalėje tai būtų ≥ 10 taškų sumažėjimas arba balų sumažėjimas žemiau 5 (remisijos riba), BDI skalėje tai būtų > 10 taškų sumažėjimas arba balų sumažėjimas žemiau 10 (remisijos riba). Komitetui pritarus, gali būti vertinami ir kiti pareiškėjo pateikti ir argumentuoti rezultatai, kurie gali sukurti pridėtinę vertę.

10.2.2. Subkategorija „Socialinės įtraukties pagerėjimas“:

Socialinės įtraukties pagerėjimas	Balai	Pažymėti vertinimą
Paslauga nesuteikia socialinės įtraukties pagerėjimo	0	
Paslauga suteikia socialinės įtraukties pagerėjimą (pvz., pagerėjęs dalyvavimas socialinėse veiklose, pagerėję socialiniai ryšiai)	1	
Paslauga suteikia reikšmingą socialinės įtraukties pagerėjimą (pvz., visiškas grįžimas į bendruomenės gyvenimą, atkurti socialiniai ryšiai)	2	

10.2.2.1. Socialinės įtraukties pagerėjimo vertinimo pagrindimas:

Vertinimui naudojamos validuotos socialinės įtraukties ir dalyvavimo visuomenėje vertinimo skalės, tokios kaip SIPSO (*Social Integration and Participation Scale*), CIQ (*Community Integration Questionnaire*), CHART (*Craig Handicap Assessment and Reporting Technique*), WHODAS 2.0 (PSO sveikatos ir negalios vertinimo įrankis), SIS (*Social Impact Scale*), SSSI (*Social Support and Social Inclusion measure*), BSSI (*Brief Social Support Index*), PSFS (*Patient-Specific Functional Scale – socialinės funkcijos*), PROMIS (*Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*), pacientų pranešamų socialinio dalyvavimo skalė. Pareiškėjas gali pateikti ir kitus vertinimo metodus, jei pateikia pagrindimą dėl jų tinkamumo ir validumo, tokiais atvejais Komitetas sprendžia dėl jų tinkamumo.

Minimaliu-vidutiniu pagerėjimu Komitetas laiko dalinį socialinės veiklos ir ryšių atkūrimą, viršijantį minimalų kliniškai reikšmingą skirtumą (MID), bet nesiekiantį visiško atkūrimo. Pavyzdžiui, CIQ skalėje tai būtų 4 taškų pagerėjimas, WHODAS 2.0 skalėje – 10–20 proc. pagerėjimas, CHART socialinio dalyvavimo skalėje – 15–30 taškų pagerėjimas, SIPSO skalėje – 3–6 taškų pagerėjimas.

Reikšmingu pagerėjimu Komitetas laiko visišką arba beveik visišką socialinės veiklos ir ryšių atkūrimą, priartėjantį prie normatyvinių rodiklių. Pavyzdžiui, CIQ skalėje tai būtų > 4 taškų pagerėjimas, WHODAS 2.0 skalėje tai būtų > 20 proc. pagerėjimas, CHART socialinio dalyvavimo skalėje tai būtų > 30 taškų pagerėjimas, SIPSO skalėje tai būtų > 6 taškų pagerėjimas. Komitetui pritarus, gali būti vertinami ir kiti pareiškėjo pateikti ir argumentuoti rezultatai, kurie gali sukurti pridėtinę vertę.

10.2.3. Darbingumo didinimas ir neįgalumo mažėjimas:

Darbingumo didinimas ir neįgalumo mažėjimas	Balai	Pažymėti vertinimą
Paslauga nepadidina darbingumo ir nesumažina neįgalumo	0	
Paslauga minimaliai padidina darbingumą ar sumažina neįgalumą	1	

Darbingumo didinimas ir neįgalumo mažėjimas	Balai	Pažymėti vertinimą
Paslauga vidutiniškai padidina darbingumą ar sumažina neįgalumą	2	
Paslauga reikšmingai padidina darbingumą ir sumažina neįgalumą	3	

10.2.3.1. Darbingumo didinimo ir neįgalumo mažėjimo vertinimo pagrindimas:

Darbingumui vertinti naudojamos validuotos darbingumo ir profesinės veiklos vertinimo skalės bei objektyvūs grįžimo į darbą rodikliai, tokie kaip WAI (*Work Ability Index*), WPAI (*Work Productivity and Activity Impairment*), WLQ (*Work Limitations Questionnaire*), SPS (*Stanford Presenteeism Scale*), RTW (*Return to Work*) rodikliai, ODI (*Oswestry Disability Index*) darbo sekcija, WALs (*Workplace Activity Limitations Scale*), taip pat objektyvūs rodikliai, tokie kaip darbo dienų skaičius, nedarbingumo trukmė, darbo valandų skaičius.

