

**LIETUVOS RESPUBLIKOS 2018 METŲ PRIVALOMOJO
SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO
METINIŲ ATASKAITŲ RINKINIO AIŠKINAMASIS RAŠTAS**

Turinys

I. ĮŽANGA	3
II. ĮPLAUKOS	4
III. IŠLAIDOS	6
<i>01 ASP paslaugoms</i>	<i>7</i>
<i>02 Vaistams ir MPP</i>	<i>18</i>
<i>03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui</i>	<i>21</i>
<i>04 Ortopedijos technikos priemonėms</i>	<i>22</i>
<i>05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms</i>	<i>24</i>
<i>06 Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms</i>	<i>34</i>
<i>07 Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, kompensuoti</i>	<i>36</i>
<i>08 PSDF biudžeto rezervas</i>	<i>36</i>
IV. LIKUČIAI	36

LIETUVOS RESPUBLIKOS 2018 METŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO METINIŲ ATASKAITŲ RINKINIO AIŠKINAMASIS RAŠTAS

I. ĮŽANGA

Lietuvos Respublikos 2018 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto vykdymo metinių ataskaitų rinkinys parengtas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu (toliau – Sveikatos draudimo įstatymas), Lietuvos Respublikos viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu, PSDF 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“, Lietuvos Respublikos finansų ministro 2008 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. 1K-465 „Dėl Valstybės ir savivaldybių biudžetinių įstaigų ir kitų subjektų žemesniojo lygio biudžeto vykdymo ataskaitų sudarymo taisyklių ir formų patvirtinimo“ ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus 2017 m. vasario 27 d. įsakymu Nr. 1K-44 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teikimo tvarkos aprašo bei ataskaitų formų patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos 2018 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinių ataskaitų rinkinio aiškinamąjį raštą (toliau – Aiškinamasis raštas) sudaro keturi skyriai. Aiškinamajame rašte informacija pateikiama pagal kiekvieną PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų straipsnį, taip pat paaiškinami ataskaitose nurodytų įplaukų ir išlaidų duomenys, apibūdinami svarbiausi VLK veiklos pokyčiai. Visi duomenys Aiškinamajame rašte pateikiami Europos Sąjungos bendrąja valiuta – eurai.

II. ĮPLAUKOS

2018 m. PSDF biudžeto įplaukos sudarė 1 820 358 tūkst. eurų (1,8 mlrd. Eur), tai yra 56 549 tūkst. daugiau nei buvo planuota.

ĮPLAUKOS							
PSDF biudžeto straipsnio		Ataskaitinio laikotarpio sumos, tūkst. Eur			Skirtumas, tūkst. Eur		
kodas	pavadinimas	planuotos	gautinos	gautos	gautinos ir planuotos sumos	gautos ir gautinos sumos	gautos ir planuotos sumos
1	2	3	4	5	(4-3)	(5-4)	(5-3)
01	PSDF įmokos	1 216 198	1 269 861	1 261 859	53 663	-8 002	45 661
03	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, iš jų:	528 461	528 483	528 483	22	0	22
03 01	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	499 173	499 173	499 173	0	0	0
03 02	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai	29 288	29 310	29 310	22	0	22
04	Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos	0	11	11	11	0	11
05	Savanoriškos asmenų įmokos	2 178	2 155	2 155	-23	0	-23
06	Išieškomos ar grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą	2 458	1 920	2 380	-538	460	-78
07	Lėšos, grąžintinos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis	12 000	29 254	20 925	17 254	-8 329	8 925
08	Kitos pajamos	2 514	4 136	4 546	1 622	410	2 032
Iš viso įplaukų		1 763 809	1 835 819	1 820 358	72 010	-15 461	56 549

01 Privalomojo sveikatos draudimo įmokos

2018 m. iš viso į PSDF biudžetą buvo pervesta 1 261 859 tūkst. Eur (45 661 tūkst. Eur daugiau nei planuota) privalomojo sveikatos draudimo įmokų ir su jomis susijusių sumų. 2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis, gautina įmokų suma (kreditinis įsiskolinimas PSDF biudžetui) sudarė 11 627 tūkst. Eur. Pažymėtina, kad nuo 2016 m. sausio 1 d. visų kategorijų asmenų (dirbančiųjų, valstybės tarnautojų, statutinių tarnautojų, ūkinių bendrijų narių, individualių įmonių savininkų, individualią veiklą be verslo liudijimo vykdančių asmenų ir kitoms draudžiamųjų kategorijoms priskiriamų asmenų) mokamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas administruoja Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos administravimo įstaigos.

03 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai

Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai 2018 m. sudarė 528 483 tūkst. Eur, iš jų:

– Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už 1,5 mln. apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji), draudžiamų valstybės lėšomis (daugiau nei pusė Lietuvos Respublikos gyventojų), sudarė 499 173 tūkst. Eur, t. y. buvo gautos visos planuotos pajamos. 2018 m. valstybės biudžeto įmoka, mokama už apdraustąjį valstybės lėšomis, sudarė 321,4 Eur (per metus). Palyginti su 2017 m. (283,3 Eur), ši įmoka padidėjo 13,4 procento.

– Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai valstybės deleguotoms funkcijoms vykdyti sudarė 29 310 tūkst. Eur.

Pažymėtina, kad teisės aktais PSDF biudžetui yra priskirtos šios pagrindinės valstybės funkcijos: kompensuoti ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidas, propaguoti neatlygintą kraujo donorystę, mokėti kraujo donorų kompensacijas, finansuoti Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonės ir kt. Baigtinis PSDF biudžetui valstybės priskirtų funkcijų sąrašas nustatytas Sveikatos draudimo įstatymo 15 straipsnio 1 dalyje.

04 Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos

Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos 2018 m. sudarė 11 tūkst. Eur.

05 Savanoriškos asmenų įmokos

Savanoriškos asmenų įmokos sudarė 2 155 tūkst. Eur. Šios lėšos, pervestos į PSDF biudžetą pagal Rusijos Federacijos gynybos ministerijos ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1996 m. rugpjūčio 15 d. Susitarimo protokolus (patikslintus 1998 m. spalio 15 d. protokolu), kuriuos 2009 m. sausio 19 d. pasirašė Socialinio aprūpinimo skyrius prie Rusijos Federacijos ambasados Lietuvos Respublikoje ir VLK, buvo skirtos Rusijos Federacijos kariškių pensininkų ir jų šeimos narių, nuolat gyvenančių Lietuvos Respublikoje, sveikatos priežiūrai. Už vieno Rusijos Federacijos kariškio pensininko ir jo šeimos nario sveikatos priežiūrą Rusijos Federacija moka tiek pat, kiek iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto mokama už vieną apdraustąjį, draudžiamą valstybės lėšomis (2018 m. – 321,4 Eur per metus).

06 Išieškomos ar grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą

Išieškomos ar grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą sudarė beveik 2 380 tūkst. Eur, iš jų:

- iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai suteiktas paslaugas ir už šias paslaugas neteisėtai pateiktas apmokėti sąskaitas sudarė 217,2 tūkst. Eur;

- iš vaistinių išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai išduotus vaistus ir medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP) ar neteisėtai už juos pateiktas apmokėti sąskaitas sudarė beveik 0,3 tūkst. Eur;

- iš fizinių ir juridinių asmenų išieškomos lėšos už apdraustojo sveikatai padarytą žalą ir už kitą PSDF biudžetui padarytą žalą sudarė 2 138,4 tūkst. Eur. Neretai žala sveikatai padaroma muštynių, buitinių konfliktų, eismo įvykių ar kitokių nusikaltimų metu, o nukentėjusiųjų gydymo išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis. Nusizengimus padarę asmenys privalo atlyginti žalą PSDF biudžetui per nustatytą laikotarpį;

- iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai išrašytus ir išduotus vaistus bei MPP sudarė 23,7 tūkst. Eur.

07 Lėšos, grąžintinos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis, sudarė 20 925 tūkst. Eur.

08 Kitos pajamos.

Kitos pajamos sudarė 4 546 tūkst. Eur, iš jų:

- Europos Sąjungos šalių narių pervedamos lėšos už Europos Sąjungos šalių apdraustųjų gydymą Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros (toliau – ASP) įstaigose – 4 429 tūkst. Eur;

- pajamos už Europos sveikatos draudimo kortelių pakartotinį išdavimą – 13 tūkst. Eur;

- pajamos už kompensuojamųjų vaistų pasų pakartotinį išdavimą – 97 tūkst. Eur;

- kitos pajamos – 7 tūkst. Eur.

III. IŠLAIDOS

Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete išlaidoms buvo numatyta 1 763 809 tūkst. Eur, o iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies buvo skirta dar 80 000 tūkst. eurų. Iš viso PSDF biudžeto išlaidų planą sudarė 1 843 809 tūkst. eurų. 2018 m. PSDF biudžeto išlaidos pagal priimtus įsipareigojimus sudarė 1 821 449 tūkst. eurų – išlaidų planas įvykdytas 99 procentais.

IŠLAIDOS								
PSDF biudžeto straipsnio		Ataskaitinio laikotarpio sumos, tūkst. Eur					Prisiimtų įsipareigojimų ir planuotos sumos skirtumas	
		planuotos	iš jų:		pagal prisiimtus įsipareigojimu s	sumokėta		
			kodas	pavadinimas			biudžeto lėšos	skirtos rezervo lėšos
		(4+5)					(6-3)	(6/3*100)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01	Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms	1 266 732	1 195 754	70 978	1 252 539	1 192 788	-14 193	99
02	Vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms	310 935	310 935	0	311 015	310 932	80	100
03	Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui	54 335	50 531	3 804	54 173	54 335	-162	100
04	Ortopedijos technikos priemonėms	12 010	12 010	0	11 782	11 761	-228	98
05	Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms	102 776	97 558	5 218	99 545	97 728	-3 231	97
06	Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms	20 402	20 402	0	15 860	16 010	-4 542	78
07	Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms, susidarantioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, kompensuoti	4 219	4 219	0	4 135	4 147	-84	98
08	PSDF biudžeto rezervui sudaryti	72 400	72 400	0	72 400	72 400	0	100
Iš viso išlaidų		1 843 809	1 763 809	80 000	1 821 449	1 760 101	-22 360	99

PSDF biudžeto rezervo lėšos (80 000 tūkst. Eur) buvo skirtos nuo 2018 m. gegužės 1 d. suteiktų asmens sveikatos priežiūros (toliau – ASP) paslaugų išlaidoms apmokėti (pagal 01, 03 ir 05 išlaidų straipsnius). Šias lėšas ASP įstaigoms rekomenduota naudoti įstaigų darbuotojų (sveikatos priežiūros specialistų) pagrindinio darbo užmokesčio pastoviajai daliai didinti, prioritetą teikiant mažiausiai uždirbantiems specialistams. Vidutiniškai ASP įstaigų darbuotojų atlyginimai (bruto) 2018 m. gegužės–gruodžio mėn., palyginti su 2017 m. liepos mėn.–2018 m. balandžio mėn., padidėjo 159 Eur (18 proc.):

	Vidutiniškai 2017 m. liepos mėn.–2018 m. balandžio mėn., Eur	Vidutiniškai 2018 m. gegužės– gruodžio mėn., Eur	Pokytis, Eur	Pokytis, proc.
Visų ASP įstaigų darbuotojų vidutinis darbo užmokestis (VDU)	888	1047	159	18
ASP įstaigose dirbančių gydytojų VDU	1563	1873	310	20
ASP įstaigose dirbančių slaugytojų VDU	783	958	175	22
Šalies ūkio darbuotojų (fiz. asm.) VDU (bruto) 2017 m. ir 2018 m.	840	921	81	10

2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis, PSDF biudžeto kreditinis įsiskolinimas iš viso siekė 177 825 tūkst. Eur.

01 ASP paslaugoms

2018 m. ASP paslaugų išlaidoms apmokėti buvo skirta iš viso 1 266 732 tūkst. Eur, įskaitant 70 978 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų ASP paslaugų bazinėms kainoms didinti, taip siekiant ASP įstaigoms sudaryti sąlygas gauti daugiau lėšų už suteiktas paslaugas ir šias lėšas naudoti jų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti.

Pagal 2018 m. priimtas sąskaitas, mokėtina suma už pacientams suteiktas ASP paslaugas sudarė 1 252 539 tūkst. Eur, buvo sumokėta 1 192 788 tūkst. Eur.

2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už gruodžio mėnesį suteiktas ASP paslaugas siekė 128 158 tūkst. Eur. Už šias paslaugas teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK) atsiskaitė per 30 dienų nuo sąskaitų gavimo dienos, kaip ir numatyta Sveikatos draudimo įstatymo 27 straipsnio 2 dalyje.

01 01 Pirminės ambulatorinės ASP paslaugoms

2018 m. ir toliau buvo siekiama didinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) finansavimą, prioritetą teikiant naujoms PAASP paslaugoms, už kurias mokamas skatinamasis priedas, bei geriems darbo rezultatams. Tuo tikslu buvo pradėtos teikti naujos pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, už kurias mokamas skatinamasis priedas: savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis vertinimas, pirminių psichologinių-psichoterapinių intervencijų atlikimas (gali būti atliekama individualiai, grupei asmenų ir šeimai) bei ankstyvasis alkoholio vartojimo rizikos įvertinimas. Buvo pradėtas taikyti naujas PAASP gerų darbo rezultatų rodiklis – racionalaus antimikrobinių vaistų skyrimo vaikams. Taip pat buvo pradėtas mokėti skatinamasis priedas už gliukozės tolerancijos mėginio atlikimą nėščiajai ir nėščiosios kraujo tyrimą dėl hepatito B (HBsAg).

Iš viso 2018 m. PAASP paslaugų išlaidoms apmokėti buvo skirta 224 818,2 tūkst. Eur, t. y. 16 proc. daugiau nei 2017 metais. Faktinis šių lėšų panaudojimas sudarė 220 775,8 tūkst. Eur. Lėšų, kurios skiriamos kaip skatinamasis priedas už kai kurias PAASP paslaugas, papildomas mokėjimas už gerus darbo rezultatus, priemokos už prirašytų prie šeimos gydytojo gyventojų aptarnavimą, už gyventojų, turinčių specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, už kaimo gyventojų aptarnavimą, priemoka, skiriama toms PAASP įstaigoms, kurios yra akredituotos teikti šeimos gydytojo paslaugas bei kt., dalis sudarė 28,2 proc. lėšų, mokamų už PAASP paslaugas.

2018 m. PAASP paslaugoms skirtos lėšos (iš viso metų pabaigoje) (220 775,8 tūkst. Eur)			
71,8 proc. (pagrindinis mokėjimas)	28,2 proc. (papildomi mokėjimai)		
I. Mokėjimas metinėmis bazinėmis kainomis už prirašytų gyventojų sveikatos priežiūrą (158 419,3 tūkst. Eur): 1. šeimos gydytojo komandos teikiamos paslaugos; 2. pirminės ambulatorinės odontologinės sveikatos priežiūros paslaugos; 3. pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos	II. Priemoka už kaimo gyventojų sveikatos priežiūrą, už prisirašymą prie šeimos gydytojo, priedas už gyventojų, turinčių specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, priedas, mokamas PAASP įstaigai, akredituotai teikti šeimos gydytojo paslaugas, ir t. t. (19 374,4 tūkst. Eur)	III. Papildomas mokėjimas už gerus PAASP įstaigos darbo rezultatus (19 816,6 tūkst. Eur): 1. už gerus šeimos gydytojo komandos darbo rezultatus (10 gerų darbo rezultatų rodiklių); 2. už gerus pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros rezultatus (1 gerų darbo rezultatų rodiklis); 3. už pirminės odontologinės sveikatos priežiūros gerus darbo rezultatus (1 gerų darbo rezultatų rodiklis)	IV. Skatinamojo priedo mokėjimas už PAASP įstaigų suteiktas paslaugas (23 165,5 tūkst. Eur) 22 paslaugų grupės, pvz.: fiziologinio nėštumo priežiūra, moksleivių paruošimas mokyklai, neįgaliųjų sveikatos priežiūra ir kt.

Be to, nuo 2018 m. sausio mėn. buvo sumažintas iki 17 000 maksimalus gydytojo psichiatro, medicinos psichologo, psichikos sveikatos slaugytojo ir socialinio darbuotojo aptarnaujamų prirašytų gyventojų skaičius. Atsižvelgiant į tai, buvo padidinta vieno gyventojų pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina.

Taip pat buvo patvirtintos naujos PAASP gyventojų amžiaus grupės ir perskaičiuotos kiekvienos amžiaus grupės asmenų PAASP metinės bazinės kainos, atsižvelgiant į apsilankymų pas gydytoją dažnį ir sergamumą lėtinėmis ligomis.

2018 m. buvo įteisinta nuotolinės sveikatos priežiūros paslauga, kurią teikdamas šeimos gydytojas arba jo komandos narys gali išrašyti pacientui anksčiau gydytojo paskirtų kompensuojamųjų MPP.

01 02 greitosios medicinos pagalbos paslaugoms

Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – LRV) programos įgyvendinimo plano¹ 1.3.3 darbo 2 priemonę „Greitosios medicinos pagalbos dispečerinių centralizavimas, siekiant užtikrinti paslaugų kokybę“ ir siekiant gerinti greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugų prieinamumą bei užtikrinti šių paslaugų kokybę, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais², buvo nustatyta, kad centralizuotos GMP dispečerines paslaugas teikia šios įstaigos (nuo 2018 m. liepos 1 d. GMP dispečerinių tarnybų paslaugas vietoj 8 įstaigų teikia 5 įstaigos): VŠĮ GMP stotis (Vilniaus), VŠĮ Kauno m. GMP stotis, VŠĮ Klaipėdos GMP stotis, VŠĮ Panevėžio m. GMP stotis bei VŠĮ Šiaulių GMP stotis. Taip pat buvo nustatyta viena gyventojui tenkančių GMP dispečerinės tarnybos teikiamų paslaugų metinė bazinė kaina (balais) (iki 2018 m. liepos 1 d. galiojo dvi metinės bazinės kainos). GMP dispečerinių tarnybų veiklos apraše³ nustatyti rekomendacinio pobūdžio reikalavimai tapo privalomaisiais.

Atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos teritorijos administracinių vienetų ir jų ribų įstatymo nuostatas, buvo suvienodintos miesto bei kaimo gyvenamųjų vietovių sąvokos ir pakeistas aptarnaujamos teritorijos GMP brigadų skaičiaus normatyvo nustatymas. Taigi iki 2018 m. liepos 1 d. GMP brigadų skaičius aptarnaujamoje teritorijoje buvo nustatomas atsižvelgiant į miesto ir kaimo bei miestelių, kuriuose gyvena mažiau kaip 4 tūkst. gyventojų, gyventojų skaičių, o nuo 2018 m. liepos 1 d. – atsižvelgiant į miesto gyvenamųjų vietovių (joms priskiriami miestai, kurių gyventojų skaičius yra didesnis nei 3 tūkst.) ir kaimo gyvenamųjų vietovių (joms priskiriami miesteliai, kaimai ir viensėdžiai) bei miestų, kurių gyventojų skaičius neviršija 3 tūkst., gyventojų skaičių.

Buvo pradėtas mokėti naujas skatinamasis priedas GMP paslaugas teikiančioms įstaigoms už paciento, kuriam namuose taikoma dirbtinė plaučių ventiliacija, pervežimą iš stacionarinės ASP įstaigos po gydymo į namus arba iš namų į stacionarinę ASP įstaigą toliau tirti ir (ar) gydyti.

2018 m. GMP paslaugoms apmokėti iš viso buvo skirta 55 879,8 tūkst. eurų PSDF biudžeto lėšų, t. y. 10 proc. daugiau nei 2017 metais.

01 03 slaugos paslaugoms

Spartus populiacijos senėjimas – viso išsivysčiusio ir besivystančio pasaulio problema, lemianti didėjančią slaugos paslaugų paklausą. Siekiant gerinti slaugos paslaugų prieinamumą, kasmet vis daugiau PSDF biudžeto lėšų skiriama slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti. 2018 m. PSDF biudžeto prisiimti įsipareigojimai slaugos paslaugų (teikiamų stacionarinėmis ir ambulatorinėms sąlygomis) išlaidoms apmokėti sudarė daugiau kaip 67 453,7 tūkst. Eur, t. y. 16 proc. daugiau nei 2017 metais. Siekiant skatinti ambulatorinių slaugos paslaugų teikimą namuose,

¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. kovo 13 d. nutarimas Nr. 167 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plano patvirtinimo“.

² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 3 d. įsakymas Nr. V-369 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. sausio 16 d. įsakymas Nr. V-45 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 7 d. įsakymo Nr. V-996 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų veiklos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

buvo padidintas PSDF biudžeto lėšomis apmokamų ambulatorinės slaugos paslaugų namuose skaičius (nuo 24 iki 52 paslaugų).

01 04 ambulatorinėms ASP paslaugoms

Ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtra yra labai svarbi paslaugų teikėjams, kurie, teikdami šias paslaugas, racionaliau naudoja žmoniškuosius išteklius ir infrastruktūrą. Kartu ši plėtra svarbi ir pacientams, nes jiems sudaromos sąlygos reikiamas paslaugas gauti greičiau ir jiems įprastoje socialinėje aplinkoje.

Plėtojant prieinamų ekonomiškai efektyvių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ir atsisakant perteklinių stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų, 2018 m. buvo pradėtos teikti toliau nurodytos naujos specializuotos ambulatorinės paslaugos:

- nuo 2018 m. sausio mėn. buvo pradėtos teikti geriatrijos dienos stacionaro paslaugos⁴ ir gydytojo geriatro išplėstinės konsultacijos⁵. Tai leido užtikrinti, kad vyresnio amžiaus pacientai reikiamą pagalbą gautų ambulatorinėmis sąlygomis ir taip išvengtų gydymo stacionare;

- nuo 2018 m. balandžio mėn. PSDF biudžeto lėšomis buvo pradėtos kompensuoti gydytojo specialisto ir slaugytojo konsultacijos pacientui, kuriam namuose atliekama dirbtinė plaučių ventiliacija, bei dirbtinės plaučių ventiliacijos dienos stacionaro paslaugos (nustatyta⁶ gydytojo specialisto ir slaugytojo konsultacijos pacientui, kuriam namuose atliekama dirbtinė plaučių ventiliacija, kaina ir patvirtinti⁷ šios paslaugos teikimo reikalavimai).

Siekiant geresnio vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų prieinamumo, nuo 2018 m. balandžio 1 d. buvo pradėtos teikti išplėstinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos (VRSAR) specialistų komandos konsultacijos (buvo patvirtinta šios konsultacijos bazinė kaina⁸). Taip pat pradėtos teikti dvi naujos paslaugos⁶: VRSAR dienos stacionaro paslauga (vaiko raida A) ir VRSAR dienos stacionaro paslauga (vaiko raida B) (nustatytos šių paslaugų bazinės kainos).

Kasmet suteikiama vis daugiau ekonomiškai efektyvių paslaugų. Tai rodo didėjantis šių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (žr. grafiką).

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. sausio 12 d. įsakymas Nr. V-36 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 6 d. įsakymo Nr. V-660 „Dėl Dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

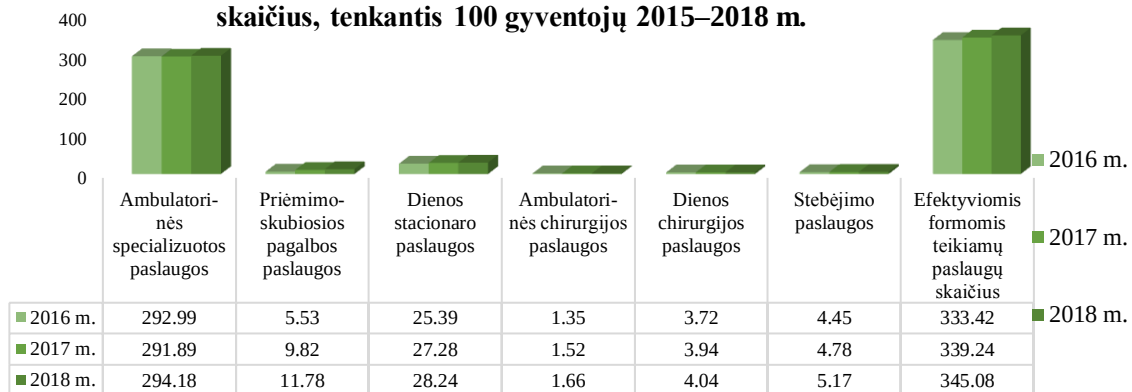
⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. sausio 18 d. įsakymas Nr. V-57 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. vasario 8 d. įsakymas Nr. V-151 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. vasario 8 d. įsakymas Nr. V-149 „Dėl Gydytojo specialisto ir slaugytojo konsultacijų pacientams, kuriems namuose atliekama dirbtinė plaučių ventiliacija, teikimo reikalavimų ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

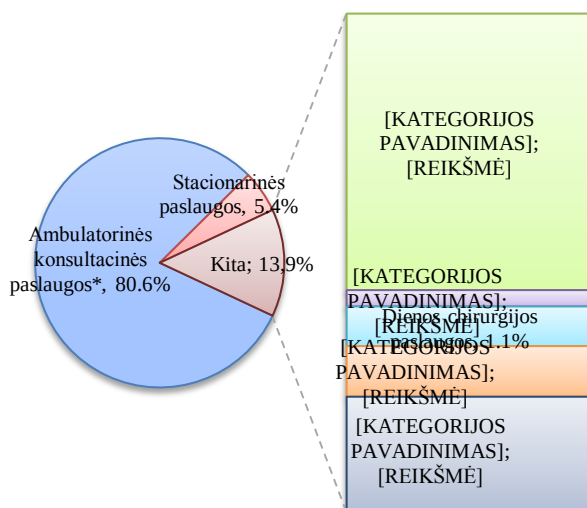
⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. vasario 8 d. įsakymas Nr. V-150 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. 728 „Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“ pakeitimo“.

Ekonomiškai efektyvių ASP paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, skaičius, tenkantis 100 gyventojų 2015–2018 m.



Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugos – tai paslaugos, kurios palaipsniui keičia brangiai kainuojančias stacionarines ASP paslaugas, t. y. nesudėtingos stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos keičiamos dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir atitinkamomis ambulatorinėmis paslaugomis, nebloginant šių paslaugų kokybės ir saugumo. 2018 m. buvo suteiktos 1 429 752 ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugos (kartu) bei 548 515 stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų. 2017 m. pakeitus priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašą, 2018 m. kur kas daugiau buvo suteikta priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų (18,24 proc. daugiau nei 2017 m.). Taip pat 2018 m. daugiau buvo suteikta stebėjimo ir ambulatorinės chirurgijos paslaugų (atitinkamai 6,6 proc. ir 7,9 proc. daugiau nei 2017 m.). Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų bei stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų santykis – tai efektyvumo rodiklis, kurio reikšmė parodo didėjančią ambulatorinėmis sąlygomis teikiamų paslaugų apimtį. 2018 m. ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų buvo suteikta 2,6 karto daugiau nei stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų.

Toliau pateikiama informacija apie 2018 m. faktiškai suteiktų ASP paslaugų pasiskirstymą (proc.).



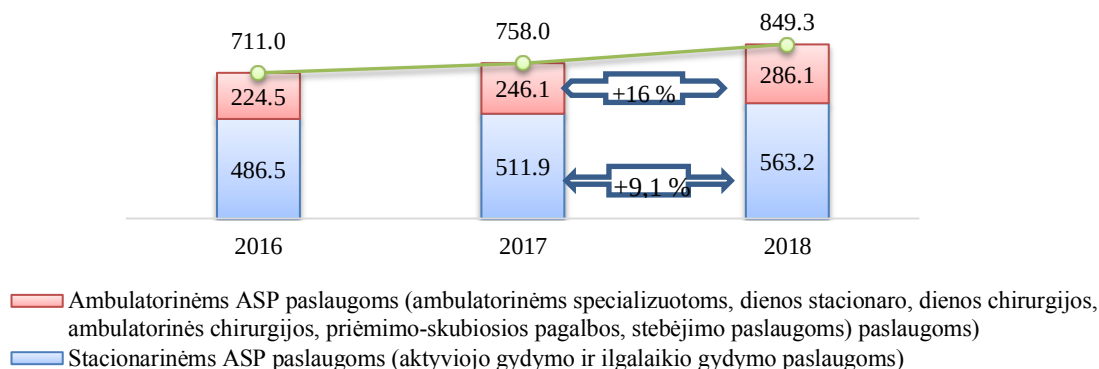
* Ambulatorinės konsultacinės paslaugos: II, III lygio konsultacijos, profilaktinės, žmogaus genetikos paslaugos, visuotinio naujagimių tikrinimo, papildomai apmokamos paslaugos.

01 05 stacionarinės ASP paslaugoms

2018 m. buvo analizuojamas 2017 m. bei 2018 m. I, II ir III ketvirčių TLK ir ASP įstaigų sutarčių dėl ASP paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis vykdymas ir parengtos išvados. Buvo vertinamas 2018 m. prioritetinėmis laikomų (ambulatorinių specializuotų, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, stebėjimo, dienos chirurgijos, ambulatorinės

chirurgijos) paslaugų teikimo mastas, analizuojamas kitų sutartyse numatytų paslaugų teikimas. 2018 m. pagal TLK pateiktus duomenis už ambulatorinėmis sąlygomis suteiktas paslaugas buvo sumokėta 2,1 proc. daugiau, nei numatyta sutartyse. Tuo tarpu slaugos ir stacionariųjų ASP paslaugų buvo suteikta ir apmokėta tiek, kiek numatyta sutartyse.

Toliau pateikiama informacija apie PSDF lėšų (mln. Eur), sumokėtų už faktiškai suteiktas ASP paslaugas, pasiskirstymą.



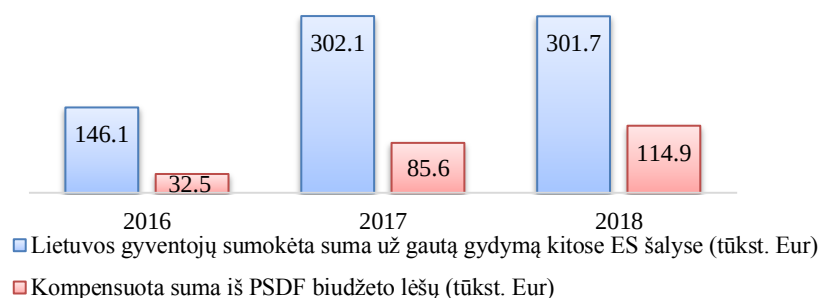
2018 m. už faktiškai suteiktas ambulatorines ir stacionarines paslaugas buvo sumokėta daugiau PSDF biudžeto lėšų nei 2017 metais.

2018 m. buvo pradėtos teikti mirusio žmogaus audinių ir organų donorystės, šių audinių ir organų paėmimo bei ištyrimo, kai nustatoma negrįžtamai nutrūkusi kraujotaka ir kvėpavimas, paslaugos, taip pat buvo atliekami papildomi nauji laboratoriniai tyrimai, priskiriami ŽIV ligos stebėsenai, pradėta papildomai mokėti už suaugusiųjų ir vaikų parenterinės mitybos terapiją, taikomą stacionare aktyviojo gydymo metu.

Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidos

Įgyvendinant 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas nuostatas, 2018 m. TLK ir VLK pagal 129 Lietuvos Respublikos apdraustųjų prašymus kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas apmokėjo šiuos prašymus pateikusių asmenų išlaidas medicinos pagalbai, gautai kitose Europos ekonominės erdvės šalyse. Iš viso apdraustieji kitose Europos šalyse už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, įsigytus vaistus ar MPP sumokėjo daugiau kaip 301 tūkst. eurų. Jiems buvo kompensuota daugiau kaip 114 tūkst. eurų.

Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidos 2016–2018 m.



Lietuvos Respublikos gyventojai 2018 m. daugiausia pateikė prašymų kompensuoti Latvijoje (48), Vokietijoje (23), Lenkijoje (21) ir Slovakijoje (19) suteiktų tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas. Dėl Estijoje ir Jungtinėje Karalystėje suteiktų paslaugų išlaidų kompensavimo buvo pateikta po 5 prašymus, dėl Prancūzijoje suteiktų paslaugų buvo pateikti 2 prašymai, o dėl Slovėnijoje, Šveicarijoje, Čekijoje, Austrijoje, Ispanijoje ir Švedijoje suteiktų paslaugų – po 1 prašymą.

Dažniausia (62 atvejais) buvo kompensuotos stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos, suteiktos Latvijos, Lenkijos, Vokietijos, Estijos ligoninėse. 14 atvejų pacientai buvo konsultuoti

gydytojų specialistų (gydytojo radiologo, urologo, gastroenterologo, echoskopuotojo, endoskopuotojo, oftalmologo ir kt.) Latvijoje, Jungtinėje Karalystėje, Vokietijoje, Estijoje, Prancūzijoje. 17 atvejų buvo teikiamos medicininės reabilitacijos paslaugos Latvijoje, Slovakijoje, Lenkijoje ir Vokietijoje, 6 atvejais buvo atliekami brangieji tyrimai: 2 pozitronų emisijos tomografijos / kompiuterinės tomografijos tyrimai Latvijoje ir 1 – Jungtinėje Karalystėje, 1 PET/CT tyrimas ir 2 MRT tyrimai Latvijoje. 7 atvejais buvo įsigyti vaistai. 23 atvejais VLK kompensavo MPP įsigijimo išlaidas.

Jau ne pirmus metus Lietuvoje ir Europos Sąjungos šalyse veikiant direktyvai dėl pacientų teisių į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, pagal kurią mūsų apdraustieji gali laisviau vykti gydytis į kitas šalis, stebimos panašios tendencijos. Svarbiausia iš jų yra ta, kad Lietuvos apdraustieji dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros dažniausiai vyksta į kaimynines šalis.

Ūkio subjektų priežiūra

VLK ir TLK specialistų vykdoma ūkio subjektų priežiūra apima šias prioritetines sritis – įstaigų ir įmonių konsultavimą, jų veiklos duomenų stebėseną privalomojo sveikatos draudimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ (toliau – „Sveidra“) ir kontrolės procedūras.

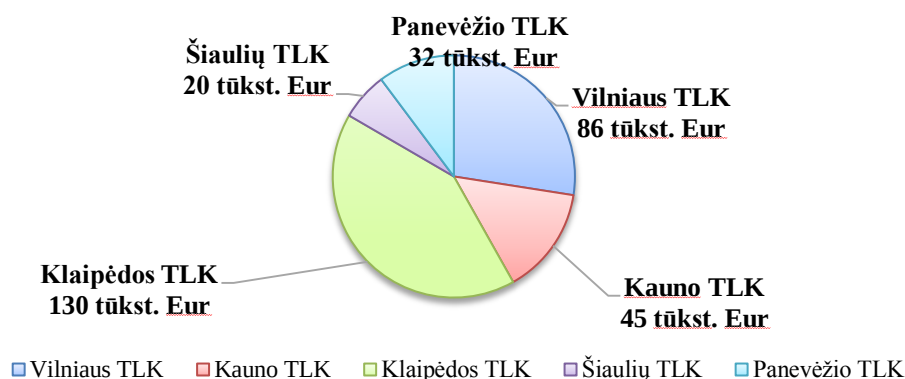
2018 m. TLK vykdė įstaigų ir įmonių veiklos duomenų, kaupiamų „Sveidroje“, stebėseną pagal patvirtintus⁹ 7 stebėsenos rodiklius. Aktyviojo gydymo paslaugų ir klinikinio kodavimo kokybės stebėseną vykdoma pagal 5 bendruosius ir 180 specialiųjų klinikinio kodavimo rodiklių¹⁰.

