

VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

**LIETUVOS RESPUBLIKOS 2021 METŲ PRIVALOMOJO
SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO
METINIŲ ATASKAITŲ RINKINIO AIŠKINAMASIS RAŠTAS**

Nr.

Vilnius
2022

TURINYS

I. ĮŽANGA	3
II. ĮPLAUKOS.....	4
III. IŠLAIDOS.....	6
<i>01 ASP paslaugoms.....</i>	<i>8</i>
<i>02 Vaistams, medicinos pagalbos priemonėms (MPP) ir medicinos priemonių (priedaisų) nuomai</i>	<i>23</i>
<i>03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui</i>	<i>26</i>
<i>04 Ortopedijos techninėms priemonėms</i>	<i>29</i>
<i>05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms</i>	<i>30</i>
<i>06 Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms</i>	<i>42</i>
<i>07 Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, kompensuoti</i>	<i>44</i>
<i>PSDF biudžeto rezervui sudaryti (papildyti)</i>	<i>44</i>
IV. LIKUČIAI.....	44

LIETUVOS RESPUBLIKOS 2021 METŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO METINIŲ ATASKAITŲ RINKINIO AIŠKINAMASIS RAŠTAS

I. ĮŽANGA

Lietuvos Respublikos 2021 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 2021 metų PSDF biudžeto vykdymo metinių ataskaitų rinkinio aiškinamąjį raštą (toliau – Aiškinamasis raštas) sudaro keturi skyriai. Aiškinamajame rašte informacija pateikiama pagal kiekvieną pagrindinį 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 (toliau – ES) bendrąja valiuta – eurai.

II. ĮPLAUKOS

2021 m. PSDF biudžeto įplaukos sudarė 2 694 264 tūkst. Eur (2,7 mlrd. Eur), tai yra gauta 107 076 tūkst. Eur (4,1 proc.) daugiau įplaukų, 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	Privalomojo sveikatos draudimo įmokos, iš jų:	2 307 199	2 435 940	2 406 711	128 741	-29 229	99 512
01 01	Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos ir su jomis susijusios sumos	1 606 935	1 735 465	1 706 231	128 530	-29 234	99 296
01 02	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	700 264	700 264	700 264	0	0	0
02	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai	241 260	241 260	241 260	0	0	0
03	Lėšos, grąžinamos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis	30 537	38 303	34 189	7 766	-4 114	3 652
04	Kitos pajamos	8 192	12 185	12 105	3 993	-80	3 913
Iš viso įplaukų		2 587 188	2 727 688	2 694 264	140 500	-33 424	107 076

* Patvirtinta 2020 m. gruodžio 23 d. Lietuvos Respublikos 2021 metų PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu Nr. XIV-121

Pajamų didėjimą daugiausia lėmė:

- auganti privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma, susijusi su šalies vidutinio darbo užmokesčio didėjimu (vidutinis darbo užmokestis bruto 2017 m. III ketv. sudarė 842,7 Eur, 2018 m. III ketv. – 927,8 Eur, 2019 m. III ketv. – 1 306,3 Eur, 2020 m. III ketv. – 1 454,8 Eur, 2021 m. III ketv. – 1 598,1 Eur) ir nedarbo lygio mažėjimu (paminėtina, kad, Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2020 m. nedarbo lygis siekė 8,5 proc., 2021 m. – 7,1 proc.). PSDF biudžetui pervesta dirbančiųjų įmokų suma buvo 236 mln. Eur (16,1 proc.) didesnė nei 2020 metais;
- auganti valstybės biudžeto įmokų už apdrautuosius privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji), draudžiamus valstybės lėšomis, suma, kurios dydį lemia didėjanti metinė valstybės biudžeto įmoka, mokama už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį (2020 m. metinė įmoka už vieną apdraustąjį, draudžiamą valstybės lėšomis, sudarė 438 Eur, 2021 m. – 464,9 Eur);
- nuosekliai didinama minimali mėnesinė alga, nuo kurios taip pat mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos (2020 m. minimali mėnesinė alga buvo 607 Eur, 2021 m. – 642 Eur).

01 Privalomojo sveikatos draudimo įmokos

2021 m. iš viso į PSDF biudžetą buvo pervesta 2 406 711 tūkst. Eur (99 512 tūkst. Eur daugiau, nei buvo planuota) privalomojo sveikatos draudimo įmokų ir su jomis susijusių sumų, iš jų:

– Valstybinio socialinio draudimo fondo (toliau – VSDF) valdybos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos ir su jomis susijusios sumos sudarė 1 706 231 tūkst. Eur. Pažymėtina, kad nuo 2016 m. sausio 1 d. VSDF valdybos administravimo įstaigos administruoja 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.

Taip pat pažymėtina, kad 36 211 tūkst. Eur privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimas buvo atidėtas (atidėtų registruotų privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma), atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskelbtos ekstremaliosios situacijos ir karantino Lietuvos Respublikos teritorijoje metu suteiktą teisę nemokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokų savarankiškai dirbantiems asmenims pagal Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo

įstatymo 8 straipsnio 2¹ dalies nuostatas. Vadovaujantis šio įstatymo 18 straipsnio 7 dalies nuostatomis, nesumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas savarankiškai dirbantys asmenys privalo sumokėti per 2 metus nuo tos dienos, kai Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskelbta ekstremalioji situacija ir karantinas atšaukiami arba kai sueina jų paskelbimo terminai.

– Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už 1,5 mln. apdraustųjų, draudžiamų valstybės lėšomis (daugiau nei pusė Lietuvos Respublikos gyventojų), sudarė 700 264 tūkst. Eur, t. y. buvo gautos visos planuotos pajamos. 2021 m. valstybės biudžeto įmoka, mokama už apdraustąjį valstybės lėšomis, sudarė 464,9 Eur (per metus). Palyginti su 2020 m. (438 Eur), ši įmoka padidėjo 6,1 procento.

02 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai

Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai valstybės pavestoms PSDF biudžeto funkcijoms vykdyti sudarė 241 260 tūkst. Eur.

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

03 Lėšos, gražintinos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis, sudarė 34 189 tūkst. Eur.

2021 m. VLK buvo sudariusi 186 gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis (iš jų – 16 klinikiniais rezultatais pagrįstų sutarčių dėl 15 bendrinių pavadinimų vaistų) su 39 vaistų rinkodaros teisės turėtojais dėl 136 bendrinių pavadinimų vaistų. 2021 m. dėl centralizuotai apmokamų vaistų ir MPP buvo sudarytos 6 išlaidų valdymo sutartys su 5 vaistų rinkodaros teisės turėtojais dėl 5 bendrinių pavadinimų vaistų.

04 Kitos pajamos.

Kitas pajamas iš viso sudarė 12 105 tūkst. Eur, iš jų:

04 01 Rusijos Federacijos pervedamos lėšos už Rusijos kariškių pensininkų ir jų šeimos narių, nuolat gyvenančių Lietuvos Respublikoje, sveikatos priežiūrą sudarė 2 675 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 (2021 m. – 464,9 Eur per metus).

04 02 Išieškomos ar gražinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą sudarė beveik 3 008 tūkst. Eur, iš jų:

– iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų gražinamos lėšos už neteisėtai suteiktas paslaugas ir už šias paslaugas neteisėtai pateiktas apmokėti sąskaitas sudarė 749 tūkst. Eur;

– iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų gražinamos lėšos už neteisėtai išrašytus ir išduotus vaistus bei medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP) sudarė 11 tūkst. Eur;

– iš vaistinių išieškomos ar jų gražinamos lėšos už neteisėtai išduotus vaistus ir 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 2 248 tūkst. Eur. Neretai žala sveikatai padaroma dėl muštynių, buitinių konfliktų, eismo įvykių ar kitokių nusikaltimų, o nukentėjusiųjų gydymo išlaidos

apmokamos PSDF biudžeto lėšomis. Nusižengimus padarę asmenys privalo atlyginti žalą PSDF biudžetui per nustatytą laikotarpį.

04 03 Europos ekonominės erdvės šalių narių ir Šveicarijos Konfederacijos pervestos lėšos už šių šalių apdraustųjų gydymą Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros (toliau – ASP) įstaigose sudarė 6 073 tūkst. Eur.

04 04–04 08 pajamos už Europos sveikatos draudimo kortelių ir kompensuojamųjų vaistų pasų pakartotinį išdavimą, investicinės veiklos pajamos bei kitos gautos pajamos sudarė 349 tūkst. Eur.

III. IŠLAIDOS

Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintame 2021 m. PSDF biudžete išlaidoms buvo numatyta 2 489 496 tūkst. Eur, o iš PSDF biudžeto rezervo buvo skirta dar 61 002 tūkst. Eur. Iš viso PSDF biudžeto išlaidų planą sudarė 2 550 498 tūkst. Eur. 2021m. PSDF biudžeto išlaidos pagal priimtus įsipareigojimus sudarė 2 485 159 tūkst. Eur – išlaidų planas buvo įvykdytas 97 procentais.

IŠLAIDOS								
PSDF biudžeto straipsnio		Ataskaitinio laikotarpio sumos, tūkst. Eur					Sumos, pagal priisiūmus įsipareigojimus, ir planuotos sumos skirtumas	
		planuotos	iš jų:		pagal priisiūmus įsipareigojimus	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	1 697 644	1 673 823	23 821	1 655 346	1 653 251	-42 298	98
02	Vaistams, medicinos pagalbos priemonėms ir medicinos priemonių (prietaisų) nuomai	451 100	451 100	0	473 058	450 312	21 958	103
03	Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui	98 068	98 068	0	95 271	90 461	-2 797	97
04	Ortopedijos techninėms priemonėms	16 610	16 610	0	13 146	13 168	-3 464	79
05	Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms	260 605	223 424	37 181	225 363	228 302	-35 242	86
06	Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms	24 450	24 450	0	20 956	20 465	-3 494	86
07	VSDF veiklos sąnaudoms, susidarantioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, kompensuoti	2 021	2 021	0	2 019	2 021	-2	100
Iš viso išlaidų		2 550 498	2 489 496	61 002	2 485 159	2 457 980	-65 339	97
PSDF biudžeto rezervui papildyti (sudaryti)		37 173	37 173	0	37 173	37 173	0	0

* Patvirtinta 2020 m. gruodžio 23 d. Lietuvos Respublikos 2021 metų PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu Nr. XIV-121

2021 m. PSDF biudžetą veikė ir neigiami išorės veiksniai, susiję su COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos ir masinio migrantų antplūdžio sukelta rizika PSDF biudžeto tvarumui (rizika nesubalansuoti PSDF biudžeto ir neužtikrinti ASP paslaugų prieinamumo):

1. Dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos 2021 m. VLK nuolat vertino ASP įstaigų ir TLK sutarčių vykdymo rodiklius ir, reaguodama į pokyčius, teikė siūlymus sveikatos apsaugos ministrui, kurių pagrindu buvo priimami sprendimai dėl ASP paslaugų apmokėjimo. Atsiskaitymo už suteiktas ASP paslaugas principų laikymasis leido užtikrinti ASP paslaugų prieinamumą gyventojams. Iki 2021 m. balandžio 1 d. ASP įstaigoms už ASP paslaugas buvo mokama 1/12 sutartinės sumos (su tam tikromis išimtimis) tik pasiekus ne mažesnę sutarčių įvykdymo lygį, nei nustatyta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimais, o nuo 2021 m. balandžio 1 d. suteiktų ASP paslaugų apmokėjimui taikomos ASP paslaugų, kurių teikimas atnaujinamas, apmokėjimo tvarkos aprašo¹ nuostatos.

¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-997 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių teikimas atnaujinamas, apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Mokant už ASP paslaugas ir toliau vertinamas ASP įstaigų dalyvavimas gydant COVID-19 ligą (koronaviruso infekciją). Taip pat yra numatytos ASP paslaugų teikimo siektinos reikšmės, kurios buvo nustatytos įvertinus ataskaitinį laikotarpį regione užimtų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) gydymui skirtų lovų skaičių (toliau – COVID-19 lovos), tenkantį 100 000 prirašytų gyventojų, ir suskirsčius ASP įstaigas į tris grupes (COVID-19 ligą (koronaviruso infekciją) gydančių ASP įstaigų (toliau – COVID-19 ASP įstaigos) grupė, ASP įstaigos, teikiančios aktyviojo stacionarinio gydymo paslaugas ir nepriskiriamos COVID-19 ASP įstaigų grupei, kitos ASP įstaigos). Atitinkamos grupės ASP įstaigai mokama 1/12 jai numatytos sutartinės sumos arba už faktiškai suteiktas ASP paslaugas, atsižvelgiant į suteiktų paslaugų kiekį ir siektinas reikšmes.

2. 2021 m. Lietuvos sveikatos draudimo sistema susidūrė su dar vienu iššūkiu – migrantų krize Lietuvoje, kai pasienyje su Baltarusija į Lietuvos Respublikos teritoriją pradėjo masiškai plūsti nelegalūs imigrantai. PSDF biudžetui teko papildoma finansinė, o sveikatos draudimo sistemos dalyviams – papildoma administracinė našta. Siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugas migrantams, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimais nuo 2021 m. liepos 1 d. VLK buvo pavesta PSDF biudžeto lėšomis apmokėti užsieniečiams, kurie nėra prieglobsčio prašytojai (įskaitant nepilnamečius asmenis, tačiau išskyrus nelydimus nepilnamečius asmenis), faktiškai ASP įstaigų suteiktų paslaugų išlaidas (įstatymų nustatyta tvarka šių paslaugų išlaidas kompensuojant valstybės biudžeto lėšomis, skirtomis ekstremaliosioms situacijoms likviduoti ir jų padariniams šalinti). Tokios išlaidos 2021 m. PSDF biudžete nebuvo nenumatytos, todėl jos galėjo būti apmokamos nebent šio fondo rezervo lėšomis. Privalomojo sveikatos draudimo tarybai pritarus, užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, suteiktos (vadovaujantis valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimais) ASP paslaugos buvo apmokėtos PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšomis. Šios lėšos turi būti kompensuotos (atkurtos) Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto (rezervo) ar kitomis lėšomis. Atsižvelgiant į Europos Komisijos ir Valstybės sienos apsaugos tarnybos prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos 2021 m. rugsėjo 28 d. pasirašytą finansavimo sutartį Nr. HOME/2021/AMIF/AG/EMAS/TF1/LT/0002 „Skubus atsakas į neproporcingą trečiųjų šalių piliečių antplūdį į Lietuvą iš Baltarusijos“ (su visais pakeitimais ir papildymais), planuojama 2021 m. liepos–2022 m. gegužės mėnesiais (galimas sutarties pratęsimas) minėtas PSDF biudžeto rezervo išlaidas (didesnę jų dalį) kompensuoti Europos Komisijos skirtomis lėšomis.

2021 m. PSDF biudžeto rezervo lėšos (61 002 tūkst. Eur) buvo skirtos pagal 01 išlaidų straipsnį (23 821 tūkst. Eur) suteiktų ASP paslaugų išlaidoms apmokėti ir pagal 05 išlaidų straipsnį (37 181 tūkst. Eur) sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms padengti.

PSDF biudžeto rezervo lėšos (61 002 tūkst. Eur) 2021 m. buvo skirtos šiems tikslams:

1. didžiausia dalis PSDF biudžeto rezervo lėšų (iš PSDF biudžeto rezervo pagrindinės dalies) – 37 173 tūkst. Eur – kitoms sveikatos draudimo išlaidoms (pagal 05 22 išlaidų straipsnį), t. y. ASP įstaigų išlaidoms darbuotojams (padidintam darbo užmokesčiui ir nuo jo mokamiems darbdavio mokesčiams), organizuojantiems ir teikiantiems ASP paslaugas pacientams, sergantiems COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), apmokėti;

2. ASP paslaugų bazinių kainų (dydžių) balo vertėms padidinti (01 išlaidų straipsnis) nuo 2021 m. rugsėjo 1 d. – 23 346,7 tūkst. Eur iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies;

3. pagal ASP įstaigų teritorinėms ligonių kasoms pateiktus prašymus ir paraiškas kompensuoti PSDF biudžeto lėšomis jų 2021 m. išlaidas (pagal 01 ir 05 išlaidų straipsnius), susidariusias dėl užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, suteiktų ASP paslaugų – 482,2 tūkst. Eur iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies.

Pastaraisiais metais, siekiant sudaryti galimybes ASP įstaigoms už suteiktas ASP paslaugas gauti daugiau lėšų, nuo 2016 m. kasmet buvo didinamas sveikatos priežiūros finansavimas ir skiriamos papildomos PSDF lėšos. Papildomos lėšos buvo skirtos ir 2021 m. – už paslaugas, suteiktas nuo 2021 m. rugsėjo 1 d., su ASP įstaigomis buvo atsiskaitoma taikant padidintas ASP paslaugų bazinių kainų balo vertes. Šiam tikslui iš PSDF buvo skirtos papildomos lėšos – 26,2 mln. Eur. Šios papildomos lėšos sudarė galimybę didinti ASP įstaigose dirbančių darbuotojų darbo

užmokestį. Tad ASP įstaigose dirbančių gydytojų, slaugytojų ir kito personalo, teikiančio ASP paslaugas, vidutinis bruto darbo užmokestis, tenkantis vienam etatui, padidėjo:

ASP įstaigose dirbančio personalo grupės	Vidutiniškai 2021 m. sausio–rugpjūčio mėn. (Eur)	Vidutiniškai 2021m. rugsėjo–gruodžio mėn. (Eur)	Pokytis (lyginamas rugsėjo–gruodžio mėn. VDU su sausio–rugpjūčio mėn. VDU)	
			Eur	proc.
Gydytojų vidutinis darbo užmokestis, tenkantis vienam etatui (VDU)	3 412	3 718	306	9
Slaugytojų VDU	1 825	1 973	148	8
Kito personalo, teikiančio ASP paslaugas, VDU	1 500	1 620	120	8

Informacija apie gydytojų ir slaugytojų darbo užmokestį skelbiama VLK interneto svetainėje:

<https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/atviri-duomenys-1/informacija-apie-gydymo-istaigu-darbuotoju-darbo-uzmokesti>.

2021 m. gruodžio 31 d. duomenimis, PSDF biudžeto kreditinis įsiskolinimas iš viso siekė 231 491 tūkst. Eur.

01 ASP paslaugoms

2021 m. ASP paslaugoms apmokėti buvo skirta iš viso 1 697 644 tūkst. Eur, įskaitant 23 821 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų (ASP paslaugoms, suteiktoms nuo 2021 m. rugsėjo 1 d., apmokėti, taikant padidintas bazinių kainų balo vertes, ir ASP paslaugoms, suteiktoms užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, apmokėti), t. y. 70 018 tūkst. Eur (4,3 proc.) daugiau nei 2020 metais. Pagal 2021 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma už pacientams suteiktas ASP paslaugas sudarė 1 655 346 tūkst. Eur (5,6 proc. daugiau nei 2020 m.), buvo sumokėta 1 653 251 tūkst. Eur (4,4 proc. daugiau nei 2020 m.).

2021 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už gruodžio mėnesį suteiktas ASP paslaugas siekė 147 064 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 bei PSDF biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių² 16 punkte.

Lėšos, skiriamos ASP paslaugoms apmokėti, sudaro pagrindinę PSDF biudžeto išlaidų dalį. ASP 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. 2021 m. teisės aktais nustatytos skirtingos ASP paslaugų bazinių kainų balo vertės. 2021 m. bazinių kainų balo vertės buvo didintos 2 kartus. Balo vertės, taikomos atsiskaitant už paslaugas, suteiktas nuo 2021 m. rugsėjo 1 d. iki 2021 m. gruodžio 31 d., buvo nuo 1,136 Eur iki 1,192 Eur.

Nepaisant neigiamų išorės veiksnių (COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos ir masinio užsieniečių, neteisėtai kirtusių Lietuvos Respublikos valstybės sieną, antplūdžio), 2021 m. buvo gerinamas apdraustiesiems teikiamų ASP paslaugų prieinamumas.

