

2019–2021 METAIS PROGNOZUOJAMŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO PAJAMŲ, IŠLAIDŲ IR LĖŠŲ LIKUČIŲ PAAIŠKINIMAI

I. PAJAMOS IR NUMATOMI LĖŠŲ LIKUČIAI METŲ PRADŽIOJE

01 Privalomojo sveikatos draudimo įmokos

Planuojama, kad 2019 m. privalomojo sveikatos draudimo įmokos turėtų sudaryti 1 442 201 tūkst. Eur, t. y. 226 003 tūkst. Eur (arba 18,6 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2018 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžete. Numatoma, kad 2020 m. ir 2021 m. šios pajamos palaipsniui didės ir sudarys atitinkamai 1 519 158 tūkst. Eur ir 1 597 875 tūkst. eurų. Pagrindinę privalomojo sveikatos draudimo įmokų dalį sudaro dirbančiųjų mokamos įmokos. Nuo ateinančių metų jų privalomojo sveikatos draudimo įmokos tarifas sudarys 6,98 procento. Minėtų įmokų sumos dydį prognozuoja Valstybinio socialinio draudimo fondo (toliau – VSDF) valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos.

03 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai

PSDF biudžetui skiriamos šios valstybės biudžeto lėšos:

- 1) valstybės biudžeto įmokos už draudžiamųjų valstybės lėšomis sveikatos draudimą;
- 2) valstybės biudžeto asignavimai.

Prognozuojama, kad iš viso valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, skiriami PSDF biudžetui, 2019 m. turėtų sudaryti 598 532 tūkst. Eur, t. y. 70 071 tūkst. Eur arba 13,3 proc. daugiau, nei numatyta patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete.

03 01 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis

Planuojama, kad 2019 m. valstybės biudžeto įmokų, mokamų už draudžiamuosius valstybės lėšomis, suma sudarys 562 124 tūkst. Eur, t. y. 62 951 tūkst. Eur (arba 12,6 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete. Šių įmokų suma didėja dėl 2019 m. išaugusios metinės valstybės biudžeto įmokos, mokamos už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį.

Už kiekvieną valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamą asmenį valstybės biudžetas PSDF biudžetui moka draudimo įmoką, kurios metinį dydį (procentais) ir bazę, nuo kurios ši įmoka skaičiuojama, nustato Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 16 straipsnio 2 dalis. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nuostatomis, 2019 metų šios įmokos dydis bus 44 proc., 2020 metais – 47 proc. Lietuvos statistikos departamento paskelbto užpraeitų metų keturių ketvirčių šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio vidurkio, o nuo 2021 metų – 6,98 procento užpraeitų metų 12 minimaliųjų mėnesinių algų dydžio. Atsižvelgiant į tai, 2019 m. metinė valstybės biudžeto įmoka už vieną valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamą asmenį bus lygi 373,1 euro (vidurkis, nuo kurio ši įmoka skaičiuojama, sudaro 848,0 Eur).

Numatoma, kad 2019 m. prognozuojamos vidutinės metinės vieno dirbančio asmens privalomojo sveikatos draudimo įmokos (1062 Eur) ir metinės valstybės biudžeto įmokos, mokamos už vieną draudžiamąjį valstybės lėšomis (373,1 Eur), dydžiai skirsis 2,8 karto (2018 m. prognozuojamos vidutinės metinės vieno dirbančio asmens privalomojo sveikatos draudimo įmokos, sudarančios 988 Eur, ir metinės valstybės biudžeto įmokos, mokamos už vieną draudžiamąjį valstybės lėšomis, sudarančios 321,4 Eur, dydžiai skiriasi 3,1 karto). Pažymėtina, kad savarankiškai įmokas mokančių asmenų, numatytų Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 11 dalyje, metinė privalomojo sveikatos draudimo įmoka 2019 m. turėtų sudaryti 432 Eur (6,98 proc. 12 minimalių mėnesinių algų).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje nustatyta 19 valstybės lėšomis draudžiamų asmenų grupių. Valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos

draudimu yra draudžiami labiausiai socialiai pažeidžiami asmenys. Asmenys valstybės lėšomis draudžiami tik tuo atveju, jei jie nedirba, nevykdo kitos ekonominės veiklos ar negauna kitų pajamų, nuo kurių mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Didžiausią dalį visų šių asmenų sudaro nedirbantys ir nevykdantys kitos ekonominės veiklos pensininkai, vaikai iki 18 metų, bedarbiai ir studentai. Draudžiamųjų valstybės lėšomis skaičiui nustatyti naudojami Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro (toliau – Draudžiamųjų registras) duomenys. Šis registras funkcionuoja Lietuvos Respublikos gyventojų registro duomenų pagrindu. Draustumas privalomuoju sveikatos draudimu nustatomas pagal Draudžiamųjų registro duomenų teikėjų (pvz., VMI, Lietuvos darbo biržos ir kt.) bei valstybinių registrų (pvz., Mokinių registro, Studentų registro, Valstybinio socialinio draudimo išmokų gavėjų registro ir kt.) teikiamus duomenis apie asmenų teisinį statusą ir (ar) sumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Prognozuojama, kad 2019 m. valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų skaičius sieks apie 1,5 milijono. Paminėtina, kad visų ligonių kasų interneto svetainėse kiekvienas draudžiamasis pagal Draudžiamųjų registro duomenis gali pasitikrinti, ar jis yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu.

Paminėtina, kad valstybės biudžetas už valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis į PSDF biudžetą perveda apie 0,6 mlrd. Eur, kai tuo tarpu šių asmenų sveikatos priežiūros išlaidų poreikis sudaro dukart tiek, t. y. apie 1 mlrd. eurų.

03 02 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai

2019 m. numatomi Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai sudaro 36 408 tūkst. Eur, t. y. 7 120 tūkst. Eur (arba 24,3 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete.

Pažymėtina, kad šiame straipsnyje numatytos lėšos skiriamos valstybės biudžeto PSDF biudžetui deleguotoms funkcijoms finansuoti. Teisės aktais PSDF biudžetui šiuo metu yra priskirtos šios valstybės funkcijos:

- apmokėti gyvybei gelbėti ir išsaugoti skirtų (greitosios medicinos pagalbos) paslaugų išlaidas,
- kompensuoti ortopedijos techninių priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidas,
- apmokėti neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo išlaidas ir mokėti kraujo donorų kompensacijas,
- finansuoti Nacionalinės imunoprofilaktikos programos įgyvendinimo priemonės,
- mokėti už būtinosios medicinos pagalbos paslaugas, suteiktas privalomuoju sveikatos draudimu neapdraustiems asmenims,
- kitos.

