

VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

**LIETUVOS RESPUBLIKOS 2022 METŲ PRIVALOMOJO
SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO
METINIŲ ATASKAITŲ RINKINIO AIŠKINAMASIS RAŠTAS**

Nr.

Vilnius
2023

TURINYS

I. ĮŽANGA	3
II. ĮPLAUKOS.....	4
III. IŠLAIDOS.....	6
<i>01 ASP paslaugoms.....</i>	<i>9</i>
<i>02 Vaistams, MPP ir medicinos priemonių nuomai.....</i>	<i>20</i>
<i>03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui</i>	<i>23</i>
<i>04 Ortopedijos techninėms priemonėms</i>	<i>25</i>
<i>05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms</i>	<i>26</i>
<i>06 Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms</i>	<i>40</i>
<i>07 VSDF veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, kompensuoti.....</i>	<i>40</i>
<i>PSDF biudžeto rezervui sudaryti (papildyti)</i>	<i>41</i>
IV. LIKUČIAI	41

LIETUVOS RESPUBLIKOS 2022 METŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO METINIŲ ATASKAITŲ RINKINIO AIŠKINAMASIS RAŠTAS

I. ĮŽANGA

Lietuvos Respublikos 2022 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 taisyklėmis¹, 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 2022 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 veiklos pokyčiai. Visi duomenys Aiškinamajame rašte pateikiami Europos Sąjungos (toliau – ES) bendrąja valiuta – eurai.

¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“.

II. ĮPLAUKOS

2022 m. PSDF biudžeto įplaukos sudarė 2 962 699 tūkst. Eur (beveik 3 mlrd. Eur), t. y. buvo gauta 172 508 tūkst. Eur (6,2 proc.) daugiau įplaukų, nei buvo planuota.

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
					(4-3)	(5-4)	(5-3)
1	2	3	4	5	6	7	8
01	Privalomojo sveikatos draudimo įmokos, iš jų:	2 547 139	2 796 265	2 701 071	249 126	-95 194	153 932
01 01	Valstybinio socialinio draudimo fondo (toliau – VSDF) valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos ir su jomis susijusios sumos	1 774 543	2 023 513	1 928 318	248 970	-95 195	153 775
01 02	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	772 596	772 596	772 596	0	0	0
02	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai	204 087	205 642	205 642	1 555	0	1 555
03	Lėšos, grąžinamos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis	30 537	38 885	39 595	8 348	710	9 058
04	Kitos pajamos	8 428	18 474	16 392	10 046	-2 082	7 964
	Iš viso įplaukų	2 790 191	3 059 265	2 962 699	269 074	-96 566	172 508

* Patvirtinta 2021 m. gruodžio 14 d. Lietuvos Respublikos 2022 metų PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu Nr. XIV-747

Pajamų didėjimą daugiausia lėmė:

- auganti privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma, susijusi su šalies vidutinio darbo užmokesčio didėjimu, t. y. vidutinį šalies ūkio darbo užmokestį (įskaitant individualių įmonių duomenis) 2021 m. sudarė 1 579,4 Eur, 2022 m. – 1 789 Eur² (rengiant 2022 m. PSDF biudžeto projektą buvo planuota, kad vidutinis mėnesinis *bruto* darbo užmokestis sudarys 1681,9 Eur³), ir nedarbo lygio mažėjimu (2021 m. nedarbo lygis siekė 7,1 proc., 2022 m. – 5,9 proc.⁴ (rengiant 2022 m. PSDF biudžeto projektą buvo planuota, kad nedarbo lygis sudarys 6,7 proc.). PSDF biudžetui pervesta dirbančiųjų įmokų suma buvo 222 087 tūkst. Eur (13 proc.) didesnė nei 2021 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 (2021 m. metinė įmoka už vieną apdraustąjį, draudžiamą valstybės lėšomis, sudarė 464,9 Eur, 2022 m. – 508,4 Eur);
- nuosekliai didinama minimali mėnesinė alga, nuo kurios taip pat mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos (2021 m. minimali mėnesinė alga buvo 642 Eur, 2022 m. – 730 Eur).

01 Privalomojo sveikatos draudimo įmokos

2022 m. iš viso į PSDF biudžetą buvo pervesta 2 701 071 tūkst. Eur (153 932 tūkst. Eur daugiau, nei buvo planuota) privalomojo sveikatos draudimo įmokų ir su jomis susijusių sumų, iš jų:

– VSDF valdybos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos ir su jomis susijusios sumos sudarė 1 928 318 tūkst. Eur. Pažymėtina, kad nuo 2016 m. sausio 1 d. VSDF

² Valstybės duomenų agentūros duomenys: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize/>

³ <https://finmin.lrv.lt/lt/aktualus-valstybes-finansu-duomenys/ekonomines-raidos-scenarijus/scenarijus-2021-rugsejis>

⁴ Valstybės duomenų agentūros duomenys: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize/>

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 47 253 tūkst. Eur privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimas buvo atidėtas (atidėtų registruotų privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma⁵), 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 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 772 596 tūkst. Eur, t. y. buvo gautos visos planuotos pajamos. 2022 m. valstybės biudžeto įmoka, mokama už apdraustąjį valstybės lėšomis, sudarė 508,4 Eur (per metus). Palyginti su 2021 m. (464,9 Eur), ši įmoka padidėjo 9,4 procento.

2022 m. gruodžio 31 d. duomenimis, iš viso PSDF biudžeto gautiną PSDF biudžeto įmokų sumą (kreditinis įsiskolinimas PSDF biudžetui) sudarė 478 744 tūkst. Eur.

02 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai

Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai valstybės pavestoms PSDF biudžeto funkcijoms vykdyti sudarė 205 642 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 programoje numatytų priemonių įgyvendinimą ir kt. Baigtinis PSDF biudžetui valstybės priskirtų funkcijų sąrašas yra nustatytas Sveikatos draudimo įstatymo 15 straipsnio 1 dalyje.

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

Lėšos, grąžintos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis, sudarė 39 595 tūkst. Eur.

2022 m. VLK buvo sudariusi 185 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.

04 Kitos pajamos

Kitas pajamas iš viso sudarė 16 392 tūkst. Eur, iš jų:

01 Rusijos Federacijos pervedamos lėšos pagal įgyvendinamą tarptautinį susitarimą sudarė 2 757 tūkst. Eur.

02 Išieškomos ar grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą sudarė 3 462 tūkst. Eur, iš jų:

– iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai suteiktas paslaugas ir už šias paslaugas neteisėtai pateiktas apmokėti sąskaitas sudarė 389 tūkst. Eur;

– iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai išrašytus ir išduotus vaistus bei medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP) sudarė 139 tūkst. Eur;

⁵ VSDF valdybos pateiktais duomenimis.

–iš vaistinių išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai išduotus vaistus ir MPP ar neteisėtai už juos pateiktas apmokėti sąskaitas sudarė beveik 0,6 tūkst. Eur;

–iš ūkio subjektų, su kuriais sudarytos medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų apmokėjimo sutartys, išieškomos ar jų grąžinamos lėšos sudarė 5 tūkst. Eur;

– iš fizinių ir juridinių asmenų išieškomos lėšos už apdraustojo sveikatai padarytą žalą ir už kitą PSDF biudžetui padarytą žalą sudarė 2 928 tūkst. Eur. Neretai žala sveikatai padaroma dėl muštynių, buitinių konfliktų, eismo įvykių ar kitokių nusikaltimų, o nukentėjusiųjų gydymo išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis. Nusizengimus padarę asmenys privalo atlyginti žalą PSDF biudžetui per nustatytą laikotarpį.

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 6 195 tūkst. Eur.

04–08 pajamos už Europos sveikatos draudimo kortelių ir kompensuojamųjų vaistų pasų pakartotinį išdavimą, investicinės veiklos pajamos, institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, pajamos bei kitos gautos pajamos sudarė 3 977 tūkst. Eur.

III. IŠLAIDOS

Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintame 2022 m. PSDF biudžete išlaidoms buvo numatyta 2 790 191 tūkst. Eur, o iš PSDF biudžeto rezervo buvo skirta dar 107 998 tūkst. Eur. Iš viso PSDF biudžeto išlaidų planą sudarė 2 898 189 tūkst. Eur. 2022 m. PSDF biudžeto išlaidos pagal priimtus įsipareigojimus sudarė 2 818 253 tūkst. Eur – išlaidų planas buvo įvykdytas 97 procentais.

PSDF biudžeto straipsnio		Ataskaitinio laikotarpio sumos, tūkst. Eur					Sumos pagal prisiimtus įsipareigojimus ir planuotos sumos skirtumas	
		planuotos	iš jų:		pagal prisiimtus įsipareigojimus	sumokėta		
			biudžeto lėšos*	skirtos rezervo lėšos				
			kodas	pavadinimas			tūkst. Eur	proc.
		(4+5)			(6-3)	(6/3*100)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01	ASP paslaugoms	1 989 896	1 942 635	47 261	1 933 800	1 920 867	-56 096	97
02	Vaistams, medicinos pagalbos priemonėms ir medicinos priemonių nuomai	555 967	530 267	25 700	548 494	554 055	-7 473	99
03	Medicininiai reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui	115 853	114 281	1 572	111 133	109 170	-4 720	96
04	Ortopedijos techninėms priemonėms	17 510	17 210	300	17 240	17 391	-270	98
05	Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms	185 206	152 041	33 165	176 048	174 876	-9 158	95
06	Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms	31 466	31 466	0	29 155	29 202	-2 311	93
07	VSDF veiklos sąnaudoms, susidarantioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, kompensuoti	2 291	2 291	0	2 382	2 291	91	104
Iš viso išlaidų		2 898 189	2 790 191	107 998	2 818 253	2 807 852	-79 936	97
Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervui papildyti (sudaryti)		0	0	0	0	0	0	0

* Patvirtinta 2021 m. gruodžio 14 d. Lietuvos Respublikos 2022 metų PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu Nr. XIV-747

Kasmet augant PSDF biudžeto pajamoms, atsiranda galimybė didinti privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą apdraustiesiems. Todėl, nepaisant 2022 m. PSDF biudžetą veikusių išorės veiksnių, susijusių su užsieniečių sveikatos priežiūros užtikrinimu ir energetinių išteklių kainų didėjimu, daugiau lėšų buvo skiriama ASP paslaugų plėtrai, prevencinių sveikatos programose numatytoms priemonėms įgyvendinti, taip pat buvo kompensuojama daugiau vaistų, MPP ir ortopedijos techninių priemonių.