01 01 Pirminės ambulatorinės ASP paslaugoms

Pastaraisiais metais pirminės ambulatorinės ASP (toliau – PAASP) paslaugos mūsų valstybėje yra laikomos prioritetine sveikatos priežiūros sritimi. 2021 metais PAASP paslaugų bazinių kainų balo vertė buvo padidinta du kartus: nuo sausio 1 d. – nuo 1,12 Eur iki 1,125 Eur, o nuo rugsėjo 1 d. – iki 1,179 Eur, taip siekiant įgyvendinti Šeimos medicinos plėtros 2016–2025

² Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“.

metų veiksmų planą³. Iš viso 2021 m. PAASP paslaugoms apmokėti buvo skirta 327 960,5 tūkst. Eur (neįskaitant lėšų, skirtų užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, suteiktoms ASP paslaugoms apmokėti), t. y. 1,4 proc. daugiau nei 2020 metais. Mokėtina suma pagal priimtas sąskaitas sudarė 319 549,4 tūkst. Eur (neįskaitant 259,8 tūkst. Eur, mokėtinų už ASP paslaugas, suteiktas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną).

2021 m. lėšų, kurios skiriamos kaip skatinamasis priedas už kai kurias PAASP paslaugas, kaip papildomas mokėjimas už gerus darbo rezultatus, kaip priemoka už prirašytą prie šeimos gydytojo gyventojų aptarnavimą, priemoka už gyventoją, turinčio specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, priemoka už kaimo gyventojų aptarnavimą, priemoka, skiriama toms PAASP įstaigoms, kurios yra akredituotos teikti šeimos gydytojo paslaugas, bei kt., dalis sudarė 30,1 proc. lėšų, mokamų už PAASP paslaugas.

2021 m., atsižvelgiant į 2020 m. atliktos gerų PAASP rezultatų rodiklių reikšmių skaičiavimo analizės rezultatus, buvo parengta nauja gerų PAASP rezultatų rodiklių reikšmių skaičiavimo metodika ir pakeista mokėjimo pagal gerų PAASP rezultatų rodiklius tvarka (ši tvarka taikoma nuo 2022 m.⁴). Pakeistos metodikos esmė – nustatyti kiekvieno gerų rezultatų rodiklio reikšmės medianą ir, ją taikant, skatinti tik ASP įstaigas, pasiekusias nustatytas reikšmes. ASP įstaigos bus vertinamos vieną kartą per metus, t. y. pasibaigus finansiniams metams. Iki šiol geri rezultatai buvo skaičiuojami du kartus per metus. Be to, skaičiuojat kiekvienam gerų PAASP rezultatų rodikliui tenkančią sąlyginių vienetų sumą, bus atsižvelgiama į tikslinę (sergančiųjų / prisirašiusiųjų) amžiaus grupę.

2021 m. suma, skiriama skatinamojo priedo mokėjimui už PAASP paslaugas teikiančių įstaigų suteiktas paslaugas, sudarė 33 374,6 tūkst. Eur (neįskaitant lėšų, skirtų užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, suteiktoms ASP paslaugoms apmokėti), t. y. 9 939,6 tūkst. Eur (22,9 proc.) mažiau nei 2020 metais. 2021 m. lėšų suma buvo skirta, atsižvelgiant į 2020 m. ir 2021 m. šių paslaugų teikimo rezultatus.

2021 m. liepos 4 d. paskelbus valstybės lygio ekstremaliąją situaciją⁵ visoje šalyje dėl masinio užsieniečių antplūdžio, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimu⁶ VLK buvo pavesta nuo 2021 m. liepos 1 d. sumokėti ASP įstaigoms už kiekvieną suteiktą pirminio sveikatos būklės vertinimo ir pakartotinio sveikatos būklės vertinimo paslaugą, suteiktą užsieniečiams, kurie nėra pateikę prašymo suteikti jiems prieglobstį Lietuvos Respublikoje. Siekiant įgyvendinti Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimus, buvo patvirtintos dvi naujos ASP paslaugos, teikiamos užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną⁷, – pirminio ir pakartotinio sveikatos būklės vertinimo paslaugos, teikiamos mobiliosios komandos.

³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. rugsėjo 26 d. įsakymas Nr. V-1104 „Dėl Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų plano patvirtinimo“.

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 17 d. įsakymas Nr. V-2869 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

⁵ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2021 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. 517 „Dėl valstybės lygio ekstremaliosios situacijos paskelbimo ir valstybės lygio ekstremaliosios situacijos operacijų vadovo paskyrimo“.

⁶ Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. rugpjūčio 4 d. sprendimas Nr. 10V-24 „Dėl Užsieniečių, neteisėtai kirtusių Lietuvos Respublikos valstybės sieną, pirminio ir pakartotinio sveikatos būklės vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁷ VLK direktoriaus 2021 m. rugpjūčio 5 d. įsakymas Nr. 1K-235 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2005 m. birželio 30 d. įsakymo Nr. 1K-81 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo“ pakeitimo“.

Igyvendinant Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimus, nuo 2021 m. rugsėjo 1 d. PAASP įstaigoms buvo pradėti mokėti skatinamieji priedai už suteiktas PAASP paslaugas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną (šeimos, pirminės psichikos ir odontologinės pagalbos bei nėsčiųjų priežiūros paslaugos)⁸. Taip pat, siekiant užtikrinti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 1 dalies taikymą ir paskatinti ASP įstaigas, suteikusias būtinosios medicinos pagalbos paslaugas, nuo 2021 m. rugpjūčio 1 d. skatinamasis priedas už būtinosios medicinos pagalbos teikimą mokamas paslaugą suteikusiai įstaigai, nepriklausomai nuo to, ar asmuo apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu⁹.

Gerinant psichikos paslaugų prieinamumą ir kokybę, 2021 m. buvo sumažintas prie vieno medicinos psichologo prirašytų gyventojų skaičius nuo 17 000 iki 10 000 ir diferencijuota vieno prirašyto gyventojų pirminės psichikos sveikatos priežiūros metinė bazinė kaina pagal medicinos psichologo aptarnaujamų gyventojų skaičių¹⁰.

Siekiant gerinti pirminės odontologinės pagalbos prieinamumą, nuo 2021 m. vasario mėnesio skatinamasis priedas už būtinosios pagalbos teikimą neprirašytam prie PAASP įstaigos gyventojui mokamas, jeigu odontologinė pagalba suteikiama bet kokio amžiaus draudžiamajam, neprirašytam prie PAASP įstaigos¹¹.

2021 m. suma, skirta už gerus darbo rezultatus, sudarė 43 918,7 tūkst. Eur, t. y. 2 295,5 tūkst. Eur (5,5 proc.) daugiau nei 2020 metais. 2021 m. lėšų suma, skirta už gerus darbo rezultatus, sudarė 13,4 proc. visų 2021 m. PAASP skirtų lėšų.

2021 m. PAASP paslaugoms skirtos lėšos (iš viso metų pabaigoje, neįskaitant lėšų, skirtų užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, suteiktoms paslaugoms apmokėti) (327 960,5 tūkst. Eur)				2021 m. PAASP paslaugoms, suteiktoms užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, skirtos lėšos (iš viso metų pabaigoje) (217,8 tūkst. Eur)
70 proc. (pagrindinis mokėjimas)	30 proc. (papildomi mokėjimai)			
I. Mokėjimas metinėmis bazinėmis kainomis už prirašytų gyventojų sveikatos priežiūrą (229 417,9 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. (21 249,3 tūkst. Eur)	III. Papildomas mokėjimas už gerus PAASP įstaigos darbo rezultatus (43 918,7 tūkst. Eur): 1. už gerus šeimos gydytojo komandos darbo rezultatus (16 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	IV. Skatinamojo priedo mokėjimas už PAASP įstaigų suteiktas paslaugas (33 374,6 tūkst. Eur): 26 paslaugų grupės, pvz.: fiziologinio nėštumo priežiūra, moksleivių paruošimas mokyklai, neįgaliųjų sveikatos priežiūra ir kt.	

⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. lapkričio 3 d. įsakymas Nr. V-2466 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. rugpjūčio 10 d. įsakymas Nr. V-2054 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. liepos 29 d. įsakymas Nr. V-1754 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

¹¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 9 d. įsakymas Nr. V-771 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

		rezultatų rodiklis)		

PAASP paslaugos yra orientuotos į pacientą – šeimos gydytojas yra atsakingas už tai, kad liga būtų nustatyta kuo ankstyvesnės stadijos, kad kuo greičiau būtų nustatytos ligos priežastys ir skirtas reikiamas gydymas, t. y. siekiama, kad šeimos gydytojo paslaugos būtų gaunamos laiku. Apylinkių, kuriose šeimos gydytojo paslaugos suteikiamos per 7 kalendorines dienas, palyginti su bendru apylinkių skaičiumi, nuolat daugėja – 2020 m. dauguma šeimos gydytojų (83 proc.) savo prirašytiems pacientams suteikė paslaugas per įstatyme numatytus terminus.

01 02 greitosios medicinos pagalbos paslaugoms

2021 m. greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugoms apmokėti iš viso buvo skirta 77 551,5 tūkst. Eur PSDF biudžeto lėšų (neįskaitant lėšų, skirtų už ASP paslaugas, suteiktas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną), t. y. 7,1 proc. daugiau nei 2020 metais. Mokėtina suma pagal priimtas sąskaitas sudarė 77 507 tūkst. Eur (neįskaitant 38,4 tūkst. Eur, mokėtinų už ASP paslaugas, suteiktas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną). Prasidėjus COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijai, 2020 m. GMP iškvietai skaičius dėl šios ligos augo, tačiau, palyginti su 2019 m., iš viso GMP iškvietai per metus sumažėjo 5,7 proc., bet 2021 m. GMP iškvietai skaičius vėl padidėjo 7 proc., palyginti su 2020 m., ir 0,9 proc., palyginti su 2019 m. (2019 m. buvo 651,1 tūkst., 2020 m. – 614 tūkst., o 2021 m. – 656,8 tūkst. GMP įvykdytų iškvietai). Tikėtina, kad, įvedus karantino apribojimus ir sumažėjus ASP paslaugų prieinamumui, pacientai vengė kreiptis į ASP įstaigas ne tik dėl planinių ASP paslaugų, bet ir tais atvejais, kai buvo reikalinga būtinoji medicinos pagalba.

GMP paslaugos – tai ASP paslaugos, kurias teikia GMP paslaugų teikėjai. GMP įstaigos teikia paslaugas visą parą nustatytoje teritorijoje visiems asmenims (ir apdraustiems, ir nedraustiems privalomuoju sveikatos draudimu). GMP įstaigos teikia paslaugas būtinosios medicinos pagalbos atvejais (ūmiai susirgus, įvykus nelaimingam atsitikimui perveža pacientus, kuriems pervežimo metu reikia teikti būtinąją medicinos pagalbą) ir nustato gimimo bei mirties faktą. Taip pat pagal savo kompetenciją GMP tarnyba gali teikti ir kitas paslaugas.

2020 m. ir 2021 m. GMP paslaugų apmokėjimas PSDF biudžeto lėšomis, nepaisant COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos įtakos, nepasikeitė, t. y. buvo mokama¹²:

- 1) už GMP dispečerinės tarnybos teikiamas paslaugas (apmokama bazinėmis kainomis pagal statistinį aptarnaujamos teritorijos gyventojų skaičių);
- 2) už GMP budinčių brigadų teikiamas paslaugas (apmokama diferencijuotomis mėtinėmis bazinėmis kainomis pagal statistinį aptarnaujamos teritorijos gyventojų skaičių);
- 3) skatinamieji priedai už GMP paslaugas;
- 4) už gerus GMP rezultatus (operatyvumą ir intensyvumą);

¹² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“.

5) klasterinės funkcijos užtikrinimo organizacinis priedas (skiriama atsižvelgiant į klasterinių GMP brigadų aptarnaujamos teritorijos statistinį gyventojų skaičių)¹³.

2021 m., siekiant nuo 2021 m. spalio 1 d. užtikrinti dviejų GMP budinčių brigadų darbą savivaldybėse, kuriose gyventojų skaičius vis mažėja, GMP paslaugas teikiančioms įstaigoms, kurioms pagal aptarnaujamos savivaldybės statistinį gyventojų skaičių skiriamų PSDF biudžeto lėšų nepakakdavo dviem GMP budinčioms brigadoms įsteigti, skiriamos papildomos lėšos iki dviejų GMP budinčių brigadų darbo organizavimui užtikrinti¹⁴. Taip pat 2021 m. buvo nustatyta, kad GMP įstaigoms, teikiančioms GMP paslaugas, mokama pagal aptarnaujamos savivaldybės statistinį gyventojų skaičių, kurį nustatant suimtieji ir nuteistieji, atliekantys arešto, terminuoto laisvės atėmimo ir laisvės atėmimo iki gyvos galvos bausmes, priskiriami savivaldybės, kurioje yra jų suėmimo ar bausmės atlikimo vieta, gyventojams, tokiu būdu mažinant tos savivaldybės, kurioje yra šių asmenų deklaruota gyvenamoji vieta, gyventojų skaičių, o užsieniečiai, neteisėtai kirtę Lietuvos Respublikos valstybės sieną, priskiriami savivaldybės, kurioje jie yra apgyvendinti, gyventojams¹⁵.

Be paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, GMP paslaugų teikėjai teikia ir kitas paslaugas:

pacientų pervežimo iš vienos stacionarinės ASP įstaigos, kurioje pacientas buvo hospitalizuotas, į kitą stacionarinę ASP įstaigą toliau gydyti (paciento pervežimo išlaidas apmoka siunčiančioji ASP įstaiga pagal sutartį su GMP paslaugų teikėju), pacientų pervežimo iš vienos ASP įstaigos į kitą ASP įstaigą diagnostinėms, gydomosioms procedūroms ar tyrimams atlikti, jei pervežimas būtinas dėl paciento sveikatos būklės (indikacijas suderina siunčiančioji ir priimančioji įstaigos; paciento pervežimo išlaidas apmoka siunčiančioji ASP įstaiga pagal sutartį su GMP paslaugų teikėju), pacientų pervežimo iš stacionarinės ASP įstaigos į namus po stacionarinio gydymo, jei tai būtina dėl paciento sveikatos būklės (indikacijas nustato siunčiančioji ASP įstaiga; paciento pervežimo išlaidas apmoka siunčiančioji ASP įstaiga pagal sutartį su GMP paslaugų teikėju); pacientų transportavimo jų ar jų artimųjų prašymu, jei tai nėra būtina dėl paciento sveikatos būklės (pacientas moka savo lėšomis).

Tęsiant 2019 m. pradėtą papildomų brigadų steigimą, 2021 m. GMP paslaugų teikėjai galėjo steigti iki 20 (šalies mastu) papildomų nuolatinių pažangaus gyvybės palaikymo GMP brigadų (toliau – klasterinė GMP brigada), skirtų užtikrinti asmenų, patyrusių insultą, infarktą ir (ar) sunkių sužalojimų (traumų), transportavimą į artimiausius sveikatos apsaugos ministro įsakymu nustatytus insultų, infarktų ir traumų gydymo centrus. Penkiose šalies regionų GMP stotyse, t. y. Vilniaus VŠĮ GMP stotyje, VŠĮ Kauno miesto GMP stotyje, VŠĮ Klaipėdos GMP stotyje, VŠĮ Panevėžio miesto GMP stotyje ir VŠĮ Šiaulių GMP stotyje, kurios ne tik teikia dispečerinių paslaugas, bet ir valdo GMP pajėgas, gali būti organizuojamos ne daugiau kaip 4 klasterinės GMP brigados. 2021 m. gruodžio 31 d. TLK pateiktų GMP paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo

¹³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 17 d. įsakymas Nr. V-244 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu atveju, prieinamumo gerinimo ir šia liga sergančių ligonių srautų valdymo reikalavimų patvirtinimo“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 20 d. įsakymas Nr. V-40 „Dėl Ūminio galvos smegenų insulto diagnostikos ir gydymo insulto gydymo centruose tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 19 d. įsakymas Nr. V-824 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo“.

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. spalio 1 d. įsakymas Nr. V-2215 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. rugpjūčio 6 d. įsakymas Nr. V-1815 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

ataskaitų¹⁶ duomenimis, iš galimų 20 klasterinių GMP brigadų buvo įsteigta 17,89 brigados ir apmokėtos jų suteiktos paslaugos.

Šios klasterinės GMP brigados leidžia išsaugoti insulto, infarkto ištiktų, sunkius dauginius sužalojimus, traumas ar su kitokius ūmius negalavimus patyrusių asmenų gyvybes.

Jei GMP stotis, organizuojanti klasterinių GMP brigadų darbą nustatytoje aptarnaujamoje teritorijoje, negali suteikti klasterinės GMP brigados paslaugos ir ją suteikia kito GMP paslaugų teikėjo budinti GMP brigada, kuri nuo įvykio vietos iki infarkto, insulto ar traumų gydymo centro nuvažiuoja daugiau nei 50 km, GMP stotis, negalėjusi suteikti klasterinės GMP brigados paslaugos, privalo atsiskaityti su šią paslaugą suteikusių GMP paslaugų teikėju, tam panaudodama klasterinės funkcijos užtikrinimo organizacinio priedo lėšas. Taip siekiama užtikrinti, kad reikiamą pagalbą pacientas gautų laiku arba kaip įmanoma greičiau ir būtų išvengta nepageidaujamų padarinių.

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 paslaugoms apmokėti. Pagal 2021 m. PSDF biudžeto prisiimtus įsipareigojimus slaugos paslaugoms (teikiamoms stacionarinėmis ir ambulatorinėms sąlygomis) apmokėti buvo skirta 105 570,9 tūkst. Eur (neįskaitant lėšų ASP paslaugoms, suteiktoms užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną), t. y. 11 proc. daugiau nei 2020 metais.

Nuo 2021 m. sausio 1 d., kai buvo didinamos visų ASP paslaugų bazinių kainų balo vertės, slaugos paslaugų bazinių kainų balo vertė padidėjo 0,9 proc., o nuo 2021 m. rugsėjo 1 d. slaugos paslaugų bazinių kainų balo vertė padidėjo dar 4,5 proc. (iki 1,17 euro).

Siekiant tinkamai apmokėti ASP paslaugų išlaidas, 2021 m. buvo priimtas teisės aktas¹⁷, pagal kurį nuo 2022 m. atskirai apmokamos palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas gaunančiam pacientui teikiamos hemodializės, onkologijos dienos stacionaro, hematologijos, kai atliekama kraujo komponentų transfuzija, dienos stacionaro paslaugos.

Siekiant užtikrinti asmenų simptominių gydymą, nustatyta, kad laikotarpis, kai pacientams, palaikomojo gydymo ir slaugos skyriuose susirgusiems COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), teikiamos simptominio gydymo paslaugos, neįskaičiuojamas į 120 dienų (per kalendorinius metus), kai pacientams buvo teikiamos PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos, skaičių, o asmens slaugos paslaugos apmokamos atsižvelgiant į tai, kokią palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugą atitinka asmens būklė¹⁸.

01 04 ambulatorinėms ASP paslaugoms ir 01 05 stacionarinėms ASP paslaugoms

Siekiant efektyvaus PSDF biudžeto išteklių naudojimo, pastaraisiais metais prioritetą teikiamas ir ambulatorinių ASP paslaugų plėtrai bei jų prieinamumo gerinimui. Ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtra yra labai svarbi paslaugų teikėjams – teikdami šias paslaugas, jie racionaliau naudoja žmogiškuosius išteklius ir infrastruktūrą. Kartu ši plėtra svarbi ir pacientams, nes jiems sudaromos sąlygos reikiamas paslaugas gauti greičiau ir įprastoje socialinėje aplinkoje.

2021 m. buvo suteiktos 1,38 mln. ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų (kartu) bei 409,5 tūkst.

¹⁶ VLK direktoriaus 2014 m. balandžio 4 d. įsakymas Nr. 1K-86 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų ataskaitos formos patvirtinimo“.