Šioms visoms valstybės PSDF deleguotoms funkcijoms vykdyti bendras valstybės biudžeto asignavimų poreikis 2019 m. sudaro apie 152 mln. Eur, t. y. 4,2 karto daugiau nei skiriama lėšų suma.

Baigtinis PSDF biudžetui deleguotų valstybės funkcijų sąrašas buvo patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 15 straipsnio 1 dalyje. Kasmet valstybės biudžeto PSDF biudžetui deleguotų funkcijų įgyvendinimui skiriamų lėšų nepakanka. Šių valstybės deleguotų funkcijų įgyvendinimui yra naudojamos kitos PSDF biudžeto gaunamos pajamos, nors nuolat augančiam sveikatos priežiūros finansavimo poreikiui padengti kitų PSDF biudžeto pajamų dydis nėra pakankamas. Skiriant pakankamą valstybės biudžeto asignavimų PSDF biudžetui sumą būtų didinama Lietuvos valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai dalis, kuri šiuo metu yra viena mažiausių Europos Sąjungoje (Lietuvoje valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai sudaro apie 67 proc. visų išlaidų sveikatai, o Pasaulio sveikatos organizacija rekomenduoja, kad ši dalis turėtų sudaryti apie 80 proc.). Apie nepakankamą valdžios sektoriaus skiriamų lėšų dydį pasisakė Pasaulio sveikatos organizacija. Ji atkreipė dėmesį į tai, kad valstybė sveikatos apsaugai skiria per mažai lėšų ir užkrauna pernelyg didelę sveikatos sistemos finansavimo našą gyventojams, juos nuskurdindama. Beveik dešimtadalis Lietuvos namų ūkių, mokėdami už sveikatos paslaugas ir vaistus, patiria katastrofinės sveikatos išlaidas. Apie per mažas valdžios sektoriaus išlaidas

sveikatos priežiūrai pasisakė ir Europos Komisija.

04 Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos

Pagal šį pajamų straipsnį apskaitomos banko mokamos palūkanos už PSDF biudžeto lėšas, esančias banko sąskaitose, ir kitos veiklos pajamos. Įvertinus bankų skelbiamą informaciją apie situaciją finansų rinkose, 2019–2021 m. neplanuojama gauti institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamų.

05 Savanoriškos asmenų įmokos

Planuojama, kad 2019 m. savanoriškos asmenų įmokos sudarys 2424 tūkst. Eur, t. y. 246 tūkst. Eur (arba 11,3 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. šios pajamos taip pat augs ir atitinkamai sudarys 2690 tūkst. Eur ir 2602 tūkst. eurų.

Pagal šį pajamų straipsnį yra apskaitomos Rusijos Federacijos pervedamos lėšos už Rusijos kariškių pensininkų ir jų šeimos narių, nuolat gyvenančių Lietuvos Respublikoje, sveikatos priežiūrą. Šios lėšos pervedamos vadovaujantis 1993 m. lapkričio 18 d. susitarimu tarp Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Rusijos Federacijos Vyriausybės „Dėl socialinių garantijų teikimo tvarkos nuolat Lietuvos Respublikoje gyvenantiems Rusijos Federacijos kariškiams pensininkams“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ir Rusijos Federacijos gynybos ministerijos 1996 m. rugpjūčio 15 d. susitarimu bei 1998 m. spalio 15 d. protokolu. Įmoka už vieno iš nurodytų asmenų sveikatos priežiūros finansavimą yra tokia pati, kaip ir Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmoka, mokama už draudžiamąjį valstybės lėšomis: 2018 m. – 321,4 Eur, 2019 m. prognozuojama įmoka – 373,1 euro. Prognozuojama, kad ateinančiais metais šių asmenų turėtų būti apie 6,5 tūkstančio.

06 Išieškomos ar grąžinamos lėšos už Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą

Planuojama, kad 2019 m. išieškomos ar grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą sudarys 2588 tūkst. Eur, t. y. 130 tūkst. Eur (arba 5,3 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. šios pajamos nežymiai augs ir atitinkamai sudarys 2652 tūkst. Eur ir 2720 tūkst. eurų.

Pagal šį pajamų straipsnį apskaitomos iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir už šias paslaugas neteisėtai pateiktas apmokėti sąskaitas bei už neteisėtai išrašytus ir išduotus vaistus ar medicinos pagalbos priemones, taip pat iš vaistinių išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai išduotus vaistus bei medicinos pagalbos priemones ar neteisėtai už juos pateiktas apmokėti sąskaitas, iš fizinių ir juridinių asmenų išieškomos lėšos už apdraustojo privalomuoju sveikatos draudimu sveikatai padarytą žalą ir už kitą PSDF biudžetui padarytą žalą.

07 Lėšos, grąžintinos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis

Planuojama, kad 2019 m. lėšos, grąžintinos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis, sudarys 12 000 tūkst. Eur, t. y. tiek pat, kiek numatyta patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. šios pajamos taip pat sudarys po 12 000 tūkst. eurų.

Šiuo metu Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) yra sudariusi 131 sutartį dėl 98 bendrinio pavadinimo vaistų su 34 vaistinio preparato rinkodaros teisės turėtojais (jo atstovais) arba juridiniais asmenimis, turinčiais didmeninio platinimo licenciją.

08 Kitos pajamos

Planuojama, kad 2019 m. kitų pajamų bus surinkta 2047 tūkst. Eur, t. y. 467 tūkst. Eur

(arba 18,6 proc.) mažiau, nei numatyta patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. šios pajamos atitinkamai sudarys 1949 tūkst. Eur ir 1955 tūkst. eurų.

Pagal šį pajamų straipsnį apskaitomos Europos Sąjungos šalių narių, Europos ekonominės erdvės šalių ir Šveicarijos konfederacijos pervedamos lėšos už jų apdraustųjų gydymą Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, pajamos už kompensuojamųjų vaistų pasų ir Europos sveikatos draudimo kortelių pakartotinį išdavimą bei kitos PSDF biudžeto pajamos.

Planuojama, kad 2019 m. PSDF biudžeto pajamos iš viso turėtų sudaryti 2 059 792 tūkst. Eur, t. y. 295 983 tūkst. Eur (arba 16,8 proc.) daugiau, nei numatyta 2018 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. PSDF biudžeto pajamos iš viso sudarys atitinkamai 2 209 685 tūkst. Eur ir 2 354 981 tūkst. eurų.