Minimaliu pagerėjimu darbingumo srityje Komitetas laiko dalinį grįžimą į darbą arba darbingumo pagerėjimą 25–50 proc. Pavyzdžiui, WAI skalėje tai būtų 3–6 taškų pagerėjimas, WPAI skalėje – 20–40 proc. produktyvumo pagerėjimas, WLQ skalėje – 7–14 proc. produktyvumo pagerėjimas, RTW rodiklių atveju – grįžimas į darbą ne visu etatu, darbo valandų skaičius – 25–50 proc. padidėjimas.

Reikšmingu pagerėjimu darbingumo srityje Komitetas laiko visišką grįžimą į ankstesnį darbą visu etatu arba darbingumo pagerėjimą daugiau kaip 50 proc. Pavyzdžiui, WAI skalėje tai būtų daugiau kaip 6 taškų pagerėjimas, WPAI skalėje – daugiau kaip 40 proc. produktyvumo pagerėjimas, WLQ skalėje – daugiau kaip 14 proc. produktyvumo pagerėjimas, RTW rodiklių atveju – grįžimas į darbą visu etatu, darbo valandų skaičius – daugiau kaip 50 proc. padidėjimas.

Neįgalumui vertinti naudojamos validuotos neįgalumo vertinimo skalės ir oficialūs neįgalumo lygio nustatymo kriterijai, tokie kaip WHODAS 2.0 (*WHO Disability Assessment Schedule*), ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) vertinimo įrankiai, FIM (*Functional Independence Measure*), mRS (*modified Rankin Scale*), EDSS (*Expanded Disability Status Scale*), HAQ-DI (*Health Assessment Questionnaire Disability Index*), ODI (*Oswestry Disability Index*).

Minimaliu pagerėjimu neįgalumo srityje Komitetas laiko neįgalumo lygio sumažėjimą viena kategorija arba funkcinio neįgalumo sumažėjimą 25–50 proc. Pavyzdžiui, WHODAS 2.0 skalėje tai būtų 10–20 proc. pagerėjimas, FIM skalėje – 10–25 taškų pagerėjimas, mRS skalėje – 1 balo sumažėjimas, EDSS skalėje – 0,5–1,0 balo sumažėjimas, HAQ-DI skalėje – 0,22–0,44 pagerėjimas, oficialių neįgalumo kriterijų atveju – neįgalumo lygio sumažėjimas viena kategorija.

Reikšmingu pagerėjimu neįgalumo srityje Komitetas laiko neįgalumo lygio sumažėjimą dviem ar daugiau kategorijų, neįgalumo išvengimą arba funkcinio neįgalumo sumažėjimą daugiau kaip 50 proc. Pavyzdžiui, WHODAS 2.0 skalėje tai būtų daugiau kaip 20 proc. pagerėjimas, FIM skalėje – daugiau kaip 25 taškų pagerėjimas, mRS skalėje – 2 arba daugiau kaip 2 balų sumažėjimas, EDSS skalėje – daugiau kaip 1,0 balo sumažėjimas, HAQ-DI skalėje – daugiau kaip 0,44 pagerėjimas, oficialių neįgalumo kriterijų atveju – neįgalumo lygio sumažėjimas dviem ar daugiau kategorijų arba neįgalumo išvengimas.

Pareiškėjas gali pateikti ir kitus vertinimo metodus, jei pateikia pagrindimą dėl jų tinkamumo ir validumo, tokiais atvejais Komitetas sprendžia dėl jų tinkamumo. Komitetui pritarus, gali būti vertinami ir kiti pareiškėjo pateikti ir argumentuoti rezultatai, kurie gali sukurti pridėtinę vertę.