2018 m. TLK peržiūrėjo 954 018 statistinių kortelių (forma Nr. 066/a-LK ir forma Nr. 025/a-LK), iš jų 21 042 statistinių kortelių duomenis įstaigos turėjo patikslinti. Stebėsenos duomenų pagrindu TLK inicijavo 170 kontrolės procedūrų (3 iš jų – neplaninės). Skirtumas tarp bendros sumos, apskaičiuotos pagal neteisingus įstaigų pateiktų statistinių kortelių duomenis apie suteiktas ASP paslaugas, ir faktiškai sumokėtos įstaigoms sumos už šias paslaugas po statistinių kortelių duomenų patikslinimo sudarė daugiau nei 229 tūkst. eurų.

Kontrolės procedūrų vykdymas

2018 m. TLK atliko 635 įmonių ir įstaigų kontrolės procedūras. Bendras 2018 m. nustatytos žalos PSDF biudžetui dydis sudarė 312,5 tūkst. Eur ir buvo 40 proc. mažesnis nei žalos PSDF biudžetui dydis, nustatytas 2017 metais.

2018 m. kontrolės procedūrų metu nustatyta žala PSDF biudžetui iš viso siekė 312,5 tūkst. Eur, iš jų:



2018 m. TLK atliktų kontrolės procedūrų duomenų suvestinė

TLK	Atliktų kontrolės procedūrų skaičius	Planinių kontrolės procedūrų skaičius	Neplaninių kontrolės procedūrų skaičius	Kontrolės procedūrų, kai buvo nustatyta	Kontrolės procedūrų, kai nebuvo nustatyta žalos	Nustatyta žala PSDF biudžetui (Eur)
-----	--------------------------------------	---------------------------------------	---	---	---	-------------------------------------

⁹ VLK direktoriaus 2017 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. 1K-229 „Dėl 2018 metų teritorinių ligonių kasų prioritetinių vykdomos kontrolės krypčių ir jų atliekamos stebėsenos rodiklių sąrašo patvirtinimo“.

¹⁰ VLK direktoriaus 2015 m. gruodžio 9 d. įsakymas Nr. 1K-357 „Dėl Stacionare teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

				žala PSDF biudžetui, skaičius	PSDF biudžetui, skaičius	
Vilniaus	212	143 (67 %)	69 (33 %)	106 (50 %)	106 (50 %)	86 252,86
Kauno	71	63 (89 %)	8 (11 %)	49 (69 %)	22 (31 %)	44 833,26
Klaipėdos	157	140 (89 %)	17 (11 %)	77 (49 %)	80 (51 %)	129 994,5
Šiaulių	95	86 (91 %)	9 (9 %)	70 (74 %)	25 (26 %)	19 595,71
Panevėžio	100	85 (85 %)	15 (15 %)	60 (60 %)	40 (40 %)	31 794,2
Iš viso	635	517 (81 %)	118 (19 %)	362 (57 %)	273 (43 %)	312 470,53

Aktyviojo gydymo paslaugų apmokėjimas pagal giminingų diagnozių grupių metodą

Nuo 2012 m. buvo pereita prie naujos aktyviojo gydymo (stacionarinio aktyviojo gydymo ir dienos chirurgijos) paslaugų klasifikacijos ir šių paslaugų apmokėjimo pagal giminingų diagnozių grupių metodą. Jo esmė: mediciniais ir ekonominiais kriterijais pagrįstas atvejų, kai pacientams taikomas aktyvusis gydymas, klasifikavimas, priskiriant šiuos atvejus tam tikroms kategorijoms (giminingų diagnozių grupėms). Tokiu būdu siekiama užtikrinti teisingą (proporcingą realioms sąnaudoms) ir skaidrų ligoninių teikiamų paslaugų apmokėjimą ir turėti priemonę ligoninių veiklos lyginamajai analizei atlikti (lyginant tarpusavyje šalies ASP įstaigas arba Lietuvos ir užsienio ASP įstaigas).

VLK ir TLK specialistai pagal patvirtintus¹¹ klinikinio kodavimo bendruosius ir specialiuosius stebėsenos rodiklius vykdo duomenų apie stacionare teikiamas aktyviojo gydymo paslaugas stebėseną. Buvo atlikta 2018 m. aktyviojo gydymo klinikinį duomenų analizė, kurios pagrindu vėliau buvo parengta ir VLK interneto svetainėje paskelbta 2018 m. klinikinio kodavimo stebėsenos rezultatų vertinimo ataskaita. Minėtos analizės tikslas – įvertinti ir palyginti skirtingų laikotarpių ASP įstaigų klinikinio kodavimo duomenis, išvengti neteisingų duomenų pateikimo ir gauti išsamią informaciją apie gyventojams teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas.

Vykdydami stebėseną, VLK ir TLK specialistai iš 673 685 aktyviojo gydymo atvejų atrinko 34 100 aktyviojo gydymo atvejų (5 proc.), kurių duomenys galėjo būti klaidingi. Šie duomenys buvo grąžinti ASP įstaigoms tikslinti – iš viso buvo patikslinta 98 proc. tokių atvejų duomenų. Įvertinus kelių pastarųjų metų duomenis, galima teigti, kad klinikinio kodavimo kokybė ASP įstaigose gerėja, nes vis mažiau randama gydymo atvejų, kurių duomenys klaidingi (2017 m. – 7 proc., 2018 m. – 5 proc.). Sudėtingiausių atvejų dalis (giminingų diagnozių grupių, kurių kodo paskutinis simbolis yra „A“), palyginti su bendru aktyviojo gydymo atvejų skaičiumi (be dienos chirurgijos), padidėjo nuo 28 proc. iki 30 proc. (lyginant 2017 m. ir 2018 m. duomenis). Be to, buvo įvertintas vidutinis aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas (angl. *Casemix Index*), kuris 2018 m. buvo 1,636. Palyginti su 2017 m. klinikinio kodavimo stebėsenos rezultatų vertinimo ataskaitos duomenimis, šis rodiklis padidėjo 4 procentais. Vidutinis aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas skiriasi skirtingo lygmens ligoninėse: respublikos lygmens ligoninėse šis rodiklis yra 1,810, regiono – 1,249, rajono – 1,114, privačių ligoninių – 2,330 (2018 m. duomenys). Buvo įvertintas ir bendrasis kokybės rodiklis (toliau – BKR), kurio reikšmė buvo apskaičiuota šalies ir kiekvienos ASP įstaigos mastu pagal 156 specialiuosius stebėsenos rodiklius. Pagal 2018 m. duomenis BKR šalies mastu buvo 0,8 procento. Šio rodiklio reikšmė sumažėjo, palyginti su 2017 m., kai šio rodiklio reikšmė buvo 1,3 proc. (apskaičiuota pagal 136 specialiųjų rodiklių reikšmes).

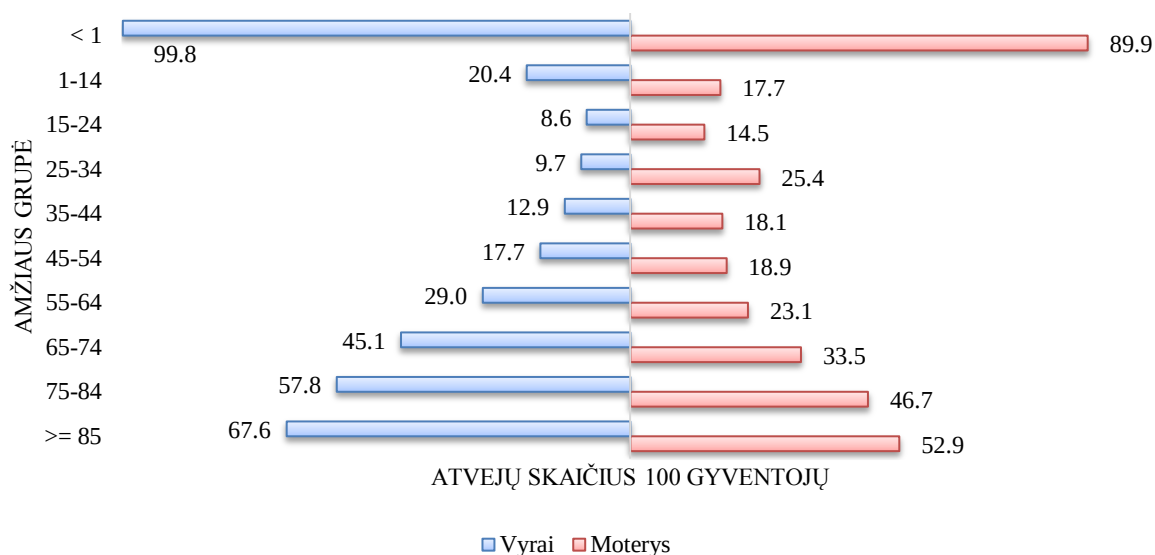
Taip pat 2018 m. buvo parengta 2017 m. aktyviojo gydymo stacionarinių ir dienos chirurgijos paslaugų apžvalga ir išsami ligoninių (respublikos, regiono ir rajono lygmens) 2017 m. veiklos efektyvumo vertinimo pagal kiekybinius rodiklius analizė. 2017 m. aktyviojo gydymo stacionarinių ir dienos chirurgijos paslaugų apžvalgos duomenimis, aktyviojo gydymo atvejų skaičius kasmet vidutiniškai mažėjo 2 procentais.

2013–2017 m. dienos chirurgijos ir stacionarinio aktyviojo gydymo atvejų skaičius bei jų dalis procentais, palyginti su bendru aktyviojo gydymo atvejų skaičiumi

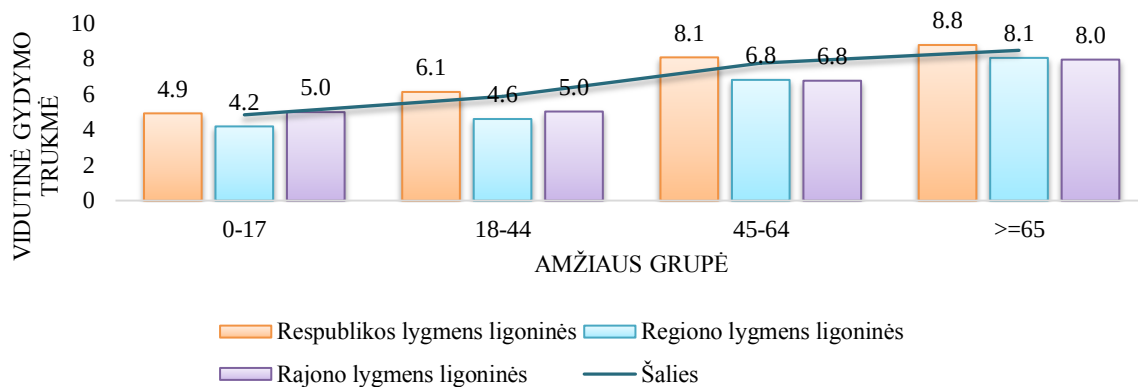
¹¹ VLK direktoriaus 2015 m. gruodžio 8 d. įsakymas Nr. 1K-357 „Dėl Stacionare teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

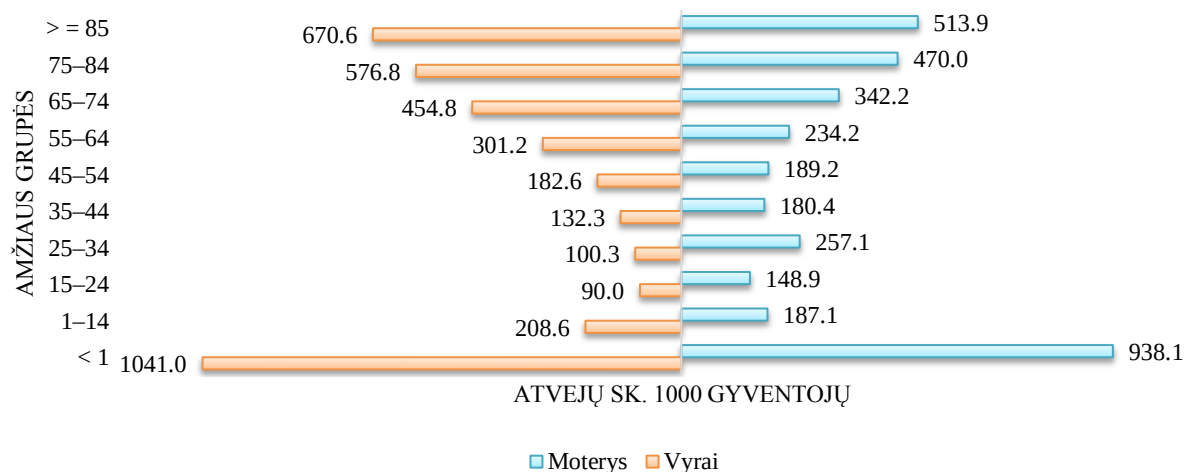
Aktyviojo gydymo atvejai	2013 m.		2014 m.		2015 m.		2016 m.		2017 m.		Vidutinis metinis pokytis (proc.)
	atvejų skaičius (vnt.)	atvejų dalis (proc.)	atvejų skaičius (vnt.)	atvejų dalis (proc.)	atvejų skaičius (vnt.)	atvejų dalis (proc.)	atvejų skaičius (vnt.)	atvejų dalis (proc.)	atvejų skaičius (vnt.)	atvejų dalis (proc.)	
Dienos chirurgijos atvejai	104 757	14,0	97 434	13,5	102 900	14,2	112 269	15,9	117 500	17,1	3,1
Stacionarinio aktyviojo gydymo atvejai, iš jų:	640 880	86,0	626 159	86,5	623 526	85,8	593 599	84,1	569 359	82,9	-2,9
Būtinoji medicinos pagalba	354 997	55,4	334 698	53,5	329 443	52,8	317 067	53,4	293 414	51,5	-4,6
Kita (planinė) medicinos pagalba	285 883	44,6	291 461	46,5	294 083	47,2	276 532	46,6	275 945	48,5	-0,8
Iš viso	745 637	100,0	723 593	100,0	726 426	100,0	705 868	100,0	686 859	100,0	-2,0

2017 m. aktyviojo gydymo atvejų skaičius, tenkantis 100 gyventojų, pagal amžiaus grupes ir lytis



2017 m. vidutinė stacionarinio aktyviojo gydymo trukmė pagal ligoninės lygmenis ir amžiaus grupes

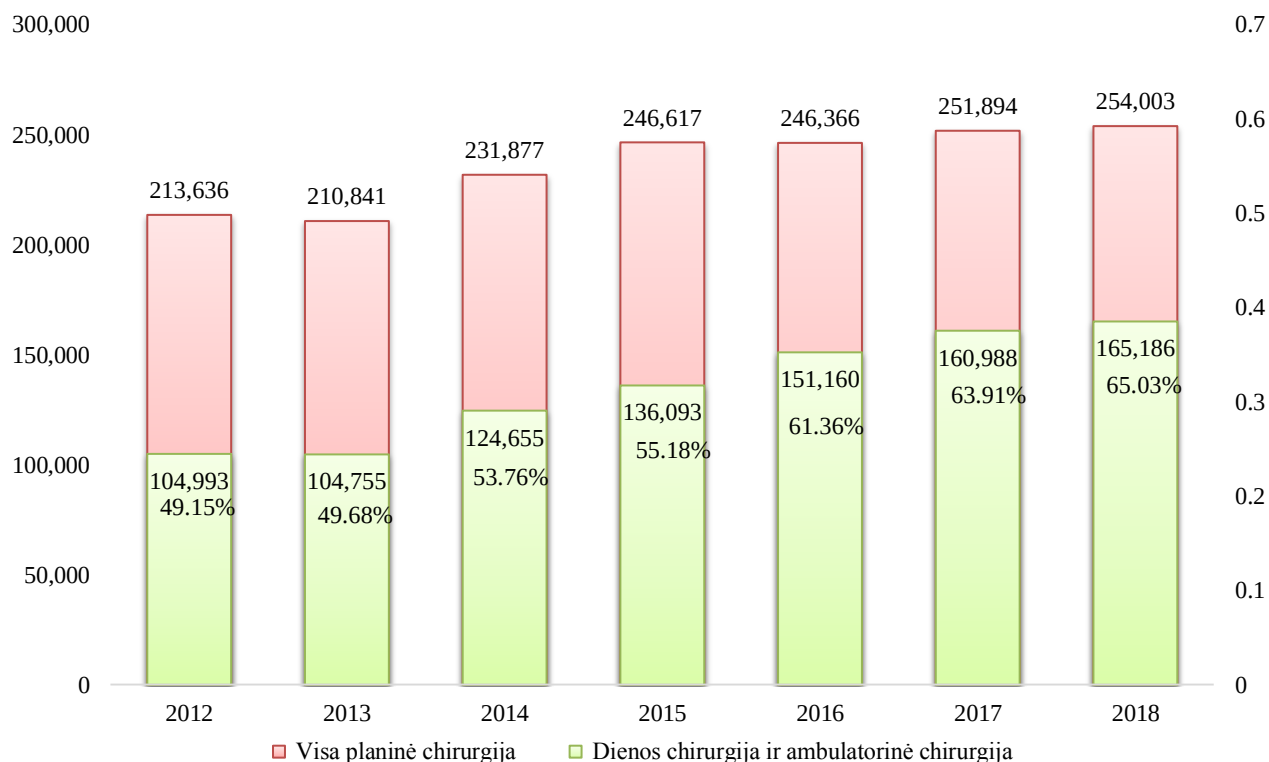




ASP įstaigų veiklos efektyvumo vertinimo analizė

2018 m. pagal patvirtintus kiekybinius rodiklius¹² buvo atlikta ASP įstaigų veiklos efektyvumo vertinimo analizė. Buvo analizuojami gydymo atvejai, kai atliekama planinė operacija, išskiriant tą šių gydymo atvejų dalį, kai planinė operacija atliekama dienos arba ambulatorinės chirurgijos sąlygomis. 2012–2018 m. planinių operacijų, atliekamų dienos ir ambulatorinės chirurgijos sąlygomis, dalis kasmet didėjo – nuo 49,15 proc. (2012 m.) iki 65,03 proc. (2018 m.).