Planuojama, kad PSDF biudžeto apyvartos lėšų likutis 2019 m. sausio 1 d. duomenimis sudarys 5792 tūkst. Eur, o numatomas ateinančių metų PSDF biudžeto rezervas metų pradžioje – 227 970 tūkst. Eur (pagrindinė šio rezervo dalis turėtų sudaryti 30 897 mln. Eur, t. y. 1,5 proc. 2019 m. pajamų plano, o rizikos valdymo dalis – 197 073 tūkst. Eur).

Remiantis Lietuvos Respublikos finansų ministerijos 2018 m. rugsėjo mėn. paskelbtomis Lietuvos ekonominių rodiklių projekcijomis, ateinančių metų PSDF biudžetas su lėšų likučiais metų pradžioje turėtų sudaryti 4,9 proc. bendrojo vidaus produkto.

II. PSDF BIUDŽETO PROJEKTO SĄSAJOS SU STRUKTŪRINĖMIS REFORMOMIS, IŠLAIDOS IR NUMATOMI LĖŠŲ LIKUČIAI METŲ PABAIGOJE

Augančios PSDF biudžeto pajamos pagal atitinkamus šio biudžeto išlaidų straipsnius suplanuotos šiuo nuoseklumu:

I. pirmiausia, buvo siekiama užtikrinti 2018 m. priimtų ir įsigaliojusių sprendimų tęstinumui visus 2019 m. užtikrinti, pvz., susijusių su asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų padidiniu nuo 2018 m. gegužės mėn., naujų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, vaistų įtraukimu kompensavimo PSDF lėšomis sistemą. Paminėtina, kad pastaraisiais metais, siekiant sudaryti galimybes gydymo įstaigoms už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas gauti daugiau lėšų ir šias lėšas panaudoti darbo užmokesčiui didinti, 2016 m. II pusmetį, 2017 m. II pusmetį ir nuo 2018 m. gegužės mėn. buvo padidintas sveikatos priežiūros finansavimas ir skirtos papildomos PSDF lėšos: 2016 m. II pusmetį – 30 mln. Eur PSDF rezervo lėšų, 2017 m. II pusmetį – 24,6 mln. Eur PSDF rezervo lėšų ir nuo 2018 m. gegužės mėn. – 80 mln. Eur PSDF rezervo lėšų ir 19,5 mln. Eur PSDF biudžeto lėšų. Šių sprendimų vykdymo tęstinumui užtikrinti visus metus papildomos lėšos numatytos tiek 2017 m., tiek 2018 m. PSDF biudžete bei 2019 m. PSDF biudžeto projekte. Iš viso 2018 m. gegužės mėn. priimtų sprendimų dėl bazinių kainų padidinio tęstinumui užtikrinti ateinančiais metais papildomai PSDF biudžete numatyta 130 mln. Eur (pagal 01, 03 ir 05 PSDF išlaidų straipsnius).

II. numatytos papildomo PSDF lėšos šioms ateinančiais metais planuojamoms įgyvendinti struktūrinių reformų projektų priemonėms:

- įgyvendinant projektą „*Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtra ir pacientų registracijos pas specialistą sistemos pertvarka*“ didinti šeimos gydytojo komandoje dirbančių medicinos darbuotojų atlyginimus, įvesti naujus narius į pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią komandą ir įvesti nuotolines konsultacijas,

- įgyvendinant projektą „*Slaugos paslaugų plėtra*“ plėtoti stacionarinės ir ambulatorinės slaugos paslaugas,

- įgyvendinant projektą „*Naujų sveikos gyvensenos ir prevencijos paskatų sukūrimas*“ kurti ankstyvosios savižudybių atpažinimo ir kompleksinės pagalbos suteikimo sistemą.

III. likusias augančias PSDF lėšas siūloma skirti naujoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, naujiems į rezervinius sąrašus įtrauktiems vaistams kompensuoti.

01 Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms

2019 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugoms numatoma skirti 1 393 419 tūkst. Eur, t. y. 197 665 tūkst. Eur (arba 16,5 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. šioms išlaidoms atitinkamai būtų skiriama 1 589 880 tūkst. Eur ir 1 707 306 tūkst. eurų.

Pagrindinę PSDF biudžeto išlaidų dalį (daugiau nei 70 proc. visų išlaidų) sudaro lėšos, skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti. Asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik gydymo įstaigos, turinčios licencijas ir reikiamus žmogiškuosius bei materialinius išteklius. Už minėtas paslaugas mokama pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas bazines kainas (šios kainos skaičiuojamos balais), taikant atitinkamą šių bazinių kainų balo vertę. Šiuo metu teisės aktais nustatyta asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų balo vertė (ji galioja atsiskaitant už paslaugas, suteiktas nuo 2016 m. sausio 1 d.) yra lygi 1 Eur arba siekia iki 1 euro.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skiriamos papildomos PSDF biudžeto lėšos leistų plėtoti prioritetines ar teikti naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tokiu būdu gerinant pacientų sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę. Viena pagrindinių pastarojo dešimtmečio užduočių – skatinti ligonines modernizuoti savo veiklą taip, kad pacientai galėtų išvengti guldymo į ligoninę, jei jis nėra būtinas, bei dalį rajono ligoninėse teikiamų stacionarių paslaugų keisti slaugos ir palaikomojo gydymo, geriatrijos paslaugomis, gerinant šių paslaugų prieinamumą. Gydymąsi ligoninėje vis dažniau keičia ambulatorinis gydymas, dienos stacionaras ir dienos chirurgija. Taip taupomas paciento laikas, mažėja nebūtino stacionarinio gydymo atvejų, išvengiama su gydymu ligoninėje susijusios rizikos, pavyzdžiui, hospitalinių infekcijų.