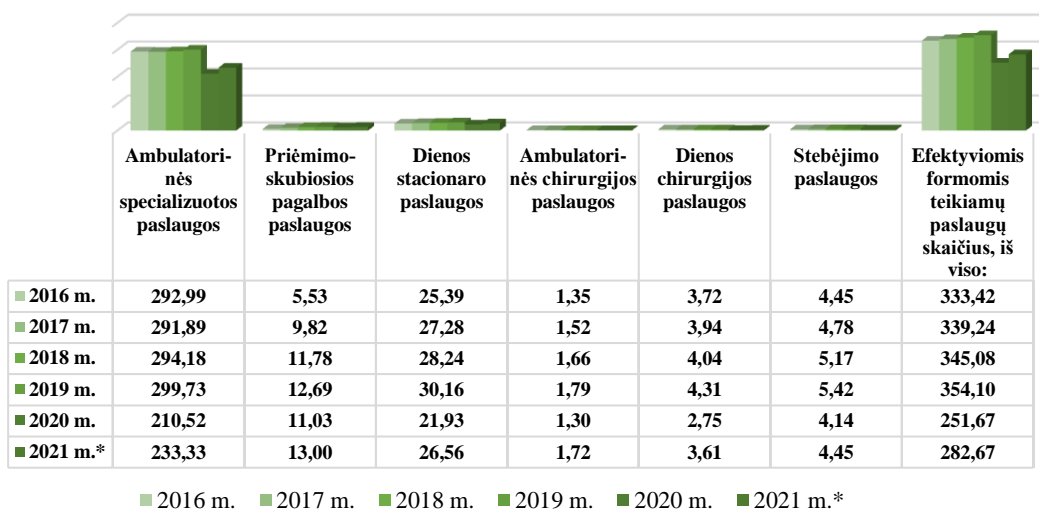
¹⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-3012 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymo Nr. V-393 „Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. lapkričio 15 d. sprendimas Nr. V-2584 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. lapkričio 3 d. sprendimo Nr. V-2463 „Dėl pacientų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), simptominio gydymo paslaugų organizavimo palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose“ pakeitimo“.

stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų. Pažymėtina, kad 2021 m. šių paslaugų buvo suteikta atitinkamai 19,9 proc. ir 1,8 proc. daugiau, palyginti su 2020 m. (2020 m. šių paslaugų buvo suteikta atitinkamai 1,15 mln. ir 402 tūkst.).

Ekonomiškai efektyvių paslaugų, įskaitant ir ambulatorines specializuotas paslaugas, t. y. gydytojų specialistų paslaugas, kasmet suteikiama vis daugiau – tai parodo 2016–2021 m. didėjęs ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (žr. diagramą). Išskyrus 2020 m., kai dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos šių paslaugų buvo suteikta mažiau, bet, atnaujinus paslaugų teikimą 2021 m., jų skaičius vėl pradėjo didėti.

Ekonomiškai efektyvių ASP paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, skaičius, tenkantis 100 gyventojų, 2016–2021 m.



Be to, toliau buvo plečiamas ekonomiškai efektyvių paslaugų spektras:

1. papildytas gydytojų specialistų, kurie pagal savo kompetenciją gali teikti onkologijos dienos stacionaro paslaugas, sąrašas bei indikacijų, pagal kurias šios paslaugos gali būti teikiamos dienos stacionare, sąrašas (papildyta įtraukiant į minėtą sąrašą gydytoją hematologą ir diagnozes, kurių kodai D45–41 pagal TLK-10-AM)¹⁹;

2. papildytas dienos stacionaro indikacijų ir pagal jas atliekamų intervencijų sąrašas, įtraukiant į jį intervencijas, kurios iki įsakymo įsigaliojimo buvo atliekamos tik stacionare (buvo įtrauktos diagnozės, žymimos kodais A51–53 pagal TLK-10-AM, ir vaisto suleidimas į raumenis; diagnozės, žymimos kodais C44 ir L57 pagal TLK-10-AM, ir fotodinaminė terapija; taip pat buvo įtrauktas kraujagyslės prieigos prietaiso (nuolatinio centrinės venos kateterio) priežiūros procedūrų atlikimas)²⁰;

3. pradėtos teikti naujos gydytojo kardiologo konsultacijos, kai atliekamas farmakologinis krūvio mėginys, atliekant miokardo perfuzijos scintigrafijos ar magnetinio rezonanso tomografijos

¹⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 15 d. įsakymas Nr. V-810 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. spalio 29 d. įsakymo Nr. V-1173 „Dėl Onkologijos dienos stacionaro paslaugų teikimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

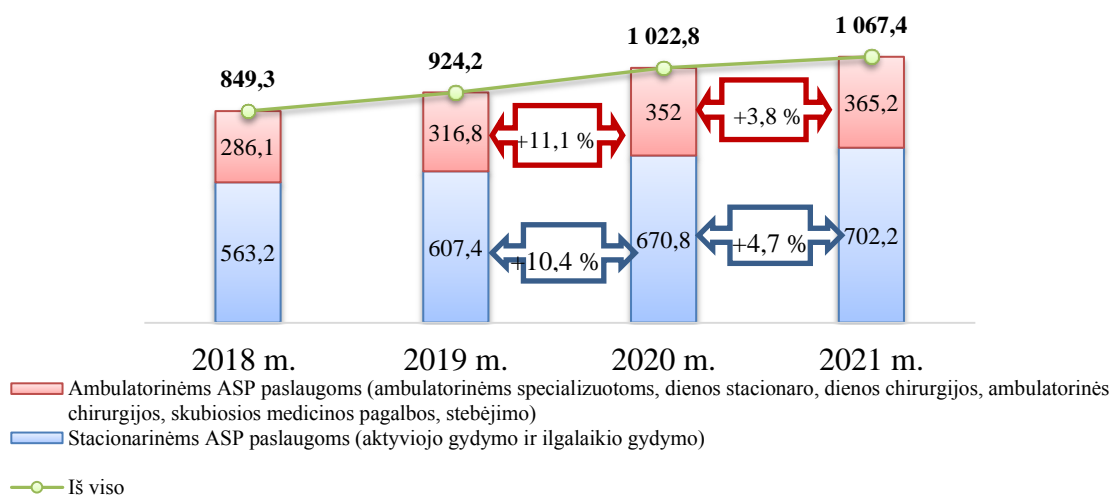
²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. birželio 29 d. įsakymas Nr. V-1500 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 6 d. įsakymo Nr. V-660 „Dėl Dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

tyrimą. Tai leidžia pacientus, kuriems nustatyta sunki širdies patologija, ištirti jau ir ambulatoriškai bei pasirinkti tolesnę gydymo taktiką²¹;

4. papildytas ambulatorinės chirurgijos intervencijų sąrašas (į šį sąrašą buvo įtraukta odos pažeidimo krioterapija, ryklės kauterizacija arba diatermija, viršutinių kvėpavimo takų ir virškinimo trakto viršutinės dalies endoskopinė lazerinė terapija ir t. t.)²².

2021 m. mokėtina suma pagal priimtas apmokėti sąskaitas už ambulatorinėmis sąlygomis suteiktas paslaugas sudarė 365 147,5 tūkst. Eur (neįskaitant 62,7 tūkst. Eur, mokėtinų už ASP paslaugas, suteiktas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną). Už 2021 m. ambulatorinėmis sąlygomis suteiktas paslaugas buvo atsiskaityta neviršijant sutartinių sumų. 2021 m. mokėtina suma pagal priimtas apmokėti sąskaitas už stacionarines ASP paslaugas sudarė 702 058,9 tūkst. Eur (neįskaitant 158,2 tūkst. Eur, mokėtinų už ASP paslaugas, suteiktas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną). Ambulatorinės ir stacionarinės ASP paslaugos 2021 m. buvo apmokėtos vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro nustatytais principais²³.

Informacija apie PSDF lėšų (mln. Eur), sumokėtų už ASP paslaugas, pasiskirstymą, pateikiama diagramoje:



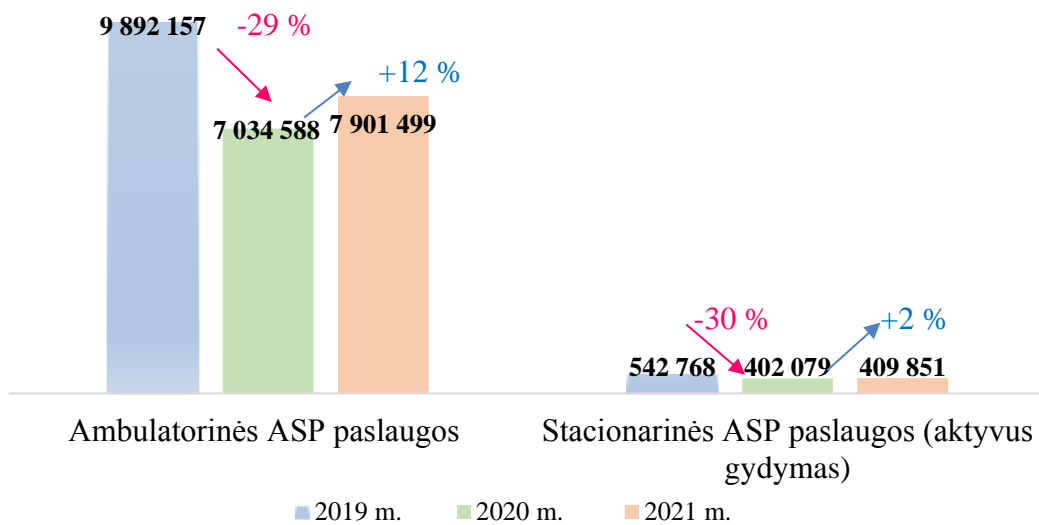
2021 m. už ambulatorines ir stacionarines ASP paslaugas buvo sumokėta daugiau PSDF biudžeto lėšų nei 2019 metais, nors atliktų paslaugų kiekis sumažėjo dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos ir ASP paslaugų teikimo apribojimų, įvestų dėl karantino .

²¹Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. lapkričio 30 d. įsakymas Nr. V-2720 „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“.

²²Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. lapkričio 8 d. įsakymas Nr. V-2503 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 25 d. įsakymo Nr. V-754 „Dėl Ambulatorinės chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

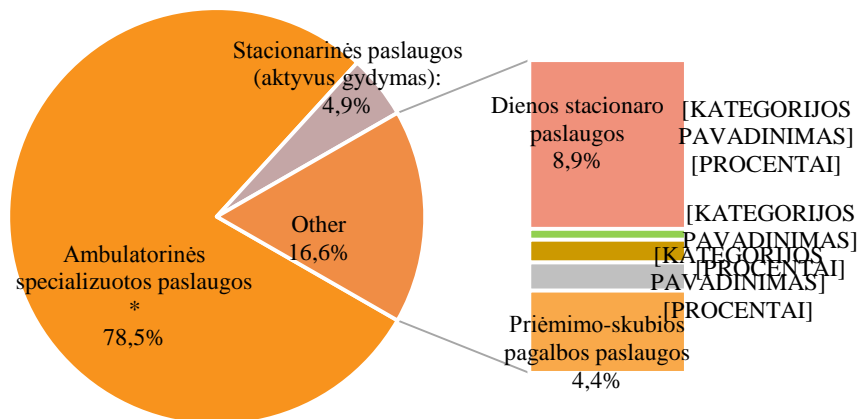
²³ Principai aprašyti Aiškinamojo rašto 6–7 puslapiuose.

ASP įstaigų suteiktų paslaugų skaičius 2019–2021 m. (vnt.)



2022 metų gegužės mėn. duomenimis

Toliau pateikiama informacija apie 2021 m. faktiškai suteiktų ASP paslaugų pasiskirstymą (proc.).



* Ambulatorinės specializuotos paslaugos: II, III lygio konsultacijos, profilaktikos, žmogaus genetikos paslaugos, visuotinio naujagimių tikrinimo, papildomai apmokamos paslaugos

Ankstesniais metais, siekiant mažinti hospitalizaciją ir didinti ekonomiškai efektyvių ASP paslaugų apimtį bei planuojant skatinti ASP įstaigas už gerus darbo rezultatus, buvo pradėta vykdyti ASP įstaigų, teikiančių stacionarines ASP paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo stebėseną

pagal tam tikrus VLK direktoriaus įsakymu²⁴ patvirtintus rodiklius. Šiuo įsakymu buvo patvirtintas ASP įstaigų, teikiančių stacionarines ASP paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašas bei ASP įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių reikšmių skaičiavimo metodika. Vadovaujantis šiuo įsakymu, buvo parengta 2019–2020 m. duomenų apie ASP įstaigas, teikiančias stacionarines ASP paslaugas, pasiektas veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių reikšmės, suvestinė. Ši suvestinė skelbiama VLK interneto svetainėje²⁵.

01 06 ambulatorinėmis sąlygomis atliktiems brangesiems tyrimams ir procedūroms

2021 m. ambulatorinėmis sąlygomis atliktiems brangesiems tyrimams ir procedūroms apmokėti buvo skirta 80 312,1 tūkst. Eur. Pagal 2021 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma už šias paslaugas sudarė 85 062,9 tūkst. Eur (neįskaitant 6 tūkst. Eur, skirtų ASP paslaugoms, suteiktoms užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną), t. y. 9 902,9 tūkst. Eur (13,2 proc.) daugiau nei 2020 metais. 2021 m. šių paslaugų buvo suteikta 15,7 proc. daugiau nei 2020 m. (2020 m. — 535 tūkst. paslaugų, 2021 m. – 619 tūkst. paslaugų).

Brangesiems tyrimams priskiriami kompiuterinės tomografijos, magnetinio rezonanso tomografijos, pozitronų emisijos tomografijos ir kiti tyrimai. Brangiosioms procedūroms priskiriamos hemodializės, gydomosios kraujo gravitacinės chirurgijos ir kitos hiperbarinės oksigenacijos procedūros.

Stacionaruose atliekami brangieji tyrimai ir procedūros apmokami pagal giminingų diagnozių grupių (angl. *Diagnosis Related Groups* – DRG) metodą.

Ligos ir būklės, dėl kurių gali būti atliekami brangieji tyrimai ar brangiosios procedūros, patvirtintos sveikatos apsaugos ministro įsakymais. Brangiuosius tyrimus ir procedūras atlieka ASP įstaigos, turinčios licenciją teikti šias paslaugas.

2021 m. Brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašas²⁶ (toliau – Brangiųjų tyrimų sąrašas) buvo papildytas nauju tyrimu – epidermio augimo faktoriaus receptoriaus (EGFR) ištyrimu naviko audiniuose ir organizmo skysčiuose.

2021 m. sausio 1 d. ir 2021 m. rugsėjo 1 d. buvo didinama brangiųjų tyrimų ir procedūrų bazinių kainų balo vertė, todėl atitinkamai buvo sumažinti kompensacinių priedų, mokamų už šiuos tyrimus ir procedūras, dydžiai²⁷.

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, 2021 m. TLK ir VLK gavo 91 prašymą dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kitose Europos Sąjungos (toliau – ES) šalyse, Islandijoje, Lichtenšteine ir Norvegijoje kompensavimo. Iš viso apdraustieji kitose ES šalyse už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, įsigytus vaistus ar MPP sumokėjo beveik 400

²⁴ VLK direktoriaus 2019 m. lapkričio 28 d. įsakymas Nr. 1K-264 „Dėl Stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo, šių rodiklių reikšmių skaičiavimo metodikos ir duomenų apie pasiektas šių rodiklių reikšmes suvestinės formos patvirtinimo“.

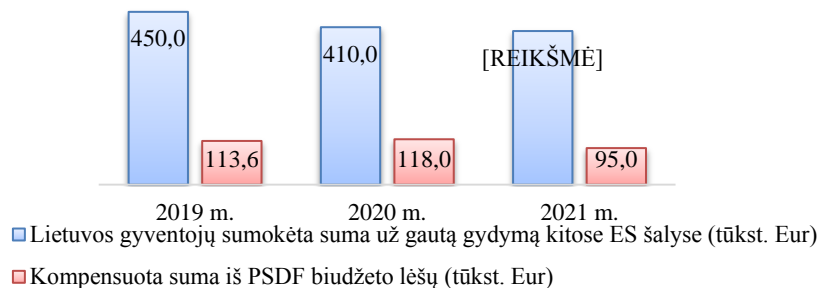
²⁵ <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/atviri-duomenys-1/aspi-veiklos-kokybes-ir-efektyvumo-vertinimo-rodikliu-suvestine/aspi-veiklos-kokybes-ir-efektyvumo-vertinimo-rodikliu-suvestine-1>.

²⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. birželio 7 d. įsakymas Nr. V-1342 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymo Nr. V-304 „Dėl Brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo bei Brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

²⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. vasario 1 d. įsakymas Nr. V-198, 2021 m. rugsėjo 20 d. įsakymas Nr. V-2117 ir 2021 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-3002 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymo Nr. V-304 „Dėl Brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo bei Brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

tūkst. Eur. 2021 m. buvo patenkinta 80 apdraustųjų prašymų – jiems buvo kompensuota daugiau kaip 95 tūkst. Eur.

Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidos 2019–2021 m.



Lietuvos Respublikos gyventojai 2021 m. daugiausia pateikė prašymų kompensuoti jų išlaidas tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai, gautai Latvijoje (31), Lenkijoje (21) ir Vokietijoje (21). Dėl išlaidų tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai, gautai Slovakijoje, kompensavimo buvo pateikti 6 prašymai, Estijoje – 5 prašymai, Ispanijoje – 3, Belgijoje – 2, o Italijoje ir Bulgarijoje – po 1 prašymą.

Dažniausiai (43 atvejais) buvo kompensuotos stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos, suteiktos Latvijos, Lenkijos, Vokietijos, Estijos, Ispanijos, Belgijos gydymo įstaigose. Pacientai taip pat buvo konsultuoti gydytojų specialistų (akušerio ginekologo, ortopedo traumatologo, chemoterapeuto, radiologo, kardiologo, neurochirurgo ir kt.). 20 atvejų buvo teikiamos medicininės rehabilitacijos (stacionarinės ir ankstyvosios rehabilitacijos) paslaugos Lenkijoje, Slovakijoje ir Bulgarijoje. 8 atvejais buvo atlikti brangieji tyrimai: daugiafazė kontrastinė magnetinio rezonanso tomografija Ispanijoje, PET Lenkijoje, magnetinio rezonanso tyrimas Latvijoje, kompiuterinės tomografijos tyrimai Vokietijoje ir Latvijoje bei genetiniai tyrimai Ispanijoje ir Latvijoje. 9 atvejais buvo įsigyti vaistai. 12 atvejų buvo pateikti prašymai kompensuoti MPP įsigijimo išlaidas.

Jau ne pirmus metus Lietuvoje ir kitose ES šalyse (veikiant direktyvai dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo, pagal kurią mūsų apdraustieji gali laisviau vykti gydytis į kitas šalis) stebimos panašios tendencijos. Lietuvoje apdrausti asmenys dažniausiai renkasi kaimynines šalis tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai gauti. Suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų tendencijos išlieka taip pat panašios – kasmet vykstama dėl tų pačių ar panašaus pobūdžio paslaugų.

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. Ūkio subjektų konsultavimas ir duomenų, kaupiamų „Sveidroje“, stebėseną, išlieka VLK ir TLK vykdomos įstaigų ir įmonių veiklos priežiūros prioritetinėmis sritimis.

2021 m. TLK vykdė įstaigų ir įmonių veiklos duomenų, kaupiamų „Sveidroje“, stebėseną pagal patvirtintus 9 stebėsenos rodiklius²⁸. VLK ir TLK specialistai pagal VLK direktoriaus įsakymu patvirtintus stacionare teikiamų ASP paslaugų stebėsenos rodiklius ir klinikinio kodavimo taisykles vykdė duomenų apie stacionare teikiamas aktyviojo gydymo paslaugas stebėseną²⁹.

²⁸ VLK direktoriaus 2020 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. 1K-381 „Dėl 2021 metų prioritetinių teritorinių ligonių kasų vykdomos kontrolės kryptių ir jų atliekamos stebėsenos rodiklių sąrašo patvirtinimo“.