2022 m. vasario 24 d. Rusijos Federacija pradėjo vykdyti karinius veiksmus Ukrainoje. Ukrainos gyventojai, ieškodami saugaus prieglobsčio, kreipėsi pagalbos į kitas valstybes, tarp jų ir į Lietuvą. Valstybės duomenų agentūros duomenimis, nuo karo pradžios 2022 m. į Lietuvą atvyko

daugiau nei 72 tūkst. karo pabėgėlių iš Ukrainos. Lietuvos valstybė priėmė sprendimą (Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2022 m. kovo 1 d. įsakymas Nr. 1V-149 „Dėl užsieniečių, pasitraukusių iš Ukrainos dėl Rusijos Federacijos karinių veiksmų Ukrainoje, asmens sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimo laikinosios apsaugos galiojimo laikotarpiu“) užtikrinti šių užsieniečių sveikatos priežiūrą ir jos apmokėjimą. Pabėgėliams iš Ukrainos (toliau – užsieniečiai) suteiktos ASP paslaugos buvo apmokamos PSDF biudžeto lėšomis teisės aktų nustatyta tvarka, tam tikslui panaudojant ir papildomai skirtas valstybės biudžeto lėšas (667 tūkst. Eur). 2022 m. kovo–gruodžio mėnesiais skirtą PSDF biudžeto lėšų sumą už šiemis užsieniečiams suteiktas ASP paslaugas sudarė 7 069,7 tūkst. Eur.

2022 m. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistema susidūrė su dar vienu iššūkiu – išaugusiomis energetinių išteklių kainomis. Šios kainos pradėjo didėti dar 2021 m., todėl, reaguojant į susidariusią situaciją, 2022 m. PSDF biudžete buvo numatyta papildomai 12 mln. Eur – šiomis lėšomis turėjo būti bent iš dalies kompensuojamos ASP įstaigų išlaidos, susijusios su brangstančiais energetiniais ištekliais. Valstybės duomenų agentūros duomenimis, vartojimo prekių ir paslaugų kainų pokytis, apskaičiuotas pagal vartotojų kainų indeksą (proc.) (bendrai būstui, vandeniui, elektrai, dujoms ir kitam kurui), 2022 m. gruodį siekė 48,3 proc., o didžiausias šių kainų augimas buvo užfiksuotas 2022 m. rugsėjo mėnesį (71,3 proc.). Kadangi energetiniai ištekliai brango daugiau, nei buvo tikėtasi planuojant 2022 m. PSDF biudžetą, 2022 m. spalio mėnesį buvo skirta papildomai dar 5 mln. Eur (dalis lėšų skirta iš PSDF rezervo) ASP įstaigų suteiktoms paslaugoms apmokėti, taikant padidintas ASP paslaugų bazinių kainų balo vertes.

Iki 2022 m. gegužės mėn. Lietuvos Respublikoje truko valstybės lygio ekstremalioji situacija dėl COVID-19 pandemijos. Esant ekstremaliajai situacijai, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos operacijų vadovo 2020 m. balandžio 20 d. sprendimu Nr. V-931 „Dėl asmenims, neturintiems teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) apmokėjimo“ PSDF biudžeto lėšomis buvo apmokamas nedraustų asmenų gydymas dėl COVID-19 ligos (2022 m. šių asmenų gydymui skirtą sumą sudarė 138 tūkst. Eur). Pasibaigus ekstremaliajai situacijai, suma, panaudota nedraustų asmenų gydymui, PSDF biudžetui buvo kompensuota valstybės biudžeto lėšomis.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. spalio 6 d. įsakymu Nr. V-1528 „Dėl atsiskaitymo su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis už pacientams dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) suteiktas stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir lėšų skyrimo iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies“ ir siekiant kompensuoti ASP įstaigų išlaidas, susidariusias nuo 2020 m. balandžio 1 d. iki 2021 m. gruodžio 31 d. teikiant stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sirgusiems pacientams, 2022 m. iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies buvo skirti 44 000 tūkst. Eur (panaudota – 43 341,9 tūkst. Eur).

2021 m. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistema susidūrė su migrantų antplūdžio per Baltarusijos sieną į Lietuvos Respubliką sukeltomis pasekmėmis – reikėjo užtikrinti šių asmenų sveikatos priežiūrą ir jos apmokėjimą. 2022 m. migrantų skaičius Lietuvoje palaipsniui mažėjo, kartu mažėjo ir jiems teikiamų ASP paslaugų skaičius. 2021 m. ir 2022 m. ASP paslaugos (jų buvo suteikta daugiau nei už 1 433,4 tūkst. Eur) buvo apmokėtos PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšomis. Atsižvelgiant į Europos Komisijos ir Valstybės sienos apsaugos tarnybos prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos 2021 m. rugsėjo 28 d. pasirašytą finansavimo sutartį⁶, minėtos PSDF biudžeto rezervo išlaidos kompensuojamos Europos Komisijos skirtomis lėšomis. Pagal šią sutartį 90 proc. lėšų asmenų, atvykusių į Lietuvą per Baltarusijos sieną, gydymo išlaidoms kompensuoti skiria Europos Komisija, o 10 proc. lėšų skiriama iš valstybės biudžeto.

⁶ Nr. HOME/2021/AMIF/AG/EMAS/TF1/LT/0002 „Skubus atsakas į neproporcingą trečiųjų šalių piliečių antplūdį į Lietuvą iš Baltarusijos“.

Siekiant, kad ASP įstaigos už suteiktas ASP paslaugas gautų daugiau lėšų, nuo 2016 m. kasmet buvo didinamas sveikatos priežiūros finansavimas ir skiriamos papildomos PSDF biudžeto lėšos. Už ASP paslaugas, suteiktas nuo 2022 m. sausio 1 d., spalio 1 d. ir lapkričio 1 d., su ASP įstaigomis buvo atsiskaitoma taikant padidintas ASP paslaugų bazinių kainų balo vertes. Šiam tikslui iš PSDF biudžeto buvo skirtos planinės ir PSDF biudžeto rezervo lėšos. Papildomos lėšos nuo spalio 1 d. (5 018,4 tūkst. Eur) buvo skirtos bent iš dalies kompensuoti ASP įstaigų išlaidas, susijusias su brangstančiais energetiniais ištekliais, o papildomos lėšos, skirtos nuo lapkričio 1 d. (22 729,4 tūkst. Eur), leido padidinti ASP įstaigų darbuotojų darbo užmokestį.

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 2022 m. sausio–spalio mėn. (Eur)	Vidutiniškai 2022 m. lapkričio–gruodžio mėn. (Eur)	Pokytis (lyginamas lapkričio–gruodžio mėn. VDU su sausio–spalio mėn. VDU)	
			Eur	proc.
Gydytojų vidutinis darbo užmokestis, tenkantis vienam etatui (VDU)	3 649	4 137	488	13
Slaugytojų VDU	1 787	2 076	289	16
Kito personalo, teikiančio ASP paslaugas, VDU	1 554	1 823	269	17

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>.

2022 m. PSDF biudžeto rezervo lėšos (107 998 tūkst. Eur) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais buvo skirtos pagal:

- 01 išlaidų straipsnį (47 261 tūkst. Eur) suteiktoms ASP paslaugoms apmokėti, iš jų:
 - *pacientams dėl COVID-19 ligos suteiktoms nuo 2020 m. balandžio mėn. iki 2021 m. gruodžio mėn. (imtina) stacionarinėms aktyviojo gydymo ASP paslaugoms papildomai apmokėti – 44 000 tūkst. Eur;*
 - *COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos paslaugoms apmokėti – 2 500 tūkst. Eur;*
 - *ASP paslaugoms, suteiktoms 2021 m. gruodžio–2022 m. spalio mėn. užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, apmokėti – 761 tūkst. Eur;*
- 02 išlaidų straipsnį (25 700 tūkst. Eur) kreditiniam įsiskolinimui už kompensuojamuosius vaistus ir MPP mažinti;
- 03 išlaidų straipsnį (1 572 tūkst. Eur) medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugoms apmokėti, taikant padidintas bazinių kainų balo vertes (šios balo vertės buvo didinamos 2022 m. spalio 1 d. ir 2022 m. lapkričio 1 d.);
- 04 išlaidų straipsnį (300 tūkst. Eur) klausos aparatų įsigijimo išlaidoms kompensuoti;
- 05 išlaidų straipsnį (33 165 tūkst. Eur) sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti, iš jų:
 - *ASP paslaugoms apmokėti, taikant padidintas bazinių kainų balo vertes (balo vertės buvo didinamos 2022 m. spalio 1 d. ir 2022 m. lapkričio 1 d.) – 1 322 tūkst. Eur;*
 - *Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti pagal PSDF biudžeto 05 06 02 išlaidų straipsnį – 14 000 tūkst. Eur;*
 - *dantų protezavimo paslaugoms apmokėti pagal PSDF biudžeto 05 10 išlaidų straipsnį – 4 500 tūkst. Eur,*
 - *transplantacijos paslaugoms, suteiktoms užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, apmokėti pagal 05 08 01 išlaidų straipsnį – 155 tūkst. Eur;*

- 2022–2025 metų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) vakcinacijos ir gydymo programai finansuoti pagal PSDF biudžeto 05 23 išlaidų straipsnį „COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) vakcinacijos ir gydymo programos priemonės finansuoti“ – 13 188 tūkst. Eur.

2022 m. panaudotą PSDF biudžeto rezervo lėšų sumą iš viso sudarė 102 896 tūkst. Eur.

2022 m. gruodžio 31 d. duomenimis, PSDF biudžeto kreditinis įsiskolinimas iš viso siekė 241 889 tūkst. Eur.

01 ASP paslaugoms

2022 m. ASP paslaugoms apmokėti buvo skirta iš viso 1 989 896 tūkst. Eur, įskaitant 47 261 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų (už pacientams dėl COVID-19 ligos suteiktas nuo 2020 m. balandžio mėn. iki 2021 m. gruodžio mėn. (imtinai) stacionarines aktyviojo gydymo ASP paslaugas, COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos paslaugas ir ASP paslaugas, suteiktas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną), t. y. 292 252 tūkst. Eur (17,2 proc.) daugiau nei 2021 metais. Pagal 2022 m. priimtas sąskaitas mokėtiną sumą už pacientams suteiktas ASP paslaugas sudarė 1 933 800 tūkst. Eur (16,8 proc. daugiau nei 2021 m.), buvo sumokėta 1 920 867 tūkst. Eur (16,2 proc. daugiau nei 2021 m.).

2022 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už gruodžio mėnesį suteiktas ASP paslaugas siekė 159 998 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 taisyklių⁷ 16 punkte.

Lėšos, skiriamos ASP paslaugoms apmokėti, sudaro pagrindinę PSDF biudžeto išlaidų dalį. ASP paslaugas gali teikti tik ASP 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.

Nepaisant išorės veiksnių (COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos, masinio užsieniečių antplūdžio į Lietuvos Respubliką per Baltarusijos sieną bei Ukrainos gyventojų, pasitraukusių į Lietuvą iš Ukrainos dėl Rusijos Federacijos karinių veiksmų Ukrainoje), taip pat 2022 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. 2022 m. PAASP paslaugų bazinių kainų balo vertė buvo didinama tris kartus: sausio 1 d. – nuo 1,179 Eur iki 1,253 Eur, spalio 1 d. – iki 1,261 Eur, o lapkričio 1 d. – iki 1,353 Eur, taip siekiant iš dalies kompensuoti gydymo išlaidas, susijusias su brangstančiais energetiniais ištekliais, augančia minimaliąja mėnesine alga ir sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčio didinimu. Iš viso 2022 m. PAASP paslaugoms apmokėti buvo skirta 368 092,5 tūkst. Eur (neįskaitant lėšų, skirtų užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, suteiktoms ASP paslaugoms apmokėti), t. y. 12,2 proc. daugiau nei 2021 metais. Mokėtiną sumą pagal priimtas sąskaitas sudarė 363 853,2 tūkst. Eur (neįskaitant 273,2 tūkst. Eur, mokėtinų už ASP paslaugas, suteiktas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną).