Paminėtina, kad nuosekliai stiprinama ir šeimos gydytojo institucija. Siekiant panaudoti svertus, skatinančius šeimos gydytojus teikti daugiau ir įvairesnių aukštos kokybės paslaugų, mokėjimo už šių medikų paslaugas sistema nuolat tobulinama. Šeimos gydytojams papildomai mokama už gerus darbo rezultatus, kaimo gyventojų ar gyventojų, turinčių nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, be to mokamas priedas už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų, atitinkančių nacionalinius akreditavimo standartus šeimos medicinos paslaugai, teikimą. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra yra bene svarbiausia sveikatos apsaugos sistemos sritis: būtent į šeimos gydytoją kreipiamasi staiga sunegalavus ar dėl pagrindinių sveikatos problemų. Užsienio šalių patirtis rodo, kad apie 80 proc. visų sveikatos problemų turėtų spręsti šeimos medicina. Tad ir Lietuvoje nuolat siekiama gerinti šių paslaugų kokybę ir prieinamumą, finansiškai skatinant šeimos gydytojus už kokybiškai atliktą darbą.

2019 m. planuojama įvesti papildomą mokėjimą už nėščiųjų patikrą dėl virusinio hepatito B bei gliukozės toleravimo mėginio atlikimą nėščiosioms. Taip pat 2019 m. metais planuojama diferencijuoti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros metines bazines kainas, atsižvelgiant į tai, ar pirminės odontologinės priežiūros paslaugas teikiančioje komandoje dirba burnos higienistas. Siekiant užtikrinti racionalų antibiotikų vartojimą šalyje planuojama įdiegti naują gerų darbo rezultatų rodiklį – antimikrobinių vaistinių preparatų skyrimas, teikiant vaikams pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Nuo 2020 m. planuojama praplėsti PAASP paslaugas, už kurių mokamas skatinamasis priedas – A grupės beta hemolizinio streptokoko antigeno nustatymo greitojo testo atlikimą, vaikams, sergantiems viršutinėmis kvėpavimo takų infekcijomis, aprėptį. Taip pat planuojama įvesti papildomą skatinimą už vaiko paruošimą ikimokyklinio ir priešmokyklinio ugdymo įstaigai (gydytojo odontologo ir odontologo padėjėjo paslaugas).

Siekiant didinti ambulatorinės slaugos paslaugų namuose prieinamumą, ateinančiais metais planuojama toliau plėtoti ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas namuose.

2019–2021 m. numatoma ir toliau plėtoti ekonomiškai efektyvias sveikatos priežiūros paslaugas, toliau diegti naujas PSDF biudžeto lėšomis teikiamas gydytojų specialistų konsultacijas, kurių metu atliekami tiriamieji ir gydomieji veiksmai (pvz., gydytojo neurologo išplėstinę konsultaciją, gydytojo reumatologo išplėstinę konsultaciją, reta liga sergančio paciento išplėstinę konsultaciją ir kt.), naujas dienos stacionaro paslaugas (pvz., adjuvantinė imunoterapija, naudojant endovezikinę BCG vakciną, dienos stacionaro paslaugų, teikiamų suaugusiems, plėtra ir kt.). Tokiu

būdu siekiama skatinti sudėtingų diagnostikos ir gydymo metodų taikymą ambulatorinėje praktikoje ir mažinti hospitalizaciją.

Be to, 2019–2021 m. numatoma plėtoti telemedicinos paslaugas. Tai leis užtikrinti greitesnį pacientų ištyrimą ir sumažinti laukiančiųjų gydytojų specialistų konsultacijų eiles. Taip pat planuojama naujais tyrimais papildyti visuotinį naujagimių tikrinimą dėl paveldimų medžiagų apykaitos ligų.

02 Vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms

2019 m. vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms numatoma skirti 350 119 tūkst. Eur, t. y. 39 184 tūkst. Eur (arba 12,6 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete.

Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. lėšos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms sudarys atitinkamai 375 597 tūkst. Eur ir 400 294 tūkst. eurų. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. rugpjūčio 28 d. įsakymu Nr. V-1008 „Dėl Vaistų politikos gairių patvirtinimo“ patvirtintose Vaistų politikos gairėse numatyta, kad siekiant užtikrinti valstybės lėšų, numatytų vaistams kompensuoti, didėjimą, augant PSDF biudžetui, išlaidų vaistams dalis didėtų ne mažesniu procentu nei didėja bendras PSDF biudžetas, todėl 2020 m. ir 2021 m. planuojamos PSDF biudžeto išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms didėja tokiu pačiu procentu kaip ir bendros PSDF biudžeto pajamos. Pagal šį straipsnį apskaitomos PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, taip pat – išlaidos labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais bei medicinos priemonių (prietaisų) nuomai. Sprendimas dėl atitinkamos lėšų sumos skyrimo kiekvienai iš šių sričių priimamas atskirai, įvertinant Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę.

2017 m. Lietuvoje kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones vartojo apie 1,16 milijono pacientų, t. y. apie 41,5 proc. visų Lietuvos gyventojų metų pabaigoje (kitose Europos Sąjungos šalyse – apie 40–60 proc. gyventojų), iš jų vyresni kaip 60 metų gyventojai, vartojantys kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, sudarė apie 589 tūkst. pacientų, t. y. apie 50,8 proc. visų gyventojų, vartojusių kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones arba apie 81 proc. visų tokio amžiaus Lietuvos gyventojų. 2017 m. Lietuvoje kompensuotos apie 2 tūkst. vaistų (prekiniais pavadinimais) įsigijimo išlaidos. Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių paslaugų teikimo masto, vis daugiau skiriama kompensuojamųjų vaistų ir atitinkamai didėja PSDF biudžeto išlaidos jų įsigijimo išlaidoms apmokėti. PSDF biudžeto lėšų, skiriamų kompensuojamiesiems vaistams, poreikis didėja ir dėl numatomo naujų bei įrašytų į Rezervinį vaistų sąrašą (šis sąrašas yra skelbiamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje) vaistinių preparatų sunkioms ligoms gydyti įsigijimo išlaidų kompensavimo. Numatoma, kad dėl 2017–2018 m. pradėtų kompensuoti naujų, aukštą terapinę vertę turinčių vaistų, PSDF biudžeto išlaidos 2019 m. turėtų padidėti apie 15,4 mln. Eur, 2019 m. naujų vaistų įrašytų į Rezervinį vaistų sąrašą kompensavimui pradėti reikėtų apie 8 mln. papildomų PSDF biudžeto lėšų.