2012–2018 m. dienos chirurgijos ir ambulatorinės chirurgijos atvejų dalis (proc.), palyginti su bendru planinės chirurgijos atvejų skaičiumi



¹² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“.

Palyginus 2012 m. ir 2018 m. duomenis, galima teigti, kad daugėja tam tikrų planinių operacijų, atliekamų dienos chirurgijos sąlygomis:

2012 m. ir 2018 m. dienos chirurgijos ir dienos stacionaro atvejų, kai atliekamos tam tikros operacijos, dalis (proc.), palyginti su bendru gydymo atvejų, kai atliekama atitinkama planinė operacija, skaičiumi

<i>Operacijos pavadinimas</i>	<i>2012 m.</i>	<i>2018 m.</i>
<i>Adenoidektomija</i>	80,8	96,46
<i>Paviršinių kojų venų šalinimas</i>	76,1	91,09
<i>Laparoskopinis tulžies pūslės šalinimas</i>	34,6	66,96
<i>Pilvo sienos išvaržų plastika</i>	37,8	68,15
<i>Kataraktos operacija</i>	82,8	98,39

Taip pat buvo analizuojama gimdymų, kai atliekamas cezario pjūvis, dalis, palyginti su bendru gimdymų skaičiumi: šio rodiklio reikšmė nuo 26,4 proc. (2012 m.) sumažėjo iki 20,76 proc. (2018 m.).

Paslaugų bazinių kainų pokyčiai

Siekiant optimizuoti ASP paslaugų kainas ir kuo tiksliau kompensuoti šių paslaugų teikimo išlaidas, 2018 m. buvo apskaičiuotos naujos arba perskaičiuotos jau galiojančios toliau nurodytų paslaugų bazinės kainos ir priemokos:

1. vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos (3 bazinės kainos);
2. skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugos suaugusiesiems ir vaikams (14 bazinių kainų);
3. dienos stacionaro paslaugos, teikiamos vaikams (9 bazinės kainos);
4. mirusio žmogaus audinių ir organų donorystės, paėmimo, ištyrimo, apdorojimo, konservavimo, laikymo ir paskirstymo paslaugos (2 bazinės kainos);
5. vieno gyventojo PAASP paslaugų metinės bazinės kainos (10 bazinių kainų);
6. ankstyvojo alkoholio vartojimo rizikos įvertinimo ir pagalbos alkoholiu piktnaudžiaujantiems asmenims paslauga (1 bazinė kaina);
7. ŽIV ligos stebėsenos laboratoriniai tyrimai (2 bazinės kainos);
8. onkologijos dienos stacionaro paslaugos (2 bazinės kainos);
9. paslaugos, teikiamos pacientams, kuriems namuose taikoma dirbtinė plaučių ventiliacija (4 bazinės kainos);
10. prirašyto prie pirminės psichikos sveikatos priežiūros centro gyventojui teikiamų paslaugų metinė bazinė kaina (sumažinus prirašytųjų gyventojų normatyvą) (1 bazinė kaina);
12. geriatrijos paslaugos (3 bazinės kainos);
13. priemokos prie aktyviojo gydymo atvejo kainos už parenterinę mitybą ir už kraujo vaistinių preparatų – žmogaus protrombininį kompleksą, skirtus stacionare.

Giminingų diagnozių grupių metodo taikymo įtaka ASP įstaigų gaunamoms lėšoms

Kasmet įvertinama giminingų diagnozių grupių metodo taikymo įtaka ASP įstaigų gaunamoms lėšoms už suteiktas aktyviojo gydymo paslaugas.

Siekiant išvengti ligoninių veiklos sutrikimų ir pritarus Privalomojo sveikatos draudimo tarybai, buvo apsispręsta giminingų diagnozių grupių metodą diegti laipsniškai, todėl 2012–2013 m. šio metodo įdiegimas neturėjo įtakos ligoninių ir TLK sutartyse numatytoms lėšoms. Giminingų diagnozių grupių metodo poveikis tapo akivaizdus 2014 m. – 11,5 proc. ligoninių uždirbtų lėšų sudarė lėšos, gautos už aktyviojo gydymo paslaugas, 2015 m. ligoninių uždirbtos lėšos už aktyviojo gydymo paslaugas sudarė 18,22 proc., 2016 m. – 19,68 proc., 2017 m. – 19,74 proc. visų uždirbtų lėšų. 2018 m. ligoninių gautos lėšos už aktyviojo gydymo paslaugas sudarė 19,91 proc. visų uždirbtų lėšų, iš jų:

- dienos chirurgijos paslaugoms teko 8,78 proc. šių lėšų,

- klasterinėms paslaugoms (infarktų, insultų gydymo) – 2,17 proc. šių lėšų,
- gimdymams – 3,40 proc. šių lėšų,
- vaikams (iki 3 metų) suteiktoms paslaugoms – 5,56 proc. šių lėšų.

Rodiklio reikšmės padidėjimą 2018 m. lėmė išaugusi dienos chirurgijos, insulto gydymo, taikant invazinę tromboektomiją, bei miokardo infarkto (kai yra ST segmento pakilimas) gydymo, kai atliekamas širdies vainikinių kraujagyslių stentavimas, paslaugų dalis, palyginti su visomis aktyviojo gydymo paslaugomis.

Planuojant 2018 m. sutartines sumas ir toliau buvo laikomasi laipsniško giminingų diagnozių grupių metodo diegimo nuostatos.

Esminė sąlyga, leidžianti pateisinti lūkesčius, siejamus su giminingų diagnozių grupių metodo taikymu, – pakankamai tikslūs šioms grupėms priskiriami kainų koeficientai (kainos turi būti proporcingos sąnaudoms). Šiuo metu taikomi kainų koeficientai yra apskaičiuoti kombinuotu būdu: Lietuvos ligoninių (68) faktinės sąnaudos priskiriamos atitinkamoms sąnaudų grupėms pagal tarptautinę kainą sudarančių sąnaudų struktūrą (laikantis Australijos AR-DRG klasifikavimo sistemos). Aktyviojo gydymo paslaugų kainų disproporcijos kol kas išlieka, nes ligoninių registruojami sąnaudų duomenys yra nepakankamai detalūs atskirų paslaugų savikainai nustatyti ir ligoninių veiklos efektyvumui patikimai įvertinti.

Detalios paciento lygio sąnaudų apskaitos (toliau – DPLSA) projekto įgyvendinimas

2015 m. I ketvirtį buvo pradėtas vykdyti detalios sąnaudų apskaitos, atliekamos paciento lygiu, projektas (numatoma trukmė – 3–4 metai), kurio įgyvendinimas leis apskaičiuoti kiekvienos aktyviojo gydymo paslaugos savikainą, nustatyti jos sudėtį ir vidutinę paslaugos kainą. Vykdamas minėtą projektą, iki 2018 m. buvo atlikti šie darbai:

- parengtos VLK savarankiškai atliekamo ASP įstaigų veiklos rezultatų apibendrinimo ir lyginamosios ASP įstaigų veiklos analizės gairės;
- parengtas ASP įstaigų (ne mažiau kaip 15), dalyvaujančių diegiant DPLSA visa apimtimi, sąrašas;
- parengtos DPLSA informacinės sistemos automatinės duomenų kokybės tikrinimo taisyklės;
- parengta VLK skirta duomenų kokybės užtikrinimo metodika;
- parengta ASP įstaigoms skirta duomenų surinkimo metodika;
- parengti DPLSA testavimo principai;
- parengti DPLSA informacinės sistemos testavimo scenarijai;
- parengtos DPLSA diegimo visa apimtimi rekomendacijos;
- parengta sąnaudų apskaitos rezultatų panaudojimo schema ir metodinės aktyviojo gydymo atvejų kainų koeficientų skaičiavimo gairės;
- įvykdyti DPLSA informacinės sistemos analizės, techninio projektavimo, parengimo ir konstravimo, įdiegimo ir testavimo, mokymų ir bandomosios eksploatacijos etapai 5-ioje ASP įstaigose;
- pradėtas DPLSA informacinės sistemos diegimas visa apimtimi 10-yje ASP įstaigų: įvykdyti diegimo ir testavimo bei mokymų etapai, pradėtas bandomosios eksploatacijos etapas 10-yje ASP įstaigų;
- DPLSA informacinės sistemos, kaip valstybės informacinės sistemos, įteisinimo dokumentai derinami su suinteresuotosiomis institucijomis.

2018 m. VLK, įgyvendinama DPLSA informacinės sistemos reprezentatyvioje ASP įstaigų grupėje diegimo projektą, parengė metodines duomenų kokybės gerinimo rekomendacijas, metodines duomenų kokybės užtikrinimo priemonių bei procedūrų praktinio įgyvendinimo rekomendacijas ir atliko DPLSA informacinės sistemos bandomąją eksploataciją iš viso 15-oje ASP įstaigų (2017 m. – 5-ioje ASP įstaigose, 2018 m. – 10-yje ASP įstaigų). Nors DPLSA informacinė sistema buvo įdiegta, kol kas šia sistema tik iš dalies galima naudotis pagal jos paskirtį ir tikslą – šiuo metu reprezentatyvios grupės ASP įstaigos dar nepateikia į DPLSA informacinę sistemą visų išsamių sąnaudų duomenų ir neužtikrina šių duomenų teikimo reguliarumo. Tai lemia toliau išvardytos priežastys:

1) nemažą dalį duomenų, kurie turi būti įvedami į DPLSA informacinę sistemą, ASP įstaigoms tenka rinkti rankiniu būdu – tai susiję su papildomu darbo krūviu ir išlaidomis;

2) ASP įstaigos neturi sąsajų su DPLSA informacine sistema, todėl negali pateikti reikiamų duomenų automatinio būdu (šie duomenys kaupiami ir tvarkomi skirtingose ASP įstaigų informacinėse sistemose – darbo užmokesčio, buhalterinės apskaitos, turto valdymo ir t. t.);

3) ASP įstaigų įvedami į Elektroninę sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros (toliau – ESPBI) informacinę sistemą duomenys (medicininiai duomenys) nėra tinkami teikti DPLSA informacinei sistemai arba jai pateikiami netinkamu formatu (pvz., duomenys apie pacientui skirtus vaistus, atliktus laboratorinius tyrimus pateikiami tik epikrizės tekste). Jei šie duomenys būtų įvedami į ESPBI informacinę sistemą tinkamu formatu (nurodomi atskiruose langeliuose), juos būtų galima efektyviai perduoti, padarius atitinkamas sąsajas, iš ESPBI informacinės sistemos į DPLSA informacinę sistemą. Taip pat ASP įstaigos nėra visiškai pasiruošusios teikti (ir dalis jų neteikia) tam tikrų medicininių duomenų į ESPBI informacinę sistemą, nes tam pirmiausia reikia adaptuoti jų informacines sistemas (tam atlikti būtini tam tikri veiklos pokyčiai, atitinkama ASP įstaigų darbuotojų kvalifikacija ir kt.).

VLK pagal kompetenciją numatė reikiamus veiksmus šiai priemonei toliau vykdyti 2019 metais.

02 Vaistams ir MPP

02 01 kompensuojamiesiems vaistams ir MPP

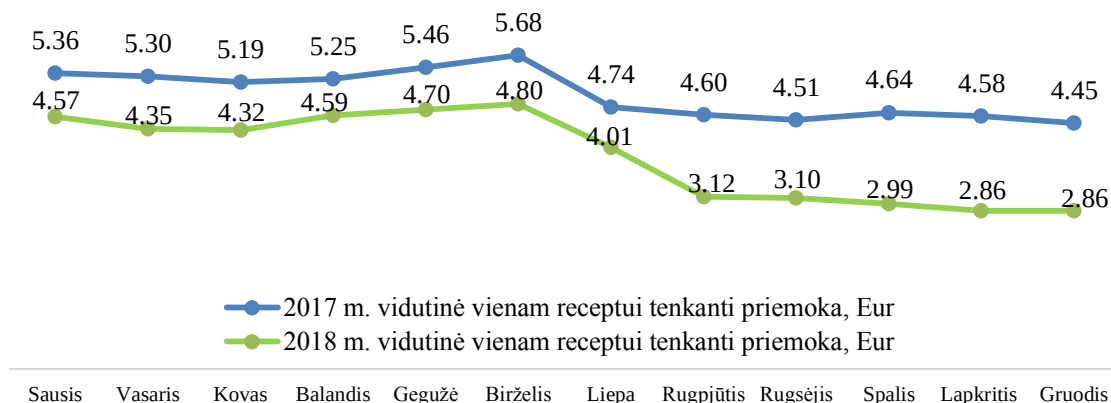
2018 m. PSDF biudžete kompensuojamiesiems vaistams ir MPP buvo numatyta 250 510 tūkst. Eur, t. y. 15 110 tūkst. Eur (arba 6 proc.) daugiau nei 2017 metais. Pagal 2018 m. priimtas sąskaitas suma, mokėtina už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP, sudarė 247 752,5 tūkst. Eur. Ši suma buvo 14 754,3 tūkst. Eur (6 proc.) didesnė nei 2017 m. (232 998,2 tūkst. Eur). 2017 m. faktinės išlaidos (pagal priimtas apmokėti sąskaitas) buvo mažesnės nei planuotosios. Sumokėta suma sudarė 250 507,2 tūkst. Eur.

2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP sudarė 23 805,5 tūkst. Eur, t. y. buvo 2 754,7 tūkst. Eur (arba 10,4 proc.) mažesnis nei kreditinis įsiskolinimas 2017 m. gruodžio 31 d. duomenimis.

2018 m. kompensuojamuosius vaistus ir MPP vartojo apie 1,17 mln. pacientų, t. y. apie 41,9 proc. visų Lietuvos gyventojų (Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2018 m. Lietuvoje iš viso buvo apie 2,8 mln. gyventojų). Panaši šio rodiklio reikšmė buvo pasiekta ir kitose Europos Sąjungos valstybėse, kuriose kompensuojamuosius vaistus vartojo 40–60 proc. šalies gyventojų. 2018 m. buvo pradėti kompensuoti nauji 42 bendrinių pavadinimų vaistai, skirti moterų ir vyrų nevaisingumui, bronhektazėms, lėtiniam virusiniam C hepatitui, onkologinėms ligoms, antrojo tipo cukriniam diabetui gydyti. Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių ASP paslaugų teikimo masto kompensuojamųjų vaistų skiriama vis daugiau, jų vartojimas didėja. Pagal 2018 m. priimtus įsipareigojimus PSDF biudžeto išlaidos gyventojams išduotiems kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms sudarė 247,8 mln. Eur, arba 14,8 mln. Eur daugiau negu 2017 metais. Pacientų sumokėtų priemonių suma 2018 m. sudarė 40,2 mln. Eur, t. y. 15 mln. Eur mažiau nei 2017 m. (2017 m. priemonių suma sudarė 55,2 mln. Eur).

Pažymėtina, kad mažėja ir pacientų mokamų priemonių už kompensuojamuosius vaistus dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų suma. 2018 m. ši dalis sudarė 14,4 proc., tai yra sumažėjo 4,7 proc. (2017 m. ši dalis sudarė 19,1 proc.). 2018 m. vidutinė viename receptui tenkanti priemoka sumažėjo nuo 4,99 Eur (2017 m. duomenimis) iki 3,90 Eur (2018 m. duomenimis), t. y. per metus vidutinė priemoka sumažėjo apie 22 proc. (žr. grafiką).

Vidutinė vienam receptui tenkanti priemoka, Eur



Nuo 2018 m. liepos mėnesio vidurio, siekiant įgyvendinti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas atsisakyti pacientų diskriminavimo pagal ligas ir užtikrinti socialinį teisingumą, buvo nustatyti aukštesni vaistų kompensavimo lygiai. Kardiologinėms ligoms gydyti skirtų vaistų kompensavimo lygis – 80 proc. – buvo pakeistas 90 proc. lygiu. O infekcinėms ir parazitinėms ligoms, endokrininėms, mitybos ir medžiagų apykaitos ligoms, nervų ir virškinimo sistemos ligoms, jungiamojo audinio ir skeleto-raumenų sistemos ligoms, urogenitalinės sistemos ir kai kurioms kitoms ligoms gydyti skirtų vaistų, kurių bazinės kainos iki šiol buvo kompensuojamos 90 proc., buvo pradėtas taikyti 100 proc. kompensavimo lygis. Dėl šių vaistų bazinių kainų kompensavimo pokyčių pernai Lietuvos gyventojai už kompensuojamuosius vaistus primokėjo 15 mln. eurų mažiau nei užpernai.

2018 m. kompensuojamuosius vaistus vartojo ir MPP naudojo apie 596 tūkst. vyresnių nei 60 metų asmenų, kurie sudarė apie 50,9 proc. visų šalies gyventojų, vartojusių kompensuojamuosius vaistus ir naudojusių MPP, arba apie 80,5 proc. visų tokio amžiaus Lietuvos gyventojų. PSDF biudžeto lėšų, skiriamų kompensuojamiesiems vaistams, poreikis didėja dėl gyventojų senėjimo ir dėl naujų vaistų, kurių įsigijimo išlaidos buvo pradėtos kompensuoti.

2018 m. VLK buvo sudariusi 141 gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartį su 38 vaistų rinkodaros teisės turėtojais dėl 106 bendrinių pavadinimų vaistų. 2018 m., vykdant minėtas sutartis, į PSDF biudžetą buvo grąžinta apie 20,9 mln. Eur.