Siekiant tikslesnio ASP įstaigų gerų darbo rezultatų rodiklių reikšmių skaičiavimo ir pasiektų rezultatų vertinimo, nuo 2022 m. taikoma nauja gerų PAASP rezultatų rodiklių reikšmių

⁷ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimas Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“.

skaičiavimo metodika ir pakeista mokėjimo pagal gerų PAASP rezultatų rodiklius tvarka⁸. Pakeistos metodikos esmė – nustatyti kiekvieno gerų rezultatų rodiklio reikšmės medianą ir, ją taikant, skatinti tik ASP įstaigas, pasiekusias nustatytas reikšmes. ASP įstaigos vertinamos vieną kartą per metus, t. y. pasibaigus finansiniams metams (anksčiau 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 prie PAASP įstaigų) amžiaus grupę.

Buvo ne tik patobulinta finansinio PAASP įstaigų skatinimo už gerus darbo rezultatus metodika, bet ir PAASP paslaugų, už kurias mokami skatinamieji priedai, sąrašas buvo papildytas naujomis paslaugomis. 2022 m. siekiant sustabdyti hepatito C viruso plitimą Lietuvoje, efektyviai ir anksti išgydyti visus šia lėtine liga sergančius asmenis, sumažinti ligos komplikacijų gydymo išlaidas, padidinti PSDF lėšų panaudojimo efektyvumą ir eliminuoti lėtinio hepatito C infekciją pagal Pasaulio sveikatos organizacijos nurodytus terminus, PAASP įstaigoms buvo pradėti mokėti skatinamieji priedai už naują paslaugą – patikrą dėl hepatito C viruso infekcijos⁹. Taip pat, siekiant, kad aktyviau būtų teikiamos skiepijimo nuo COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) paslaugos, PAASP įstaigoms pradėti mokėti skatinamieji priedai už asmenų skiepijimą nuo COVID-19 ligos¹⁰. Kad būtų užtikrinamas šių paslaugų prieinamumas ir finansinis įstaigų, suteikusių šias paslaugas, skatinimas, buvo nustatyta, kad skatinamasis priedas sumokamas PAASP įstaigai, kuri suteikia vakcinacijos nuo COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) paslaugą, nepaisant to, prie kurios PAASP įstaigos yra prisirašęs šią paslaugą gavęs asmuo. Kadangi asmenys, atsižvelgiant į vakciną pasirinkimą, gali būti skiepijami nuo COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) daugiau nei 1 kartą, atsisakyta nuostatos, kad atitinkamas skatinamasis priedas gali būti mokamas tik vieną kartą per kalendorinius metus. Taip pat nustatyta, kad PAASP įstaigoms skatinamasis priedas mokamas ir tuo atveju, kai paslaugos suteikiamos užsieniečiams. Siekiant užtikrinti išsamesnį nėščių užsieniečių ištyrimą ir skatinti, kad joms būtų atlikti visi būtini tyrimai, buvo nustatyta, jog PAASP paslaugas teikiančioms įstaigoms mokamas ne tik skatinamasis priedas už fiziologinio nėštumo priežiūros paslaugą, bet ir mokami papildomi skatinamieji priedai už laboratorinių tyrimų atlikimą nėščiosioms. Taip pat siekiama skatinti ankstyvąją širdies nepakankamumo diagnostiką, todėl PAASP įstaigoms buvo pradėtas mokėti skatinamasis priedas už natriuretinio peptido tyrimo atlikimą.

2022 m. lėšų, kurios skiriamos kaip skatinamasis priedas už kai kurias PAASP paslaugas, kaip priedas už gerus darbo rezultatus, priedas už prirašytų prie šeimos gydytojo gyventojų aptarnavimą, priedas už gyventojų, turinčių specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, priedas už kaimo gyventojų aptarnavimą bei priedas, mokamas toms PAASP įstaigoms, kurios yra akredituotos teikti šeimos gydytojo paslaugą, dalis sudarė 30 proc. lėšų, skiriamų už PAASP paslaugas.

2022 m. sumą, skirtą už gerus darbo rezultatus, sudarė 48 695,7 tūkst. Eur, t. y. ji buvo 4 777 tūkst. Eur (10,9 proc.) didesnė nei 2021 metais. 2022 m. lėšų sumą, skirtą už gerus darbo rezultatus, sudarė 13,2 proc. visų 2022 m. PAASP skirtų lėšų.

⁸ 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“.

⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gegužės 5 d. įsakymas Nr. V-915 „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 2022 m. birželio 3 d. įsakymas Nr. V-1043 „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“.

2022 m. sumą, skiriamą skatinamajam priedui mokėti už PAASP paslaugas teikiančių įstaigų suteiktas paslaugas, sudarė 39 890,1 tūkst. Eur (neįskaitant lėšų, skirtų užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, suteiktoms ASP paslaugoms apmokėti), t. y. ši suma buvo 6 515,5 tūkst. Eur (19,5 proc.) didesnė nei 2021 metais.

2022 m. PAASP paslaugoms <u>skirtos</u> lėšos (iš viso metų pabaigoje, neįskaitant lėšų, skirtų užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, suteiktoms paslaugoms apmokėti) (368 092,5 tūkst. Eur)				2022 m. PAASP paslaugoms, suteiktoms užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, skirtos lėšos (iš viso metų pabaigoje) (273,2 tūkst. Eur)
70 proc. (pagrindinis mokėjimas)	30 proc. (papildomi mokėjimai)			
I. Mokėjimas metinėmis bazinėmis kainomis už prirašytų gyventojų sveikatos priežiūrą (256 060,9 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, turinčio specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, priedas, mokamas PAASP įstaigai, akredituotai teikti šeimos gydytojo paslaugas, ir t. t. (23 445,8 tūkst. Eur)	III. Papildomas mokėjimas už gerus PAASP įstaigos darbo rezultatus (48 695,7 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 rezultatų rodiklis)	IV. Skatinamojo priedo mokėjimas už PAASP įstaigų suteiktas paslaugas (39 890,1 tūkst. Eur): 26 paslaugų grupės, pvz.: fiziologinio neštumo priežiūra, moksleivių paruošimas mokyklai, neįgaliųjų sveikatos priežiūra ir kt.	

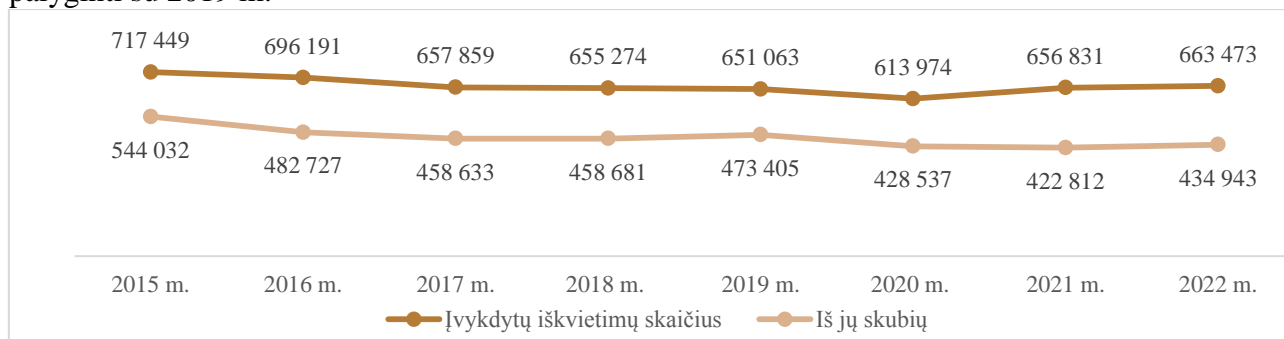
PAASP paslaugos yra orientuotos į pacientą – šeimos gydytojas yra atsakingas už tai, kad liga būtų nustatyta kuo ankstyvesnės stadijos, kad kuo greičiau būtų nustatytos ligos priežastys ir skirtas reikiamas gydymas, t. y. siekiama, kad šeimos gydytojo paslaugos būtų gaunamos laiku. Apylinkių, kuriose šeimos gydytojo paslaugos suteikiamos per 7 kalendorines dienas, palyginti su bendru apylinkių skaičiumi, nuolat daugėja – 2022 m. dauguma šeimos gydytojų (80 proc.) savo prirašytiems pacientams suteikė paslaugas per įstatyme numatytus terminus.

Nuo 2022 m. kovo 1 d., vadovaujantis Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2022 m. kovo 1 d. įsakymu Nr. 1V-149 „Dėl užsieniečių, pasitraukusių iš Ukrainos dėl Rusijos Federacijos karinių veiksmų Ukrainoje, ASP paslaugų užtikrinimo laikinosios apsaugos galiojimo laikotarpiu“, ASP įstaigoms, sudariusioms sutartis su TLK, apmokamos ASP paslaugos (būtinoji pagalba ir būtiniosios paslaugos, imunoprofilaktika nuo COVID-19 infekcijos, nepilnamečių profilaktinis patikrinimas ir skiepijimas pagal vaikų profilaktinių skiepijimų kalendorių, neštumo priežiūra ir pagalba prasidėjus gimdymui), suteiktos Ukrainos piliečiams, jų šeimos nariams ir asmenims be pilietybės, pasitraukusiems iš Ukrainos dėl Rusijos Federacijos karinių veiksmų arba negalintiems į ją grįžti, jeigu šie asmenys nėra drausti privalomuoju sveikatos draudimu. Nuo 2022 m. gegužės mėn. socialiai jautrių grupių asmenims (vaikams, pensininkams ir neįgaliesiems), užsiregistravusiems Migracijos departamente, užtikrinamos ir apmokamos PSDF biudžeto lėšomis tokios pačios ASP paslaugos kaip ir Lietuvos apdraustiesiems.

01 02 greitosios medicinos pagalbos paslaugoms

2022 m. greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugoms apmokėti iš viso buvo skirta 91 044,1 tūkst. Eur PSDF biudžeto lėšų (neįskaitant lėšų, skirtų už ASP paslaugas, suteiktas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną), t. y. 17,4 proc. daugiau nei 2021 metais. Mokėtiną sumą pagal priimtas sąskaitas sudarė 90 587,1 tūkst. Eur (neįskaitant 44,6 tūkst. Eur, mokėtinų už ASP paslaugas, suteiktas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną).

2022 m. GMP iškvietai skaičius padidėjo 1 proc., palyginti su 2021 m., ir 2 proc., palyginti su 2019 m.