Atsižvelgiant į tai, kad lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms poreikis nuolat didėja dėl gyventojų senėjimo ir dėl naujų aukštą terapinę vertę turinčių vaistų kompensavimo poreikio, yra įgyvendinamos įvairios priemonės šių vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kainoms mažinti. Dėl priimtų sprendimų padidinti kompensuojamųjų vaistų, skirtų kardiologinėms ligoms gydyti, išlaidų kompensavimo procentą nuo 80 proc. iki 90 proc. ir padidinti visų kitų vaistų kompensuojamų 80 proc. išlaidų kompensavimo procentą iki 100 proc., PSDF biudžeto išlaidos 2019 m. dar turėtų padidėti apie 10,8 mln. eurų. Siekiama, kad 2019 m. už šiuos vaistus ir medicinos pagalbos priemones mokamos paciento priemokos sudarytų ne daugiau kaip 18,6 proc. bendros kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų sumos. 2017 m. pacientų sumokėtų priemokų dalis sudarė 19,1 proc. nuo bendros gyventojų kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų sumos. Sėkmingą minėtų priemonių įgyvendinimą turėtų ateityje patvirtinti didėjantis išduodamų kompensuojamųjų generinių vaistų vidutinių palaikomųjų

dienos dozių (angl. *Defined Daily Dose* – DDD) skaičius, palyginti su bendru išduodamų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiumi. 2017 m. kompensuojamųjų generinių ir biopanašių vaistų DDD skaičius sudarė 308 DDD, tenkančias 1000 gyventojų per dieną, ir padidėjo apie 8 proc. palyginti su 2016 m., arba 51,2 proc. nuo bendro suvartoto kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiaus.

Viena iš VLK funkcijų – netiesioginis (per asmens sveikatos priežiūros įstaigas) apdraustųjų aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis. Šiuos vaistus ir priemones centralizuotai perka VLK ir paskirsto šalies ligoninėms. Centralizuotai perkami vaistai onkologinėms ligoms gydyti, miokardo infarktui ir smegenų insultui gydyti bei kt. Taip pat centralizuotai perkamos medicinos pagalbos priemonės: dirbtiniai širdies vožtuvai, sąnarių endoprotezai, neurostimulatoriai, tracheozofaginiai kalbamieji protezai ir kiti organų ar jų dalių protezai (kochleariniai implantai) bei kt. Paraiškos dėl naujų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus nagrinėjamos ir sprendimai dėl vaistų ir medicinos pagalbos priemonių priimami nuolat. Į Rezervinį centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų sąrašą įrašomi nauji vaistiniai preparatai, kurie palaipsniui turi būti perkelti į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą.

Numatoma, kad 2019 m. lėšų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, kurių įsigijimo išlaidos apmokamos centralizuotai, poreikis didės dėl nuolat Rezervinį vaistų sąrašą papildančių vaistinių preparatų, kurie pretenduoja būti įrašyti į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą. Į Rezervinį vaistų sąrašą dažniausiai įrašomi nauji labai brangūs preparatai, kurių kompensavimui reikalingos papildomos PSDF biudžeto lėšos.

2019 m. lėšų poreikis centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms taip pat didės dėl pacientų, gydomų į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą įrašytais vaistiniais preparatais, skaičiaus. Pvz., 2018 m. į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą įrašyti nauji vaistai onkologiniams susirgimams gydyti – vaistas *Ramucirumab* skrandžio vėžiui gydyti, vaistas *Trastuzumabo emtansinas* krūties vėžiui, *Bevacizumab* – kiaušidžių vėžiui gydyti, kurių suvartojimas pirmus 3 metus, nuo kompensavimo pradžios, turėtų augti. Pacientų skaičiaus augimui įtaką daro ir prevencinės programos – išaiškinamas didesnis onkologinių susirgimų skaičius, daugiau pacientų prireikia gydymo.

Pagal šį išlaidų straipsnį taip pat apskaitomos lėšos, skiriamos labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui bei gydymui nenumatytais atvejais. Pažymėtina, kad ne visada yra sukurti vaistai labai retoms būklėms gydyti, nes dėl mažo sergančiųjų skaičiaus sunku atlikti reikiamus klinikinius tyrimus, įrodančius vaisto efektyvumą. Tai lemia didelę jau sukurtų vaistų šioms ligoms gydyti kainą. Per 2017 m., remiantis sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudarytos Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijos sprendimais, išduota 332 VLK garantiniai raštai pagal 21 asmens sveikatos priežiūros įstaigos prašymus kompensuoti 230 pacientų, kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas, iš jų 141 naujas pacientas per šiuos metus. Didžiausia dalis lėšų labai retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiems ypač retoms metabolinėms ligoms bei retoms onkologinėms ligoms gydyti. 2018 m. pradėtas kompensuoti ypač brangus gydymas vaistu nusinersenu 11 pacientų, sergančių labai reta liga spinaline raumenų atrofija, todėl 2019 m. PSDF biudžeto lėšų, skirtų labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui kompensuoti, poreikis padidėjo ir sudaro apie 2,4 mln. eurų.

Nuo 2018 m. pagal šį išlaidų straipsnį apskaitomos ir lėšos, skiriamos medicinos priemonių (prietaisų) nuomos išlaidų kompensavimui. Nuo 2018 metų trečiojo ketvirčio VLK sudaro sutartis su įmonėmis dėl insulino pompų su glikemijos duomenų įvertinimo, naudojant diagnostines juosteles gliukozės kiekiui nustatyti, funkcija, nuomos. Planuojama, kad nuo 2018 m. ketvirto ketvirčio bus pradėtos kompensuoti insulino pompų su glikemijos įvertinimo, naudojant nuolatinio gliukozės matavimo jutiklį, ir insulino išvirkštimo sustabdymo, esant mažai glikemijai, funkcija, nuomos išlaidos. Nuo 2018 m. gegužės mėn. PSDF biudžeto lėšomis pradėta kompensuoti dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų nuoma. Aparatus pacientams skiria gydytojų konsiliumas, kas mėnesį pacientų skaičius, kuriems kompensuojamos šių aparatų nuomos išlaidos, auga. Šiuo metu tokių

pacientų yra apie 80, planuojama, kad iki 2018 m. pabaigos jis padvigubės.

Tokių išlaidų kompensavimas sudaro galimybes efektyviau naudoti brangią medicinos įrangą slaugant pacientą namuose, palengvina paciento finansinę naštą, leidžia sumažinti kai kurių ligoninių užimtumą bei sudaro galimybes efektyviau naudoti PSDF biudžeto lėšas.

03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui

2019 m. medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti numatoma skirti 58 959 tūkst. Eur, t. y. 8428 tūkst. Eur (arba 16,7 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti taip pat bus skirta po 58 959 tūkst. eurų.