10.2.4. Psichologinės naštos artimiesiems mažėjimas:

Psichologinės naštos artimiesiems mažėjimas	Balai	Pažymėti vertinimą
Paslauga nesumažina psichologinės naštos artimiesiems	0	
Paslauga sumažina psichologinę naštą artimiesiems (pvz., streso ar nerimo sumažėjimas)	1	
Paslauga reikšmingai sumažina psichologinę naštą artimiesiems (pvz., žymus slaugos poreikio sumažėjimas, artimųjų gyvenimo kokybės atkūrimas)	2	

10.2.4.1. Psichologinės naštos artimiesiems mažėjimo vertinimo pagrindimas:

--

Vertinimui naudojamos validuotos slaugytojų / globėjų naštos ir psichologinės gerovės vertinimo skalės, tokios kaip ZBI (*Zarit Burden Interview*), CSI (*Caregiver Strain Index*), CBI (*Caregiver Burden Inventory*), CRA (*Caregiver Reaction Assessment*), BSFC (*Burden Scale for Family Caregivers*), HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) slaugytojams, SF-36 ar EQ-5D slaugytojams, CQoL-C (*Caregiver Quality of Life-Cancer*), QoL-AD (*Quality of Life in Alzheimer's Disease*). Pareiškėjas gali pateikti ir kitus vertinimo metodus, jei pateikia pagrindimą dėl jų tinkamumo ir validumo, tokiais atvejais Komitetas sprendžia dėl jų tinkamumo.

Minimaliu-vidutiniu pagerėjimu Komitetas laiko psichologinės naštos sumažėjimą, viršijantį minimalų kliniškai reikšmingą skirtumą (MID), bet nepasiekiantį normalaus lygio. Pavyzdžiui, ZBI skalėje tai būtų 7–14 taškų sumažėjimas, CSI skalėje – 2–4 taškų sumažėjimas, CBI skalėje – 8–16 taškų sumažėjimas, HADS skalėje slaugytojams – 1,5–3,0 taškų sumažėjimas, SF-36 slaugytojams – 5–10 taškų pagerėjimas.

Reikšmingu pagerėjimu Komitetas laiko psichologinės naštos sumažėjimą iki minimalaus lygio arba sumažėjimą, viršijantį dvigubą MID. Pavyzdžiui, ZBI skalėje tai būtų daugiau kaip 14 taškų sumažėjimas arba balų sumažėjimas žemiau kliniškai reikšmingo lygio (24 balai), CSI skalėje – daugiau kaip 4 taškų sumažėjimas arba balų sumažėjimas žemiau kliniškai reikšmingo lygio (7 balai), CBI skalėje – daugiau kaip 16 taškų sumažėjimas, HADS skalėje slaugytojams – daugiau kaip 3,0 taškų sumažėjimas arba balų sumažėjimas žemiau klinikinės ribos (8 balai). Komitetui pritarus, gali būti vertinami ir kiti pareiškėjo pateikti ir argumentuoti rezultatai, kurie gali sukurti pridėtinę vertę.

10.2.5. Ekonominės naštos artimiesiems mažėjimas:

Ekonominės naštos artimiesiems mažėjimas	Balai	Pažymėti vertinimą
Paslauga nesumažina ekonominės naštos artimiesiems	0	
Paslauga sumažina ekonominę naštą artimiesiems (pvz., išlaidų ar prarasto darbo laiko sumažėjimas)	1	
Paslauga reikšmingai sumažina ekonominę naštą artimiesiems (pvz., žymus slaugos išlaidų sumažėjimas, galimybė artimiesiems grįžti į darbą)	2	

10.2.5.1. Psichologinės naštos artimiesiems mažėjimo vertinimo pagrindimas:

Vertinimui naudojamos validuotos ekonominės naštos vertinimo metodikos ir objektyvūs ekonominiai rodikliai, tokie kaip slaugos laiko vertinimas (valandos per dieną/savaitę), WPAI (*Work Productivity and Activity Impairment*) slaugytojams, iCARE (*Informal Care Resource Utilization*), FCSI (*Family Caregiver Support Index*), tiesioginių išlaidų vertinimas (medicininės išlaidos, transporto išlaidos, slaugos priemonių išlaidos), netiesioginių išlaidų vertinimas (prarastas darbo laikas, sumažėjęs produktyvumas), pajamų praradimo vertinimas. Pareiškėjas gali pateikti ir kitus vertinimo metodus, jei pateikia pagrindimą dėl jų tinkamumo ir validumo, tokiais atvejais Komitetas sprendžia dėl jų tinkamumo.