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, kai prireikia būtinosios medicinos pagalbos (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.

2022 m. GMP paslaugos, už kurias mokama PSDF biudžeto lėšomis, nepasikeitė, t. y. buvo mokama¹¹:

- 1) už GMP dispečerinės tarnybos teikiamas paslaugas (mokama bazinėmis kainomis pagal statistinį aptarnaujamos teritorijos gyventojų skaičių);
- 2) už GMP būdinčių brigadų teikiamas paslaugas (mokama diferencijuotomis metinėmis bazinėmis kainomis pagal statistinį aptarnaujamos teritorijos gyventojų skaičių);
- 3) skatinamieji priedai už GMP paslaugas;
- 4) už gerus GMP rezultatus (operatyvumą ir intensyvumą);
- 5) klasterinės funkcijos užtikrinimo organizacinis priedas (skiriamas atsižvelgiant į klasterinių GMP brigadų aptarnaujamos teritorijos statistinį gyventojų skaičių)¹².

¹¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“.

¹² 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“.

Dėl didelio užsieniečių skaičiaus padidėjo GMP įstaigų darbo krūvis tam tikrose teritorijose. Atsižvelgiant į tai, nuo 2022 m. birželio mėn. buvo nustatyta, kad, skiriant PSDF lėšas GMP įstaigoms už teikiamas GMP paslaugas, į aptarnaujamos savivaldybės statistinį gyventojų skaičių yra įtraukiami ir užsieniečiai. Šie asmenys priskiriami savivaldybės, kurioje jie yra apgyvendinti, gyventojams¹³. Taip pat 2022 m. į atitinkamos teritorijos statistinių gyventojų skaičių buvo įtraukti nuteistieji, atliekantys arešto, terminuoto laisvės atėmimo ir laisvės atėmimo iki gyvos galvos bausmės, pagal laisvės atėmimo vietų adresus¹⁴.

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 ASP 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 GMP brigadų steigimą, 2022 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 insultų, infarktų ir traumų gydymo centrus (nustatytus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu). Penkiose šalies regionų GMP stotyse, t. y. VšĮ Vilniaus 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. 2022 m. gruodžio 31 d. TLK pateiktų GMP paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo ataskaitų¹⁵ duomenimis, iš galimų 20 klasterinių GMP brigadų buvo įsteigta 16,06 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 suteikusiu GMP paslaugų teikėju, tam panaudodama klasterinės

¹³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-1182 „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“.

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. V-1966 „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 VLK direktoriaus 2014 m. balandžio 4 d. įsakymas Nr. 1K-86 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų ataskaitos formos patvirtinimo“.

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 2022 m. PSDF biudžeto prisiimtus įsipareigojimus slaugos paslaugoms (teikiamoms stacionarinėmis ir ambulatorinėms sąlygomis) apmokėti buvo skirta 129 405,4 tūkst. Eur (neįskaitant 16,3 tūkst. Eur ASP paslaugoms, suteiktoms užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną), t. y. 22,7 proc. daugiau nei 2021 metais.

2022 m. sausio 1 d., kai buvo didinamos visų ASP paslaugų bazinių kainų balo vertės, slaugos paslaugų bazinių kainų balo vertė padidėjo 6 proc., spalio 1 d. padidėjo dar 1,9 proc., o lapkričio 1 d. slaugos paslaugų bazinių kainų balo vertė padidėjo dar 6,7 proc. (iki 1,348 Eur).

Siekiant gerinti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikimą, užtikrinti šių paslaugų prieinamumą, kokybę bei gerinti jų finansavimą PSDF biudžeto lėšomis, 2022 m. iš esmės buvo peržiūrėti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikimo reikalavimai¹⁶ ir nustatytos naujos šių paslaugų kainos. Taip pat buvo gerinamas ambulatorinės paliatyvosios pagalbos paslaugų prieinamumas. 2022 m. buvo numatyta, kad paslaugas namuose gali teikti (be kitų komandos narių) kineziterapeutas ir slaugytojo padėjėjas. Siekiant skatinti šių specialistų paslaugų teikimą namuose, buvo nustatytas jų teikiamų paslaugų įkainis.

Slauga namuose neretai tampa tikru iššūkiu tiek pačiam pacientui, tiek jį prižiūrinčiam artimajam, kai su ja susiduriama pirmą kartą. Siekiant užtikrinti slaugos paslaugų prieinamumą, tęstinumą, tenkinant paciento slaugos poreikius namų sąlygomis, skatinant paciento savirūpą bei gerinant paciento gyvenimo kokybę, buvo įteisintas klausimynas, kurio pagrindu gali būti teikiamos ambulatorinės slaugos paslaugos namuose (toliau – ASPN). Pažymėtina, kad, atsižvelgiant į užpildytą klausimyną ir nustatytą šių paslaugų poreikį, per kalendorinius metus vienam šių paslaugų gavėjui gali būti suteikiamos: 52 ASPN, kai šių paslaugų gavėjui nustatytas mažas slaugos paslaugų poreikis, 156 ASPN, kai šių paslaugų gavėjui nustatytas vidutinis slaugos paslaugų poreikis, bei 260 ASPN, kai šių paslaugų gavėjui nustatytas didelis slaugos paslaugų poreikis¹⁷.

01 04 ambulatorinėms ASP paslaugoms ir 01 05 stacionarinėms ASP paslaugoms

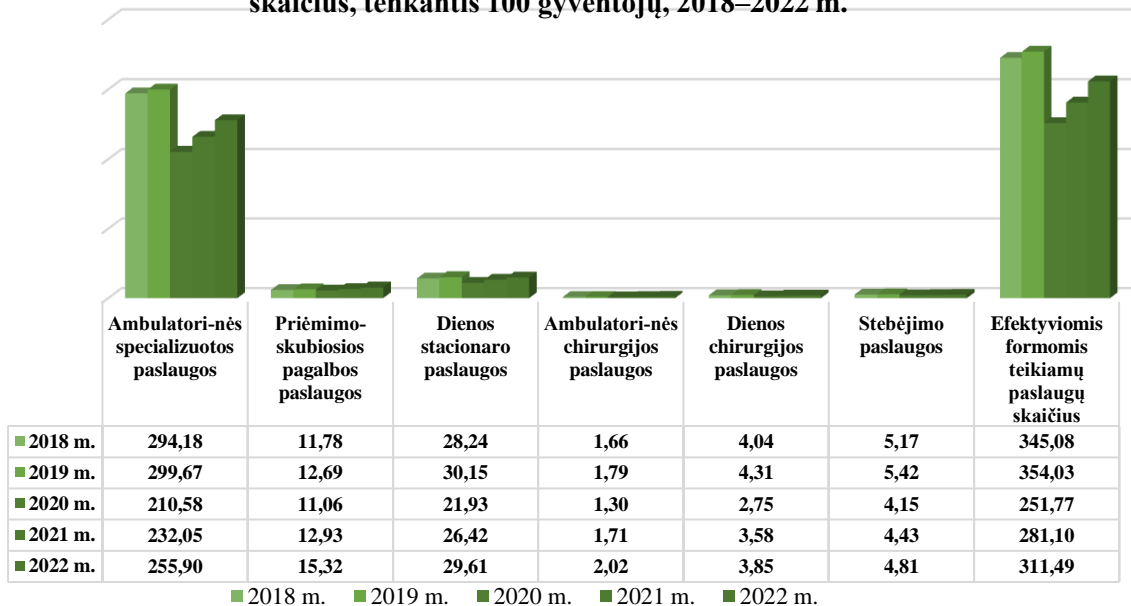
Siekiant efektyviai naudoti PSDF biudžeto išteklius, pastaraisiais metais prioritetas teikiamas ir ambulatorinių ASP paslaugų plėtrai bei jų prieinamumo gerinimui. Ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtra yra labai svarbi paslaugų teikėjams – teikdami šias paslaugas, jie racionaliau naudoja žmogiškuosius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

2022 m. buvo suteiktos 1,56 mln. ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų (kartu) bei 459,4 tūkst. stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų. Pažymėtina, kad 2022 m. šių paslaugų buvo suteikta atitinkamai 13,1 proc. ir 12,1 proc. daugiau, palyginti su 2021 m. (2021 m. šių paslaugų buvo suteikta atitinkamai 1,38 mln. ir 409,8 tūkst.).

¹⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. rugšėjo 29 d. įsakymas Nr. V-1495 „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“.

¹⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 29 d. įsakymas Nr. V-1168 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

Ekonomiškai efektyvių ASP paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, skaičius, tenkantis 100 gyventojų, 2018–2022 m.



Ekonomiškai efektyvių paslaugų, įskaitant ir ambulatorines specializuotas paslaugas, t. y. gydytojų specialistų paslaugas, kasmet suteikiama vis daugiau – tai parodo 2018–2022 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. 2021 m., atnaujinus šių paslaugų teikimą, jų skaičius vėl pradėjo didėti.

Be to, toliau buvo plečiamas ekonomiškai efektyvių paslaugų spektras:

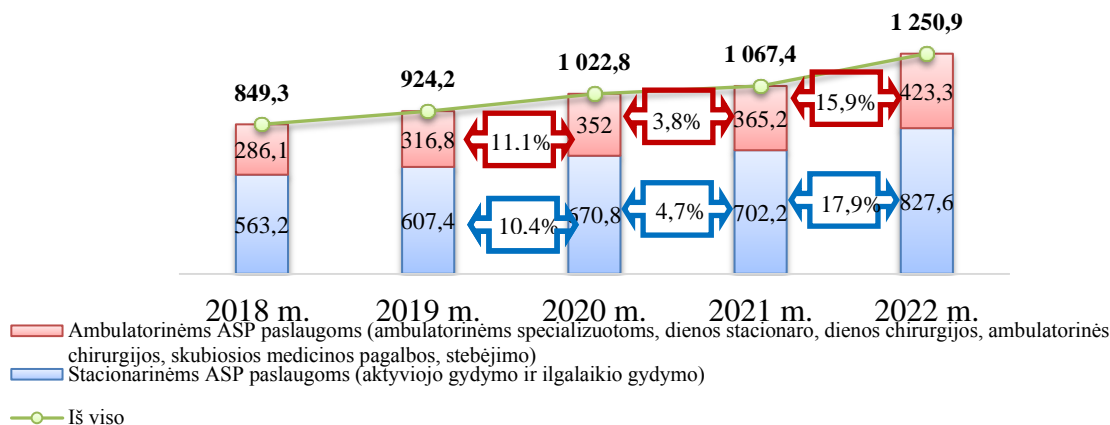
1. dienos stacionaro paslaugos buvo papildytos nauja psichoterapijos dienos stacionaro paslauga¹⁸;
2. sudarytas teisinis pagrindas šias paslaugas teikti ir gydytojams rezidentams, įgijusiems pakopinių kompetencijų¹⁹.