Sergančiųjų sunkiomis ligomis gydymas neatsiejamas nuo medicininės reabilitacijos. Tai svarbus gydymo etapas, skiriamas po ūmių ligų, operacijų, taip pat sergantiems lėtinėmis ligomis ar joms paūmėjus, po traumų ir kt., leidžiantis pacientą greičiau išgydyti, grąžinti jį į darbo rinką, integruoti į visuomenę, atkurti jo biosocialinius gebėjimus ir išvengti antrinio neįgalumo. Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos nuostatas, prioritetas turi būti teikiamas sergančiųjų sunkiomis ūmėmis ligomis arba sunkias traumas patyrusių ligonių reabilitacijai.

Medicininę reabilitaciją pacientui skiria ir siuntimą išrašo šeimos gydytojas arba pacientą stacionare gydantis gydytojas, atsižvelgęs į fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo rekomendacijas bei įvertinęs paciento diagnozę, sveikatos būklę, ligos sunkumą, biosocialinių funkcijų sutrikimo lygį, galimas kontraindikacijas ir kitus aktualius duomenis. Gydantis gydytojas taip pat sprendžia, ar reabilitacijos paslaugos turi būti teikiamos ambulatorinėmis, ar stacionarinėmis sąlygomis. Reabilitacijos įstaigą pacientas gali pasirinkti pats. Suaugusiesiems dėl tos pačios ligos gali būti skiriamas tik vienas reabilitacinio gydymo kursas per metus. Tuo tarpu vaikai medicininės reabilitacijos gali būti siunčiami pagal poreikį neribotą kursų skaičių per kalendorinius metus motyvuotu gydančio gydytojo sprendimu. Vaikai iki 8 metų turi teisę į reabilitacijos įstaigas vykti lydimi juos slaugančio asmens, už kurio maitinimą ir apgyvendinimą sumokama PSDF biudžeto lėšomis. Vyresnis nei 8 metų vaikas gali būti lydimas slaugančio asmens, jei vaikui yra nustatytas neįgalumas arba jei gydytojų konsultacinė komisija nustato, kad vaikui reikalinga slauga dėl adaptacijos ar elgesio sutrikimų, dėl sunkių centrinės ar periferinės nervų sistemos, atramos-judamojo aparato pažeidimų, traumų, operacijų. Paminėtina, kad vaikų medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui planuojama skirti iki 20 proc. visų medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui skiriamų lėšų.

04 Ortopedijos technikos priemonėms

2019 m. ortopedijos technikos priemonėms numatoma skirti 12 110 tūkst. Eur, t. y. 100 tūkst. Eur (arba 0,8 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2018 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. lėšos ortopedijos technikos priemonėms sudarys atitinkamai 12 210 tūkst. Eur ir 12 310 tūkst. eurų.

Ortopedijos technikos priemonės – 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, kojų protezinės sistemos, krūties protezai), kraujotakos sistemos gydamosios priemonės, ortopedinė avalynė, klausos aparatai bei akių protezai. Apdraustieji ortopedijos technikos priemonės gali įsigyti ortopedijos įmonėse, kurios yra pasirašiusios sutartis su VLK dėl apdraustųjų aprūpinimo minėtomis priemonėmis. Neįgalieji, neturintys galimybių atvykti į ortopedijos įmonę dėl sveikatos būklės, taip pat asmenys, besigydantys ligoninėse, šiomis priemonėmis aprūpinami jų gyvenamojoje vietoje, gydymosi įstaigoje arba globos namuose. Per metus vidutiniškai kompensuojamos apie 115 tūkst. ortopedijos technikos priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidos. Iš jų didžiausią dalį (35 proc.) sudaro pagal užsakymą pagaminta nesudėtinga ortopedinė avalynė ir batų įdėklai. Kompensuojamosiomis ortopedijos technikos priemonėmis per metus aprūpinama vidutiniškai 75 tūkst. apdraustųjų. Ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos gali būti kompensuojamos ir tiesiogiai

apdraustiesiems, įsigijusiems ortopedijos technikos priemones savo lėšomis. 2017 metais 24 apdraustieji įsigijo ortopedijos technikos priemones savo lėšomis. Šioms apdraustųjų išlaidoms kompensuoti buvo skirta 7,9 tūkst. eurų.

Pažymėtina, kad ortopedijos technikos priemonių finansavimas yra svarbus ne tik pacientui, bet ir valstybei, nes tinkamai pritaikytos šios priemonės neįgaliajam iš dalies arba beveik visiškai grąžina prarastą funkciją, tai reiškia – padidėja žmogaus galimybės savarankiškai gyventi ir dirbti. Ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos nuo 2004 metų. VLK, pritarus Privalomojo sveikatos draudimo tarybai, ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti skiriamas lėšas paskirsto pagal šiuos 9 ortopedijos technikos priemonių poklasių: protezinių sistemų (rankų ir kojų kartu), krūčių protezų, individualiai gaminamų įtvarinių sistemų, serijiniu būdu gaminamų įtvarinių sistemų, pagal užsakymą pagamintos sudėtingos ortopedinės avalynės, pagal užsakymą pagamintos nesudėtingos ortopedinės avalynės ir batų įdėklų, kraujotakos sistemų gydomųjų priemonių (vaikams po nudegimų), klausos aparatų (su individualiais ar standartiniais ausies įdėklais), akių protezų. Paminėtina, kad nuo 2017 m., siekiant efektyviau naudoti ortopedijos technikos priemonėms skiriamas PSDF biudžeto lėšas, kompensuojamos ne tik pagal užsakymą, bet ir serijiniu būdu gaminamų ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos, gerinant apdraustųjų aprūpinimą moderniomis ortopedijos technikos priemonėmis į kompensuojamųjų ortopedijos technikos priemonių sąrašus įtraukti modernūs šlaunies ir blauzdos protezai.

05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms

Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms 2019 m. numatoma skirti 120 764 tūkst. Eur, t. y. 23 206 tūkst. Eur (arba 23,8 proc.) daugiau, palyginti su patvirtintu 2018 m. PSDF biudžetu. Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. lėšos sveikatos programoms finansuoti ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti atitinkamai bus skiriama 132 709 tūkst. Eur ir 145 097 tūkst. eurų.

PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos šios prevencinės sveikatos programos:

- Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa (ši programa skirta moterims nuo 25 iki 60 metų),
- Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa (ši programa skirta moterims nuo 50 iki 70 metų),
- Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa (ši programa skirta vyrams nuo 40 iki 55 metų ir moterims nuo 50 iki 65 metų),
- Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa (ši programa skirta vyrams nuo 50 iki 70 metų ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu),
- Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa (ši programa skirta asmenims nuo 50 iki 75 metų).

Dauguma širdies ir kraujagyslių bei vėžinių susirgimų sukelia mirtį ar negalią tik todėl, kad jie diagnozuojami ir pradedami gydyti per vėlai. Prevencija padeda išvengti ligų. Pastaruoju metu ligų prevencijai skiriama vis daugiau dėmesio. Nemaža gyventojų dalis jau pasitikrino sveikatą pagal prevencines programas. Pavyzdžiui, pagal Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą sveikatą tikrinasi 46–56 proc. programoje galinčių dalyvauti žmonių ir Lietuva patenka į vieną iš geriausiai šią programą vykdančių Europos Sąjungos šalių pagal programoje dalyvavusių asmenų skaičių. Nuo šios programos vykdymo pradžios iki 2018 m. pradžios pagal šią programą bent vieną kartą pasitikrino daugiau kaip 781 tūkst. asmenų. 2017 m. duomenimis Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje sudalyvavo 230 tūkst. asmenų. Moterų aktyvumas dalyvaujant Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programoje bei Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje nemažesnis nei kaimyninėse šalyse ar netgi senosiose Europos Sąjungos šalyse. Pagal gimdos kaklelio vėžio prevencinę

programą Lietuvoje sveikatą taip pat patitiktina 35–45 proc. moterų. Kaimyninių šalių rezultatai prasteni, Latvijoje sveikatą tikrinasi tik 24–34 proc. moterų, o Lenkijoje vos 13–23 proc. Mažesnis nei Lietuvoje žmonių aktyvumas ir tokiose šalyse kaip Prancūzija, Belgija, Rumunija, Vengrija, Italija. Dėl gimdos kaklelio vėžio 2017 m. patitiktino 119 tūkst. moterų. Nuo Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programos pradžios (2004 m.) iki 2018 m. dėl gimdos kaklelio vėžio bent vieną kartą patitiktino 732 tūkst. 25–59 m. (imtinai) amžiaus moterų. Pagal krūties vėžio prevencinę programą Lietuvoje sveikatą patitiktina 35–45 proc. moterų, tiek pat moterų patitiktina ir kaimyninėje Lenkijoje, Austrijoje, Vengrijoje. 2017 m. duomenimis dėl krūties vėžio patitiktino 106 tūkst. moterų, t. y. 6 proc. daugiau nei 2016 metais. Nuo Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos pradžios (2005 m.) iki 2018 m. dėl krūties vėžio bent vieną kartą patitiktino 421 tūkst. 50–69 m. (imtinai) amžiaus moterų. Laiku užkirtus kelią ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas, išvengiama didesnių gydymo išlaidų. Paminėtina ir tai, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-814 „Dėl Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos patvirtinimo“ buvo patvirtinta Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programa, kurioje numatyta tėti iš PSDF biudžeto lėšų finansuojamų vėžio atrankinės patikros programų vykdymą.

Taip pat PSDF biudžeto lėšos skiriamos:

- Transplantacijos programai,
- dantų protezavimo paslaugoms,
- skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai,
- kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti,
- Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti,
- vaistų nuo tuberkuliozės įsigijimo išlaidoms kompensuoti,
- Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti ir kt.

Dantų protezavimas – tai asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apimančios visus veiksmus ir priemones, t. y. specialistų darbą, medžiagas, naudojamas dantų protezams pagaminti, dantų protezų pritaikymą (įdėjimą) ir kitus veiksmus, reikalingus minimaliai kramtymo funkcijai atkurti. Dantų protezavimo paslaugas, kurių išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, gali gauti trys privalomuoju sveikatos draudimu apdraustų gyventojų grupės – asmenys, sulaukę senatvės pensijos amžiaus, asmenys, pripažinti nedarbingais arba iš dalies darbingais, ir vaikai iki 18 metų. 2017 m. dantų protezavimo paslaugos buvo suteiktos 42 tūkst. asmenų, t. y. apie 30 proc. daugiau nei 2016 m. (32 tūkst.). 2017 m. IV ketv. duomenimis dantų protezavimo paslaugų laukė 186 tūkst. asmenų. Atsižvelgiant į tai 2018 m. dantų protezavimo paslaugų išlaidoms kompensuoti buvo skirta net 33 proc. daugiau PSDF biudžeto lėšų nei pernai. Planuojama, kad už 2018 m. skirtas PSDF biudžeto lėšas dantų protezavimo paslaugomis galės pasinaudoti apie 56 tūkst. asmenų, t. y. trečdaliu daugiau nei 2017 metais. Tačiau pažymėtina, kad 2018 m. II ketv. dantų protezavimo dar laukė 177 tūkst. asmenų. Be to, 2019 m. planuojama plėsti asmenų, turinčių teisę gauti dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas PSDF biudžeto lėšomis, sąrašą. Numatoma į šį sąrašą įtraukti ir asmenis, kuriems taikytas gydymas dėl burnos, veido ir žandikaulių onkologinės ligos. Šiems asmenims, po naviko šalinimo operacijų, sutrinka kramtymo, rijimo, kalbos ir kvėpavimo funkcijos, atsiranda veido defektai. Atsižvelgiant į tai, 2019 m. dantų protezavimo paslaugoms planuojama skirti papildomų lėšų.

Pagrindiniai kraujo donorų kompensacijų ir neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo vykdytojai – šalies 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 ir papildomo maitinimo išlaidų kompensaciją. Norima pasiekti, kad iki 2020 m. gruodžio 31 d. kiekvienoje kraujo donorystės įstaigoje 100 proc. visų donacijų sudarytų neatlygintinos kraujo ir jo sudėtinių dalių donacijos. 2017 m. neatlygintinos donacijos sudarė apie 96 proc. nuo visų donacijų.

2018 m. vykdant Nacionalinę imunoprofilaktikos programą, vaikai pradėti skiepyti (nuo 2018 m. rugsėjo 1 d.) nuo rotavirusinės infekcijos. Suprantant vaikų skiepų svarbą ir siekiant užtikrinti gerą augančios kartos sveikatą, nuo 2018 m. liepos 1 d. vaikai pradėti skiepyti nuo B tipo meningokokinės infekcijos. Atsižvelgiant į tai, kad naujos vakcinos 2018 m. bus pradėtos kompensuoti nuo metų vidurio, 2019 m., kuomet jos bus kompensuojamos visus metus, prireiks papildomų PSDF biudžeto lėšų.