Paminėtina, kad 2018 m. sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai ir slaugytojai), įgyvendindami Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomą Lietuvos e. sveikatos sistemos 2015–2025 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių planą, pacientams išrašė apie 6,97 mln. elektroninių receptų. Tai sudarė vidutiniškai apie 67,6 proc. visų vaistinių priimtų kompensuojamųjų vaistų receptų (2018 m. gruodžio mėn. elektroniniai receptai sudarė net 85,1 proc.). 2018 m. vaistinėse buvo išduoti kompensuojamieji vaistai ir MPP pagal 10,3 mln. receptų. Elektroninis receptas užtikrina racionalų vaistų vartojimą: pacientams nereikia kaupti didelių vaistų atsargų, nes, gydytojui išrašius 6 mėnesiams kompensuojamųjų vaistų lėtinėms ligoms gydyti, jie galės kas mėnesį vaistinėje gauti reikiamą vaistų kiekį, nesikreipdami į gydytojus dėl recepto išrašymo.

02 02 centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP

Viena iš VLK funkcijų yra netiesioginis apdraustųjų aprūpinimas centralizuotai apmokamais vaistais ir MPP. Apdraustieji minėtais vaistais ir MPP aprūpinami per ASP įstaigas.

2018 m. iš PSDF biudžeto centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP buvo skirta 54 458,2 tūkst. Eur. Pagal 2018 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma sudarė 57 270,7 tūkst. Eur, buvo sumokėta 54 458,1 tūkst. Eur.

2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už centralizuotai apmokamus vaistus ir MPP siekė 10 577,1 tūkst. Eur.

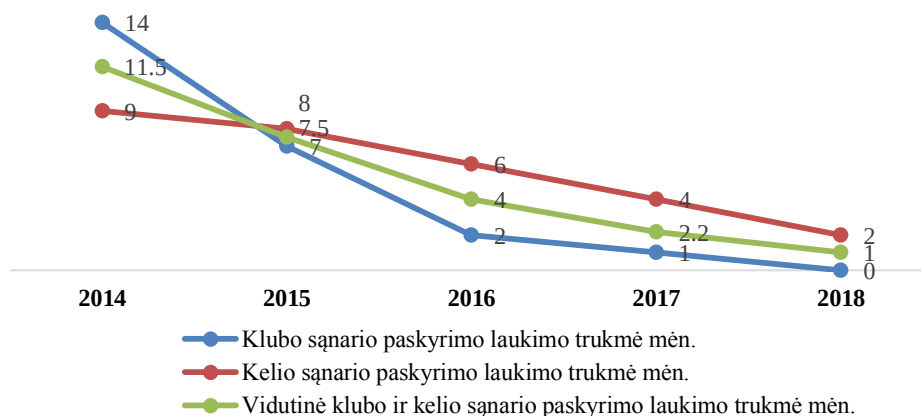
2018 m. į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą¹³ (toliau – Sąrašas) buvo įrašytos naujos indikacijos, pagal kurias buvo pradėtas kompensuoti vaistas *Bevacizumab* (skiriamas dėl kiaušidžių ir kiaušintakių piktybinių navikų). Taip pat 2018 m. buvo papildytos vaistų *Bortezomib* ir *Obinutuzumab* skyrimo sąlygos: vaistas *Bortezomib* gali būti skiriamas ne tik kaip antraeilis vaistas, kaip buvo iki 2018 m., bet ir kaip pirmaeilis vaistas daugybinei mielomai gydyti, o vaistas *Obinutuzumab* buvo pradėtas kompensuoti ir tais atvejais, kai skiriamas folikulinei limfomai gydyti. Į Sąrašą buvo įrašytas naujas vaistinis preparatas *Secukinumab* ankiloziniam spondilitui gydyti. Tai pirmasis kompensuojamasis vaistas ankiloziniam spondilitui gydyti, kuris skiriamas po gydymo pirmaeiliais biologinės terapijos vaistais. Nuo 2018 m. II ketvirčio ASP įstaigos aprūpinamos nauju į Sąrašą įrašytu vaistu *Trasatuzumab emtansine* krūties vėžiui gydyti.

2017 m. pabaigoje Sąrašas buvo papildytas vaistu *Ramucirumab* skrandžio vėžiui arba gastroezofaginės jungties adenokarcinomai gydyti. Šiuo vaistu ASP įstaigos aprūpinamos nuo 2018 m. II ketvirčio.

2018 m. pirmą kartą buvo nupirkto šios naujos medicinos pagalbos priemonės: sunkiam vyrų šlapimo nelaikymui gydyti skirti dirbtiniai šlaplės sfinkteriai ir sunkios formos epilepsijai gydyti skirtos klajoklio nervo stimuliacijos terapijos sistemos.

2018 m. PSDF biudžeto lėšomis buvo nupirkta daugiau sąnarių endoprotezų ir atlikta daugiau endoprotezavimo operacijų, todėl sumažėjo laukimo, kol bus skirti kompensuojamieji klubo ir kelio sąnarių endoprotezai, trukmė. Vidutinė sąnarių endoprotezų laukimo trukmė 2018 m. buvo 1,13 mėnesio. Tam įtakos turėjo ir tai, kad Eilių ir atsargų valdymo informacinė sistema leido operatyviau skirti sąnario endoprotezą kitam asmeniui tais atvejais, kai asmuo, kuriam jis skiriamas, atsisako operacijos (tai lėmė greitesnis apsikeitimas informacija).

Laukimo, kol bus skirti kompensuojamieji klubo ir kelio sąnarių endoprotezai, trukmės mažėjimas



2018 m. toliau buvo vykdomos derybos dėl vienintelio gamintojo vaistų kainų. Vidutiniškai centralizuotai apmokamų vienintelio gamintojo vaistų kainos sumažėjo 5 proc., o teigiamas ekonominis efektas sudarė 2 mln. eurų.

02 03 labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais

2018 m. PSDF biudžete labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais buvo numatyta 5 500 tūkst. Eur. Pagal 2018 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma sudarė 5 434,7 tūkst. Eur, buvo sumokėta 5 500 tūkst. Eur, t. y. 77 proc. daugiau nei 2017 m., kai ši suma siekė 3 099,7 tūkst. Eur.

2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas siekė 95,8 tūkst. Eur.

¹³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymas Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“.

VLK organizuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro sudarytos Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijos (toliau – Komisija) veiklą ir, vadovaudamasi jos sprendimais, išduoda garantinius raštus, pagal kuriuos kompensuojamos pacientų labai retų būklių gydymo išlaidos. 2018 m. VLK išdavė 336 garantinius raštus pagal 21 ASP įstaigos prašymus kompensuoti 262 pacientų (iš jų – 110 naujas pacientas), kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas. Naujų pacientų gydymui pagal šiuos garantinius raštus buvo skirta apie 2,7 mln. Eur. Didžiausia dalis lėšų retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiems sergantiesiems ypač retomis metabolinėmis ligomis, spinalinei raumenų atrofijai bei labai retomis onkologinėmis ligomis. Pažymėtina, kad, siekiant trumpinti sprendimo dėl jų įsigijimo išlaidų kompensavimo priėmimo laiką, trys vaistai, dėl kurių į Komisiją dažnai kreipiasi ASP įstaigos, buvo įrašyti į Labai retoms būklėms gydyti skirtų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą: blinatumomabas, skirtas ūminei limfoblastinei leukemijai (B ląstelių pirmtakų fenotipas) gydyti, kraujo krešėjimo faktorius XIII, skirtas paveldėtajai kitų krešėjimo veiksnių stokai (XIII fibriną stabilizuojančio veiksnio stoka) gydyti, ir mekaserminas, skiriamas dėl mažo ūgio, neklasifikuojamo kitur (Larono tipo). Tai leido minėtų vaistų įsigijimo išlaidas kompensuoti paprastesniu būdu – iš karto, kai tik gaunamas ASP įstaigos prašymas ir reikiami dokumentai, VLK išrašo garantinius raštus dėl individualių pacientų gydymo išlaidų kompensavimo. Šio prašymo Komisija neturi svarstyti.

02 04 medicinos priemonių (prietaisų) nuomai

2018 m. viduryje buvo pradėtos kompensuoti dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų nuomos išlaidos pacientams, gydomiems namuose, o 2018 m. antrąjį pusmetį – insulino pompų nuomos išlaidos. Šiam tikslui 2018 m. buvo skirta ir panaudota 466,8 tūkst. Eur PSDF biudžeto lėšų.

2018 m. deguonies aparatų nuomos išlaidos buvo kompensuotos 631 pacientui, dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų nuomos išlaidos – 131 pacientui, o insulino pompų nuomos išlaidos – 182 pacientams.

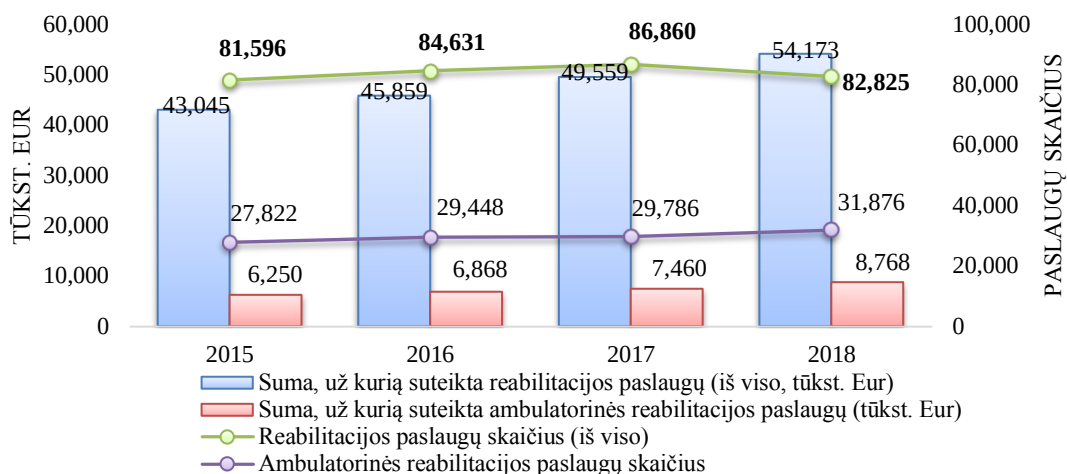
03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui

2018 m. iš PSDF biudžeto medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui buvo skirta 54 335 tūkst. Eur (iš jų – 3 804 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų ASP paslaugų bazinėms kainoms didinti, taip siekiant ASP įstaigoms sudaryti sąlygas gauti daugiau lėšų už suteiktas paslaugas ir šias lėšas naudoti jų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti). Pagal 2018 m. priimtas sąskaitas, mokėtina suma už pacientams suteiktas paslaugas sudarė 54 172,8 tūkst. Eur, buvo sumokėta 54 335 tūkst. Eur.

2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už suteiktas medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas sudarė 5 459,7 tūkst. Eur (už gruodžio mėnesį suteiktas paslaugas).

Už ASP paslaugas TLK atsiskaitė per 30 dienų nuo sąskaitų gavimo dienos, kaip ir numatyta Sveikatos draudimo įstatymo 27 straipsnio 2 dalyje.

2018 m. pacientams iš viso buvo suteikta 82,8 tūkst. medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų, iš jų beveik 31,9 tūkst. – ambulatorinės reabilitacijos paslaugų (38 proc. visų medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų).



Vaikams buvo suteikta 13,4 tūkst. reabilitacijos paslaugų (16 proc.), o suaugusiesiems – 69,4 tūkst. reabilitacijos paslaugų (84 proc.).

Nuo 2015 m. II pusmečio suaugusiesiems yra teikiamos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos, vadovaujantis Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašu¹⁴. 2018 m. buvo suteikta 1 125 psichosocialinės reabilitacijos paslaugos už 669 tūkst. Eur.

2018 m. buvo suteikta beveik 947,2 tūkst. ambulatorinės fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijų už 19 788 tūkst. Eur. Šių konsultacijų metu pagal atitinkamas indikacijas pacientams gali būti taikomos pavienės medicininės reabilitacijos priemonės.

04 Ortopedijos technikos priemonės

Viena iš VLK funkcijų – užtikrinti ortopedijos techninių priemonių (toliau – OTP) kompensavimą apdraustiesiems. OTP – tai medicinos priemonės, kurioms priskiriami įtvarai, tvirtinami iš išorės prie kūno dalies (viršutinių ir apatinių galūnių bei stuburo įtvarinės sistemos), papildomieji ir keičiamieji kūno dalių protezai (rankų ir kojų protezinės sistemos, krūties protezai), kraujotakos sistemos gydamosios priemonės bei ortopedinė avalynė. OTP taip pat priskiriami klausos aparatai su ausies įdėklais ir akių protezai.

2018 m. OTP gamybos ir pritaikymo išlaidoms kompensuoti iš PSDF biudžeto buvo skirta 12 010 tūkst. Eur. 2018 m. faktinės išlaidos (suma pagal priimtas sąskaitas) sudarė 11 782 tūkst. Eur, arba 98,1 proc. planuotų išlaidų.

2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už pagamintas ir išduotas OTP sudarė 551,6 tūkst. Eur.

2018 m. ir toliau buvo gerinamas OTP kompensavimas. 2018 m., siekiant suvienodinti visų OTP kompensavimo tvarką, pacientams, kuriems nustatyta klausos ar regos negalia, teisės aktais buvo leista savo lėšomis įsigyti klausos aparatus ir akių protezus – jų įsigijimo išlaidos vėliau jiems yra kompensuojamos. 18 metų ar vyresniems apdraustiesiems, kuriems kompensuojamieji klausos aparatai skiriami abiem ausims, vienos ausies klausos aparato bazinė kaina kompensuojama 100 proc., kitos – 50 procentų.

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 21 d. įsakymas Nr. V-788 „Dėl Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Valstybės paramos OTP įsigyti apmokėjimo tvarkos aprašas¹⁵ (toliau – Aprašas) buvo išdėstytas nauja redakcija. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 9, 15, 21 straipsnių pakeitimo ir Įstatymo papildymo 9¹ straipsniu įstatyme įtvirtinus OTP kompensavimo principą, buvo atsisakyta „valstybės paramos“ sąvokos. Aprašo pavadinimas buvo pakeistas pavadinimu „Ortopedijos techninių priemonių kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašas“, taip pat buvo nustatyti šie nauji OTP poklasių pavadinimai:

- 1) galūnių protezų (buvo protezinių sistemų (rankų ir kojų kartu);
- 2) krūtų protezų;
- 3) pagal užsakymą individualiai gaminamų įtvarų (buvo – individualiai gaminamų įtvarinių sistemų);
- 4) serijiniu būdu gaminamų įtvarų (buvo – serijiniu būdu gaminamų įtvarinių sistemų);
- 5) pagal užsakymą individualiai pagamintos sudėtingos ortopedinės avalynės (buvo – pagal užsakymą pagamintos sudėtingos ortopedinės avalynės);
- 6) pagal užsakymą individualiai pagamintos nesudėtingos ortopedinės avalynės ir batų įdėklų (buvo – pagal užsakymą pagamintos nesudėtingos ortopedinės avalynės ir batų įdėklų);
- 7) kraujotakos sistemų gydomųjų priemonių (vaikams po nudegimų);
- 8) klausos aparatų (su individualiais ar standartiniais ausies įdėklais);
- 9) akies protezų (buvo akių protezų).

Taip pat nuo 2018 m. vaikams skiriama didesnė nei 36 dydžio ortopedinė avalynė kompensuojama mokant suaugusiųjų avalynės kainą, kuri priklausomai nuo avalynės tipo gali būti iki 2,5 karto didesnė nei vaikiškos avalynės bazinė kaina.

Atsisakius 95 procentų OTP kompensavimo lygmens, visiems pacientams, kurie turėjo mokėti 5 procentų priemoką, OTP pradėtos kompensuoti 100 procentų.

2018 m. teisės aktuose buvo numatyta galimybė pacientams, sergantiems cukriniu diabetu ar reumatoidiniu artritu, per metus gauti ne vieną, o dvi avalynės poras, todėl gerokai padidėjo išduodamos sudėtingos ortopedinės avalynės skaičius, taip pat nuo metų pradžios nuolat didėjo laukiančiųjų ortopedinės avalynės eilėje skaičius (per pirmus 10 mėnesių 2017 m. buvo išduota 12 tūkst. vienetų ortopedinės avalynės, per tą patį laikotarpį 2018 m. – 14 tūkst.). Atsižvelgiant į tai, numatytos minėtos laukimo eilės mažėjimo kriterijaus reikšmės (6 proc.) pasiekti nebuvo galimybės. Siekiant sustabdyti laukiančiųjų ortopedinės avalynės eilės didėjimą, 2018 m. ketvirtą ketvirtį šiai eilei mažinti papildomai buvo skirta 300 tūkst. Eur iš sutaupyto atitinkamų poklasių lėšų. 2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis, laukiančiųjų ortopedinės avalynės eilėje skaičius sumažėjo iki 598 asmenų (2018 m. spalio 31 d. eilėje buvo 1 122 apdraustieji).

PSDF biudžeto lėšomis iš viso kompensuojamos 77 rūšių OTP. Brangiausios iš jų yra rankų ir kojų protezinių sistemų. Atsižvelgiant į didelę šių sistemų kainą (daugeliui pacientų jas būtų sunku įsigyti savo lėšomis) ir į tai, kad jos taikomos sunkiems ligoniams gydyti, VLK protezines sistemas priskiria prioritetiniams poklasiams ir skiria jiems didesnę finansavimą. 2018 m. PSDF biudžeto lėšomis buvo apmokėta 119 tūkst. OTP, kurias gavo daugiau kaip 74 tūkst. apdraustųjų. Didžiausią išduodamų OTP kiekį sudarė įtvarinės sistemos ir ortopedinė avalynė.