2022 m. mokėtiną sumą pagal priimtas apmokėti sąskaitas už ambulatorinėmis sąlygomis suteiktas paslaugas sudarė 423 328,9 tūkst. Eur (neįskaitant 72,9 tūkst. Eur, mokėtinų už ASP paslaugas, suteiktas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną). 2022 m. mokėtiną sumą pagal priimtas apmokėti sąskaitas už stacionarines ASP paslaugas sudarė 827 573,7 tūkst. Eur (neįskaitant 280 tūkst. Eur, mokėtinų už ASP paslaugas, suteiktas užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną).

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

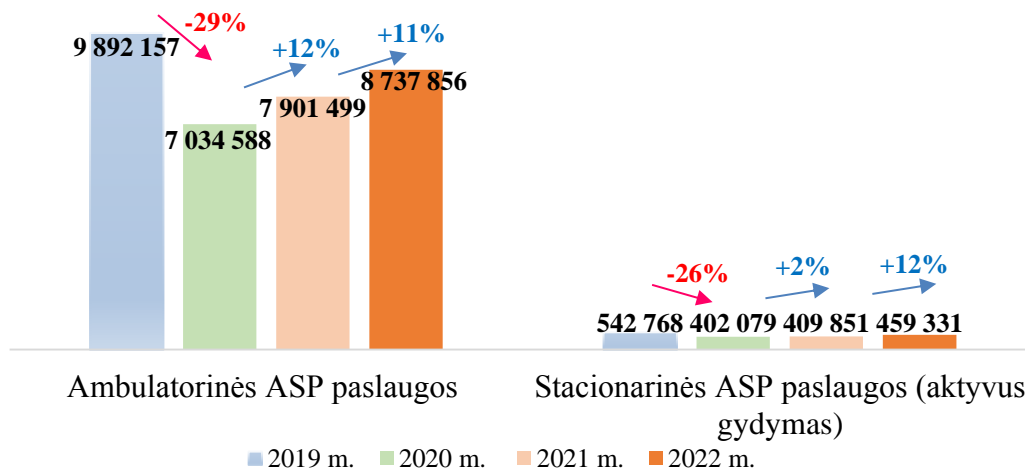
¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. kovo 21 d. įsakymas Nr. V-570 „Dėl Suaugusiųjų psichoterapijos dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

¹⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-1099 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ pakeitimo“.



2022 m. suteiktų ambulatorinių ASP paslaugų skaičius padidėjo 11 proc., o stacionariųjų ASP paslaugų skaičius – 12 proc., palyginti su 2021 metais, tačiau vis dar yra mažesnis nei 2019 m. (atitinkamai 12 proc. ir 15 proc.).

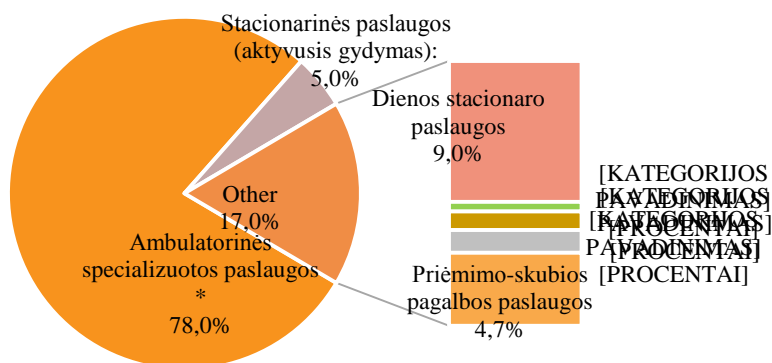
ASP įstaigų suteiktų paslaugų skaičius 2019–2022 m. (vnt.)



2023 metų gegužės mėn. duomenimis

Nors 2020–2022 m. stacionariųjų paslaugų kiekis sumažėjo dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos ir ASP paslaugų teikimo apribojimų, įvestų dėl karantino, už stacionarines ASP paslaugas buvo sumokėta daugiau PSDF biudžeto lėšų nei 2019 m., nes pirmojo karantino metu ASP įstaigoms buvo mokama 1/12 sutartinės sumos, neatsižvelgiant į suteiktų paslaugų skaičių, o nuo 2020 m. liepos mėn. iki 2022 m. rugsėjo mėn. buvo nustatomos tam tikros siektinos reikšmės (kurios palaipsniui buvo didinamos) ar tam tikros situacijos (COVID-19 protrūkis, COVID-19 ligoninė, tam tikras ASP įstaigos COVID-19 lovų skaičius ir kt.), kai buvo mokama 1/12 sutartinės sumos. Pasibaigus 2022 m. pirmiems trims ketvirčiams buvo apmokėtos visos 2022 m. pirmųjų trijų ketvirčių viršsutarinės ASP paslaugos (jei ASP įstaiga turėjo likusių nepanaudotų lėšų, jos pateko į ASP įstaigos lėšų rezervą ir buvo naudojamos 2022 metų ketvirtąjį ketvirtį suteiktoms paslaugoms apmokėti). Nuo 2022 m. rugsėjo mėnesio stacionarinės paslaugos apmokamos vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, kuriame numatyta skirtinga koeficiento, taikytino mokant už stacionarines paslaugas, maksimali reikšmė, atsižvelgiant į COVID-19 ligai (koronaviruso infekcijai) gydyti skirtų lovų skaičių: jei COVID-19 lovų skaičius yra ne mažesnis kaip 50, koeficientas negali būti didesnis nei 1,2, o jei COVID-19 lovų skaičius yra mažesnis ar lygus 50, koeficientas negali būti didesnis nei 1,1.

Toliau pateikiama informacija apie 2022 m. faktiškai suteiktų ASP paslaugų pasiskirstymą (proc.).



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

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. sausio 10 d. įsakymu Nr. V-28 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 23 d. įsakymo Nr. V-1118 „Dėl Giminingų diagnozių grupių sąrašo, Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašo, bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos ir Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“ į Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašą buvo įtrauktos priemonės, mokamos (nuo 2022 m. sausio 1 d.) už asmens apsaugos priemonės, naudojamas gydant COVID-19 ligą (koronaviruso infekcija) sergančius pacientus.

VLK, naudodamasi privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ (toliau – „Sveidra“) duomenimis, surinko informaciją apie ASP įstaigų nuo 2020 m. balandžio 1 d. iki 2021 m. gruodžio 31 d. suteiktų stacionarių aktyviojo gydymo paslaugų COVID-19 ligą (koronaviruso infekcijos) sirgusiems pacientams mastą (skaičiuojant lovodieniais) ir pagal minėtą įsakymą patvirtintas priemokas už asmens apsaugos priemones apskaičiavo ASP įstaigoms mokėtiną papildomų lėšų sumą. Ši suma – iki 44 000 tūkst. Eur – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu²⁰ buvo skirta iš PSDF biudžeto rezervo lėšų.

01 06 ambulatorinėmis sąlygomis atliktiems brangiesiems tyrimams ir procedūroms

2022 m. ambulatorinėmis sąlygomis atliktiems brangiesiems tyrimams ir procedūroms apmokėti buvo skirta 92 100,6 tūkst. Eur. Pagal 2022 m. priimtas sąskaitas mokėtiną sumą už šias paslaugas sudarė 96 265,8 tūkst. Eur (neįskaitant 8,8 tūkst. Eur, skirtų ASP paslaugoms, suteiktoms užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną), t. y. 11 202,8 tūkst. Eur (13,2 proc.) daugiau nei 2021 metais. 2022 m. šių paslaugų buvo suteikta 9 proc. daugiau nei 2021 m. (2021 m. — 618,3 tūkst. paslaugų, 2022 m. – 674,2 tūkst. paslaugų).

Brangiesiems tyrimams priskiriami kompiuterinės tomografijos, magnetinio rezonanso tomografijos, pozitronų emisijos tomografijos ir kiti tyrimai. Brangiosioms procedūroms

²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. V-1528 „Dėl atsiskaitymo su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis už pacientams dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) suteiktas stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir lėšų skyrimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies“.

priskiriamos paprastosios hemodializės, gydomosios kraujo gravitacinės chirurgijos ir 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 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais. Brangiuosius tyrimus ir procedūras atlieka ASP įstaigos, turinčios licenciją teikti šias paslaugas.

2022 m. Brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašas²¹ (toliau – Brangiųjų tyrimų sąrašas) buvo papildytas naujais tyrimais: ProsignaTM genetinio krūties vėžio molekulinį žymenų tyrimu ir kraujo limfocitų atsako į stimuliaciją *Mycobacterium tuberculosis* antigenais įvertinimo pagal gama interferono išskyrimą tyrimu (atliekamu diagnozuojant vaikų tuberkuliozę).

2022 m. sausio 1 d., spalio 1 ir lapkričio 1 d. buvo didinama brangiųjų tyrimų ir procedūrų bazinių kainų balo vertė, todėl atitinkamai buvo sumažinti kompensacinių priedų, mokamų už šiuos tyrimus ir procedūras, dydžiai²².

01 07 COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos paslaugoms

Lietuvos Respublikos Vyriausybei priėmus sprendimą nuo 2022 m. gegužės 1 d. atšaukti valstybės lygio ekstremaliąją situaciją, paskelbtą dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) plitimo grėsmės, COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos tyrimai, atlikti teikiant ASP paslaugas Vaikų ir suaugusiųjų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos ir gydymo tvarkos apraše²³ nustatyta tvarka, apmokami PSDF biudžeto lėšomis. COVID-19 ligos diagnostikos paslaugoms apmokėti buvo skirta 2 500 tūkst. Eur iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies²⁴. 2022 m. lėšų mokėtiną sumą pagal priimtas sąskaitas už šias diagnostikos paslaugas sudarė 2 090 tūkst. Eur (neįskaitant 0,7 tūkst. Eur, skirtų ASP paslaugoms, suteiktoms užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną).

Ūkio subjektų priežiūra

VLK ir TLK specialistų vykdoma ūkio subjektų priežiūra apima šias prioritetines sritis – įstaigų ir įmonių konsultavimą, jų veiklos duomenų stebėseną „Sveidroje“ ir kontrolės procedūras. Ūkio subjektų konsultavimas ir duomenų, kaupiamų „Sveidroje“, stebėseną išlieka VLK ir TLK vykdomos įstaigų ir įmonių veiklos priežiūros prioritetinėmis sritimis.

2022 m. TLK vykdė įstaigų ir įmonių veiklos duomenų, kaupiamų „Sveidroje“, stebėseną pagal patvirtintus 6 stebėsenos rodiklius²⁵. VLK ir TLK specialistai pagal VLK direktoriaus

²¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. vasario 7 d. įsakymas Nr. 274 „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“.

²² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-3002, 2022 m. lapkričio 3 d. įsakymas Nr. 1629 ir 2022 m. gruodžio 3 d. įsakymas Nr. 1829 „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“.

²³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 16 d. įsakymas Nr. V-383 „Dėl Vaikų ir suaugusiųjų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

²⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 30 d. įsakymas Nr. V-1793 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gegužės 27 d. įsakymo Nr. V-1009 „Dėl lėšų skyrimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies 2022 metais“ pakeitimo“.