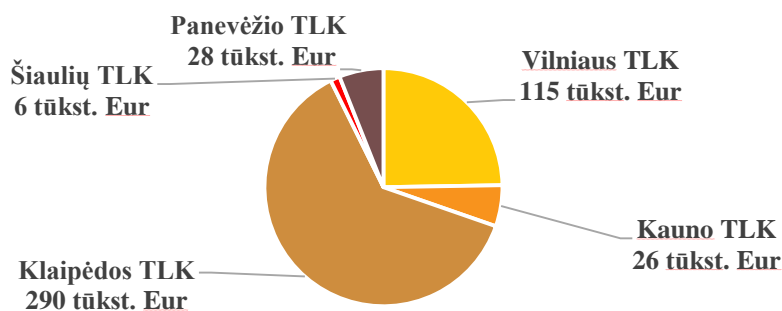
²⁹ VLK direktoriaus 2015 m. gruodžio 8 d. įsakymas Nr. 1K-357 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

2021 m. bendras TLK specialistų suteiktų konsultacijų skaičius viršijo 199 tūkstančius. Vykdydamos stebėseną, 2021 m. TLK iš viso peržiūrėjo 119,8 tūkst. formos Nr. 066/a-LK statistinių kortelių, iš jų daugiau kaip 9 tūkst. kortelių duomenys buvo patikslinti. Taip pat buvo peržiūrėta 887,8 tūkst. formos Nr. 025/a-LK statistinių kortelių, iš jų daugiau kaip 68,3 tūkst. statistinių kortelių duomenis ASP įstaigos turėjo patikslinti. Skirtumas tarp bendros sumos, apskaičiuotos pagal neteisingus ūkio subjektų pateiktų statistinių kortelių duomenis apie suteiktas ASP paslaugas, ir sumos, sumokėtos ASP įstaigoms už šias paslaugas po statistinių kortelių patikslinimo, faktiškai sudarė daugiau kaip 1 032 tūkst. Eur (išvengta žala PSDF biudžetui). Klaidingai užpildytų statistinių kortelių atrinkimas, atliekant stebėseną, ir jų tikslinimas – abipusiškai vertinga praktika tiek TLK, tiek ūkio subjektams. PSDF biudžetui nepadaroma žala, o ūkio subjektas išvengia nuostolių, kuriuos būtų patyręs, jei tektų atlyginti padarytą žalą.

Stebėsenos duomenų pagrindu TLK inicijavo 172 planines kontrolės procedūras.

Kontrolės procedūrų vykdymas

2021 m. TLK atliko 889 įmonių ir įstaigų kontrolės procedūras. Bendras 2021 m. nustatytos žalos PSDF biudžetui dydis sudarė 465,8 tūkst. Eur. Toliau pateikiama informacija apie 2021 m. nustatytą žalą PSDF biudžetui pagal TLK:



2021 m. TLK atliktų kontrolės procedūrų duomenų suvestinė

TLK	Atliktų kontrolės procedūrų skaičius	Planinių kontrolės procedūrų skaičius	Kontrolės procedūrų, kai buvo nustatyta žala PSDF biudžetui, skaičius	Nustatyta žala PSDF biudžetui (Eur)	Dėl statistinių kortelių stebėsenos ir taisymo išvengtos žalos PSDF biudžetui dydis (balais)
Vilniaus	219	210 (95,9%)	61 (27,9%)	115 197,22	408 143,00
Kauno	195	187 (95,9%)	45 (23,1%)	26 220,34	296 386,00
Klaipėdos	127	114 (89,8%)	42 (33,1%)	290 159,86	124 385,73
Šiaulių	153	149 (97,4%)	45 (29,4%)	5 868,23	95 549,50
Panevėžio	195	193 (99,0%)	102 (52,3%)	28 352,18	107 593,79
Iš viso	889	853 (96,0%)	295 (33,2%)	465 797,83	1 032 058,02

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 VLK direktoriaus įsakymu³⁰ patvirtintus stacionare teikiamų ASP paslaugų stebėsenos rodiklius ir klinikinio kodavimo taisykles vykdė duomenų apie stacionare teikiamas aktyviojo gydymo paslaugas stebėseną. Buvo atlikta 2021 m. aktyviojo gydymo klinikinį duomenų analizė, kurios pagrindu vėliau buvo parengta ir VLK interneto svetainėje paskelbta 2021 m. klinikinio kodavimo stebėsenos rezultatų vertinimo ataskaita. Minėtos analizės tikslas – gerinti statistikos ir atsiskaitymo tikslais ASP įstaigų įvedamų į Stacionarinių paslaugų apskaitos posistemį (SPAP) duomenų apie aktyvųjį gydymą kokybę, įvertinti ir palyginti skirtingų laikotarpių ASP įstaigų klinikinio kodavimo duomenis ir pačias ASP įstaigas, vykdyti neteisingų duomenų teikimo prevenciją ir gauti išsamią informaciją apie gyventojams teikiamas aktyviojo gydymo paslaugas.

Vykdydami stebėseną 2021 metais, VLK ir TLK specialistai iš 518 832 aktyviojo gydymo atvejų atrinko 16 923 aktyviojo gydymo atvejus (3,3 proc.), kurių duomenys galėjo būti klaidingi. Šie duomenys buvo grąžinti ASP įstaigoms tikslinti – iš viso buvo patikslinta 99,8 proc. tokių atvejų duomenų. 2021 m., vykdant klinikinio kodavimo duomenų stebėseną, buvo patikrinti 72,6 proc. visų aktyviojo gydymo atvejų. Aktyviojo gydymo atvejų, kurių duomenys turėjo būti tikslinami, dalis skirtingose įstaigose svyravo nuo 0 proc. iki 12 procentų. Įvertinus kelerių pastarųjų metų duomenis, galima teigti, kad klinikinio kodavimo kokybė ASP įstaigose gerėja, nes vis mažiau aptinkama gydymo atvejų, kurių duomenys klaidingi (2018 m. – 5,1 proc., 2019 m. – 3,5 proc., 2020 m. – 3,2 proc., 2021 m. – 3,3 proc.). Tikslintinų statistinių kortelių skaičius sumažėjo, nes „Sveidroje“ buvo įdiegtos 506 automatinio klinikinio kodavimo tikrinimo taisyklės, kurios leidžia klaidą užfiksuoti gydymo etapo baigimo metu.

Sudėtingiausių aktyviojo gydymo atvejų (priskiriamų giminingų diagnozių grupėms, kurių kodo paskutinis simbolis yra „A“) dalis, palyginti su bendru aktyviojo gydymo atvejų skaičiumi (be dienos chirurgijos), sumažėjo nuo 31,4 proc. iki 33,6 proc. (lyginant 2020 m. ir 2021 m. duomenis). Be to, buvo įvertintas vidutinis aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas (angl. *Casemix Index*), kuris 2021 m. buvo 1,976. Palyginti su 2020 m. klinikinio kodavimo stebėsenos rezultatų vertinimo ataskaitos duomenimis, šis rodiklis padidėjo 5,4 procento. Vidutinis aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas skiriasi skirtingo lygmens ligoninėse: respublikos lygmens ligoninėse šis rodiklis yra 2,161, regiono – 1,516, rajono – 1,361, privačių ligoninių 1,587 (2021 m. duomenys). Šis koeficientas priklauso nuo teikiamų paslaugų spektro, taikomų diagnostikos ir gydymo metodų sudėtingumo, pacientų poliligtumo. 2021 m. vidutinis aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas didėjo dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) gydymo atvejų skaičiaus didėjimo. Taip pat didėjo aktyviojo gydymo atvejų, priskiriamų chirurginio ir kito pobūdžio giminingų diagnozių grupėms, dalis. Šie atvejai yra brangiau apmokami nei terapinio pobūdžio atvejai: didžiausią įtaką tam turėjo gydymo atvejų, kai atliekamos klubo ir kelio endoprotezavimo operacijos, skaičiaus didėjimas ir vidutinio šių atvejų kainos koeficiento didėjimas. Taip pat daugėjo ir aktyviojo gydymo atvejų, kai atliekamos bariatrinės operacijos.

2017–2021 m. dienos chirurgijos ir stacionarinio aktyviojo gydymo atvejų skaičius bei jų dalis procentais, palyginti su bendru aktyviojo gydymo atvejų skaičiumi

Aktyviojo gydymo atvejai	2017 m.		2018 m.		2019 m.		2020 m.		2021 m.		Pokytis 2020 m. / 2021 m. (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	117 636	17,1	118 354	17,6	125 117	18,5	80 277	16,5	103 920	20,0	29,5
Stacionarinio aktyviojo gydymo atvejai:	570 329	82,9	555 392	82,4	549 445	81,5	407 057	83,5	414 911	80,0	1,9

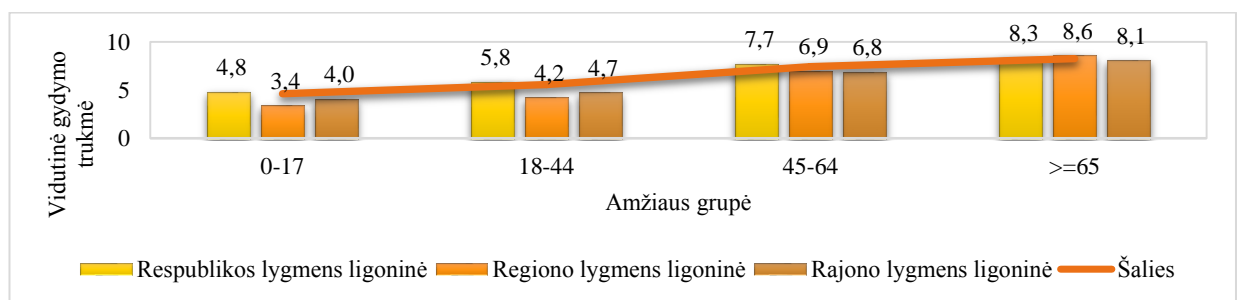
³⁰ VLK direktoriaus 2015 m. gruodžio 8 d. įsakymas Nr. 1K-357 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Būtinoji medicinos pagalba	293 880	51,5	282 331	50,8	280 881	51,1	219 067	53,8	217 097	52,3	-0,9
Kita (įskaitant planinę) medicinos pagalba	276 449	48,5	273 061	49,2	268 564	48,9	187 990	46,2	197 814	47,7	5,2
Iš viso	687 965	100,0	673 746	100,0	674 562	100,0	487 334	100,0	518 831	100,0	6,5

2021 m. aktyviojo gydymo atvejų skaičius, tenkantis 100 gyventojų, pagal amžiaus grupę ir lytį



2021 m. vidutinė stacionarinio aktyviojo gydymo trukmė pagal ligoninės lygmenį ir amžiaus grupę



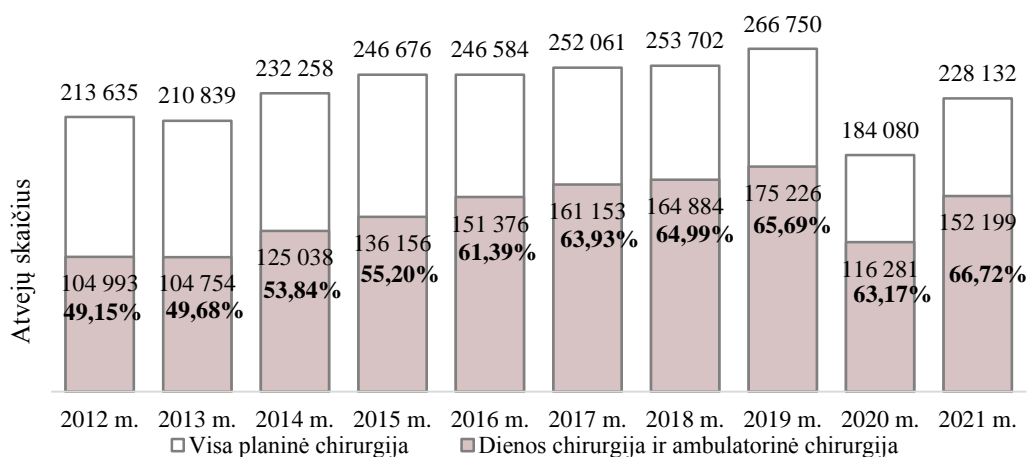
ASP įstaigų veiklos efektyvumo vertinimo analizė

2021 m. pagal patvirtintus ASP įstaigų, teikiančių stacionarines ASP paslaugas, veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklius³¹ buvo atlikta stacionarines ASP paslaugas teikiančių ASP įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių analizė. Buvo

³¹ 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“.

analizuojami gydymo atvejai, kai atliekama planinė operacija, išskiriant atvejų, kai planinė operacija atliekama dienos arba ambulatorinės chirurgijos sąlygomis, dalį. 2012–2019 m. planinių operacijų, atliekamų dienos ir ambulatorinės chirurgijos sąlygomis, dalis kasmet didėjo – nuo 49,15 proc. (2012 m.) iki 65,69 proc. (2019 m.). 2021 m. dienos ir ambulatorinės chirurgijos sąlygomis buvo atlikta 66,72 proc. visų planinių operacijų.

**2012–2021 m. dienos chirurgijos ir ambulatorinės chirurgijos atvejų dalis (proc.),
palyginti su bendru planinės chirurgijos atvejų skaičiumi**



Palyginus 2012 m. ir 2019 m. duomenis, galima teigti, kad daugėjo tam tikrų planinių operacijų, atliekamų dienos chirurgijos sąlygomis. 2020 m. dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) įtakos bendras šių paslaugų kiekis sumažėjo, tačiau 2021 m. atnaujinus planinių paslaugų teikimą šių paslaugų skaičius išaugo iki 228 tūkst., iš kurių 67 proc. – dienos chirurgijos atvejai. Iki 2019 m. dienos chirurgijos atvejis galėdavo trukti iki 2 lovadienių, nuo 2019 m. sausio 1 d. – ne daugiau nei 1 lovadienį, o nuo 2020 m. – ne ilgiau nei 24 valandas. Dėl šios priežasties 2019 m. ir 2020 m. dienos chirurgijos atvejų, kai atliekamos tam tikros sudėtingesnės operacijos, dalis (proc.), palyginti su visais aktyviojo gydymo atvejais, kai atliekamos atitinkamos planinės operacijos, sumažėjo.

**2012 m., 2018 m., 2019 m., 2020 m. ir 2021 m. dienos chirurgijos ir dienos
stacionaro³² atvejų, kai atliekamos tam tikros operacijos, dalis (proc.), palyginti su bendru
aktyviojo gydymo atvejų, kai atliekama atitinkama planinė operacija, skaičiumi stacionarines
ASP paslaugas teikiančiose ASP įstaigose**

Operacijos pavadinimas	2012 m.	2018 m.	2019 m.	2020 m.	2021 m.
Adenoidektomija	80,8	96,46	94,43	91,97	95,58
Paviršinių kojų venų šalinimas	76,1	91,09	91,28	92,44	90,05
Laparoskopinis tulžies pūslės šalinimas	34,6	66,96	59,17	58,96	65,78
Pilvo sienos išvaržų plastika	37,8	68,15	62,14	59,99	64,97
Kataraktos operacija	-	97,59	96,25	94,24	95,65
Kelio artroskopinė operacija	-	88,57	87,21	85,90	89,16
Laparoskopinės ginekologinės operacijos	-	49,84	43,89	38,97	43,24

³² Kataraktos operacijos gali būti atliekamos ir dienos stacionaro sąlygomis. Kitos išvardytos operacijos dienos stacionare neatliekamos.

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 21,39 proc. (2021 m.). Bendras gimdymų skaičius 2012–2020 m. mažėjo vidutiniškai po 2,13 proc. per metus, o 2021 m. gimdymų skaičius išliko 2020 m. lygyje.

Paslaugų bazinių kainų pokyčiai

Siekiant optimizuoti ASP paslaugų kainas ir kuo tiksliau kompensuoti šių paslaugų teikimo išlaidas, 2021 m. buvo apskaičiuotos naujos arba perskaičiuotos jau galiojančios toliau nurodytų paslaugų bazinės kainos ir MPP kainos (aktyviojo gydymo atvejo kainos priemokos):

- paslaugų, susijusių su COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) valdymu (76 paslaugų, kurių išlaidas apmokamos valstybės biudžeto lėšomis, kainos);
- epidermio augimo faktoriaus receptoriaus (EGFR) ištyrimo naviko audiniuose ir organizmo skysčiuose paslaugos (1 bazinė kaina);
- stacionarinio priklausomybės ligų gydymo pagal Minesotos programą paslaugos (1 bazinė kaina);
- kardiologo konsultacijos, kai atliekamas farmakologinis krūvio mėginys su adenozinu, atliekant miokardo perfuzijos scintigrafijos ar magnetinio rezonanso tomografijos tyrimą (1 bazinė kaina);
- kardiologo konsultacijos, kai atliekamas farmakologinis krūvio mėginys su regadenozinu, atliekant miokardo perfuzijos scintigrafijos ar magnetinio rezonanso tomografijos tyrimą (1 bazinė kaina);
- pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų (3 bazinės kainos) (šių paslaugų bazinės kainos buvo perskaičiuotos pasikeitus vieno gyventojo pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros metinei bazinei kainai dėl maksimalaus prirašytų prie medicinos psichologo, teikiančio pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, gyventojų skaičiaus mažinimo normatyvų taikymo);
- pirmojo etapo ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugų (5 bazinės kainos);
- buvo perskaičiuoti giminingų diagnozių grupėms priskiriami kainų koeficientai (3 508) ir bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina (1 bazinė kaina).
- MPP, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašas buvo papildytas 13 MPP, buvo apskaičiuotos šių MPP kainos.

02 Vaistams, MPP ir medicinos priemonių (prietaisų) nuomai

02 01 kompensuojamiesiems vaistams ir MPP

2021 m. PSDF biudžete kompensuojamiesiems vaistams ir MPP buvo numatyta 385 497 tūkst. Eur, t. y. 34 824 tūkst. Eur (arba beveik 9,9 proc.) daugiau nei 2020 metais. Sumokėta suma sudarė 385 497 tūkst. Eur (37 014 tūkst. Eur, arba 10,6 proc. daugiau nei 2020 m.). Pagal 2021 m. priimtas sąskaitas suma, mokėtina už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP, siekė 406 232 tūkst. eurų.

2021 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už gruodžio mėn. pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP sudarė 53 599 tūkst. Eur, t. y. buvo 20 735 tūkst. Eur (arba 63,1 proc.) didesnis nei kreditinis įsiskolinimas 2020 m. gruodžio 31 d. duomenimis.

2021 m. Lietuvoje kompensuojamuosius vaistus ir MPP vartojo apie 1,12 milijono pacientų, t. y. apie 40,1 proc. visų Lietuvos gyventojų (2021 m. pabaigos duomenimis; kitose ES šalyse – apie 40–60 proc. gyventojų), iš jų vyresnių kaip 60 metų gyventojų, vartojančių kompensuojamuosius vaistus ir naudojančių kompensuojamąsias MPP, buvo apie 630 tūkst., t. y. jie sudarė apie 56,2 proc. visų gyventojų, vartojusių kompensuojamuosius vaistus ir naudojusius kompensuojamąsias MPP, arba apie 82,9 proc. visų tokio amžiaus Lietuvos gyventojų. 2021 m. Lietuvoje buvo kompensuotos apie 2 297 vaistų (prekiniais pavadinimais) įsigijimo išlaidos, arba 3,8 proc. daugiau vaistų (85 pavadinimais), nei buvo kompensuojama 2020 metais.

Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių ASP paslaugų teikimo masto kompensuojamųjų vaistų ir MPP skiriama vis daugiau, jų vartojimas didėja. Pagal 2021 m. PSDF biudžeto prisiimtus įsipareigojimus kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, įskaitant valstybės biudžeto lėšomis padengiamą paciento priemokos sumą, skirta lėšų suma sudarė 385,5 mln. Eur (31 mln. Eur daugiau nei 2020 metais). Bendra pacientų priemokų suma 2021 m. sudarė 33,3 mln. Eur, t. y. 4,4 mln. Eur daugiau nei 2020 m. (2020 m. priemokų suma sudarė 28,9 mln. Eur).