Sveikatos draudimo įstatyme nustatyta, kad apdraustiesiems OTP kompensuojamos apmokant ortopedijos įmonėms šių priemonių gamybos ir (ar) pritaikymo išlaidas pagal jų bazines kainas. Šios kainos apskaičiuojamos pagal ortopedijos įmonių kiekvienos rūšies OTP gamybos ir (ar) pritaikymo sąnaudų vidurkį sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Įgyvendinant šią įstatymo nuostatą, VLK direktoriaus 2016 m. rugpjūčio 30 d. įsakymas Nr. 1K-251 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ neteko galios

¹⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. lapkričio 2 d. įsakymas Nr. V-1202 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymo Nr. V-234 „Dėl Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

ir 2018 m. buvo patvirtintas PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų OTP bazinių kainų nustatymo tvarkos aprašas¹⁶.

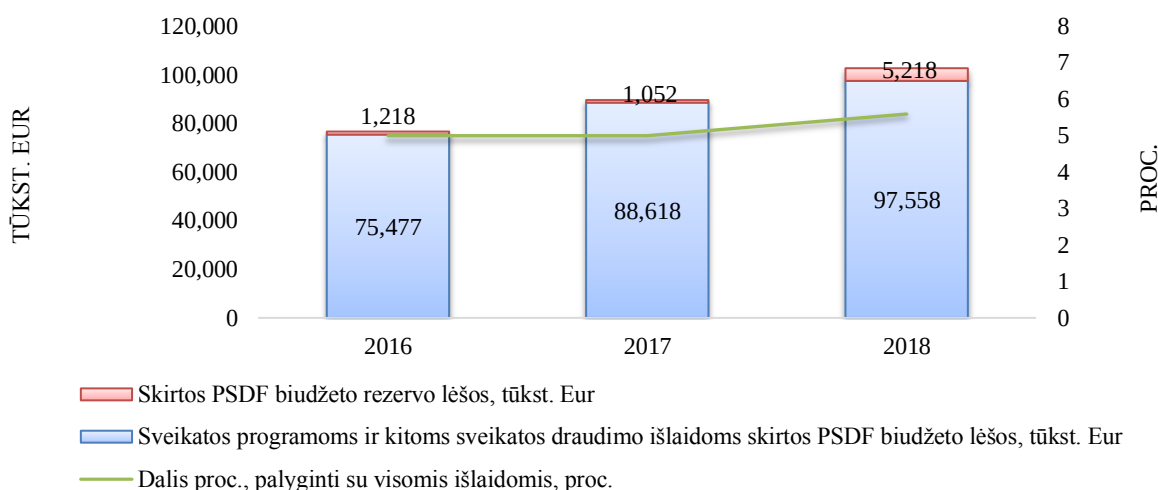
2018 m. į kompensuojamųjų OTP sąrašus buvo įtraukti du gaminiai: peties-alkūnės-riešo įtvaras ir pooperaciniai laikini gydomieji akių protezai.

05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms

PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos įvairios sveikatos programos. 2018 m. sveikatos programoms finansuoti ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti buvo skirta 102 776,2 tūkst. Eur (iš jų – 5 218,2 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų ASP paslaugų bazinėms kainoms didinti, taip siekiant ASP įstaigoms sudaryti sąlygas gauti daugiau lėšų už suteiktas paslaugas ir šias lėšas naudoti jų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti). Suma pagal prisiimtus įsipareigojimus sudarė 99 545,2 tūkst. Eur, buvo sumokėta 97 727,9 tūkst. Eur. Kreditinis įsiskolinimas, 2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis, sudarė 7 903,5 tūkst. Eur.

Pastaruoju metu vis daugiau dėmesio skiriama ligų prevencijai: laiku užkirtus kelią ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas, išvengiama didesnių gydymo išlaidų. Atsižvelgiant į tai, 2018 m. buvo skirta 17 758,7 tūkst. Eur penkioms prevencinėms programoms: Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programai, Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai, Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai, Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai bei Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai.

Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms skiriama apie 5 proc. PSDF biudžeto lėšų

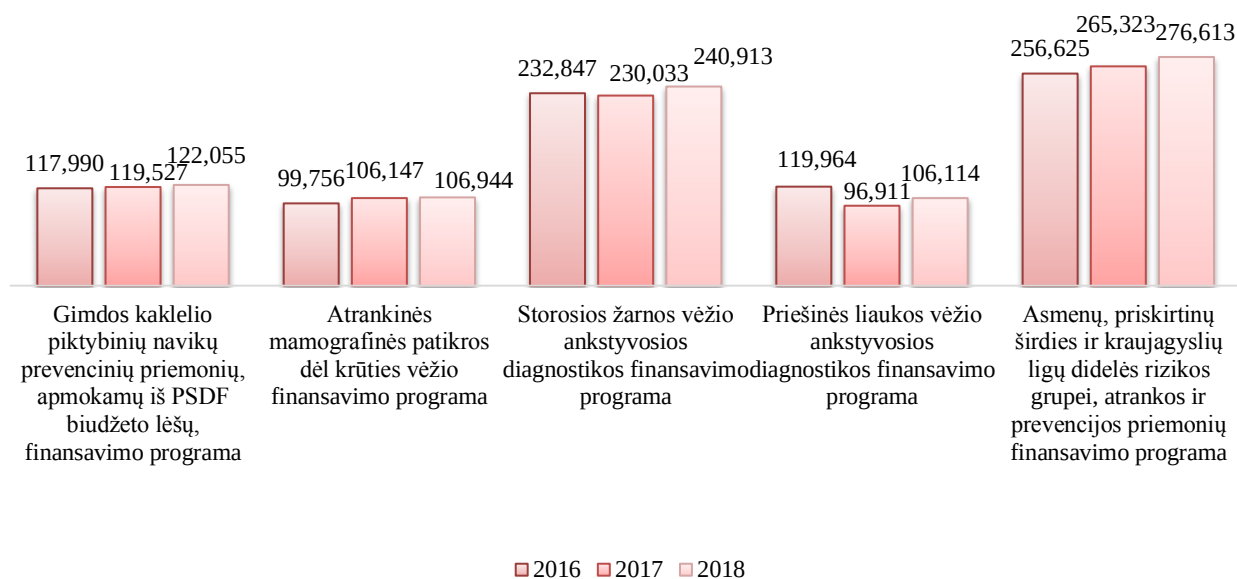


VLK duomenimis, šiuo metu Lietuvoje yra daugiau nei 1,5 mln. žmonių, kurie pagal savo amžių gali gauti prevencinėse programose numatytas paslaugas, t. y. nemokamai išsitiirti dėl gimdos kaklelio, krūties, storosios žarnos ir priešinės liaukos vėžio bei širdies ir kraujagyslių ligų. Deja, tai padaro tik kas antras atitinkamo amžiaus žmogus. Taigi, būtų galima išgelbėti kur kas daugiau gyvybių nei dabar, jei žmonės būtų aktyvesni ir mažiau abejingi savo sveikatai. Pasitikrinti sveikatą pagal prevencines programas – tai pats geriausias būdas diagnozuoti ankstyvosios stadijos ligą.

¹⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. lapkričio 2 d. įsakymas Nr. V-1203 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų ortopedijos techninių priemonių bazinių kainų nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Pagal minėtas programas paslaugas gali gauti atitinkamo amžiaus sulaukę asmenys, kuriems susirgti yra didžiausia tikimybė.

2016–2018 m. patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“* duomenimis



* Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema „Sveidra“ (toliau – „Sveidra“).

05 01 Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programai

Programa skirta moterims nuo 25 iki 60 metų.

– Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programai¹⁷ vykdyti 2018 m. buvo išleista 1 814,5 tūkst. Eur. Pagal šią programą moterys nuo 25 iki 60 metų kas trejus metus gali pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio.

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų, tūkst. Eur			suma pagal priimtas sąskaitas, tūkst. Eur	apmokėta, tūkst. Eur	lėšų panaudojimas, proc. (priimta sąsk. / skirta * 100)	patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2016	1 536,0	1 492,3	43,7	1 504,8	1 508,8	98,0	117 990
2017	1 705,1	1 668,6	36,5	1 636,5	1 629,9	96,0	119 527
2018	1 948,4	1 778,4	170,0	1 834,2	1 814,5	94,1	122 055

Lietuvoje Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa vykdoma jau daugiau kaip 14 metų. Nuo programos vykdymo pradžios iki 2018 m. pabaigos citologinio tepinėlio paėmimo ir jo rezultatų įvertinimo paslaugos 1 kartą buvo suteiktos 286 tūkst. moterų, 2 kartus – 210 tūkst. moterų, 3 kartus – 154 tūkst. moterų, 4

¹⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“.

kartus – 83 tūkst. moterų, 5 kartus – 21 tūkst. moterų. Bent 1 kartą per nurodytą laikotarpį pagal programą pasitikrino 756 tūkst. moterų. 2018 m. pagal šią programą pasitikrino 122 tūkst. moterų, t. y. apie 2 proc. daugiau nei 2017 metais.

Dėl minėtos programos pasikeitė sergamumo gimdos kaklelio vėžiu struktūra: iki 2004 m. vyravo sergamumas invaziniu vėžiu, o pradėjus vykdyti programą kasmet vis daugėjo atvejų, kai buvo nustatomi tam tikri ikivėžiniai pokyčiai ar neinvazinis gimdos kaklelio vėžys (*Ca in situ*). Tik pradėjus vykdyti šią prevencinę programą (2004 m.) Lietuvoje buvo nustatyta 570 gimdos kaklelio vėžio atvejų ir tik 256 *Ca in situ* atvejai. Jau 2005 m. įvyko pirmieji teigiami sergamumo gimdos kaklelio vėžiu pokyčiai: buvo diagnozuoti 533 *Ca in situ* atvejai, o vėžio – 500 atvejų. Per visą programos vykdymo laikotarpį sergamumo gimdos kaklelio vėžiu struktūroje ikivėžinės stadijos susirgimų dalis buvo didesnė nei užregistruotų vėžio atvejų.

Lietuvos vėžio registro duomenimis, 2010 m. buvo užregistruoti 634 *Ca in situ* atvejai, 2011 m. – 702, 2012 m. – 805 tokie atvejai (preliminariais duomenimis), o 2013 m. – daugiau kaip 729 *Ca in situ* atvejai (preliminariais duomenimis).

Pagal programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktiką paslauga, gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslauga, gimdos kaklelio citologinio tepinėlio ištyrimo paslauga, gimdos kaklelio biopsijos ir jos rezultatų įvertinimo paslauga, gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga.

05 02 Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai

Programa skirta moterims nuo 50 iki 69 metų (imtinai). Šiai amžiaus grupei priskiriamos moterys gali 1 kartą per 2 metus pasitikrinti dėl krūties vėžio.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai¹⁸ vykdyti 2018 m. buvo išleista 2 630,2 tūkst. Eur.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų (tūkst. Eur)			suma pagal priimtas sąskaitas (tūkst. Eur)	apmokėta (tūkst. Eur)	lėšų panaudojimas (proc.) (priimta sąsk. / skirta * 100)	patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomeni- mis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2016	2 152,5	2 091,6	60,9	2 135,4	2 089,9	99,2	99 756
2017	2 435,6	2 388,0	47,6	2 381,1	2 386,0	97,8	106 147
2018	2 801,8	2 572,5	229,3	2 673,4	2 630,2	95,4	106 944

Programos tikslas – nustatyti kuo ankstyvesnės stadijos ligą. Ši programa Lietuvoje vykdoma nuo 2005 metų. Pagal šią programą pasitikrinti dėl krūties vėžio gali 50–69 metų moterys kas dvejus metus. Iš viso nuo 2005 m. spalio iki 2018 m. gruodžio mėnesio bent vieną kartą programoje numatytas paslaugas gavo per 446 tūkst. moterų. 2018 m. pagal minėtą programą pasitikrino beveik 107 tūkst. moterų.

Programos įgyvendinimas nulėmė teigiamus pokyčius sergamumo krūties vėžiu struktūroje, nes kasmet diagnozuojama mažiau vėlyvųjų stadijų krūties vėžio.

Pagal programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie krūties piktybinių navikų profilaktiką ir siuntimo atlikti mamografiją paslauga, mamogramų atlikimo paslauga ir mamogramų įvertinimo paslauga.

05 03 Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai

Programa skirta vyrams nuo 40 iki 55 metų ir moterims nuo 50 iki 65 metų. Jie programoje numatytas paslaugas gali gauti 1 kartą per metus.

¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai¹⁹ vykdyti 2018 m. buvo išleista 7 098,2 tūkst. Eur.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų (tūkst. Eur)			suma pagal priimtas sąskaitas (tūkst. Eur)	apmokėta (tūkst. Eur)	lėšų panaudojimas (proc.) (priimta sąsk. / skirta * 100)	patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2016	5 435,9	5 310,8	125,1	5 492,1	5 369,4	101,0	256 625
2017	6 234,6	6 108,5	126,1	6 084,7	6 075,9	97,6	265 323
2018	7 365,5	6 760,4	605,1	7 180,2	7 098,2	97,5	276 613

Pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą rizikos grupei priskiriami asmenys kviečiami pasitikrinti kasmet. 2018 m. šioje programoje numatytas paslaugas gavo apie 4 proc. daugiau asmenų nei 2017 m. (2017 m. – 265 tūkst., o 2018 m. – 276 tūkst. asmenų). Iš viso bent vieną kartą (nuo 2006 m. iki 2018 m. pabaigos) pagal programą pasitikrino daugiau nei 767 tūkst. asmenų. Pernai buvo suteikta daugiau nei 19 tūkst. išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugų, t. y. apie 11 proc. daugiau nei 2017 m. (17 tūkst.).

Pagal programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga, išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga.

05 04 Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa Lietuvoje buvo pradėta vykdyti 2006 metais. Ši programa skirta vyrams nuo 50 iki 70 metų ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu. Minėtoms amžiaus grupėms priskiriami asmenys pagal šią programą gali pasitikrinti 1 kartą per 2 metus arba kas 5 metus, priklausomai nuo priešinės liaukos specifinio antigeno kiekio kraujyje. Kokiu periodiškumu vyras turi pasitikrinti dėl galimo priešinės liaukos vėžio, sprendžia gydantysis gydytojas.

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai²⁰ vykdyti 2018 m. buvo išleista 1 846,9 tūkst. Eur. 2017 m. dėl prostatos vėžio pasitikrino daugiau nei 96 tūkst. vyrų, o 2018 m. – 106 tūkst. vyrų, t. y. apie 9 proc. daugiau nei 2017 m.

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų (tūkst. Eur)			suma pagal priimtas sąskaitas (tūkst. Eur)	apmokėta (tūkst. Eur)	lėšų panaudojimas (proc.) (priimta sąsk. / skirta * 100)	patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2016	1 916,1	1 866,8	49,3	1 906,0	1 878,7	99,5	119 964
2017	1 708,0	1 667,2	40,8	1 593,8	1 635,2	93,3	96 911
2018	2 108,2	1 918,0	190,2	1 873,8	1 846,9	88,9	106 114

¹⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“.

²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“.

Pagal programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką paslauga, prostatos specifinio antigeno nustatymo paslauga, urologo konsultacijos ir priešinės liaukos biopsijos paslauga.

05 05 Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai

Programa skirta 50–74 metų asmenims. Šiai amžiaus grupei priskiriami asmenys gali 1 kartą per 2 metus patikrinti pagal minėtą programą.

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai²¹ vykdyti 2018 m. buvo išleista 3 251,4 tūkst. Eur.

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų (tūkst. Eur)			suma pagal priimtas sąskaitas (tūkst. Eur)	apmokėta (tūkst. Eur)	lėšų panaudojimas (proc.) (priimta sąsk. / skirta * 100)	patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2016	2 941,3	2 864,8	76,5	2 984,7	2 883,6	101,5	232 847
2017	3 164,8	3 102,2	62,6	3 000,5	3 082,8	94,8	230 033
2018	3 534,8	3 228,8	306,0	3 334,3	3 251,4	94,3	240 913

Žmonės aktyviai dalyvauja vykdant Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą: sveikatą jau patikrino 46–56 proc. šalies gyventojų, turinčių teisę gauti šioje programoje numatytas paslaugas, todėl pagal patikrinusių asmenų skaičių Lietuva laikoma viena iš geriausiai šią programą vykdančių Europos Sąjungos šalių (nuo šios programos vykdymo pradžios iki 2019 m. pradžios pagal šią programą bent vieną kartą patikrino daugiau kaip 847 tūkst. asmenų). 2018 m. duomenimis, Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytas paslaugas gavo beveik 241 tūkst. asmenų, t. y. apie 5 proc. daugiau nei 2017 metais.

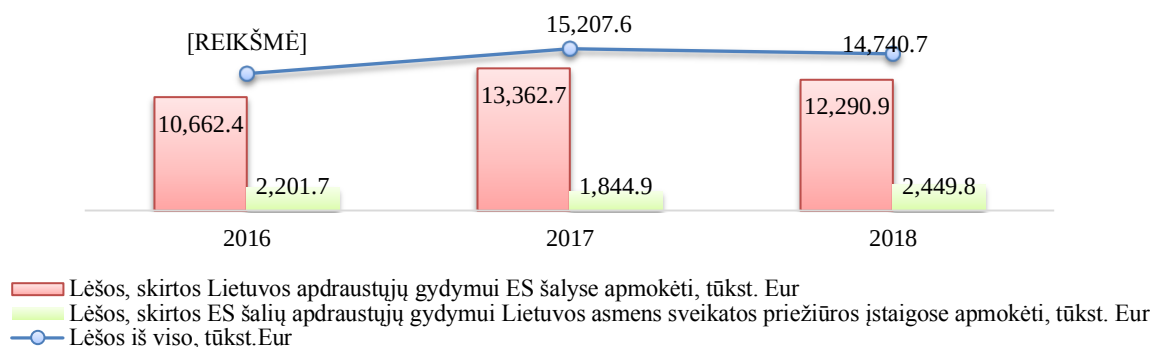
Pagal programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką paslauga, imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose rezultatų įvertinimo paslauga, paciento siuntimo pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją paslauga, gydytojo specialisto konsultacija, kai atliekama kolonoskopija ir prireikus paimama biopsijos medžiaga, taikant intraveninę nejautrą, biopsijos medžiagos histologinio ištyrimo ir įvertinimo paslauga.