²⁵ VLK direktoriaus 2021 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. 1K-397 „Dėl 2022 metų prioritetinių teritorinių ligonių kasų vykdomos kontrolės krypčių ir jų atliekamos stebėsenos rodiklių sąrašo patvirtinimo“.

įsakymu patvirtintus stacionare teikiamų ASP paslaugų stebėsenos rodiklius ir klinikinio kodavimo taisykles vykdė duomenų apie stacionare teikiamas aktyviojo gydymo paslaugas stebėseną²⁶.

2022 m. bendras TLK specialistų suteiktų konsultacijų skaičius siekė beveik 177 tūkstančius. Vykdydamos stebėseną, 2022 m. TLK iš viso peržiūrėjo 123,1 tūkst. formos Nr. 066/a-LK statistinių kortelių, iš jų daugiau kaip 22,7 tūkst. kortelių duomenys buvo patikslinti. Taip pat TLK peržiūrėjo 86 tūkst. formos Nr. 025/a-LK statistinių kortelių. Kartu su pačių ASP įstaigų pastebėtais netikslumais beveik 88,2 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 1 484 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 72 kontrolės procedūras.

Kontrolės procedūrų vykdymas

2022 m. TLK atliko 520 įmonių ir įstaigų kontrolės procedūrų. Bendras kontrolės procedūrų metu 2022 m. nustatytos žalos PSDF biudžetui dydis buvo 259,1 tūkst. Eur.

2022 m. TLK atliktų kontrolės procedūrų duomenų suvestinė

Atliktų kontrolės procedūrų skaičius	Planinių kontrolės procedūrų skaičius	Kontrolės procedūrų, kai buvo nustatyta žala PSDF biudžetui, skaičius	Nustatyta žala PSDF biudžetui (Eur)
520	462 (88,8 %)	141 (27,1 %)	259 099,3

Siekiant tobulinti ūkio subjektų priežiūrą ir mažinti ūkio subjektams tenkančią administracinę naštą, 2022 m. buvo patikslintas VLIK direktoriaus 2014 m. sausio 21 d. įsakymas Nr. 1K-10 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“. Patikslinus šį įsakymą, buvo įteisinta supaprastinta neatitiktųjų vertinimo procedūra, kuri numato būdą supaprastinta tvarka sugrąžinti į PSDF biudžetą įstaigų neteisėtai gautas iš PSDF biudžeto lėšas. Iš viso 2022 m. buvo atliktos 476 supaprastintos neatitiktųjų vertinimo procedūros, kurių metu buvo nustatyta 241 822,72 Eur neteisėtai gautų PSDF biudžeto lėšų suma (šios lėšos buvo gražintos į PSDF biudžetą).

2022 m. atliekant ūkio subjektų priežiūrą buvo nustatyta, kad bendrą neteisėtai gautų PSDF biudžeto lėšų sumą sudaro 500 922,02 Eur.

Paslaugų bazinių kainų pokyčiai

Siekiant optimizuoti ASP paslaugų kainas ir kuo tiksliau kompensuoti šių paslaugų teikimo išlaidas, 2022 m. buvo apskaičiuotos naujos arba perskaičiuotos jau galiojančios toliau nurodytų paslaugų bazinės kainos:

- paslaugų, susijusių su COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) valdymu (20 paslaugų, apmokamų valstybės biudžeto lėšomis, kainos);
- ProsignaTM genetinio molekulinio žymenų krūties vėžio tyrimas (1 bazinė kaina);

²⁶ VLIK direktoriaus 2015 m. gruodžio 8 d. įsakymas Nr. 1K-357 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

- psichoterapijos dienos stacionaro paslauga (1 bazinė kaina);
- individualios ar šeimos psichoterapijos seansas (1 bazinė kaina);
- pozitronų emisijos tomografijos tyrimas (PET/KT), atliekamas naudojant somatostatinų analogus, žymėtus radioaktyviuoju galiu (68Ga DOTA peptidais) (1 bazinė kaina);
- slauga ir palaikomasis gydymas (3 bazinės kainos);
- skiepijimo paslaugos (3 bazinės kainos);
- giminingų diagnozių grupėms priskiriami kainų koeficientai (3 508);
- 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 4 MPP, buvo apskaičiuotos šių MPP kainos:

- elektrokardiostimuliatorius su širdį resinchronizuojančia funkcija;
- kardioverteris-defibriliatorius su širdį resinchronizuojančia funkcija;
- elektrokardiostimuliatoriaus ir kardioverterio-defibriliatoriaus laidų šalinimas, naudojant ekstrakcijos prietaisus;
- MPP komplektas (pažangios energijos disektorius, siuvimo rankena, linijinis pjoviklis-siuviklis, cirkuliarus siuviklis, priekalo įdėjimo per burną sistema), naudojamas atliekant laparoskopines operacijas dėl navikų (kai panaudojamos ne mažiau kaip 3 skirtingos priemonės).

2022 m. buvo patvirtinti bendras ASP paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašas²⁷ bei Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų, reglamentuojančių ASP paslaugų teikimą, pakeitimai. Šie pakeitimai palengvino duomenų apie ASP paslaugų kainas ir priemokas bei teisės aktų, reglamentuojančių šių paslaugų apmokėjimą, paiešką.

02 Vaistams, MPP ir medicinos priemonių nuomai

02 01 kompensuojamiesiems vaistams ir MPP

2022 m. PSDF biudžete kompensuojamiesiems vaistams ir MPP buvo numatyta 483 297 tūkst. Eur (iš kurių 25 700 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšos, skirtos kreditiniam įsiskolinimui už išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP mažinti), t. y. 97 800 tūkst. Eur (arba beveik 25,4 proc.) daugiau nei 2021 metais. Sumokėta suma buvo lygi numatytai sumai (483 297 tūkst. Eur). Pagal 2022 m. priimtas sąskaitas suma, mokėtina už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP, siekė 477 759 tūkst. Eur.

2022 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už gruodžio mėn. pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP buvo 48 061 tūkst. Eur, t. y. 5 538 tūkst. Eur (arba 10,3 proc.) mažesnis nei kreditinis įsiskolinimas 2021 m. gruodžio 31 d. duomenimis.

2022 m. Lietuvoje kompensuojamuosius vaistus ir MPP vartojo apie 1,2 milijono pacientų, t. y. apie 43 proc. visų Lietuvos gyventojų 2022 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 648 tūkst., t. y. jie sudarė apie 54 proc. visų gyventojų, vartojusių kompensuojamuosius vaistus ir naudojusių kompensuojamąsias MPP, arba apie 83 proc. visų tokio amžiaus Lietuvos gyventojų. 2022 m. Lietuvoje buvo kompensuotos apie 2 221 vaisto (prekiniais pavadinimais) įsigijimo išlaidos.

Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių ASP paslaugų teikimo masto kompensuojamųjų vaistų ir MPP skiriama vis daugiau, jų vartojimas didėja. Bendra pacientų priemokų suma 2022 m. sudarė 39 mln. Eur, t. y. 5,7 mln. Eur daugiau nei 2021 m. (2021 m. priemokų suma sudarė 33,3 mln. Eur).

²⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 lapkričio 3 d. įsakymas Nr. V-1630 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priemokų, mokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“.

VLK įgyvendino tam tikras priemones, siekdama, kad būtų daugiau išrašoma kompensuojamųjų generinių vaistų: buvo sudaromos vaistų, priskiriamų biopanašių vaistų grupėms (eritropoetinių ir tumoro nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių grupėms), reitingų eilės pagal mažiausią gydymo kainą; buvo patvirtintas TLK vykdomos stebėsenos rodiklis, t. y. kompensuojamųjų biopanašių vaistų – tumoro nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių (ATC kodas pagal IV lygį – L04AB) – išrašymo rodiklis, pagal kurį 2022 m. 70 proc. suaugusiųjų vartojo biopanašius vaistus, priskiriamus tumoro nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių grupei; TLK pranešimuose, susitikimuose su gydytojais, Šiaulių TLK vaistų komiteto pranešimuose buvo skatinama racionaliai vartoti generinius vaistus.

Nuolat augant kompensuojamųjų MPP poreikiui, 2022 m. buvo siekiama didinti jau kompensuojamų MPP kiekį, buvo pradėtos kompensuoti pagal receptus²⁸ išduodamų tracheozofaginių kalbamųjų protezų priedų įsigijimo išlaidos onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams (t. y. pradėtas taikyti paprastesnis šių MPP įsigijimo išlaidų kompensavimo būdas vietoj anksčiau taikyto centralizuotai per ASP įstaigas įsigyjamų tracheozofaginių kalbamųjų protezų priedų apmokėjimo būdo). Buvo padidintas leidžiamas išrašyti kompensuojamųjų plokštelių kiekis (nuo 10 vnt. iki 15 vnt. per mėnesį) stomuotiems pacientams, gydomųjų tvarsčių (hidrokoloidinių, silikono ar kitos sudėties) kiekis (iki 15 vnt. per mėnesį) įvairių tipų žaizdoms gydyti²⁹. Didelis dėmesys buvo skiriamas pacientų, besigydančių nuo pirmojo tipo diabeto, naujų gliukozės kiekio kraujyje stebėjimo sistemų poreikiui patenkinti. Šiems asmenims nuo 2022 m. liepos 1 d. pradėtos kompensuoti³⁰ nuolatinio gliukozės kiekio stebėjimo sistemos. Kasmet PSDF biudžeto lėšomis kompensuojant vis daugiau apdraustųjų slaugai reikalingų priemonių, didėja slaugos prieinamumas ir mažėja namų ūkių išlaidos šioms priemonėms.

Pažymėtina, kad 2022 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. 2022 m. buvo 341 tūkst. tokių asmenų, o išlaidos priemokoms padengti siekė 19 095 tūkst. Eur.

Siekiant įgyvendinti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas – atsisakyti pacientų diskriminavimo pagal ligas ir užtikrinti socialinį teisingumą, 2022 m. visų įrašytų į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašą (A sąrašą) kompensuojamųjų vaistų bazinės kainos buvo kompensuojamos 100 procentų. Tik 17 bendrinių pavadinimų vaistų (jiems tenka 0,1 proc. PSDF išlaidų vaistams ir MPP), įtrauktų į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą (B sąrašą), bazinės kainos ir toliau kompensuojamos 50 procentų. Mažėja pačių pacientų sumokėtų priemokų už kompensuojamuosius vaistus ir MPP dalis (2022 m. ji sudarė 19,9 mln. Eur), palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų suma. 2022 m. ši dalis sudarė 4 proc., tai yra sumažėjo apie 0,2 proc. (2021 m. ši dalis sudarė 4,2 proc.).