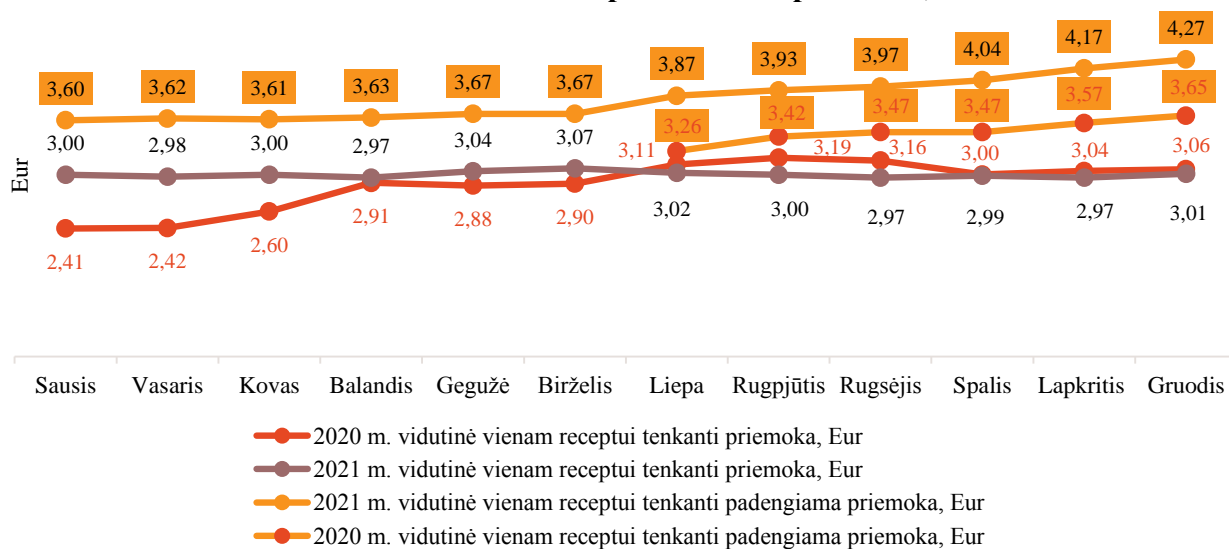
Nuolat didėjant slaugai naudojamų kompensuojamųjų MPP poreikiui, 2021 m. buvo siekiama didinti jau kompensuojamų MPP kiekį. 2021 m. VLK vykdė vidutinio metinio sunaudojamų kompensuojamųjų MPP, skirtų šlapimo ir išmatų nelaikymui (arba inkontinencijai) koreguoti, vienetų skaičiaus, tenkančio vienam apdraustajam, naudojančiam šias MPP, pokyčio (palyginti su 2020 m.) stebėseną – 2021 m. vienam apdraustajam, naudojančiam šias MPP, teko 416 šių MPP daugiau nei 2020 metais. Buvo siekiama, kad šis rodiklis didėtų 6 proc., tačiau 2021 m. jis padidėjo 15 procentų. Tam įtakos turėjo tai, kad nuo 2021 m. liepos 1 d. buvo padidintas leidžiamas išrašyti kompensuojamųjų MPP kiekis asmenims, kuriems nustatytas didelis šlapimo nelaikymo laipsnis (išrašoma iki 60 vnt. sauskelnių per mėnesį). Kasmet PSDF biudžeto lėšomis kompensuojant vis daugiau apdraustųjų slaugai reikalingų MPP ir numatant šių priemonių skaičiaus augimą, rodiklio reikšmė taip pat didės – tai lems didėjančią slaugos prieinamumą ir mažėjančias namų ūkių išlaidas kompensuojamosioms MPP.

Pažymėtina, kad 2021 m. labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, t. y. 75 metų ir vyresniems pacientams, vyresniems kaip 65 metų mažas pajamas gaunantiems asmenims bei neįgaliesiems, buvo sudaryta galimybė gauti kompensuojamuosius vaistus ir MPP nemokant paciento priemokos. Priemokoms padengti PSDF biudžetui skiriami valstybės biudžeto asignavimai sudarė 15,7 mln. eurų.

Siekiant įgyvendinti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas – atsisakyti pacientų diskriminavimo pagal ligas ir užtikrinti socialinį teisingumą, 2021 m. buvo nustatyta, kad visų įrašytų į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašą (A sąrašą) kompensuojamųjų vaistų bazinės kainos kompensuojamos 100 procentų. Tik 20 bendrinių pavadinimų vaistų, įrašytų į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą (B sąrašą), bazinės kainos kompensuojamos 50 procentų. Mažėjo pačių pacientų sumokėtų priemokų už kompensuojamuosius vaistus ir MPP dalis (ji sudarė 17,6 mln. Eur), palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų suma. 2021 m. ši dalis sudarė 4,2 proc., tai yra sumažėjo apie 1,6 proc. (2020 m. ši dalis sudarė 5,8 proc.).

2021 m. gruodžio mėn. vidutinė vienam receptui tenkanti paciento priemoka sudarė 3,01 Eur, o vidutinė vienam receptui tenkanti valstybės biudžeto lėšomis padengiama paciento priemoka – 4,27 euro (žr. diagramą).

Vidutinė vienam receptui tenkanti priemoka, Eur



Vidutinė vienam receptui tenkančios priemokos suma beveik nepakito, tačiau padidėjo valstybės biudžeto lėšomis padengiama priemokos suma, tenkanti vienam receptui, – 19 proc. (nuo 3,60 Eur sausio mėnesį iki 4,27 Eur gruodžio mėnesį). Tai lėmė gyventojams viename recepte išrašomas didesnis kompensuojamųjų vaistų ir MPP kiekis, be to, gyventojai už vaistus ir MPP nieko neprimoka, vadinasi, nėra skatinami įsigyti mažiau kainuojančio vaisto ar MPP. Kadangi 2021 m. vaistų ir MPP priemokos buvo padengiamos valstybės biudžeto lėšomis, 2021 m. Lietuvos gyventojai už kompensuojamuosius vaistus primokėjo 4,47 mln. Eur mažiau nei 2020 metais.

2021 m. buvo pradėta kompensuoti 17 naujų vaistų bendriniais pavadinimais, skirtų migrenai, reumatoidiniam artritui, opiniam kolitui, nestabiliai krūtinės anginai, onkologinėms ligoms ir dar daugeliui kitų ligų gydyti.

2021 m. išrašytų receptų skaičius sudarė 9,96 mln. vnt., t. y. 2 proc. daugiau nei 2020 m. (2020 m. receptų skaičius sudarė 9,8 mln. vnt.), iš jų 99,9 proc. receptų buvo išrašyta elektroniniu būdu (sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai ir slaugytojai) įgyvendina Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomą Lietuvos e. sveikatos sistemos 2015–2025 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių planą). Išrašant elektroninius receptus užtikrinama tikslesnė vaistų apskaita, palengvinamas darbas vaistus skiriančiam gydytojui. Gydytojas E. sveikatos portale mato visus pacientui išrašytų vaistų (taip pat ir kitų gydytojų išrašytų vaistų) receptus, todėl gali įvertinti, ar vaistai vartojami racionaliai.

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.

2021 m. iš PSDF biudžeto centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP buvo skirta 51 073 tūkst. eurų.

Pagal 2021 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma sudarė 52 792 tūkst. eurų.

2021 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už centralizuotai apmokamus vaistus ir MPP siekė 3 720 tūkst. eurų.

2021 m., palyginti su 2020 m., išaugo endoprotezavimo operacijų (pirminių endoprotezavimo operacijų, atliekamų naudojant standartinius, specialius ir individualius endoprotezus) skaičius, tačiau jis nepasiekė 2019 m. buvusio lygio (2021 m. buvo atliktos 6 856 pirminės endoprotezavimo operacijos, 2020 m. – 5 960, 2019 m. – 8 632 operacijos). 2021 m. buvo pradėta centralizuotai pirkti hidraulinės sistemos vidutiniam vyrų šlapimo nelaikymui gydyti. Planuojama, kad minėtomis MPP per metus preliminarai bus gydoma apie 20 pacientų. 2021 m. daugiau lėšų buvo skirta kateterizavimo būdu implantuojamiems aortos ir plaučių arterijos vožtuvams įsigyti – šių priemonių poreikis didėja, todėl 2021 m. joms įsigyti buvo skirta 4 mln. Eur, t. y. beveik 3 mln. daugiau nei 2020 metais.

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

2021 m. PSDF biudžete labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais buvo numatyta 10 400 tūkst. eurų. Pagal 2021 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma sudarė 10 771 tūkst. Eur, buvo sumokėta 10 398 tūkst. Eur, t. y. 16,8 proc. daugiau nei 2020 m., kai ši suma siekė 8 900 tūkst. eurų. Kreditinis įsiskolinimas gydymo įstaigoms pagal pateiktas paraiškas apmokėti labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo ir gydymo nenumatytais atvejais išlaidas 2021 m. gruodžio 31 d. sudarė apie 876 tūkst. eurų.

VLK organizuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudarytos Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijos veiklą ir, vadovaudamasi jos sprendimais, išduoda garantinius raštus, pagal kuriuos kompensuojamos labai retų sveikatos būklių gydymo išlaidos. 2021 m. VLK išdavė 483 garantinius raštus pagal ASP įstaigų pateiktus prašymus kompensuoti 270 pacientų (iš jų – 110 naujų pacientų), kuriems buvo diagnozuotos labai retos sveikatos būklės, gydymo išlaidas. Naujų pacientų gydymui pagal šiais metais išduotus garantinius raštus buvo skirta apie 4,43 mln. Eur, šios išlaidos padidėjo 2,3 karto,

palyginti su 2020 m. (1,95 mln. Eur). Didžiausia dalis lėšų retoms sveikatos būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiems sergantiesiems ypač retomis metabolinėmis ligomis, spinaline raumenų atrofija, Diušeno raumenų distrofija ir kitomis labai retomis onkologinėmis ligomis.

02 04 medicinos priemonių (prietaisų) nuomai

2021 m. medicinos priemonių (prietaisų) nuomai iš PSDF biudžeto buvo skirta 4 130 tūkst. eurų. 2021 m. faktinės išlaidos (suma pagal priimtas sąskaitas) sudarė 3 263 tūkst. Eur (554 tūkst. Eur arba 20,5 proc. daugiau nei 2020 m.).

Siekiant sudaryti galimybę efektyviau naudoti brangią medicinos įrangą slaugant pacientą namuose, palengvinti paciento finansinę naštą, sumažinti kai kurių ligoninių užimtumą ir efektyviau naudoti PSDF biudžeto lėšas, 2021 m. buvo kompensuojamos šių medicinos priemonių nuomos išlaidos:

- insulino pompų su glikemijos duomenų įvertinimo, naudojant diagnostines juosteles gliukozės kiekiui nustatyti, funkcija;
- insulino pompų su glikemijos įvertinimo, naudojant nuolatinio gliukozės matavimo jutiklį, ir insulino išvirkštimo sustabdymo, esant mažai glikemijai, funkcija;
- deguonies aparatų; dirbtinės plaučių ventiliacijos (toliau – DPV) aparatų, veikiančių invaziniu arba neinvaziniu būdu, kai naudojamas tracheostominis vamzdelis;
- DPV aparatų, veikiančių neinvaziniu būdu, kai naudojama kaukė arba kaniulės;
- nešiojamųjų gyvybinių funkcijų stebėjimo aparatų;
- DPV aparatų, veikiančių adaptuotos palaikomosios ventiliacijos (angl. *Adaptive Servo-Ventilation*) režimu, skiriamų centrinei miego apnėjai gydyti, kai kiti gydymo metodai neefektyvūs;
- DPV aparatų, veikiančių invaziniu arba neinvaziniu būdu per kaukė arba kandiklį;
- išorinių automatinių infuzinių pompų ilgalaikiai opioidinių analgetikų infuzijai atlikti su užrakinimo funkcija (apsauga nuo paciento savavališko vaistų dozės reguliavimo).

03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui

2021 m. iš PSDF biudžeto medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui buvo skirta 98 068 tūkst. eurų. Pagal 2021 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma už pacientams suteiktas paslaugas sudarė 95 271 tūkst. Eur, t. y. 32 038 tūkst. Eur arba 50,7 proc. daugiau nei 2020 metais.

2021 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už suteiktas medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas sudarė 11 249 tūkst. eurų. Už suteiktas ASP paslaugas TLK atsiskaitė per 30 dienų nuo sąskaitų gavimo dienos, kaip numatyta Sveikatos draudimo įstatymo 27 straipsnio 2 dalyje bei PSDF biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių³³ 16 punkte.

Sudarant sutartis ir PSDF biudžeto lėšomis apmokant suteiktas medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugas (toliau – medicininės reabilitacijos paslaugos), šios paslaugos 2021 m. buvo suskirstytos į penkias grupes: pirmojo etapo medicininės reabilitacijos paslaugos (teikiamos nuo 2021 m.), ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugos, stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos, ambulatorinės psichosocialinės reabilitacijos paslaugos ir stacionarinės psichosocialinės reabilitacijos paslaugos.

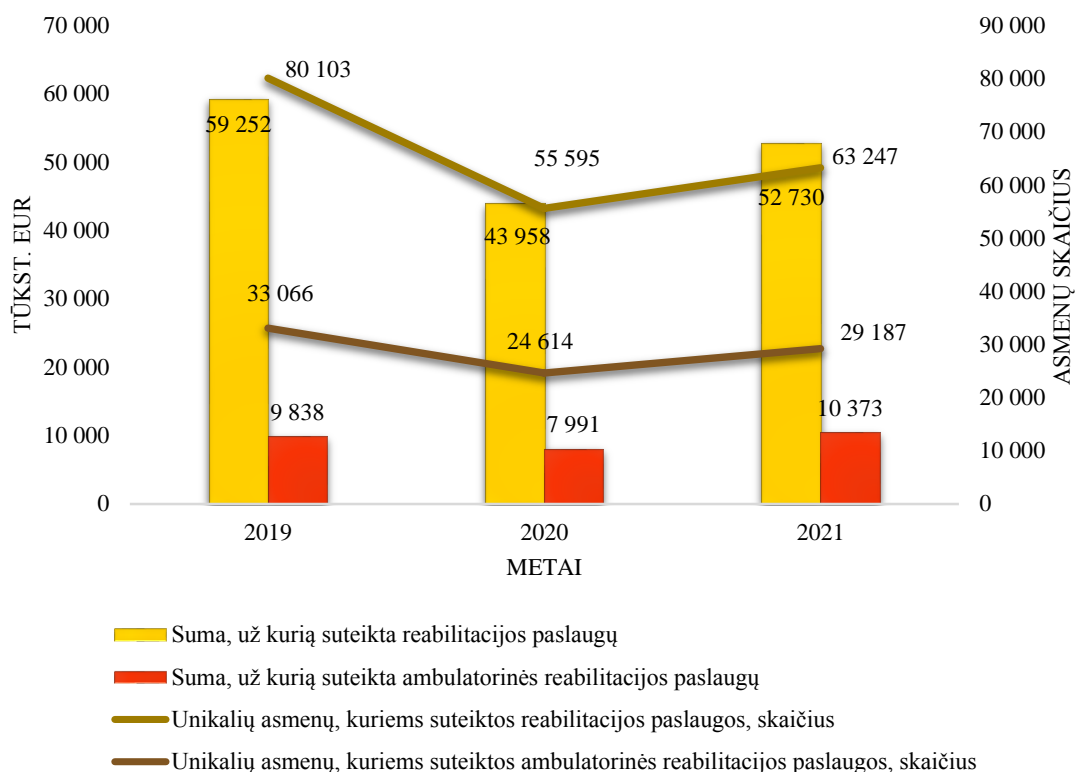
³³ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“.

2020 m. buvo stebimas reabilitacijos paslaugų teikimo mažėjimas dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos ir įvesto karantino, o 2021 m. šių paslaugų teikimo mastas jau didėjo, bet dar nepasiekė 2019 m. teiktų šių paslaugų apimčių. 2021 m. buvo pradėtos teikti pirmojo medicininės reabilitacijos etapo paslaugos, todėl padaugėjo medicininės reabilitacijos paslaugas gavusių asmenų, taip pat išaugo bendras suteiktų medicininės reabilitacijos paslaugų skaičius. 2021 m. 255 120 asmenų buvo suteikta 1,5 mln. paslaugų už 77,5 mln. Eur, iš jų 220 836 pacientams buvo suteiktos 321 827 pirmojo medicininės reabilitacijos etapo paslaugos už beveik 25 mln. Eur:

Metai	Paslaugos tipas	Unikalių asmenų skaičius	Kortelių skaičius	Apmokamų paslaugų / lovardienų skaičius	Suma eurais	Suma balais
2019	Reabilitacijos paslaugos	80 103	85 953	1 563 927	59 252 354	59 252 354
2020	Reabilitacijos paslaugos	55 595	60 061	1 023 684	43 958 233	41 265 808
2021	Pirmojo etapo reabilitacijos paslaugos	220 836	278 137	321 827	24 789 692	21 975 473
	Reabilitacijos paslaugos	63 247	68 285	1 181 498	52 729 911	46 629 739
	2021 m. iš viso	255 120	346 422	1 503 325	77 519 603	68 605 211

2021 m. apie 24,4 tūkst. vaikų (apie 10 proc. visų gavusiųjų medicininės reabilitacijos paslaugas) buvo suteikta 227 tūkst. paslaugų už 8,6 mln. Eur, o 230,7 tūkst. suaugusiųjų (apie 90 proc. visų gavusiųjų medicininės reabilitacijos paslaugas) buvo suteikta 1 277 tūkst. paslaugų už 68,9 mln. eurų.

Lyginant 2021 m. duomenis su 2020 m. duomenimis (neįskaitant 2021 m. suteiktų pirmojo medicininės reabilitacijos etapo paslaugų), medicininės reabilitacijos paslaugas gavo 7,7 tūkst. daugiau pacientų (2020 m. – 55 595, 2021 m. – 63 247 pacientai), buvo suteikta 157 814 daugiau medicininės reabilitacijos paslaugų / lovardienų (2020 m. buvo suteiktos 1 023 684 paslaugos už 43,96 mln. Eur, 2021 m. – 1 181 498 paslaugos už 52,73 mln. Eur):



Nuo 2015 m. II pusmečio suaugusiesiems teikiamos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos, vadovaujantis Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašu³⁴, o nuo 2019 m. lapkričio 1 d. šios paslaugos teikiamos ir vaikams, vadovaujantis Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašu³⁵. 2021 m. buvo suteikta 15,4 tūkst. psichosocialinės reabilitacijos paslaugų už 672,4 tūkst. Eur (šias paslaugas gavo 903 asmenys).

2021 m. ambulatorines psichosocialines reabilitacijos paslaugas gavo daugiau asmenų:

Metai	Paslaugos pavadinimas	Unikalių asmenų skaičius	Kortelių skaičius	Apmokamų paslaugų / lovardinių skaičius	Suma eurais
2019	Ambulatorinė psichosocialinė reabilitacija	297	389	5 888	122 394
	Stacionarinė psichosocialinė reabilitacija	763	764	10 950	531 879
	2019 m. iš viso	1 024	1 153	16 838	654 272
2020	Ambulatorinė psichosocialinė reabilitacija	291	404	5 581	131 690
	Stacionarinė psichosocialinė reabilitacija	665	665	9 545	519 943
	2020 m. iš viso	942	1 069	15 126	651 633
2021	Ambulatorinė psichosocialinė reabilitacija	308	430	6 691	166 361
	Stacionarinė psichosocialinė reabilitacija	610	610	8 732	506 098
	2021 m. iš viso	903	1 040	15 423	672 459

³⁴ 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“.

³⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 730 „Dėl Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

2020–2021 m. dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos buvo pertvarkyta ASP įstaigų, teikiančių medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas, veikla ir periodiškai keičiama medicininės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarka³⁶. Kadangi medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo apimtys 2020–2021 m. buvo mažesnės, vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro patvirtintais įsakymais buvo numatytos tam tikros siektinos ribos ar tam tikros situacijos (COVID-19 ligos gydymą organizuojančioms įstaigoms ar įstaigoms, teikiančioms simptominio gydymo ar izoliacijos organizavimo pasaugas), kai už ataskaitinio laikotarpio paslaugas buvo mokama 1/12 ar kita dalis sutartinės sumos.