05 06 Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti

Socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti 2018 m. buvo išleista 14 740,7 tūkst. Eur: už Lietuvos Respublikos apdraustiesiems Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse ir Šveicarijos Konfederacijoje (toliau – ES šalys) suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas buvo sumokėta 12 290,8 tūkst. Eur, o už kitų ES šalių apdraustiesiems suteiktas ASP paslaugas Lietuvos ASP įstaigoms buvo sumokėta 2 449,8 tūkst. Eur.

PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti dinamika 2016–2018 m.

²¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“.



Įgyvendindama šiuos tiesioginio taikymo teisės aktus, VLK apmoka PSDF biudžeto lėšomis:

- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems ES šalyse suteiktų būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas;
- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka siunčiamiems tirtis, konsultuotis ir (ar) gydytis į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų planinių ASP paslaugų išlaidas;
- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems, persikėlusius gyventi į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų ASP paslaugų išlaidas;
- Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose ASP įstaigose ES šalių apdraustiesiems suteiktų ASP paslaugų išlaidas. Šias VLK apmokėtas išlaidas vėliau kompensuoja ES šalių susižinojimo tarnybos.

05 06 01 ES šalių apdraustųjų gydymui Lietuvos ASP įstaigose

2018 m. ES šalių susižinojimo tarnyboms VLK pateikė apmokėti 4,2 tūkst. sąskaitų už ES šalių apdraustiesiems jų laikino buvimo Lietuvoje metu – 2017 m. II pusm. ir 2018 m. I pusm. – suteiktas ASP paslaugas.

Pagal šias sąskaitas kompensuotina suma sudaro 2 056,7 tūkst. Eur.

2018 m. kitų ES šalių susižinojimo tarnyboms dėl PSDF biudžeto išlaidų kompensavimo pateiktų sąskaitų duomenys

Sąskaitos, pateiktos už:	Sąskaitų skaičius (vnt.)	Suma (Eur)	Išlaidos (proc.)
ES šalių apdraustiesiems jų laikino buvimo Lietuvoje metu suteiktas ASP paslaugas	4 211	2 056 674,72	58,5
ES šalių apdraustiesiems, persikėlusius gyventi į Lietuvą, suteiktas ASP paslaugas	11 033	1 457 038,44	41,5
Iš viso	15 244	3 513 713,16	100,00

Daugiausia sąskaitų buvo pateikta Norvegijos (45 proc.), Vokietijos (15 proc.), Jungtinės Karalystės (9 proc.) ir Latvijos (6 proc.) susižinojimo tarnyboms. Šių šalių susižinojimo tarnybos turės kompensuoti ir didžiausią PSDF biudžeto išlaidų, skirtų kitų ES šalių apdraustųjų sveikatos priežiūrai Lietuvoje, dalį: Latvija – 46 proc., Norvegija – 23 proc., Vokietija – 10 ir Jungtinė Karalystė – 9 procentus. Likusioms ES šalims tenkanti kompensuojamoji PSDF biudžeto išlaidų dalis tesudarė 12 proc. bendros PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti sumos.

05 06 02 Lietuvos Respublikos apdraustųjų gydymui ES šalyse (moka VLK)

2018 m. VLK PSDF biudžeto lėšomis apmokėjo beveik 13,7 tūkst. ES šalių susižinojimo tarnybų pateiktų standartizuotų sąskaitų (E125 / E127 formos pažymų), taip pat pagal 729 pagrįstus Lietuvos Respublikos apdraustųjų prašymus kompensavo jų išlaidas būtinosios medicinos pagalbos paslaugoms, gautoms ES šalyse. Iš viso Lietuvos Respublikos apdraustųjų sveikatos priežiūros ES šalyse išlaidoms apmokėti VLK išleido 12 290,9 tūkst. Eur.

**2018 m. PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems
reglamentams įgyvendinti struktūra**

Išlaidos pagal:	Sąsk. / prašymų skaičius (vnt.)	Suma (Eur)	Išlaidos (proc.)
E125 formos pažymas	13 561	11 657 491,89	94,8
E127 formos pažymas	137	439 687,70	3,6
Apdraustųjų prašymus	729	193 702,51	1,6
Iš viso	14 427	12 290 882,10	100,00

2018 m. didžiąją PSDF biudžeto lėšų, skiriamų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti, dalį (94,8 proc. sumos) sudarė lėšos, skirtos faktinėmis išlaidomis pagrįstoms sąskaitoms (E125 formos pažymoms) apmokėti. Daugiausia 2018 m. apmokėtų sąskaitų buvo gauta iš Vokietijos (40 proc. visų apmokėtų sąskaitų), Lenkijos (18 proc.), Ispanijos (po 6 proc.) ir Švedijos (5 proc.). Iš kitų ES šalių gautos ir apmokėtos sąskaitos sudarė 31 proc. visų apmokėtų sąskaitų.

Daugiausia PSDF biudžeto lėšų VLK skyrė Vokietijoje (50 proc. bendros sumos), Švedijoje (8 proc.), Prancūzijoje (7 proc.) ir Nyderlanduose (6 proc.) Lietuvos Respublikos apdraustiesiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti. Kitose ES šalyse suteiktoms sveikatos priežiūros paslaugoms teko 29 proc. bendros sumos.

05 08 Transplantacijos programai

Iš viso Transplantacijos programai 2018 m. buvo skirta 23 177,8 tūkst. Eur.

Transplantacijos paslaugų išlaidas pradėta kompensuoti 1999 metais. PSDF biudžeto lėšomis apmokamos širdies, inkstų, kepenų, plaučių, širdies ir plaučių komplekso, kasos ir inksto komplekso, kraujodaros kamieninių ląstelių, akies ragenos transplantacijos paslaugų išlaidos, taip pat paruošimo transplantacijai paslaugų, donoro identifikavimo ir paruošimo paslaugų, tolesnės paciento stacionarinės priežiūros, paciento ambulatorinio stebėjimo ir gydymo po transplantacijos, paciento gydymo po transplantacijos dėl kitų su organų transplantacija susijusių priežasčių išlaidos.

2018 m. stacionare atliktų transplantacijų skaičius „Sveidros“ duomenimis

	Transplantacijų skaičius 2018 m.	Vidutinė vienos transplantacijos, atliekamos stacionare, kaina (Eur)
Donoro identifikavimas, ištyrimas, paruošimas ir kt.	79	1 506,98
Inkstų transplantacija	80	27 749,17
ALOKKL transplantacija	76	144 109,98
AUTOKKL transplantacija	132	44 845,91
Kepenų transplantacija	24	55 830,51
Ragenos transplantacija	43	3 019,16
Širdies transplantacija (širdies persodinimo operacija)	11	54 310,4
Širdies transplantacija (PIMAKP* prijungimo operacija, įskaitant vidinį / išorinį dirbtinį širdies skilvelį)	8	125 301,52
Plaučių transplantacija	0	0
Kasos ir inksto komplekso transplantacija	0	0
Širdies ir plaučių komplekso transplantacija	0	0

*PIMAKP – prietaisas ilgalaikiai mechaninei asistuojančiai kraujotakai palaikyti.

**PSDF biudžeto išlaidos Transplantacijos programai
(neįskaitant išlaidų potencialiems donorams paruošti)**

TŪKST. EUR

17,395

20,860

21,395

Šios programos lėšomis taip pat mokama už mirusio žmogaus audinių ir organų donorystės, audinių ir organų paėmimo bei ištyrimo paslaugas. 2018 m. PSDF biudžeto išlaidos potencialiems donorams paruošti sudarė 130,6 tūkst. Eur.

05 10 dantų protezavimo paslaugoms

Dantų protezavimo paslaugoms kompensuoti²² 2018 m. buvo išleista 23 972,1 tūkst. Eur, t. y. 8 895,7 tūkst. Eur (59 proc.) daugiau nei 2017 metais. 2017 m. šios paslaugos buvo suteiktos 42 tūkst. asmenų, o 2018 m. – 63 tūkst. asmenų, t. y. 21 tūkst., arba 50 proc., daugiau.

Vilniaus TLK, suderinusi su VLK, 2018 m. liepos 9 d. pasirašė Biudžeto lėšų naudojimo sutartį su Vilniaus miesto savivaldybės administracija. Vilniaus miesto savivaldybės administracija skyrė 150 tūkst. Eur dantų protezavimo paslaugoms kompensuoti Vilniaus miesto savivaldybės gyventojams, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu ir atitinkantiems Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 įsakymu Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“ nustatytas kompensavimo sąlygas.

Vadovaudamasi šia sutartimi, Vilniaus TLK administravo minėtas Vilniaus miesto savivaldybės biudžeto lėšas, skirtas dantų protezavimo paslaugoms kompensuoti, tai yra neatlygintinai tarpininkavo išmokėdama Vilniaus miesto savivaldybės skirtas kompensacijas gyventojams. Tokiu būdu iš Vilniaus miesto savivaldybės lėšų gyventojams papildomai buvo suteiktos 306 kompensuojamosios dantų protezavimo paslaugos.

05 13 Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti

Šioms priemonėms finansuoti 2018 m. buvo skirta 10 928,9 tūkst. Eur, t. y. 1 178,3 tūkst. Eur daugiau nei 2017 m.

2018 m. buvo pradėtos kompensuoti 2 naujos vakcinų vaikams – tai vakcina nuo B tipo meningokokinės infekcijos ir nuo rotavirusinės infekcijos. Taip pat buvo papildyta asmenų, kurie gali būti skiepijami vakcina nuo pneumokokinės infekcijos, grupė – tai asmenys, sergantys lėtine obstrukcine plaučių liga.

Šiuo metu pagal Imunoprofilaktikos programą centralizuotai perkamos šios vakcinų:

Vakcinų, nurodytos Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendoriuje	Kitos vakcinų
• hepatito B vakcina naujagimiams, kūdikiams ir vaikams; • vakcina nuo tuberkuliozės (BCG); • vakcina nuo kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės, inaktyvuota vakcina nuo poliomieliito; • vakcina nuo kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės, inaktyvuota vakcina nuo poliomieliito, vakcina nuo B tipo <i>Haemophilus influenzae</i>; • vakcina nuo tymų, epideminio parotito, raudonukės; • konjuguota vakcina nuo pneumokokinės polisacharidinės infekcijos, skirta vaikams iki 2 m.;	• vakcina nuo pasiutligės; • imunoglobulinas nuo pasiutligės; • inaktyvuota vakcina nuo poliomieliito; • vakcina nuo difterijos, stabligės (suaugusiųjų); • vakcina nuo einamųjų metų sezoninio gripo; • vakcina nuo hepatito B, skirta studentams, kurie mokymo vietose vykdo sveikatos priežiūros ir su ja susijusią veiklą mokymo tikslais (2014 m. rugsėjo mėn.–2015 m. rugsėjo mėn.); • konjuguota vakcina nuo pneumokokinės polisacharidinės infekcijos, skirta rizikos

²² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymas Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“.

• vakcina nuo difterijos, stabligės, kokliušo (nelaštelinio), skirta 15–16 m. paaugliams (skiepyti pradėta nuo 2015 m. spalio mėn.); • vakcina nuo žmogaus papilomos viruso; • vakcina nuo B tipo meningokokinės infekcijos; • vakcina nuo rotavirusinės infekcijos	grupėms priklausantiems asmenims skiepyti
--	---

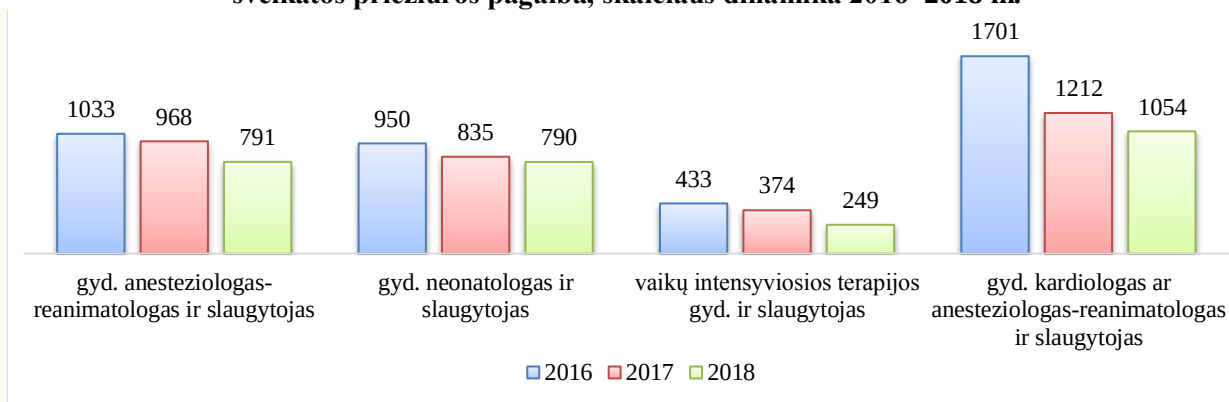
05 14 skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai finansuoti

2018 m. išlaidos skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai finansuoti siekė 5 687,8 tūkst. Eur. Skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą sudaro skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba ir specializuota skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba.

Gydymo įstaigoms mokama pagal gydymo įstaigų ir TLK sudarytas išlaidų sąmatas, neviršijant jose numatytų sumų. Skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikia 8 ligoninės: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė, VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė, VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė ir VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė.

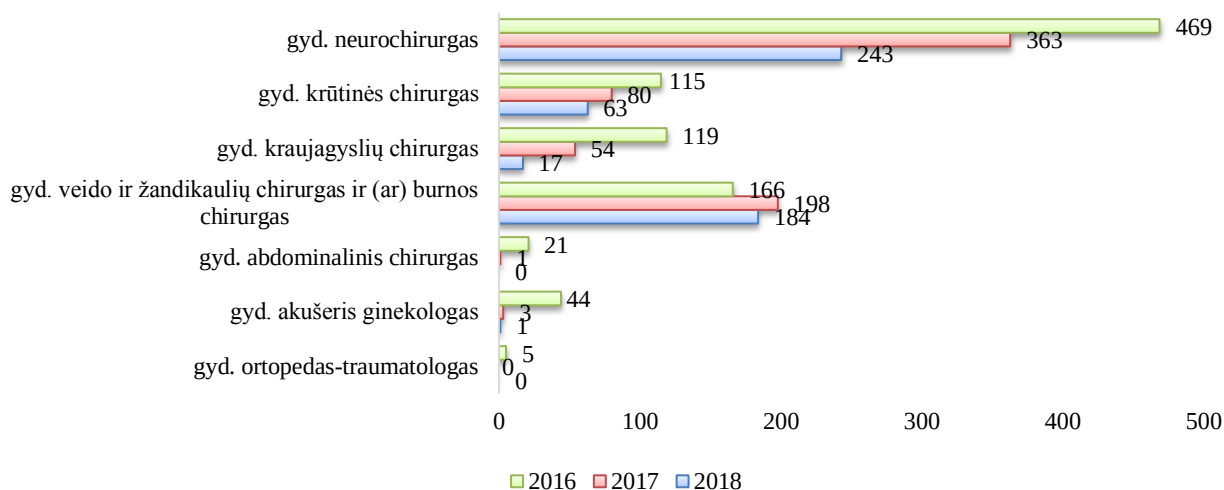
Skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikia šios gydytojų brigados: anesteziologas-reanimatologas ir slaugytojas; gydytojas neonatologas ir slaugytojas; vaikų intensyviosios terapijos gydytojas ir slaugytojas; gydytojas kardiologas ar anesteziologas-reanimatologas ir slaugytojas (lėšos paskirstomos pagal brigadų, reikalingų paros postui išlaikyti, skaičių).

Konsultuotų pacientų, kuriems buvo teikiama skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba, skaičiaus dinamika 2016–2018 m.



Specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikia šie gydytojai specialistai: neurochirurgas, veido ir žandikaulio chirurgas ir (ar) burnos chirurgas, kraujagyslių chirurgas, krūtinės chirurgas, abdominalinės chirurgijos gydytojas, akušeris ginekologas, ortopedas traumatologas.

Konsultuotų pacientų, kuriems buvo teikiama specializuota skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba, skaičiaus dinamika 2016–2018 m.



Specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikiančių gydytojų neurochirurgų paslaugų išlaidoms apmokėti skiriamos visos paros posto išlaikymui numatytos lėšos, gydytojų krūtinės chirurgų, kraujagyslių chirurgų bei veido ir žandikaulių ir (ar) burnos chirurgų – skiriama po 50 proc. paros posto išlaikymui numatytų lėšų. Lėšos TLK paskirstomos pagal gyventojų skaičių.

Specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikiančių gydytojų – abdominalinio chirurgo, akušerio ginekologo ir gydytojo ortopedo traumatologo – paslaugoms apmokėti iš PSDF biudžeto skiriamos papildomos lėšos (apmokamos faktinės išlaidos).

05 16 kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti

2018 m. išlaidos kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti siekė 1 181,78 tūkst. Eur (iš jų atlygintinai kraujo donorystei teko 16,3 tūkst. Eur).