Igyvendinant Europos Parlamento ir Tarybos reglamentus, PSDF biudžeto lėšomis apmokamos:

- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse ir Šveicarijos Konfederacijoje (toliau – ES šalys) suteiktų būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidos. Šios išlaidos sudaro didžiąją dalį (apie 70 proc.) PSDF biudžeto išlaidų, kuriomis apmokamos Lietuvos Respublikos apdraustiesiems ES šalyse suteiktos paslaugos,

- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka siunčiamiems tirtis, konsultuotis ir (ar) gydytis į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos,

- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems, persikėlusiams gyventi į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos,

- Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose įstaigose ES šalių apdraustiesiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos. Šias PSDF biudžeto išlaidas kompensuoja ES šalių kompetentingos įstaigos.

Daugiausia PSDF biudžeto lėšų išleidžiama Lietuvos Respublikos apdraustiesiems Vokietijoje, Jungtinėje Karalystėje bei Prancūzijoje suteiktų paslaugų išlaidoms apmokėti. Tuo tarpu daugiausia paslaugų Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose yra suteikiama kaimyninės Latvijos bei Norvegijos apdraustiesiems.

06 Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms

Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti 2019 m. numatoma skirti 22 976 tūkst. Eur, t. y. 2574 tūkst. Eur (arba 12,6 proc.) daugiau, palyginti su patvirtintu 2018 m. PSDF biudžetu. Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. šios lėšos sudarys po 23 612 tūkst. eurų.

Svarbu paminėti, 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 registro veikla, Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos veikla, privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ funkcionavimas ir padengiamos kitos būtinosios privalomojo sveikatos draudimo sistemos išlaidos. Šiomis lėšomis vykdomi itin svarbūs projektai, pvz.:

- vykdoma Europos duomenų mainų informacinės sistemos (EDMIS) plėtra, skirta E. formų ir struktūrizuotų elektroninių dokumentų išdavimo, registravimo ir verifikavimo procesui automatizuoti. Bus sukurta EDMIS posistemė, kuri leis greičiau apsiukeisti E. formomis ir struktūrizuotais elektroniniais dokumentais su kitomis Europos Sąjungos valstybėmis;

- vykdomas privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ modernizavimo projektas, kuris leis efektyviau vykdyti sveikatos priežiūros paslaugų apskaitą;

- vykdomas Klientų informavimo informacinės sistemos modernizavimo projektas, kuris leis efektyviau vykdyti klientų aptarnavimą;

- vykdomi projektai, siekiantys užtikrinti atitikimus Europos Sąjungos Bendrojo duomenų apsaugos reglamento reikalavimus, siekiant užtikrinti VLK turimų IS veiklos tęstinumą ir jų patikimumą;

- vykdomas Kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių kainų deklaravimo ir kainyno sudarymo informacinės sistemos „IDRUG“

modifikavimas pagal veiklos poreikius ir kiti.

Ateinančiais metais šioms išlaidoms numatomos papildomos lėšos, nes planuojama ligonių kasas įpareigoti vykdyti šias naujas papildomas funkcijas, pvz.: vykdyti rezervinio duomenų centro techninės ir programinės įrangos įsigijimo projektą, siekiant užtikrinti avarinį VLK turimų IS veikimo atkūrimą.

Paminėtina, kad šiame straipsnyje numatytais lėšomis taip pat dengiamos išlaidos, susijusios su PSDF biudžeto ir jo rezervo lėšų laikymu banko sąskaitose bei mokėjimo operacijų vykdymu. Šiuo metu yra susiduriama su ekonomine situacija, kuomet bankai juridiniams asmenims už banko sąskaitoje esančius lėšų likučius taiko neigiamas palūkanas.

Pažymėtina, kad pagal Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnio 3 dalį, VLK ir teritorinių ligonių kasų veiklos sąnaudoms kompensuoti, įskaitant šių institucijų išlaidas privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti, gali būti skiriama iki 2 proc. PSDF biudžeto lėšų. Planuojama, kad 2019 m. šios išlaidos turėtų sudaryti apie 1,2 proc. visų PSDF biudžeto išlaidų.

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

VSDF veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF biudžetą, kompensuoti 2019 m. numatoma skirti 2445 tūkst. Eur, t. y. 1774 tūkst. Eur (arba 42 proc.) mažiau, palyginti su patvirtintu 2018 m. PSDF biudžetu. Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. šios išlaidos atitinkamai sudarys 1952 tūkst. Eur ir 2052 tūkst. eurų.

08 Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervui papildyti (sudaryti)

Vienas iš teisės aktuose numatytų PSDF biudžeto rezervo formavimo šaltinių yra planiniai šio biudžeto pajamų atskaitymai į PSDF biudžeto rezervą. Atsižvelgiant į pareigą laikytis valdžios sektoriaus išlaidų augimo ribojimo taisyklių, nustatytų Lietuvos Respublikos fiskalinės sutarties įgyvendinimo konstituciniame įstatyme, 2019 m. numatoma dalį augančių PSDF biudžeto pajamų (99 mln. Eur) pervesti į šio biudžeto rezervą.

Planuojama, kad 2019 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso turėtų sudaryti 2 059 792 tūkst. Eur, t. y. 295 983 tūkst. Eur (arba 16,8 proc.) daugiau, palyginti su patvirtintu 2018 m. PSDF biudžetu (iš jų 99 000 tūkst. Eur numatoma skirti PSDF biudžeto rezervui papildyti). Prognozuojama, kad 2020 m. ir 2021 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso turėtų sudaryti atitinkamai 2 209 685 tūkst. Eur ir 2 354 981 tūkst. eurų.

Numatoma, kad PSDF biudžeto apyvartos lėšų likutis 2019 m. gruodžio 31 d. duomenimis sudarys 5792 tūkst. Eur, o numatomas ateinančių metų PSDF biudžeto rezervas metų pabaigoje – 326 970 tūkst. Eur (pagrindinė šio rezervo dalis turėtų sudaryti 30 897 tūkst. Eur, o rizikos valdymo dalis – 296 073 tūkst. Eur).

Ateinančių metų PSDF biudžeto rodikliai atitinka Lietuvos Respublikos fiskalinės sutarties įgyvendinimo konstitucinio įstatymo nuostatas.