2020–2021 m. medicininės reabilitacijos paslaugoms skirtomis lėšomis buvo apmokamos ir sergančiųjų lengvos formos COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) izoliacijos organizavimo³⁷ bei simptominio gydymo paslaugos³⁸. 2021 m. šias paslaugas gavo 751 asmuo, buvo suteiktos 8 166 paslaugos už 468 tūkst. eurų.

Toliau tęsiantis COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijai, nuo 2021 m. vasario 26 d. įsigaliojo Medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo po persirgusios COVID-19 ligos indikacijų sąrašas, o nuo 2021 m. gegužės 27 d. buvo pradėtos teikti psichosocialinės reabilitacijos paslaugos persirgusiems COVID-19 liga³⁹ asmenims. 2021 m. 5 367 asmenims buvo suteikta 1 890 pirmojo medicininės reabilitacijos etapo paslaugų, 6 577 ambulatorinės ir 60 754 stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos. Iš viso 2021 m. persirgusiems COVID-19 liga asmenims buvo suteikta medicininės reabilitacijos paslaugų už 3,8 mln. eurų.

2021 m. buvo patikslinta pirmojo etapo ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo (kai paslaugos teikiamos grupei žmonių ir kai pirmojo etapo medicininės reabilitacijos paslaugos suteikiamos ne visa apimtimi)⁴⁰ tvarka.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 10 d. įsakymu Nr. V-2818 „Dėl Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidivinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ buvo patvirtinta nauja medicininės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarka, išskirta nauja prioritetinės stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugų grupė. Už viršsutarines šios grupės paslaugas kas mėnesį mokama iš VLK nepaskirstytų (iki 6 proc.) PSDF biudžeto 03 išlaidų straipsnyje „Medicinei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui“ numatytų lėšų. Sutartinių metų pabaigoje, siekiant pagerinti ambulatorinių ir psichosocialinių medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumą, numatytas viršsutarinių medicininės reabilitacijos paslaugų apmokėjimas šia prioriteto tvarka: 1) prioritetinės stacionarinės, 2) ambulatorinės, 3) psichosocialinės, 4) pirmojo etapo, 5) stacionarinės reabilitacijos paslaugos.

³⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gegužės 6 d. įsakymo Nr. V-1079 „Dėl Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidivinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimai; naujas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 27 d. įsakymas Nr. V-997 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių teikimas atnaujinamas, apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir vėlesni jo pakeitimai.

³⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. balandžio 1 d. sprendimas Nr. V-654 „Dėl pacientų, sergančių lengvos formos COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), izoliacijos organizavimo VšĮ Abromiškių reabilitacinėje ligoninėje“.

³⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gruodžio 25 d. įsakymas Nr. V-3007 „Dėl pacientų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), tolimesnio simptominio gydymo paslaugų organizavimo“; Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. lapkričio 5 d. sprendimas Nr. V-2481 „Dėl pacientų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), tolimesnio simptominio gydymo paslaugų organizavimo“.

³⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. vasario 25 d. įsakymas Nr. V-389 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 16 d. įsakymo Nr. V-383 „Dėl Vaikų ir suaugusiųjų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

⁴⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-1000 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymo Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidivinio) gydymo organizavimo“ pakeitimo“.

04 Ortopedijos techninėms priemonėms

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 (pagal užsakymą individualiai gaminami ir serijiniu būdu gaminami įtvarai), papildomieji ir keičiamieji kūno dalių protezai (galūnių protezai, krūties protezai), kraujotakos sistemos gydamosios priemonės bei ortopedinė avalynė. OTP taip pat priskiriami klausos aparatai su ausies įdėklais ir akių protezai. Kaip OTP yra kompensuojami ir ortodontiniai aparatai.

2021 m. OTP gamybos ir pritaikymo išlaidoms kompensuoti iš PSDF biudžeto buvo skirta 16 610 tūkst. eurų. 2021 m. faktinės išlaidos (suma pagal priimtas sąskaitas) sudarė 13 146 tūkst. Eur (t. y. 2 403 tūkst. Eur arba 22,4 proc. daugiau nei 2020 m.), arba 79 proc. planuotų išlaidų.

2021 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už pagamintas ir išduotas OTP sudarė 889 tūkst. eurų.

2021 m. toliau buvo tobulinamas OTP kompensavimas, siekiant užtikrinti geresnę šių priemonių kokybę ir jų prieinamumą pacientams.

2020 m. gruodžio 3 d. buvo pasirašytas sveikatos apsaugos ministro įsakymas⁴¹, pagal kurį nuo 2021 m. sausio 1 d. ortodontiniai aparatai kompensuojami taip pat, kaip OTP. Siekiant didinti ortodontinių aparatų prieinamumą, šie aparatai (ortodontiniai teineriai, greitojo plėtimo aparatai, dvižandikauliniai funkcijų aparatai (abiejų žandikaulių veido kaukė), viršutinio žandikaulio veido kaukės, viršutinio žandikaulio distaliniai tempimo aparatai, ortodontiniai minisraigai skelbinei atramai) buvo įtraukti į kompensuojamųjų medicinos priemonių sąrašą, apskaičiuotos jų bazinės kainos⁴².

Siekiant gerinti apdraustųjų aprūpinimą technologiškai pažangesniais, naujesniais klausos aparatais, buvo pakeisti šių aparatų funkcijų techniniai aprašymai (nustatyti aukštesni reikalavimai), perskaičiuotos vaikams ir didžiausią klausos negalią turintiems suaugusiesiems skiriamų klausos aparatų bazinės kainos. 2021 m. buvo pradėti kompensuoti nauji galūnių protezai – mioelektriniai dilbio (žemiau alkūnės) protezai.

Siekiant, kad OTP būtų išduodamos asmenims, kuriems jos būtinos, ir pagerėtų išduodamų priemonių kokybė, 2021 m. VLK kartu su TLK atliko 32 kontrolės procedūras (patikrintos visos galūnių protezus gaminančios ortopedijos įmonės ir įmonės, pagal rizikos vertinimo rezultatus priskirtos aukščiausiai rizikos grupei, taip pat bent vieną kartą per trejus metus patikrintos visos ortopedijos įmonės).

Prieš sudarant su ortopedijos įmonėmis ir ūkio subjektais 2022 m. sutartis dėl apdraustųjų aprūpinimo OTP ir medicinos priemonėmis, 2021 m. buvo įvertinti apdraustųjų aprūpinimo minėtomis priemonėmis sutarties šalims keliami reikalavimai.

2021 m. buvo priimtas sprendimas nuo 2022 m. išskirti OTP ir medicinos priemones (kraujotakos sistemos gydomasias priemones, klausos aparatus, akių protezus, ortodontinius aparatus ir akinių lęšius) į du atskirus sąrašus pagal jų bazines kainas. Didinant kompensuojamųjų akinių lęšių prieinamumą, buvo įvertintos, pagerintos jų skyrimo sąlygos ir 2021 m. parengtas sveikatos apsaugos ministro įsakymo projektas dėl akinių lęšių kompensavimo tvarkos pakeitimo. Nuo 2022 m. sausio 1 d. akinių lęšiai kompensuojami taip pat, kaip ir medicinos priemonės. Šie

⁴¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gruodžio 3 d. įsakymas Nr. V-2789 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymo Nr. V-234 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

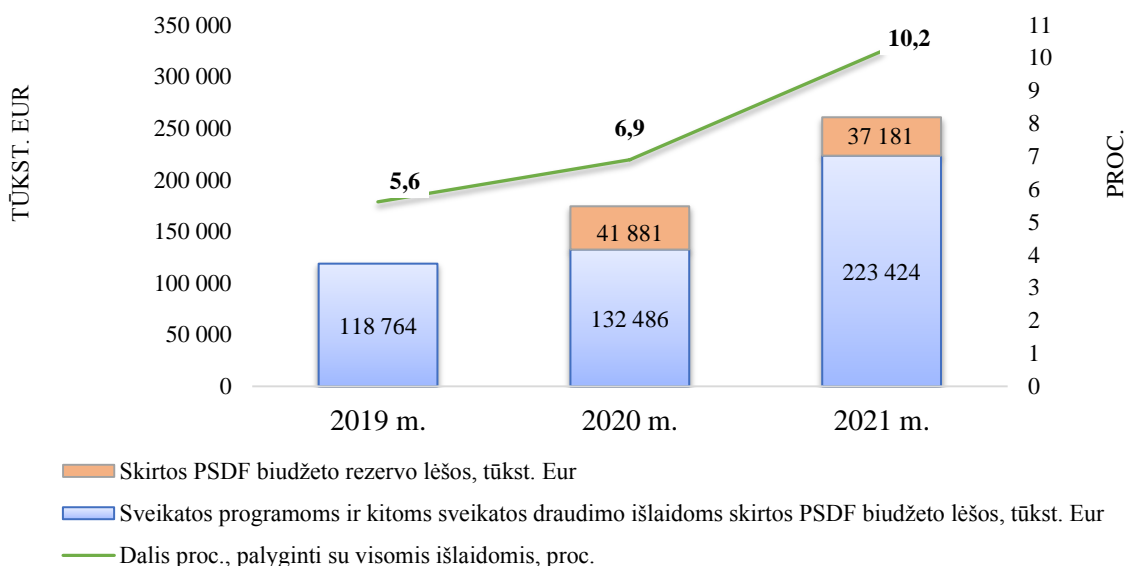
⁴² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-2078 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

lėšiai yra įrašyti į PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų medicinos priemonių ir jų bazinių kainų sąrašą⁴³.

05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms

PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos įvairios sveikatos programos ir apmokamos kitos sveikatos draudimo išlaidos. 2021 m. sveikatos programoms finansuoti ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti buvo skirta 260 605 tūkst. Eur (įskaitant 37 181 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų, skirtų ASP įstaigų išlaidoms, susidariusioms dėl darbuotojų, organizuojančių ir teikiančių ASP paslaugas pacientams, sergantiems COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), darbo užmokesčio padidinimo, apmokėti, ir ASP paslaugoms, suteiktoms užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, kompensuoti), t. y. 49,5 proc. daugiau nei 2020 metais. Suma pagal priimtus įsipareigojimus sudarė 225 363 tūkst. Eur, buvo sumokėta 228 302 tūkst. eurų. Kreditinis įsiskolinimas 2021 m. gruodžio 31 d. duomenimis siekė 12 688 tūkst. eurų.

Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms skirtos PSDF biudžeto lėšos 2019–2021 m.



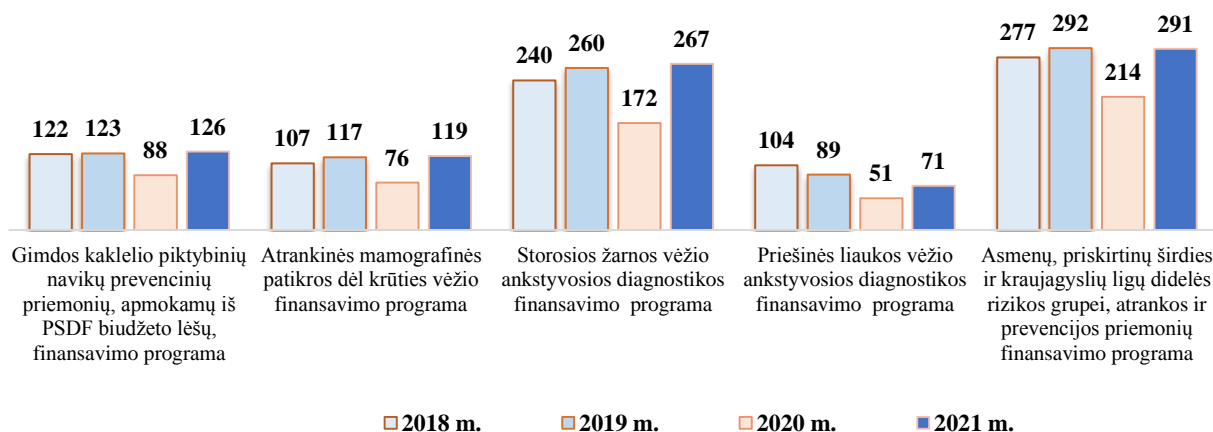
Vis daugiau dėmesio skiriama ligų prevencijai: laiku užkirtus kelią ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas, išvengiama didesnių gydymo išlaidų. Atsižvelgiant į tai, 2021 m. buvo skirta 24 898 tūkst. Eur (įskaitant lėšas, skirtas atsiskaityti už ASP paslaugas padidintomis bazinių kainų balo vertėmis), t. y. 1 153 tūkst. Eur arba 5 proc. daugiau nei 2020 m., penkioms prevencinėms programoms: Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programai, Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai, Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai, Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai bei Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai. Faktinės išlaidos (suma pagal priimtas sąskaitas) sudarė 23 496 tūkst. eurų.

⁴³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 17 d. įsakymas Nr. V-2879 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

VLK duomenimis, šiuo metu Lietuvoje yra daugiau nei 1,4 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 ligą ankstyvojoje stadijoje. Minėtose programose numatytas paslaugas gali gauti atitinkamo amžiaus sulaukę asmenys, kuriems susirgti yra didžiausia tikimybė.

Dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) paplitimo šalyje 2020 m. prevencinėse programose numatytas paslaugas gavusių asmenų skaičius mažėjo, atitinkamai mažėjo ir suteiktų paslaugų kiekis, palyginti su 2019 metais. 2020 m. pagal prevencines programas pasitikrino nuo 26 iki 43 proc. mažiau asmenų nei 2019 metais. Tačiau jau 2021 m., remiantis preliminariais „Sveidros“ duomenimis, stebimas didesnis asmenų aktyvumas ir šių paslaugų skaičiaus augimas, kuris beveik pasiekė buvusį prieš pandemiją lygį (žr. diagramą). 2021 m. duomenimis, asmenų, gavusių paslaugas pagal skirtingas prevencines programas, skaičius buvo didesnis ir siekė nuo 36 iki 57 procentų.

2019–2021 m. prevencinėse programose numatytas paslaugas gavusių asmenų skaičius (tūkst.)



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

Pagal Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programą 2021 m. sveikatą pasitikrino 126 tūkst. moterų, t. y. apie 43 proc. daugiau nei 2020 m. ir 2 proc. daugiau nei 2019 metais.

Ši programa skirta moterims nuo 25 iki 59 metų (imtinai).

– Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programai ⁴⁴ vykdyti 2021 m. buvo išleista 2 427 tūkst. eurų. Pagal šią programą iki 2022 m. sausio 1 d. pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio moterys nuo 25 iki 59 metų (imtinai) galėjo kas tris metus.

Lietuvoje Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa vykdoma jau daugiau kaip 18 metų. Nuo programos vykdymo pradžios iki 2021 m. pabaigos citologinio tepinėlio paėmimo ir jo rezultatų įvertinimo paslaugas 1

⁴⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo“.

kartą gavo daugiau nei 278 tūkst. moterų, 2 kartus – 207 tūkst. moterų, 3 kartus – 159 tūkst. moterų, 4 kartus – 111 tūkst. moterų, 5 kartus – 53 tūkst. moterų, 6 kartus ar daugiau – 12 tūkst. moterų.

2021 m. informavimo apie gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktiką paslaugų buvo suteikta 32 proc. daugiau. Citologinio tepinėlio paėmimo ir jo rezultatų įvertinimo paslaugų – 43 proc. daugiau, palyginti su 2020 metais.

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, 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				
2019	2 052,5	2 052,5	0,0	2 030,0	1 996,5	98,9	122 940
2020	2 476,3	2 269,0	207,3	1 693,1	1 736,5	68,4	88 410
2021	2 675,2	2 675,2	0	2 529,3	2 427,0	94,5	126 693

Pagal programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktiką paslauga, gimdos kaklelio medžiagos paėmimo aukštos rizikos žmogaus papilomos viruso (toliau – AR ŽPV) tyrimui ir gimdos kaklelio citologinio tepinėlio tyrimui atlikti (kai AR ŽPV rezultatas teigiamas) bei rezultatų įvertinimo paslauga, AR ŽPV testo atlikimo paslauga, gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslauga, gimdos kaklelio citologinio tepinėlio ištyrimo paslauga, gimdos kaklelio citologinio tepinėlio skystoje terpėje ištyrimo (kai AR ŽPV rezultatas teigiamas) paslauga, gydytojo akušerio ginekologo konsultacija, kai atliekama kolposkopija, gydytojo akušerio ginekologo konsultacija, kai atliekama kolposkopija, ir gimdos kaklelio biopsijos bei jos rezultatų įvertinimo paslauga, gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga.

05 02 Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje numatytas paslaugas 2021 m. gavo daugiau kaip 119 tūkst. moterų, t. y. apie 57 proc. daugiau nei 2020 m. ir 2 proc. daugiau nei 2019 metais.

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

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai⁴⁵ vykdyti 2021 m. buvo išleista 3 764,2 tūkst. eurų.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų (tūkst. Eur)			suma pagal priimtas sąskaitas	apmokėta (tūkst. Eur)	lėšų panaudojimas (proc.) (priimta sąsk. „Sveidros“	patikrintų asmenų skaičius
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto	PSDF biudžeto				

⁴⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“.

		lėšos	rezervo lėšos	(tūkst. Eur)		/ skirta * 100)	duomenimis
2019	3 247,9	3 247,9	0,0	3 175,7	3 152,0	97,8	117 325
2020	3 918,4	3 590,4	328,0	2 348,0	2 434,7	60,0	76 365
2021	4 064,7	4 064,7	0,0	3 994,5	3 764,2	98,3	119 354

Programos tikslas – nustatyti kuo ankstyvesnės stadijos ligą. Ši programa Lietuvoje vykdoma nuo 2005 m., t. y. jau 17 metų. Iš viso nuo 2005 m. spalio iki 2021 m. pabaigos bent vieną kartą mamogramų atlikimo paslaugas gavo daugiau nei 168 tūkst. moterų, 2 kartus – 116 tūkst., 3 kartus – 87 tūkst., 4 kartus – 62 tūkst., 5 kartus – 36 tūkst., 6 kartus ar daugiau – 15 tūkst. moterų. Programos įgyvendinimas nulėmė teigiamus pokyčius sergamumo krūties vėžiu struktūroje, nes kasmet diagnozuojama vis mažiau vėlyvųjų stadijų krūties vėžio.

Nuo 2021 m. liepos 1 d. buvo atskirta informavimo apie krūties piktybinių navikų ankstyvąją diagnostiką paslauga ir siuntimo atlikti mamografijos tyrimą paslauga⁴⁶. Atskyrus šias paslaugas užtikrinamas tikslesnis duomenų gavimas apie programoje dalyvaujančių moterų skaičių ir suteiktų paslaugų kiekį. Be to, atskyrus šias paslaugas ir jas atskirai apmokant, šeimos gydytojai yra labiau motyvuojami informuoti apie prevencines programas, o tai skatina daugiau moterų įtraukti į profilaktinę patikrą dėl krūties vėžio.

Pagal programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie krūties piktybinių navikų ankstyvąją diagnostiką paslauga, siuntimo atlikti mamografijos tyrimą ir rezultatų įvertinimo paslauga, mamogramų atlikimo paslauga, mamogramų įvertinimo paslauga.

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

Padaugėjo gyventojų, gavusių paslaugas pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą. Pernai pagal šią programą pasitikrino 291 tūkst. asmenų, t. y. apie 35 proc. daugiau nei 2020 m. ir tik 0,3 proc. mažiau nei 2019 metais.

Ši programa skirta vyrams nuo 40 iki 54 m. (imtinai) ir moterims nuo 50 iki 64 m. (imtinai). Jie programoje numatytas paslaugas gali gauti 1 kartą per metus.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai⁴⁷ vykdyti 2021 m. buvo išleista 9 939,7 tūkst. eurų.

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				
2019	8 590,8	8 590,8	0,0	8 499,9	8 376,2	98,9	292 134
2020	10 364,4	9 496,9	867,5	7 173,3	7 383,5	69,2	214 885
2021	10 965,1	10 965,1	0,0	10 313,9	9 939,7	94,1	291 316

⁴⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-1437 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymo Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“.

⁴⁷ 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“.

Pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą rizikos grupei priskiriami asmenys kviečiami pasitikrinti kasmet. 2021 m. šioje programoje numatytas paslaugas gavo apie 76,4 tūkst. arba 35,6 proc. daugiau asmenų nei 2020 m. (2019 m. programoje dalyvavo 5 proc. daugiau asmenų, palyginti su 2018 m., o 2020 m. – 26 proc. mažiau asmenų, palyginti su 2019 metais).

2021 m. buvo suteikta daugiau nei 22 tūkst. išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugų, panašus skaičius šių paslaugų buvo suteiktas tik 2019 m. (2020 m. šių paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos buvo suteikta net 27 proc. mažiau, palyginti su 2019 metais).

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

Pagal Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą pernai pasitikrino daugiau nei 71 tūkst. vyrų (t. y. 40 proc. daugiau nei 2020 m., bet apie 20 proc. mažiau nei 2019 metais).

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa Lietuvoje buvo pradėta vykdyti 2006 metais. Ši programa skirta vyrams nuo 50 iki 69 m. (imtinai) 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 amžiaus ir priešinės liaukos specifinio antigeno (toliau – PSA) kiekio kraujyje. Kokiu periodiškumu vyras turi pasitikrinti dėl galimo priešinės liaukos vėžio, sprendžia gydytojas, įvertinęs PSA rezultatus

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai⁴⁸ vykdyti 2021 m. buvo išleista 1 595,1 tūkst. eurų. Kelis metus iš eilės vyrų, gaunančių šioje programoje numatytas paslaugas, mažėja: 2021 m. dėl prostatos vėžio pasitikrino 20,6 tūkst. (t. y. 40 proc.) daugiau vyrų nei 2020 m. (2020 m. – 43 proc. mažiau nei 2019 m., o 2019 m. – apie 15 proc. mažiau nei 2018 metais).

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				
2019	1 848,8	1848,8	0,0	1 763,9	1 799,5	95,4	89 147
2020	2 230,5	2 043,8	186,7	1 151,9	1 210,8	51,6	51 103
2021	2 033,8	2 033,8	0,0	1 659,2	1 595,1	81,6	71 771

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

05 05 Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytas paslaugas 2021 m. gavo daugiau kaip 267 tūkst. asmenų, t. y. net 55 proc. daugiau nei 2020 m. ir 3 proc. daugiau nei 2019 metais.

⁴⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“.

Ši programa skirta 50–74 m. (imtinai) asmenims. Nurodytai amžiaus grupei priskiriami asmenys gali 1 kartą per 2 metus patikrinti pagal minėtą programą (išskyrus atvejus, kai atlikto slapto kraujavimo testo (toliau – iFOBT) rezultatas būna teigiamas, o atlikus kolonoskopiją ir nustatčius, kad storoji žarna be pakitimų, pacientas tiriamas iš naujo ir iFOBT tyrimas atliekamas ne anksčiau nei po 10 metų).

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai⁴⁹ vykdyti 2021 m. buvo išleista 4 755,2 tūkst. eurų.

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				
2019	3 941,5	3 941,5	0,0	3 916,8	3 880,5	98,5	260 439
2020	4 755,2	4 357,2	398,0	2 905,3	3 027,7	61,1	172 505
2021	5 159,3	5 159,3	0,0	4 999,0	4 755,2	96,9	267 394

Žmonės aktyviai tikrinasi pagal 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 minėtą programą vykdančių ES šalių.

2021 m. duomenimis, pagal Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą buvo suteikta daugiau nei 268 tūkst. informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose (iFOBT) rezultatų įvertinimo paslaugų (t. y. 55 proc. daugiau nei 2020 metais). Nuo šios programos vykdymo pradžios iki 2021 m. pabaigos bent vieną kartą minėtas paslaugas gavo daugiau nei 346 tūkst. asmenų, 2 kartus – 268 tūkst., 3 kartus – 201 tūkst., 4 kartus – 126 tūkst., 5 kartus – 52 tūkst., 6 kartus ir daugiau – 11 tūkst. asmenų. Paciento siuntimo pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją paslaugų buvo suteikta apie 80 proc. daugiau nei 2020 m. ir 13 proc. daugiau nei 2019 metais.

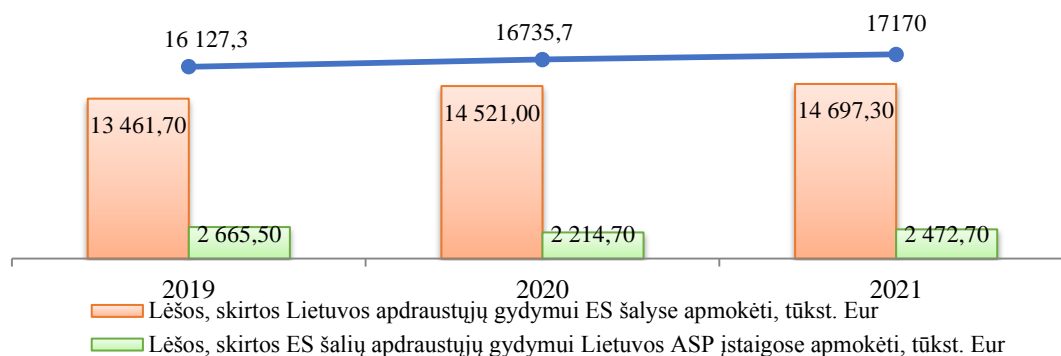
Pagal programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose (iFOBT) rezultatų įvertinimo paslauga, paciento siuntimo pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją paslauga, gydytojo specialisto konsultacija su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu, gydytojo specialisto konsultacija su kolonoskopija ir, jei reikia, biopsijos medžiagos paėmimu, taikant intraveninę nejautrą, biopsijos medžiagos histologinio ištyrimo ir įvertinimo paslauga.

05 06 Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti

Socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti 2021 m. buvo išleista 17 170 tūkst. Eur: už Lietuvos Respublikos apdraustiesiems ES šalyse ir Šveicarijos Konfederacijoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas buvo sumokėta 14 697,4 tūkst. Eur, o už kitų ES šalių apdraustiesiems suteiktas ASP paslaugas Lietuvos gydymo įstaigoms buvo sumokėta 2 472,7 tūkst. eurų.

⁴⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“.

PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti dinamika 2019–2021 m.



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 siunčiamiesiems tirtis, konsultuotis ir (ar) gydytis į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų planinių ASP paslaugų išlaidas;
- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems, persikėlusiesiems 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

2021 m. ES šalių susižinojimo tarnyboms VLK pateikė apmokėti:

- 2,4 tūkst. sąskaitų už ES šalių apdraustiesiems jų laikino buvimo Lietuvoje metu – 2020 m. II pusm. ir 2021 m. I pusm. – suteiktas ASP paslaugas. Pagal šias sąskaitas kompensuotina suma sudaro 1 896,1 tūkst. Eur;
- 40,1 tūkst. sąskaitų už ES šalių apdraustiesiems, gyvenusiems Lietuvoje, 2020 m. suteiktas ASP paslaugas. Pagal šias sąskaitas kompensuotina suma sudaro 4 206,6 tūkst. Eur.

2021 m. kitų ES šalių susižinojimo tarnyboms dėl PSDF biudžeto išlaidų kompensavimo pateiktų sąskaitų duomenys

Sąskaitos, pateiktos už:	Sąskaitų skaičius (vnt.)	Suma (tūkst. Eur)	Išlaidos (proc.)
ES šalių apdraustiesiems jų laikino buvimo Lietuvoje metu suteiktas ASP paslaugas	2 403	1 896,1	31,1
ES šalių apdraustiesiems, persikėlusiesiems gyventi į Lietuvą, suteiktas ASP paslaugas	40 127	4 206,1	68,9
Iš viso	42 530	6 102,7	100,00

Daugiausia sąskaitų buvo pateikta Norvegijos (50,3 proc.), Vokietijos (20,4 proc.), Latvijos (5,1 proc.) ir Jungtinės Karalystės (2,9 proc.) susižinojimo tarnyboms. Šių šalių susižinojimo tarnybos turės kompensuoti ir didžiausią PSDF biudžeto išlaidų, skirtų kitų ES šalių apdraustųjų sveikatos priežiūrai Lietuvoje, dalį: Norvegija – 29,9 proc., Latvija – 29,1 proc., Vokietija – 17,2 proc. ir Jungtinė Karalystė – 6,1 procento.

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

2021 m. VLK PSDF biudžeto lėšomis apmokėjo 11,8 tūkst. ES šalių susižinojimo tarnybų pateiktų standartizuotų sąskaitų (E125 / E127 formos pažymų), taip pat pagal 462 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 14 697,4 tūkst. Eur, t. y. 176,4 tūkst. Eur arba 1,2 proc. daugiau nei 2020 metais.

2021 m. PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti struktūra

Išlaidos pagal:	Sąskaitų / prašymų skaičius (vnt.)	Suma (tūkst. Eur)	Išlaidos (proc.)
E125 formos pažymas	11 433	12 829,6	87,3
E127 formos pažymas	397	1 696,1	11,5
Apdraustųjų prašymus	462	171,6	1,2
Iš viso	12 292	14 697,4	100,00

2021 m. didžiąją PSDF biudžeto lėšų, skiriamų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti, dalį (74,8 proc. sumos) sudarė lėšos, skirtos faktinėmis išlaidomis pagrįstoms sąskaitoms (E125 formos pažymoms) apmokėti. Daugiausia 2021 m. apmokėtų sąskaitų buvo gauta iš Vokietijos (46,7 proc. visų apmokėtų sąskaitų), Lenkijos (11,1 proc.), Švedijos (8,3 proc.) ir Latvijos (4,9 proc.). Iš kitų ES šalių gautos ir apmokėtos sąskaitos sudarė 29 proc. visų apmokėtų sąskaitų.

Daugiausia PSDF biudžeto lėšų VLK skyrė Vokietijoje (44,7 proc. nuo bendros sumos), Prancūzijoje (14,4 proc.), Švedijoje (9,2 proc.) ir Nyderlanduose (6,5 proc.) Lietuvos Respublikos apdraustiesiems suteiktų ASP paslaugų išlaidoms apmokėti. Kitose ES šalyse suteiktoms ASP paslaugoms teko 25,2 proc. bendros sumos.

05 08 Transplantacijos programai

Iš viso Transplantacijos programai 2021 m. buvo skirta 28 353,8 tūkst. Eur (neįskaitant 7,8 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų, skirtų ASP paslaugoms, suteiktoms užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną).

Transplantacijos paslaugų išlaidas buvo 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.

2021 m. stacionare atliktų transplantacijų skaičius „Sveidros“ duomenimis

Paslaugos pavadinimas	Transplantacijų skaičius 2020 m.	Transplantacijų skaičius 2021 m.	2021 m. vidutinė vienos transplantacijos, atliekamos stacionare, kaina (Eur)
Donoro identifikavimas, ištyrimas, paruošimas ir kt.	84	92	1 686,90
Inkstų transplantacija	78	103	30 478,60
ALOKKL transplantacija	71	51	191 047,10
AUTOKKL transplantacija	148	141	48 915,43
Kepenų transplantacija	14	20	56 405,18
Ragenos transplantacija	44	73	2 924,00
Širdies transplantacija (širdies persodinimo operacija)	9	8	66 541,59
Širdies transplantacija (PIMAKP* prijungimo operacija, įskaitant vidinį / išorinį dirbtinį širdies skilvelį)	10	7	138 992,95

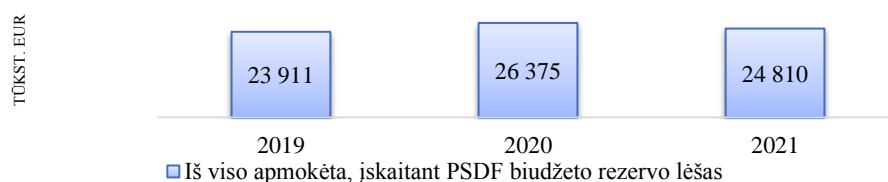
Plaučių transplantacija**	1	2	–
Kasos ir inksto komplekso transplantacija	0	1	7 034,73
Širdies ir plaučių komplekso transplantacija	0	0	0

*PIMAKP – prietaisas ilgalaikiai mechaninei asistuojančiai kraujotakai palaikyti.

**Plaučių transplantacijos etapai apmokami pagal faktines išlaidas⁵⁰.

2021 m., palyginti su 2020 m., buvo atlikta 20 mažiau ALOKKL (alogeninių kraujodaros kamieninių ląstelių) transplantacijų ir 7 mažiau AUTOKKL (autologinių kraujodaros kamieninių ląstelių) transplantacijomis. Išlaidos Transplantacijos programai (neįskaitant išlaidų potencialiems donorams paruošti) 2021 m. buvo 7,2 proc. arba 1 895 tūkst. Eur mažesnės nei 2020 metais.

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



Šios programos lėšomis taip pat mokama už mirusio žmogaus audinių ir organų donorystės, audinių ir organų paėmimo bei ištyrimo paslaugas. 2021 m. PSDF biudžeto išlaidos potencialiems donorams paruošti sudarė 207,2 tūkst. eurų.

05 10 dantų protezavimo paslaugoms

Dantų protezavimo paslaugoms kompensuoti⁵¹ 2021 m. buvo skirta 40 858,9 tūkst. Eur, o išleista (sumokėta) – 35 012,2 tūkst. Eur, t. y. 6 960 tūkst. Eur (24,8 proc.) daugiau nei 2020 metais.

Siekiant gerinti dantų protezavimo paslaugų prieinamumą ir mažinti PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų dantų protezavimo paslaugų laukimo eilę, kasmet šioms paslaugoms buvo skiriama vis daugiau PSDF biudžeto lėšų. Skiriamų PSDF biudžeto lėšų suma padidėjo net 16,4 karto (2006 m. šioms paslaugoms buvo skirta 2,5 mln. Eur, o 2021 m. – net 40,9 mln. eurų). Gerokai padidintas finansavimas sudarė galimybę pamažu trumpinti dantų protezavimo paslaugų laukimo eilę, o galiausiai – šią eilę panaikinti.

Nebelikus laukimo eilės, prasmės neteko ir ankstesnė galimybė už dantų protezavimo paslaugas sumokėti savo lėšomis, vėliau už tai gaunant TLK kompensaciją – dabar asmuo, kuriam nustatomas minėtų paslaugų poreikis, šią teisę įgyja iš karto. Taigi nuo 2021 m. sausio 1 d. dantų protezavimo paslaugų išlaidos apmokamos gydymo įstaigai, sudariusiai sutartį su viena iš TLK dėl šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo. 2021 m. įsigaliojo nauja dantų protezavimo paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarka⁵², leidžianti užtikrinti, kad pacientas minėtas paslaugas gautų paprasčiau ir greičiau, o duomenys apie šių paslaugų teikimą bei apmokėjimą būtų kaupiami ir saugomi Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinėje sistemoje bei

⁵⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. spalio 7 d. įsakymas Nr. V-1046 „Dėl Plaučių transplantacijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁵¹ 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“.

⁵² Dantų protezavimo paslaugos teikiamos vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. lapkričio 6 d. įsakymu Nr. V-2541 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymo Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos (toliau – EVIS) Dantų protezavimo paslaugų posistemyje. Taip pat buvo nustatyta, kad dantų protezavimo paslaugos teikiamos tik tose gydymo įstaigose, kurios dėl šių paslaugų yra sudariusios sutartį su bet kuria TLK. Taigi pacientui nebereikia pildyti atskirų prašymų ir laukti pranešimų iš TLK, jis iš karto informuojamas apie teisę gauti kompensuojamąsias dantų protezavimo paslaugas ir gali rinktis gydymo įstaigą, kurioje šios paslaugos bus teikiamos.

Dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas PSDF biudžeto lėšomis, gali gauti keturios apdraustųjų grupės – asmenys, sulaukę senatvės pensijos amžiaus; asmenys, pripažinti nedarbingais arba iš dalies darbingais; vaikai iki 18 metų; asmenys, kuriems buvo taikytas gydymas dėl burnos, veido ir žandikaulių onkologinės ligos. Be to, nuo 2021 m. lapkričio 1 d. asmenims, kuriems nustatyta tvarka buvo suteiktos ir PSDF biudžeto lėšomis kompensuotos dantų protezavimo paslaugos, o nepraėjus 3 metams – taikytas gydymas dėl burnos, veido ir žandikaulių onkologinės ligos, po kurio nebeužtikrinama minimali kramtymo funkcija, suteikiama galimybė gauti kompensuojamąsias dantų protezavimo paslaugas nelaukiant 3 metų termino pabaigos. Ši nuostata taikoma asmenims, kuriems sukako senatvės pensijos amžius, taip pat pripažintiems nedarbingais arba iš dalies darbingais bei tiems, kuriems buvo taikytas pakartotinis gydymas dėl burnos, veido ir žandikaulių onkologinės ligos⁵³.

Iki 2021 m. gruodžio mėnesio PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas dantų protezavimo paslaugas gavo daugiau nei 50 tūkst. šalies gyventojų. Dar viena priežastis, dėl ko pastaraisiais metais žymiai išaugo šių paslaugų prieinamumas – gerokai daugiau įstaigų, teikiančių dantų protezavimo paslaugas, sudarė sutartis su TLK. 2006 m. tokių įstaigų buvo tik 83, 2021 m. – jau 963, o tai net 11,6 karto daugiau.

05 13 Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonės finansuoti

Šioms priemonėms finansuoti 2021 m. buvo skirta 14 000 tūkst. Eur, t. y. 4 303 tūkst. Eur arba 23,5 proc. mažiau nei 2020 metais.

2021 m. besitęsiant COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijai ir karantinui, į gydymo įstaigas buvo pristatyta beveik 20 tūkst. dozių (arba 8 proc. mažiau) keturvalentės gripo vakcinos, skirtos rizikos grupėms priskiriamiems asmenims skiepyti, palyginti su 2020 metais. Be to, 2021 m. minėtos vakcinos 1 dozės pirkimo kaina buvo 9,14 proc. mažesnė nei perkant 2020 metais.

2021 m. žymiai sumažėjo vakcinos nuo pneumokokinės infekcijos, skirtos rizikos grupėms priskiriamiems asmenims skiepyti, poreikis. Palyginti su 2020 m., šis poreikis sumažėjo 49 procentais.

Šiuo metu pagal Imunoprofilaktikos programą centralizuotai perkamos šios vakcinos:

Vakcinos, nurodytos Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendoriuje	Kitos vakcinos
<ul style="list-style-type: none"> • tuberkuliozės (BCG) vakcina; • hepatito B vakcina; • kokliušo, difterijos, stabligės, poliomieliito, B tipo <i>Haemophilus influenzae</i> infekcijos vakcina; • kokliušo, difterijos, stabligės, poliomieliito vakcina; • B tipo meningokokinės infekcijos vakcina; • pneumokokinės infekcijos vakcina; • rotavirusinės infekcijos vakcina; • tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina; • žmogaus papildomos viruso infekcijos vakcina; 	<ul style="list-style-type: none"> • vakcina nuo pasiutligės; • imunoglobulinas nuo pasiutligės; • inaktyvuota vakcina nuo poliomieliito; • vakcina nuo difterijos ir stabligės (suaugusiųjų); • vakcina nuo einamųjų metų sezoninio gripo; • konjuguota vakcina nuo pneumokokinės polisacharidinės infekcijos, skirta rizikos grupėms priskiriamiems asmenims skiepyti;

⁵³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. spalio 22 d. įsakymas Nr. V-2389 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymo Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

• kokliušo, difterijos, stabligės vakcina (paaugliams ir suaugusiems).	• imunoglobulinas nuo respiracinio sincitinio viruso neišnešiotiems naujagimiams.
--	---

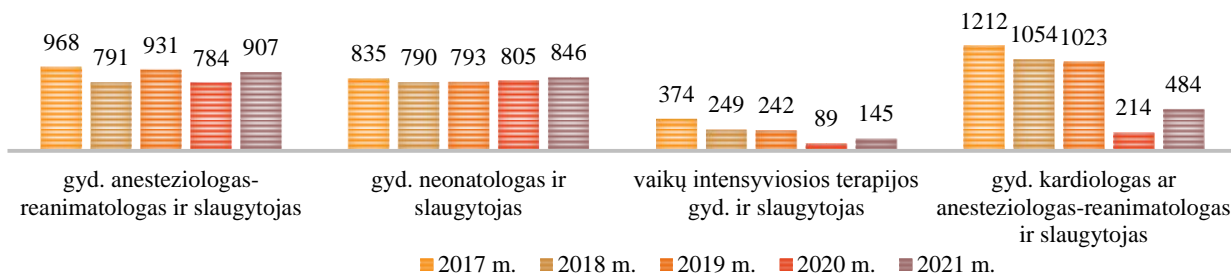
05 14 skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai finansuoti

2021 m. išlaidos skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai finansuoti siekė 7 672 tūkst. Eur (556 tūkst. Eur arba 7,8 proc. daugiau nei 2020 metais).