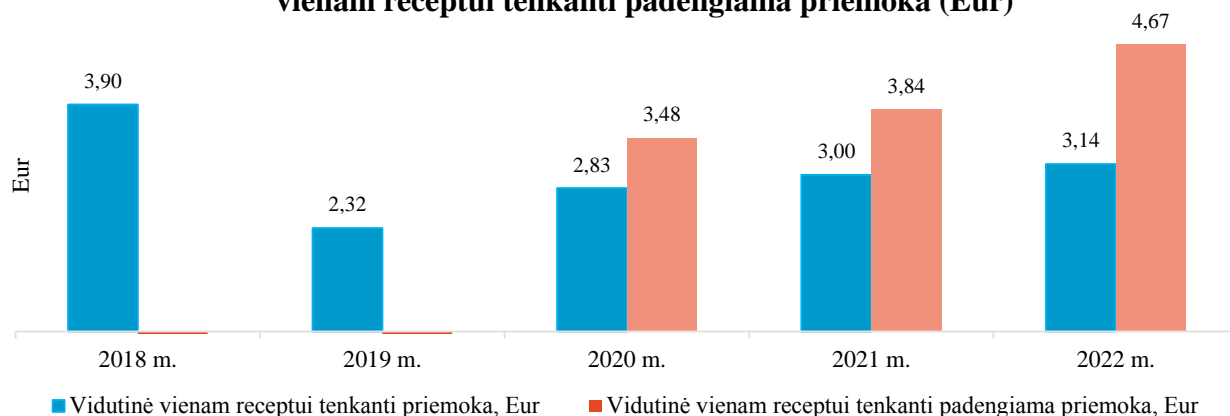
2022 m. vidutinė vienam receptui tenkanti paciento priemoka sudarė 3,14 Eur, o vidutinė vienam receptui tenkanti valstybės biudžeto lėšomis padengiama paciento priemoka – 4,67 Eur (žr. diagramą).

²⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. vasario 3 d. įsakymas Nr. V-215 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. spalio 6 d. įsakymo Nr. 529 „Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) patvirtinimo“ pakeitimo“.

²⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. kovo 22 d. įsakymas Nr. V-616 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. spalio 6 d. įsakymo Nr. 529 „Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) patvirtinimo“ pakeitimo“.

³⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. V-1037 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. spalio 6 d. įsakymo Nr. 529 „Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) patvirtinimo“ pakeitimo“.

2018 – 2022 m. vidutinė vienam receptui tenkanti priemoka ir vidutinė vienam receptui tenkanti padengiama priemoka (Eur)



Vidutinė vienam receptui tenkančios priemokos suma padidėjo nedaug – 4,7 proc., o valstybės biudžeto lėšomis padengiama priemokos suma, tenkanti vienam receptui, – 21,6 proc. (nuo 3,84 Eur 2021 m. iki 4,67 Eur 2022 m.). Tai lėmė gyventojams, kurių priemoka padengiama valstybės biudžeto lėšomis, viename recepte išrašomas didesnis kompensuojamųjų vaistų ir MPP kiekis, be to, šie gyventojai už vaistus ir MPP nieko neprimoka, vadinasi, nėra skatinami įsigyti mažiau kainuojančio vaisto ar MPP.

2022 m. gyventojų, vyresnių kaip 75 metai, amžiaus grupę sudarė panašus asmenų, kurių vaistų ir MPP priemokos buvo padengiamos valstybės biudžeto lėšomis, skaičius, palyginti su 2021 m. (2022 m. – 257 tūkst. asmenų, 2021 m. – 256 tūkst. asmenų). 2022 m. kiti Lietuvos gyventojai už kompensuojamuosius vaistus ir MPP primokėjo 2,29 mln. Eur daugiau nei 2021 metais, nes padaugėjo gyventojų, kurie įsigyja kompensuojamųjų vaistų ir MPP sumokėdami paciento priemoką, t. y. gyventojų nuo 0 iki 74 metų, kurių gydymui skiriami kompensuojamieji vaistai ir MPP. 2022 m. šių gyventojų iki 74 metų amžiaus grupę sudarė 958 tūkst. asmenys (ši grupė padidėjo 9,25 proc., palyginti su 2021 m.).

2022 m. buvo pradėti kompensuoti 16 bendrinių pavadinimų vaistai, skirti išsėtinei sklerozei, psichikos ir elgesio sutrikimams dėl opioidų vartojimo, opiniam kolitui, skrandžio, krūties, prostatos ligoms ir dar daugeliui kitų ligų gydyti.

2022 m. buvo išrašyta 10,43 mln. receptų, t. y. 4,7 proc. daugiau nei 2021 m. (2021 m. buvo išrašyta 9,96 mln. receptų), iš jų 99,9 proc. receptų buvo išrašyti 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.

2022 m. iš PSDF biudžeto centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP buvo skirta 52 813 tūkst. Eur.

Pagal 2022 m. priimtas sąskaitas mokėtiną sumą sudarė 53 653 tūkst. Eur.

2022 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už centralizuotai apmokamus vaistus ir MPP siekė 4 561 tūkst. Eur.

2022 m. į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą buvo įrašytos 2 naujos MPP – kateteriai kanaloplastikai, kuriais gydomos akių ligos, ir inkstų arterijos denervacijos kateteriai, implantuojami tuomet, kai kraujospūdžio neįmanoma kontroliuoti kitais būdais. 2022 m.

buvo skirta didesnė lėšų suma kateterizavimo būdu implantuojamiems aortos ir plaučių arterijos vožtuvams įsigyti – šių priemonių poreikis auga, todėl 2022 m. joms įsigyti buvo skirta 4,5 mln. Eur, tai yra 0,5 mln. Eur daugiau, palyginti su 2021 metais.

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

2022 m. PSDF biudžete buvo numatyta labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais 15 627 tūkst. Eur. Pagal 2022 m. priimtas sąskaitas mokėtiną sumą sudarė 13 170 tūkst. Eur, t. y. 22,3 proc. daugiau nei 2021 m., kai ši suma siekė 11 mln. Eur. Kreditinis įsiskolinimas gydymo įstaigoms pagal pateiktas paraiškas apmokėti labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo ir gydymo nenumatytais atvejais išlaidas 2022 m. gruodžio 31 d. siekė 11,7 tūkst. Eur.

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 būklių gydymo išlaidos. 2022 m. VLK išdavė 532 garantinius raštus pagal ASP įstaigų prašymus kompensuoti 318 pacientų (iš jų – 98 nauji pacientai), kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas. Naujiems pacientams gydyti pagal šiais metais išduotus garantinius raštus buvo skirta apie 3 mln. Eur – šios išlaidos sumažėjo 32 proc., palyginti su 2021 m. (4,43 mln. Eur). Didžiausia dalis lėšų retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiems sergantiesiems ypač retomis metabolinėmis ligomis, spinaline raumenų atrofija, Diušeno raumenų distrofija ir labai retomis onkologinėmis ligomis.

02 04 medicinos priemonių nuomai

2022 m. medicinos priemonių nuomai iš PSDF biudžeto buvo skirta 4 230 tūkst. Eur. 2022 m. faktinės išlaidos (suma pagal priimtas sąskaitas) siekė 3 912 tūkst. Eur, t. y. 649 tūkst. Eur (arba 19,9 proc.) daugiau nei 2021 m.

Siekiant sudaryti sąlygas efektyviau naudoti brangią medicinos įrangą slaugant pacientą namuose, palengvinti paciento finansinę naštą, sumažinti kai kurių ligoninių užimtumą ir suteikti galimybę efektyviau naudoti PSDF biudžeto lėšas, 2022 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 įsvirkštimo 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* – ASV) režimu ir skiriamų centrinei miego apnėjai gydyti, kai kiti gydymo metodai neefektyvūs;
- DPV aparatų, veikiančių invaziniu arba neinvaziniu būdu per kaukę arba kandiklį;
- išorinių automatinių infuzinių pompų ilgalaikei opioidinių analgetikų infuzijai atlikti su užrakinimo funkcija (apsauga nuo paciento savavališko vaistų dozės reguliavimo).

Siekiant gerinti onkologinių ligonių aprūpinimą infuzinėmis pompomis, nuo 2022 m. IV ketvirčio taikomos supaprastintos jų skyrimo sąlygos³¹, leidžiant šias priemones skirti

³¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. spalio 7 d. įsakymas Nr. V-1535 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 18 d. įsakymo Nr. V-429 „Dėl Medicinos priemonių

specializuotas skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugas teikiančioms ASP įstaigoms arba stacionarines ar ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas teikiančioms ASP įstaigoms.

Taip pat, įsigaliojus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymui³², nuo 2022 m. balandžio 1 d. insulino pompų nuomos išlaidos kompensuojamos visiems asmenims, sergantiems I tipo cukriniu diabetu, nepriklausomai nuo jų amžiaus (netaikant amžiaus ribojimo iki 24 m.).

03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui

2022 m. iš PSDF biudžeto medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui buvo skirta 115 853,1 tūkst. Eur. Pagal 2022 m. priimtas sąskaitas mokėtiną sumą už pacientams suteiktas paslaugas sudarė 111 133 tūkst. Eur, t. y. 15 862 tūkst. Eur (arba 16,6 proc.) daugiau nei 2021 metais.

2022 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinį įsiskolinimą už suteiktas medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas sudarė 13 212 tūkst. Eur. 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 antirecidyvinių sanatorinio gydymo paslaugas (toliau – medicininės reabilitacijos paslaugos), šios paslaugos 2022 m. buvo suskirstytos į penkias grupes: 1) pirmojo etapo medicininės reabilitacijos paslaugos, 2) ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugos, 3) stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos, 4) prioritetinės stacionarinės reabilitacijos paslaugos, 5) ambulatorinės psichosocialinės reabilitacijos paslaugos ir stacionarinės psichosocialinės reabilitacijos paslaugos.