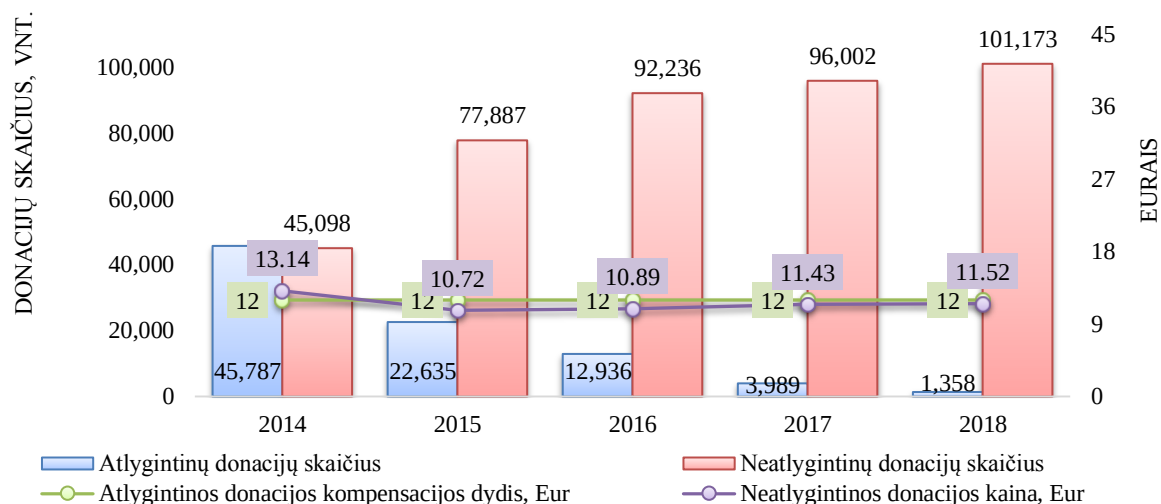
Lėšos, skirtos kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti, pervedamos kraujo donorystės įstaigoms, neviršijant šių įstaigų ir TLK patvirtintose išlaidų sąmatose numatytų sumų.

Pagrindiniai Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo 2016–2020 m. programos²³ vykdytojai – kraujo donorystės įstaigos, siekiančios propaguoti neatlygintiną kraujo donorystę ir mokančios kompensacijas kraujo donorams Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatyta tvarka. Kraujo ar jo sudedamųjų dalių donorams, davusiems nustatytą kraujo ar jo sudedamųjų dalių dozę ir pageidaujantiems gauti kelionės į kraujo donorystės įstaigą bei papildomo maitinimo išlaidų kompensaciją, iš valstybės biudžeto lėšų sumokama 12 Eur kompensacija.

Minėtos programos pagrindinis tikslas – diegti neatlygintinos kraujo donorystės principus. Atsižvelgiant į nustatytus programos tikslus, buvo siekiama, kad iki 2018 m. gruodžio 31 d. visose kraujo donorystės įstaigose būtų surinkta iki 80 proc. neatlygintinų donacijų. 2018 m. buvo surinkta 99 proc. šių donacijų.

²³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. liepos 24 d. įsakymas Nr. V-887 „Dėl Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programos 2016–2020 m. patvirtinimo“.

Donacijų skaičius ir išlaidos vienai donacijai 2014–2018 m.



05 17 ASP įstaigoms aprūpinti anti-D imunoglobulinu ir stacionariam gydymui skirtais kraujo vaistiniais preparatais bei rekombinantiniais krešėjimo faktoriais / stacionariam gydymui skirtiems kraujo vaistiniams preparatams

2018 m. anti-D imunoglobulinui ir stacionariam gydymui skirtiems kraujo vaistiniams preparatams bei rekombinantiniams krešėjimo faktoriams / stacionariam gydymui skirtiems kraujo vaistiniams preparatams buvo skirta 530 tūkst. Eur. Ši suma buvo naudojama anti-D imunoglobulinui ir žmogaus protrombino kompleksui įsigyti iki šiuos vaistinius preparatus pradedant kompensuoti kitu būdu.

VLK centralizuotai antirezus (anti-D) imunoglobuliną pirko iki 2018 m. sausio mėn. ir juo aprūpino ASP įstaigas. Šis vaistinis preparatas buvo skiriamas stacionariam ir ambulatoriniam pacienčių gydymui. 2017 m. pabaigoje anti-D imunoglobulinas buvo įrašytas į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą²⁴ (A sąrašą). Atsižvelgiant į minėto vaistinio preparato kompensavimo būdo pasikeitimą, nuo 2018 m. sausio 11 d. ambulatoriškai gydomi apdraustieji jį gali įsigyti vaistinėje pagal gydytojo išrašytą 3 formos receptą.

Atsižvelgiant į tai, kad pasikeitus anti-D imunoglobulino kompensavimo būdai ASP įstaigos, teikiančios stacionarines ASP paslaugas, šį vaistinį preparatą turėjo įsigyti savo lėšomis, ir siekiant kompensuoti šias ASP įstaigų išlaidas, į 2018 m. sutartyse dėl ASP paslaugų apmokėjimo numatytas sumas buvo įskaičiuotos minėto vaistinio preparato įsigijimo išlaidos.

Atsižvelgiant į Valstybės kontrolės išvadas ir siekiant užtikrinti žmogaus protrombino komplekso (*Octaplex*) kompensavimo atitiktį galiojantiems teisės aktams, nuo 2018 m. liepos 1 d. buvo pakeistas šio vaistinio preparato kompensavimo būdas – jo įsigijimo išlaidos kompensuojamos ASP įstaigoms, turinčioms licenciją teikti III lygio suaugusiųjų ir (ar) vaikų hematologijos, ir (ar) suaugusiųjų reanimacijos ir intensyviosios terapijos, ir (ar) vaikų reanimacijos ir intensyviosios terapijos paslaugas, mokant papildomą sumą prie faktinės aktyviojo gydymo atvejo kainos.

05 19 vaistų nuo tuberkuliozės įsigijimo išlaidoms kompensuoti

2018 m. suma, skirta vaistams nuo tuberkuliozės, sudarė 3 210 tūkst. Eur, t. y. 367 tūkst. Eur daugiau nei 2017 metais.

Ši suma 2018 m. padidėjo, nes nuo 2016 m. buvo pradėti pirkti vaistai ne tik atspariajai tuberkuliozei gydyti, bet ir pirmaeiliai vaistai, skiriami ambulatoriniam pacientų gydymui. 2018 m. buvo įsteigta daugiau tiesiogiai stebimo gydymo kabinetų, į kuriuos pacientai atvyksta išgerti vaistų prižiūrint medikams. Nupirktais vaistais visiškai tenkinami gydymo įstaigų poreikiai, jie skiriami stacionare ir ambulatoriškai gydomiems pacientams.

²⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. gruodžio 18 d. įsakymas Nr. V-1453 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

Vaistai nuo tuberkuliozės perkami vadovaujantis Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo krypties aprašu²⁵.

06 Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms

Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklai 2018 m. PSDF biudžete buvo numatyta 20 402 tūkst. Eur. Pagal šiuo laikotarpiu priimtus įsipareigojimus mokėtina suma iš viso sudarė 15 859,6 tūkst. Eur, sumokėta suma – 16 010,3 tūkst. Eur, t. y. mažiau nei 80 proc. planuotų išlaidų, arba tik 0,9 proc. visų 2018 m. PSDF biudžeto įplaukų (Sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnio 3 dalyje numatyta, kad šioms išlaidoms gali būti skiriama iki 2 proc. PSDF biudžeto lėšų).

Kreditinis įsiskolinimas pagal 2018 m. gruodžio 31 d. duomenis siekė 136,7 tūkst. Eur.

2018 m. buvo įsigyta 839,03 tūkst. Eur vertės atsargų (470,75 tūkst. Eur teko Europos sveikatos draudimo kortelių ruošiniams ir jų spausdinimo medžiagoms, kompensuojamųjų vaistų pasų ir jų titulinį lapų blankams bei sveikatos priežiūros specialisto tapatybę patvirtinančių lipdukų blankams; 108,90 tūkst. Eur – reikiamai įrangai duomenų bazėms sujungti ir komponentų migravimui užtikrinti, 259,38 tūkst. Eur – kanceliarinėms, kitoms ūkinėms prekėms ir atsargoms, skirtoms VLK bei TLK veiklai). Šių atsargų sunaudota už 700,61 tūkst. Eur.

Pažymėtina, kad šios lėšos naudojamos ne vien tik ligonių kasų veiklai finansuoti, bet ir pačios privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti, pvz., šiomis lėšomis yra apmokamos gyventojams nemokamai išduodamų Europos sveikatos draudimo kortelių, kompensuojamųjų vaistų pasų, gydytojams nemokamai išduodamų jų tapatybę patvirtinančių lipdukų pagaminimo išlaidos, taip pat užtikrinama Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro (toliau – Draudžiamųjų registras) veikla, Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos veikla, „Sveidros“ funkcionavimas ir padengiamos kitos būtinosios privalomojo sveikatos draudimo sistemos išlaidos. Apdraustiesiems, kurie galėjo pasinaudoti būtinaja medicinos pagalba ES šalyse, 2018 m. buvo išduota daugiau kaip 232 tūkst. Europos sveikatos draudimo kortelių. 2018 m. buvo išduota beveik 3 mln. sveikatos priežiūros specialisto tapatybę patvirtinančių lipdukų blankų ir 62 tūkst. kompensuojamųjų vaistų pasų.

Šiomis lėšomis vykdomi itin svarbūs projektai, pvz., 2018 m. buvo atlikti šie darbai:

1. sukurta ir 15 ASP įstaigų įdiegta DPLSA informacinė sistema, užbaigta bandomoji jos eksploatacija;
2. tęsiami Draudžiamųjų registro plėtros ir priežiūros darbai;
3. pradėti Konsultavimo informacinės sistemos ir vidaus telefono tinklo modernizavimo darbai;
4. atlikti Eilių ir atsargų valdymo, Europos duomenų mainų, Finansų valdymo ir apskaitos bei Dokumentų valdymo informacinių sistemų aptarnavimo, priežiūros ir tobulinimo darbai.

2018 m. ir toliau buvo gerinamas ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų prieinamumas. 2018 m. sukūrus Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos Dantų protezavimo posistemį, kuriame formuojama bendra centralizuota dantų protezavimo išlaidų kompensavimo eilė, buvo įdiegta pacientui skirta personalizuota paslauga – informacinių technologijų priemonėmis sužinoti prognozuojamą dantų protezavimo, kurio išlaidos bus apmokėtos PSDF biudžeto lėšomis, datą.

Ligonių kasos nuo 2013 m. aptarnauja gyventojus ir teikia administracines paslaugas pagal vieno langelio principą. Sveikatos draudimo vykdymo ir ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų klausimais gyventojai informuojami ir konsultuojami bendru visoje Lietuvoje telefono numeriu, elektroniniai paklausimai gaunami bendru elektroninio pašto adresu. Siekiant dėl

²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-815 „Dėl Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“.

konsultacijų besikreipiantiems gyventojams sumažinti finansinę naštą, nuo 2018 m. gruodžio 1 d. bendrasis gyventojų konsultavimo telefono numeris buvo pakeistas: vietoj komercinio numerio (8 700) 88 888 naudojamas mažesnio tarifo numeris (8 5) 232 2222.

Siekiant nuosekliai gerinti teikiamų administracinių paslaugų prieinamumą ir kokybę, 2018 m. buvo pradėtas Konsultavimo informacinės sistemos modernizavimo projektas. Pagal šios informacinės sistemos duomenis konsultuojami asmenys, kurie telefonu, raštu, žodžiu ar elektroniniu paštu (info@vlk.lt) kreipiasi į ligonių kasas. Vykdamas minėtą modernizavimo projektą, 2018 m. buvo pradėtas ligonių kasų konsultavimo veiklos optimizavimas, konsoliduojant ir atskiriant gyventojų konsultavimo būdus (konsultavimą prie langelio TLK nuo konsultavimo telefonu ir konsultavimo elektroniniu paštu), suteikiant daugiau funkcinio savarankiškumo atskiroms konsultavimo paslaugoms ir stiprinant jų kontrolę.

2019 m. buvo parengta ligonių kasų aptarnaujamų gyventojų 2018 m. apklausos dėl ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų, taikant vieno langelio principą, vertinimo ataskaita²⁶: buvo nustatyta, kad ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų atitiktis vartotojų poreikiams siekia 88,3 procento. 2018 m. apklausos duomenimis, gyventojų aptarnavimo ligonių kasose efektyvumą teigiamai įvertino 85 proc. visų apklausoje dalyvavusių respondentų.

2018 m. buvo persertifikuota ligonių kasose įdiegta kokybės vadybos sistema, atsižvelgiant į naujoje ISO 9001:2015 standarto redakcijoje numatytus reikalavimus. Buvo įvertinti VLK kokybės vadybos sistemos dokumentai, parengti jų pakeitimai, užtikrintas kokybės vadybos sistemos išorės priežiūros auditų atlikimas. Ligonų kasoms buvo suteiktas sertifikatas, patvirtinantis, kad įdiegta ir palaikoma vadybos sistema atitinka tarptautinio ISO 9001:2015 kokybės standarto reikalavimus. Tai reiškia, kad ligonių kasos savo veikloje taiko visame pasaulyje pripažintus veiklos kokybės vadybos metodus, yra aiškiai identifikavusios savo veiklos procesus ir orientuotos į nuolatinį veiklos tobulinimą bei veiklos efektyvumo didinimą.

2018 m. atlikę išorės priežiūros auditą, auditoriai patvirtino, kad ligonių kasose įdiegta Informacijos saugumo valdymo sistemos ir Informacinių technologijų paslaugų valdymo sistema atitinka standartų ISO/IEC 27001:2013 (LST ISO/IEC 27001:2013) ir ISO/IEC 20000-1:2015 (LST ISO/IEC 20000-1:2015) reikalavimus. ISO 27001 – tai tarptautinis informacijos saugumo valdymo sistemos standartas, kurį 2005 m. patvirtino Tarptautinė standartizacijos organizacija ir Tarptautinė elektrotechnikos komisija. Šio standarto tikslas – apsaugoti organizacijos informacijos konfidencialumą, vientisumą ir prieinamumą, taikant rizikų valdymo procesą. Tuo tarpu standarto ISO 20000 įdiegimas padės užtikrinti kokybišką informacinių technologijų paslaugų teikimą. Būtina nuolat tobulinti Informacinių technologijų paslaugų valdymo sistemą, siekiant, kad paslaugos atitiktų joms keliamus reikalavimus, būtų užtikrinama jų kokybė, efektyviau šalinami incidentai ir sprendžiamos problemos, tobulinami ir optimizuojami informacinių technologijų procesai. Galutinis tikslas – efektyvus informacinių technologijų paslaugų valdymas.

2018 m. buvo atlikti Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos Dantų protezavimo paslaugų posistemio modifikavimo darbai, pritaikant ją bendrai centralizuotai dantų protezavimo išlaidų kompensavimo eilei valdyti. Ši informacinė sistema leidžia geriau numatyti PSDF biudžeto lėšų poreikį, valdyti laukiančiųjų eiles.

2018 m. buvo tobulinamas Draudžiamųjų registras. Įgyvendinant šio registro plėtros projektą, buvo koreguojamas EDMIS sąsajos funkcionalumas, papildant naujomis funkcijomis, susijusiomis su struktūrizuotų dokumentų (SED) duomenų tvarkymu, naujų duomenų grupių tvarkymu ir perduodamų duomenų apimties didinimu.

²⁶2019 m. kovo 18 d. Nr. 7K-221.

07 Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, kompensuoti

2018 m. VLK kompensavo 4 147,3 tūkst. Eur Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos, susijusios su privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimu ir pervedimu į PSDF biudžetą, išlaidų (nuo 2016 m. sausio 1 d. visų kategorijų asmenų – dirbančiųjų, valstybės tarnautojų, statutinių tarnautojų, ūkinių bendrijų narių, individualių įmonių savininkų, individualią veiklą be verslo liudijimo vykdančių asmenų ir kitoms draudžiamųjų kategorijoms priskiriamų asmenų – mokamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas administruoja Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos administravimo įstaigos).

08 PSDF biudžeto rezervas

Kaip buvo numatyta 2018 m. PSDF biudžete, 2018 m. PSDF biudžeto rezervas buvo papildytas 72 400 tūkst. Eur pajamų.

IV. LIKUČIAI

LIKUČIAI						
Lėšų likučiai, tūkst. Eur	PSDF biudžeto apyvartos lėšos (3+4)	iš jų:		PSDF biudžeto rezervas (6+7)	iš jo:	
		planinės PSDF biudžeto apyvartos lėšos	lėšų suma, viršijanti planinių apyvartos lėšų sumą		pagrindinė dalis	rizikos valdymo dalis
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
Sausio 1 d. duomenimis	113 624	5 792	107 832	45 048	0	45 048
Gruodžio 31 d. duomenimis	146 049	5 792	140 257	145 280	26 457	118 823

Lėšų likutis pagal 2018 m. sausio 1 d. duomenis

Lėšų likutis pagal 2018 m. sausio 1 d. duomenis buvo 113 624 tūkst. Eur (iš jų 5 792 tūkst. Eur – planinės apyvartos lėšos, 107 832 tūkst. Eur – suma, kuria viršijama viršplaninių apyvartos lėšų suma), o PSDF biudžeto rezervo sąskaitoje rezervo lėšų likutis sudarė 45 048 tūkst. Eur.

Lėšų likutis pagal 2018 m. gruodžio 31 d. duomenis

PSDF biudžeto lėšų likutį pagal 2018 m. gruodžio 31 d. duomenis iš viso sudarė 146 049 tūkst. Eur (iš jų 5 792 tūkst. Eur – planinės apyvartos lėšos, 56 549 tūkst. Eur – 2018 m. viršplaninės pajamos, 83 708 tūkst. Eur – 2018 m. išlaidų ekonomija).

Kaip buvo numatyta 2018 m. PSDF biudžete, 2018 m. į PSDF biudžeto rezervo sąskaitą buvo pervesta 72 400 tūkst. Eur PSDF biudžeto lėšų (planinis atskaitymas) ir, kaip minėta, buvo panaudota 80 000 tūkst. Eur rezervo lėšų, todėl 2018 m. gruodžio 31 d. rezervas sudarė 145 280 tūkst. Eur.