Skubi konsultacinė ir specializuota skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba – tai ASP įstaigų teikiamos brigadų (skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba) arba gydytojų specialistų paslaugos (specializuota skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba), siekiant laiku suteikti pacientui reikalingą medicinos pagalbą. Skubi konsultacinė ir specializuota skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba apima: dispečerinių tarnybų darbą, konsultantų atvykimą į ASP įstaigą, konsultavimą, diagnostinių bei gydomųjų procedūrų ir operacijų atlikimą, ligonio transportavimą į ASP įstaigą, kurioje teikiamos būtinosios ASP paslaugos.

Skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikia šios sudėties 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).

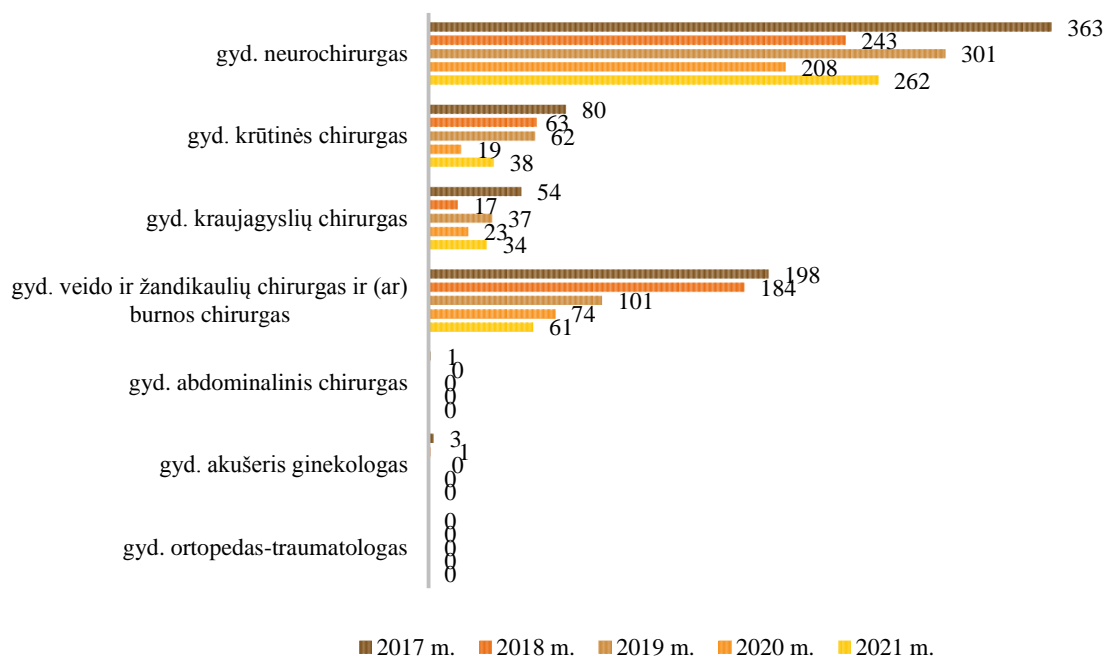
Pacientų, kuriems buvo teikiama skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba, skaičiaus dinamika 2017–2021 m.



Specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikia šie gydytojai specialistai: neurochirurgas, veido ir žandikaulių 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 2017–2021 m.

(kai konsultacijos buvo teikiamos nuvykus į kviečiančiąją gydymo įstaigą)



Pastaba. 2019–2021 m. nei viena iš specializuotą skubią konsultacinę pagalbą teikiančių ASP įstaigų nesikreipė į TLK dėl gydytojo akušerio ginekologo ir (ar) gydytojo abdominalinio chirurgo, ir (ar) gydytojo ortopedo traumatologo suteiktų paslaugų apmokėjimo.

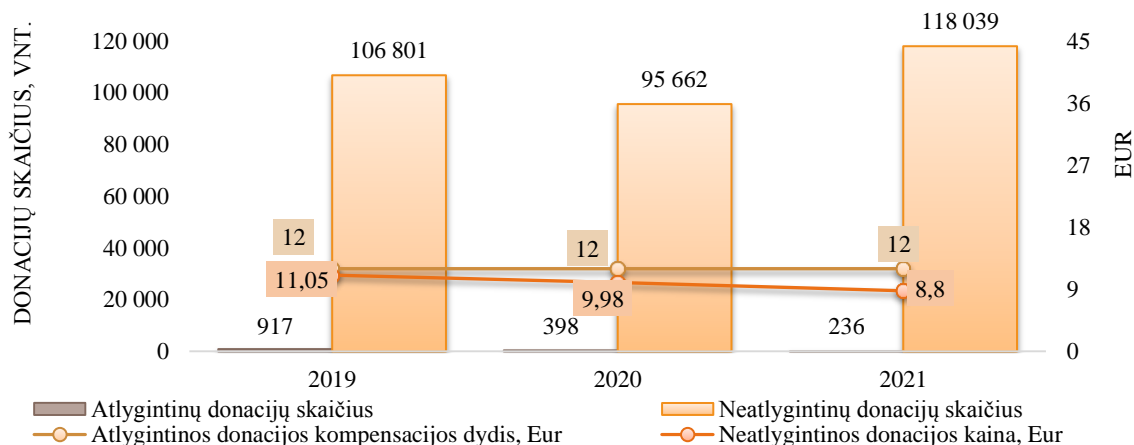
Specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikiančių gydytojų neurochirurgų paslaugų išlaidoms apmokėti skiriamos visos paros posto išlaikymui numatytos lėšos. Šią pagalbą teikiančių gydytojų – krūtinės chirurgų, kraujagyslių chirurgų, veido, žandikaulio ir (ar) burnos chirurgų – paslaugų išlaidoms apmokėti skiriama po 50 proc. paros posto išlaikymui numatytų lėšų. Lėšos specializuotai skubiai konsultacinei neurochirurgijos, krūtinės chirurgijos, kraujagyslių chirurgijos, veido, žandikaulio ir (ar) burnos chirurgijos sveikatos priežiūros pagalbai teikti TLK paskirstomos pagal Lietuvos statistikos departamento informaciją apie nuolatinių šalies gyventojų skaičių metų pradžioje. 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 faktiškai suteiktų paslaugų išlaidos).

05 16 kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti

2021 m. išlaidos kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti siekė 1 042 tūkst. Eur (iš jų atlygintinai kraujo donorystei teko 2,8 tūkst. eurų).

Lėšos, skirtos kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti, yra skiriamos 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 (kompensacijos dydis – 12 Eur), taip pat neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti pagal Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo 2021–2025 metų programą⁵⁴. Pagrindiniai minėtos programos vykdytojai yra šalies kraujo donorystės įstaigos, taip pat kitos ASP įstaigos, kurių veikla susijusi su neatlygintinos kraujo donorystės propagavimu.

⁵⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. spalio 19 d. įsakymas Nr. V-2297 „Dėl Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo 2021–2025 metų programos patvirtinimo“.

Donacijų skaičius ir vienos donacijos išlaidos 2019–2021 m.

05 19 vaistų nuo tuberkuliozės įsigijimo išlaidoms kompensuoti

2021 m. suma, skirta vaistams nuo tuberkuliozės, sudarė 3 396 tūkst. Eur, t. y. tiek pat, kiek ir 2020 metais. VLK perka vaistus sergantiesiems tuberkulioze gydyti ir paskirsto juos gydymo įstaigoms. Vaistai perkami stacionariniam ir ambulatoriniam tuberkuliozės gydymui.

2019 m. pabaigoje buvo patvirtintas⁵⁵ Tuberkuliozės diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašas, reglamentuojantis naujas tuberkuliozės gydymo schemas. Šiame apraše buvo panaikinti ribojimai, taikomi naujų vaistų, kurie perkami centralizuotai, skyrimui. Dėl to 2021 m., palyginti su 2020 m., vaistais *Bedakvilin* ir *Delamanid* gydomų pacientų skaičius nežymiai padidėjo (nuo 119 iki 126 pacientų). Bendras pacientų, gydytų vaistais nuo tuberkuliozės, skaičius 2021 m. gerokai sumažėjo – nuo 1 051 paciento (2020 m.) iki 769 pacientų (2021 metais). Tikėtina, kad tam įtakos turėjo dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) įvestas karantinas ir sumažėjęs paslaugų prieinamumas.

05 22 ASP įstaigų išlaidoms darbuotojams (padidintam darbo užmokesčiui ir nuo jo mokamiems darbdavio mokesčiams), organizuojantiems ir teikiantiems ASP paslaugas pacientams, sergantiems COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), kompensuoti

2021 m. ASP įstaigų, sudariusių sutartis su TLK, išlaidoms darbuotojų padidintam darbo užmokesčiui ir nuo jo mokamiems darbdavio mokesčiams kompensuoti iš PSDF biudžeto buvo skirta 120 277 tūkst. Eur, iš jų 37 173 tūkst. Eur buvo skirta iš PSDF biudžeto rezervo pagrindinės dalies (vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais⁵⁶ dėl lėšų skyrimo).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 16 d. įsakymu Nr. V-389 COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) buvo pripažinta ypač pavojinga užkrečiamąja liga. Lietuvos Respublikos žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės įstatymo 32¹ straipsnyje nustatyta, kad nuo karantino visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje, kelių savivaldybių ar vienos savivaldybės teritorijoje paskelbimo mėnesio pradžios iki karantino galiojimo mėnesio pabaigos Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančių sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams,

⁵⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. rugpjūčio 22 d. įsakymas Nr. V-1012 „Dėl Tuberkuliozės diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁵⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 7 d. įsakymas Nr. V-735 „Dėl lėšų skyrimo iš pagrindinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo dalies 2021 metais“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gegužės 7 d. įsakymas Nr. V-1054 „Dėl lėšų skyrimo iš pagrindinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo dalies 2021 metais“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. birželio 1 d. įsakymas Nr. V-1272 „Dėl lėšų skyrimo iš pagrindinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo dalies 2021 metais“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. liepos 5 d. įsakymas Nr. V-1604 „Dėl lėšų skyrimo iš pagrindinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo dalies 2021 metais“.

kurie organizuoja ir (ar) teikia sveikatos priežiūros paslaugas ypač pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis sergantiems pacientams ar vykdo epidemijų profilaktikos priemones ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų židiniuose, pareiginės algos (darbo užmokesčio) pastoviosios dalies koeficientai arba mėnesinė alga (priklausomai nuo įstaigoje taikomos darbuotojų darbo apmokėjimo sistemos) didinami nuo 60 iki 100 procentų, atsižvelgiant į konkretaus ASP įstaigos darbuotojo atliekamų funkcijų pobūdį, sudėtingumą, atsakomybės lygį, darbo krūvį ir veiklos mastą, o šios gydymo įstaigų, sudariusių sutartis su TLK, išlaidos apmokamos PSDF lėšomis. Šių išlaidų apmokėjimo tvarką nustato Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-1057 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų išlaidų darbo užmokesčio padidinimui dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Antrojo karantino metu (jis tęsėsi nuo 2020 m. spalio iki 2021 m. birželio mėn.) vidutinė lėšų suma, tekusi vienam darbuotojui, sudarė nuo 605 iki 729 eurų.

Nuo 2021 m. liepos 1 d. šalyje paskelbus ekstremaliąją situaciją dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) plitimo grėsmės buvo pradėtos taikyti ASP įstaigų išlaidų darbo užmokesčiui didinti dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) kompensavimo valstybės biudžeto lėšomis tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. spalio 29 d. įsakymu Nr. V-2426 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų išlaidų darbo užmokesčiui didinti dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) kompensavimo valstybės biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“, nuostatos. Šis aprašas numato, kad jei ASP įstaigos ekstremaliosios situacijos metu padidino darbuotojams, teikiantiems sveikatos priežiūros paslaugas COVID-19 liga sergantiems pacientams, darbo užmokesťį, išlaidos darbo užmokesčio padidinimui kompensuojamos valstybės biudžeto lėšomis.

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

Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklai 2021 m. PSDF biudžete buvo numatyta 24 450 tūkst. eurų. Pagal šiuo laikotarpiu priimtus įsipareigojimus mokėtina suma iš viso sudarė 20 956 tūkst. Eur, sumokėta suma – 20 465 tūkst. Eur, t. y. 0,8 proc. visų 2021 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 2021 m. gruodžio 31 d. duomenimis siekė 709 tūkst. eurų.

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, EVIS veikla, „Sveidros“ funkcionavimas ir padengiamos kitos būtinosios privalomojo sveikatos draudimo sistemos išlaidos. Apdraustiesiems, kurie galėjo pasinaudoti būtinaja medicinos pagalba ES šalyse, 2021 m. buvo išduota beveik 90 tūkst. Europos sveikatos draudimo kortelių.

2021 m. buvo toliau gerinamas ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų prieinamumas. Šių paslaugų kokybė gerėja, nes nuosekliai kuriamos ir diegiamos pažangios technologijos, teikiamos elektroninės paslaugos.

Taip pat buvo įdiegta informacijos saugos ir kibernetinio saugumo mokymų platforma, sistemingai organizuojami ir vykdomi VLK darbuotojų mokymai.

2021 m. buvo sukurtas ir įdiegtas EVIS Labai retoms būklėms gydyti skirtų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų kompensavimo posistemis – sudaryta galimybė ASP įstaigoms atsisakyti popierinių dokumentų ir visą informaciją pateikti elektroniniu būdu, naudojantis minėtu posistemiui.

Buvo įdiegta informacinių technologijų infrastruktūros stebėsenos sistema „Zabbix“, leidžianti realiu laiku stebėti infrastruktūros būklę ir reaguoti į iškilusias problemas – tokiu būdu užtikrinamas nepertraukiamas, stabilus ir tinkamas elektroninių paslaugų tiekimas.

Taip pat pradėta autentifikuoti asmenį pagal telefono numerį tais atvejais, kai paklausėjas kreipiasi VLK bendruoju telefono numeriu (asmuo, pageidaujantis, kad jo asmens duomenys būtų teikiami telefonu, o tapatybė nustatyta pagal telefono numerį, turi būti pateikęs tam tikros formos prašymą). Ši funkcija suteikė galimybę besikreipiantiems asmenims teikti telefonu informaciją, susijusią su jų asmens duomenimis, taip pat konsultuoti privalomojo sveikatos draudimo klausimais ir tvarkyti autentifikuotų paklausėjų konsultavimo duomenis. Neautentifikuotam asmeniui bendruoju konsultacijų centro telefonu yra teikiama tik bendrojo pobūdžio informacija. Taip pat buvo parengtas ir VLK direktoriaus įsakymu patvirtintas Asmens duomenų teikimo telefonu tvarkos aprašas.

Siekiant centralizuoti elektroninių paklausimų tvarkymą ir užtikrinti atitinkamo proceso priežiūrą bei kontrolę, nuo 2021 m. lapkričio 1 d. gyventojų aptarnavimo elektroniniu būdu funkcijos buvo atskirtos nuo Draudžiamųjų registro skyriaus. Šias funkcijas perėmė atskiras struktūrinis padalinys – Elektroninių paslaugų skyrius.

2021 m. buvo įgyvendinti Draudžiamųjų registro pakeitimai, palengvinantys duomenų tvarkymą ir kontrolę: buvo įdiegtas automatizuotas duomenų skaitmeninimo ir draudimo laikotarpių formavimo tvarkymo vedlys, sumažinta draudžiamųjų teikiamų duomenų apimtis, kai gyventojai kreipiasi į TLK dėl privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis (atsisakyta reikalavimų teikti informaciją, kurią VLK jau turi arba gauna automatiškai iš kitų susijusių registų, valstybės institucijų ir (ar) informacinių sistemų)⁵⁷, ir kita.

Siekiant optimizuoti ir efektyviau vykdyti VLK veiklos procesus, 2021 m. buvo įdiegta LEAN vadybos sistema (nustatyti darbo pagal VLK veiklos procesus principai) ir veiklos tobulinimo idėjų (KAIZEN) teikimo sistema (nustatyta veiklos tobulinimo idėjų teikimo tvarka).

2021 m. pagal VLK ir Informacinės visuomenės plėtros komiteto pasirašytą jungtinės veiklos sutartį buvo tęsiamas VLK valdomų duomenų atvėrimas. Buvo suinventorinti 33 duomenų rinkiniai, didžioji jų dalis 2022 m. bus atverta visuomenei.

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

2021 m. VLK kompensavo 2 021 tūkst. Eur VSDF 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 VSDF valdybos administravimo įstaigos).

PSDF biudžeto rezervui sudaryti (papildyti)

2021 m. įstatymu⁵⁸ patikslinus PSDF biudžetą, buvo numatyta, kad 2021 m. PSDF biudžeto rezervas bus papildytas 37 173 tūkst. Eur (planinėmis PSDF biudžeto pajamomis), siekiant

⁵⁷ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2021 m. liepos 21 d. nutarimas Nr. 574 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. rugsėjo 11 d. nutarimo Nr. 968 „Dėl Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro steigimo, jo nuostatų patvirtinimo ir veiklos pradžios nustatymo“ pakeitimo“.

⁵⁸ Lietuvos Respublikos 2021 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo Nr. XIV-121 pakeitimo įstatymas.

atkurti 2021 m. panaudotą PSDF biudžeto rezervo pagrindinę dalį (panaudota ASP įstaigų išlaidoms darbuotojams, organizuojantiems ir teikiantiems ASP paslaugas pacientams, sergantiems COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), kompensuoti)⁵⁹.

IV. LIKUČIAI

LIKUČIAI						
Lėšų likučiai, tūkst. Eur	PSDF biudžeto apyvartos lėšos	iš jų:		PSDF biudžeto rezervas	iš jo:	
	(3+4)	planinės PSDF biudžeto apyvartos lėšos	lėšų suma, viršijanti planinių apyvartos lėšų sumą	(6+7)	pagrindinė dalis	rizikos valdymo dalis
1	2	3	4	5	6	7
sausio 1 d. duomenimis	88 112	5 792	82 320	215 617	37 173	178 444
gruodžio 31 d. duomenimis	265 901	5 792	260 109	273 708	37 173	236 535

Lėšų likutis pagal 2021 m. sausio 1 d. duomenis

Lėšų likutis 2021 m. sausio 1 d. duomenimis buvo 88 112 tūkst. Eur (iš jų 5 792 tūkst. Eur – planinės apyvartos lėšos, 82 320 tūkst. Eur – suma, kuria viršijama planinių apyvartos lėšų suma), o PSDF biudžeto rezervo sąskaitoje rezervo lėšų likutis sudarė 215 617 tūkst. eurų.

Lėšų likutis pagal 2021 m. gruodžio 31 d. duomenis

PSDF biudžeto lėšų likutį 2021 m. gruodžio 31 d. duomenimis iš viso sudarė 265 901 tūkst. Eur (iš jų 5 792 tūkst. Eur – planinės apyvartos lėšos, 260 109 tūkst. Eur – lėšų suma, viršijanti planinių apyvartos lėšų sumą), o PSDF biudžeto rezervo sąskaitoje rezervo lėšų likutis siekė 273 708 tūkst. eurų.

Valstybinės ligonių kasos
prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktorius
Kacevičius

Gintaras

⁵⁹ Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 15, 21, 22 ir 23 straipsnių pakeitimo įstatymas.