Minimaliu pagerėjimu Komitetas laiko ekonominės naštos sumažėjimą 25–50 proc. Pavyzdžiui, slaugos laiko atveju tai būtų 2–4 valandų per dieną sumažėjimas, ekonominių išlaidų atveju – 25–50 proc. išlaidų sumažėjimas, WPAI slaugytojams – 20–40 proc. prarasto darbo laiko sumažėjimas, pajamų praradimo atveju – 25–50 proc. prarastų pajamų sumažėjimas, darbo laiko atveju – prarasto darbo laiko sumažėjimas 25–50 proc.

Reikšmingu pagerėjimu Komitetas laiko ekonominės naštos sumažėjimą daugiau kaip 50 proc. Pavyzdžiui, slaugos laiko atveju tai būtų daugiau kaip 4 valandų per dieną sumažėjimas, ekonominių išlaidų atveju – daugiau kaip 50 proc. išlaidų sumažėjimas, WPAI slaugytojams – daugiau kaip 40 proc. prarasto darbo laiko sumažėjimas, pajamų praradimo atveju – daugiau kaip 50 proc. prarastų pajamų sumažėjimas, darbo laiko atveju – prarasto darbo laiko sumažėjimas daugiau kaip 50 proc. arba visiškai grįžimas į darbą. Komitetui pritarus, gali būti vertinami ir kiti pareiškėjo pateikti ir argumentuoti rezultatai, kurie gali sukurti pridėtinę vertę.

10.3. Teikiama technologinė pridėtinė vertė:

Paslaugos teikimu sukuriama technologinė pridėtinė vertė	Įrašyti įsivertinimą
<p>Jei paslauga suteikia technologinę pridėtinę vertę, skiriamas 1 suminis balas, jei ne – 0.</p> <p>Paslauga suteikia technologinę pridėtinę vertę, kai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - taikomi personalizuotos medicinos elementai (pvz., įrodyta nauda specifiniams pacientų pogrupiams, kai paslauga grindžiama aiškiai nustatytu biologiniu žymeniu ar genetiniu profiliu); - paslauga pritaikoma pagal individualų atsaką, kuris remiasi dinaminio biologinio žymens stebėjimu; - naudojamos genų, ląstelių terapijos ir (ar) audinių inžinerijos technologijos; - naudojami dirbtinio intelekto sprendiniai; - naudojamos individualios skaitmeninio priemonės (pvz., dėvimosios technologijos); - įveiklinami biobankų, pakartotinio duomenų panaudojimo išteklių; - atliekamos mažai invazinės procedūros; - naudojamos robotinės ar navigacinės technologijos, kurios reikšmingai pagerina procedūrų tikslumą ar saugumą; - taikomi inovatyvūs vaizdinimo metodai, kurie leidžia vizualizuoti anksčiau nematomus procesus ar struktūras; - taikomi pažangūs 3D spausdinimo sprendimai individualizuotų implantų, protezų ar chirurginių šablonų gamybai; 	

<ul style="list-style-type: none"> - integruojamos telemedicinos ir nuotolinės stebėsenos technologijos, leidžiančios efektyviai valdyti lėtines ligas; - naudojamos virtualios ar papildytos realybės technologijos gydymo tikslais. <p>Komitetui pritarus, kitos pareiškėjo pateiktos ir argumentuotos paslaugos teikimo metu panaudojamos inovatyvios technologijos, kurios taip pat gali sukurti tvarią pridėtinę vertę sveikatai ir (ar) socialinę vertę.</p>	
--	--

10.3.1. Teikiamos technologinės pridėtinės vertės vertinimo pagrindimas:

--

10.4. Racionalaus išteklių naudojimo pridėtinės vertės kriterijai:

Racionalaus išteklių naudojimo pridėtinės vertės	Irašyti įsivertinimą
<p>Jei paslauga suteikia racionalaus išteklių naudojimo pridėtinę vertę, skiriamas 1 suminis balas, jei ne – 0. Paslauga šią vertę suteikia, jei:</p> <ul style="list-style-type: none"> išvengiama sveikatos intervencijų, pvz., paslauga leidžia išvengti diagnostinių intervencijų, vaistinių preparatų ir (ar) kitų gydymo metodų, hospitalizacijos, invazinių procedūrų; sutrumpinamas gydymo ar diagnostikos kelias, pvz., paslauga padeda greičiau nustatyti diagnozę ar skirti efektyvų gydymą, mažindama papildomų tyrimų, vizitų ar gydymo etapų skaičių; mažesnis sveikatos sistemos paslaugų pakartotinio naudojimo dažnis, pvz., paslauga sumažina pakartotinių vizitų, intervencijų, hospitalizacijų ar komplikacijų riziką; yra ilgalaikis efektas, pvz., paslauga turi ilgalaikį poveikį – ateityje mažėja reikiamų sveikatos paslaugų (pvz., diagnostinių, gydymo, reabilitacijos, slaugos, socialinės globos) skaičius; pagerinamas paslaugos teikimo efektyvumas, pvz., paslauga leidžia daugiau pacientų aptarnauti per trumpesnę laiką ir (arba) naudojama mažiau išteklių (laiko, personalo, infrastruktūros); sumažintos netiesioginės išlaidos, pvz., paslauga mažina produktyvumo praradimą, globos poreikį artimiesiems, nedarbingumo laikotarpius; geresnis technologinių ar žmogiškųjų išteklių panaudojimas, pvz., paslauga leidžia efektyviau naudoti esamą įrangą, sveikatos priežiūros specialistų laiką ar kompetencijas. 	

10.4.1. Racionalaus išteklių naudojimo pridėtinės vertės vertinimo pagrindimas:

--

11. Informacija apie galimybę užtikrinti visuotinę paslaugos prieinamumą. Pareiškėjas pateikia paaiškinimą dėl galimybės užtikrinti visuotinę paslaugos prieinamumą. Jei dėl objektyvių priežasčių paslaugos prieinamumo pirmaisiais paslaugos kompensavimo PSDF lėšomis metais užtikrinti neįmanoma, pareiškėjas pateikia:

- paslaugos prieinamumo valdymo planą, kuriuo pirmiausia siekiama užtikrinti paslaugos prieinamumą pažeidžiamiausioms (sveikatos, socialiniu, kt. aspektais) asmenų grupėms;
- visuotinio paslaugos prieinamumo per ne daugiau kaip 5 metus įgyvendinimo planą.

Visuotinis paslaugos prieinamumas	
-----------------------------------	--

	Irašyti įsivertinimą
Jeigu visuotinis paslaugos prieinamumas nuo kompensavimo PSDF lėšomis pradžios gali būti užtikrintas iš karto arba ne vėliau kaip per 5 metus, suteikiamas 1 suminis balas, kitu atveju – 0.	

11.1. Visuotinio paslaugos prieinamumo nuo kompensavimo PSDF lėšomis pradžios vertinimo pagrindimas:

--

12. Informacija apie paslaugos teikimo metinį poveikį Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui. Pareiškėjas pateikia informaciją apie paslaugos teikimo metinį poveikį Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui balais. Poveikis apskaičiuojamas pagal žemiau nurodytą formulę.

Matavimo matas	Irašyti balą
<p>Poveikis biudžetui = siūlomų teikti atitinkamų paslaugų skaičių per metus x siūlomos teikti atitinkamos paslaugos bazinė kaina.</p> <p>Paslaugos teikimo metinis poveikis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui balais = poveikis biudžetui / praėjusių metų PSDF biudžeto išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti x 500</p>	

Apskaičiavimo pavyzdys:

<p>Jeigu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2024 m. PSDF biudžeto išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms yra 2 524 387 925 Eur, - o siūlomos kompensuoti paslaugos poveikis biudžetui per metus yra 2 000 (paslaugų skaičius per metus) x 500 Eur (paslaugos kaina) = 1 000 000 EUR, tada $\begin{aligned} \text{Paslaugos teikimo metinis poveikis PSDF biudžetui balais} &= \\ &= \frac{1\,000\,000}{2\,524\,387\,925} \times 500 \approx 0,2 \end{aligned}$ <p>Balas apvalinamas iki dviejų skaičių po kablelio.</p>

Patvirtinu, kad šioje paraiškoje pateikta informacija yra teisinga.
Pateikiamą formą sudaro ___ numeruotų lapų.

(vardas, pavardė)**

(parašas)**

** paraišką pasirašo Sveikatos draudimo įstatymo 9² straipsnio 3 dalyje nurodytų pareiškėjų vadovas (ar jo įgaliotas kitas asmuo (pridedamas įgaliojimą patvirtinantis dokumentas). Paraiškos negali pasirašyti skyriaus, kurio darbuotojas yra Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto, Skundų dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto sprendimų nagrinėjimo apeliacinės komisijos, Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narys, vadovas ar jo paskirtas kitas skyriaus darbuotojas.