2022 m. medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo mastas (lovadienių skaičius) pasiekė 2019 m. šių paslaugų teikimo mastą. 2022 m. 308 214 asmenų buvo suteikta 1,9 mln. paslaugų už 105 368,2 tūkst. Eur, iš jų 267 563 pacientams buvo suteikta 425 tūkst. pirmojo medicininės reabilitacijos etapo paslaugų už 33 754,4 tūkst. Eur:

Metai	Paslaugos pavadinimas	Unikalių asmenų skaičius	Apmokamų paslaugų / lovadienių skaičius	Suma eurais
2019	Medicininės reabilitacijos paslaugos	80 103	1 563 927	59 252 354
2020	Medicininės reabilitacijos paslaugos	55 595	1 023 684	43 958 233
2021	Pirmojo etapo medicininės reabilitacijos paslaugos	220 836	321 827	24 789 692
	Medicininės reabilitacijos paslaugos	63 247	1 181 498	52 729 911
	2021 m. iš viso	255 120	1 503 325	77 519 603
2022	Pirmojo etapo medicininės reabilitacijos paslaugos	267 563	424 661	33 754 392
	Medicininės reabilitacijos paslaugos	80 817	1 499 020	71 613 760
	2022 m. iš viso	308 214	1 923 681	105 368 152

(prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos bazinių kainų nustatymo, nuomos išlaidų kompensavimo ir sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

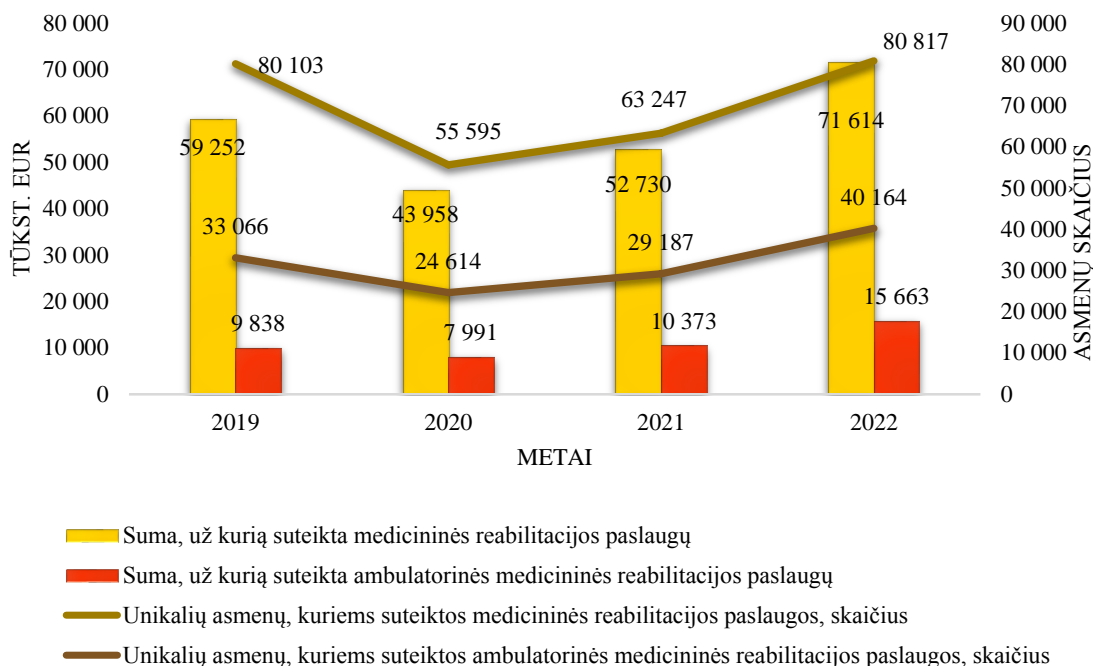
³² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. kovo 31 d. įsakymas Nr. V-659 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. birželio 22 d. įsakymo Nr. V-724 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nuomojamų medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

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

2022 m. apie 31 tūkst. vaikų (apie 10 proc. visų asmenų, gavusių medicininės reabilitacijos paslaugas) buvo suteikta 294 tūkst. paslaugų už 12 097 tūkst. Eur, o 277,4 tūkst. suaugusiųjų (apie 90 proc. visų asmenų, gavusių medicininės reabilitacijos paslaugas) buvo suteikta 1 629 tūkst. paslaugų už 93 271,2 tūkst. Eur.

2022 m., palyginti su 2021 m., medicininės reabilitacijos paslaugas (neįskaitant pirmojo etapo paslaugų) gavo 17,6 tūkst. daugiau pacientų, buvo suteikta 317,5 tūkst. daugiau medicininės

reabilitacijos paslaugų / lovadienių:



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. 2022 m. buvo suteikta 20,55 tūkst. psichosocialinės reabilitacijos paslaugų už 1 004 tūkst. Eur (šias paslaugas gavo 1 242 asmenys).

2022 m. psichosocialines reabilitacijos paslaugas gavo daugiau asmenų:

Metai	Paslaugos pavadinimas	Unikalių asmenų skaičius	Apmokamų paslaugų / lovadienių skaičius	Suma eurais
2019	Ambulatorinė psichosocialinė reabilitacija	297	5 888	122 394
	Stacionarinė psichosocialinė reabilitacija	763	10 950	531 879
	2019 m. iš viso	1 024	16 838	654 272
2020	Ambulatorinė psichosocialinė reabilitacija	291	5 581	131 690
	Stacionarinė psichosocialinė reabilitacija	665	9 545	519 943
	2020 m. iš viso	942	15 126	651 633
2021	Ambulatorinė psichosocialinė reabilitacija	308	6 691	166 361
	Stacionarinė psichosocialinė reabilitacija	610	8 732	506 098
	2021 m. iš viso	903	15 423	672 459
2022	Ambulatorinė psichosocialinė reabilitacija	410	8 464	231 490

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“.

	Stacionarinė psichosocialinė rehabilitacija	870	12 087	772454
	2022 m. iš viso	1242	20 551	1 003 944

2022 m. įsigaliojo nauja medicininės rehabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarka³⁶. Buvo sudaryta visiškai nauja prioritutinės stacionarinės medicininės rehabilitacijos paslaugų grupė: jai priskirtos stacionarinės rehabilitacijos paslaugos, kurias labai svarbu suteikti laiku (stacionarinės rehabilitacijos III paslaugos, stacionarinės rehabilitacijos II paslaugos vaikams, stacionarinės rehabilitacijos II paslaugos suaugusiesiems po infarkto, insulto, traumų, endoprotezavimo), numatant atskirą šios grupės paslaugų apmokėjimą ir sudarant galimybę apmokėti šios grupės viršutartines paslaugas kiekvieną mėnesį iš VLK tam tikslui numatytų lėšų. 2022 m. 18,3 tūkst. asmenų gavo prioritutinės stacionarinės medicininės rehabilitacijos paslaugas, jiems buvo suteikta 424,25 tūkst. paslaugų už 27 912 tūkst. Eur.

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) bei ortopedinė avalynė.

Nuo 2022 m. sausio 1 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu³⁷ buvo patvirtinti šie sąrašai: PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų OTP ir jų bazinių kainų sąrašas ir PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų medicinos priemonių ir jų bazinių kainų sąrašas. Kompensuojamosioms medicinos priemonėms priskiriami klausos aparatai su ausies įdėklais, akinių lęšiai, ortodontiniai aparatai, kraujotakos sistemos gydymosi priemonės ir akies protezai.

2022 m. OTP gamybos ir pritaikymo išlaidoms kompensuoti iš PSDF biudžeto buvo skirta 17 510 tūkst. Eur. 2022 m. faktinės išlaidos (sumą pagal priimtas sąskaitas) sudarė 17 240 tūkst. Eur, t. y. 4 094 tūkst. Eur (arba 31,1 proc.) daugiau nei 2021 m., arba 98,5 proc. planuotų išlaidų.

2022 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinį įsiskolinimą už pagamintas ir išduotas OTP sudarė 738 tūkst. Eur.

2022 m. toliau buvo tobulinamas OTP kompensavimas, siekiant užtikrinti geresnę šių priemonių kokybę ir gerinti jų prieinamumą pacientams.

Nuo 2022 m. sausio 1 d. buvo pradėta kompensuoti akinių lęšius³⁸. Siekiant gerinti apdraustųjų aprūpinimą klausos aparatais, nuo 2022 m. II ketvirčio buvo pradėta kompensuoti po du klausos aparatus vyresniems nei 24 m. apdraustiesiems³⁹. Vaikams, turintiems klausos negalią, kompensuojami technologiskai pažangesni, naujoviškesni klausos aparatai.

Siekiant, kad OTP būtų išduodamos asmenims, kuriems jos būtinos, ir pagerėtų išduodamų priemonių kokybė, 2022 m. VLK kartu su TLK atliko 14 kontrolės procedūrų (buvo patikrintos

³⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-2818 „Dėl Medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo bei psichosocialinės rehabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

³⁷ 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“.

³⁸ 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“.

³⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 29 d. įsakymas Nr. V-1174 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymo Nr. V-234 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

visos ortopedijos įmonės, pagal rizikos vertinimo rezultatus priskirtos didžiausios rizikos grupei, ir visos ortopedijos įmonės bent vieną kartą per trejus metus).

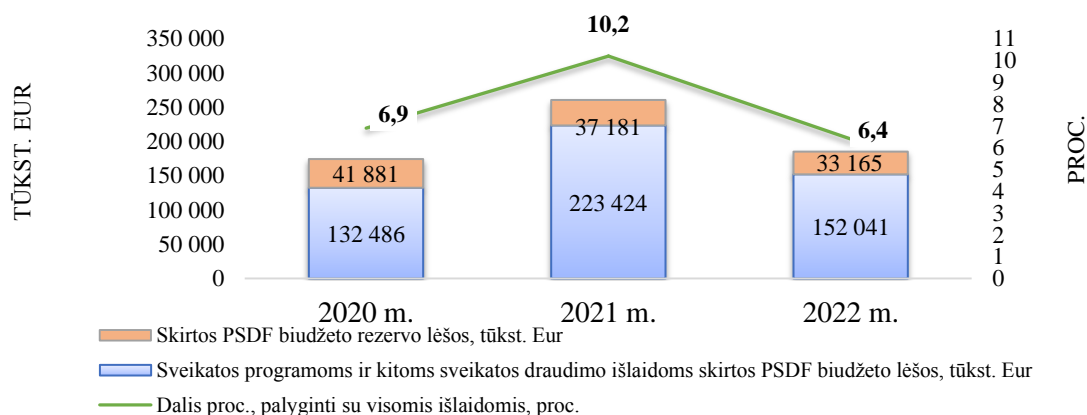
2022 m. PSDF lėšomis buvo pradėti kompensuoti naujos kartos (modernūs) galūnių protezai – šlaunies protezai su mikroprocesoriumi valdomu kelio sąnariu⁴⁰.

2022 m. buvo perskaičiuotos daugelio OTP ir medicinos priemonių bazinės kainos⁴¹.

05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms

PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos įvairios sveikatos programos ir apmokamos kitos sveikatos draudimo išlaidos. 2022 m. sveikatos programoms finansuoti ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti buvo skirta 185 206 tūkst. Eur (įskaitant 33 165 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų), t. y. 28,9 proc. mažiau nei 2021 metais. Šis žymus skirtumas susidarė dėl 2021 m. skirtų PSDF biudžeto lėšų (120 277 tūkst. Eur) ASP įstaigų išlaidoms, susidariusioms dėl darbuotojų, organizuojančių ir teikiančių ASP paslaugas pacientams, sergantiems COVID-19 liga, darbo užmokesčio padidinimo, apmokėti – 2022 m. tokių išlaidų, pasikeitus reglamentavimui, nebeliko. Sumą pagal prisiimtus įsipareigojimus sudarė 176 048 tūkst. Eur, buvo sumokėta 174 876 tūkst. Eur. Kreditinis įsiskolinimas (2022 m. gruodžio 31 d. duomenimis) siekė 13 861 tūkst. Eur.

Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms skirtos PSDF biudžeto lėšos 2020–2022 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, 2022 m. buvo skirta 31 738,1 tūkst. Eur (įskaitant lėšas, skirtas atsiskaityti už ASP paslaugas, taikant padidintas bazinių kainų balo vertes), t. y. 6 840 tūkst. Eur (arba 27,5 proc.) daugiau nei 2021 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

⁴⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. rugsėjo 27 d. įsakymas Nr. V-1485 „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 medicinos priemonių bei jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

⁴¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. spalio 21 d. įsakymas Nr. V-1584 „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 medicinos priemonių bei jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

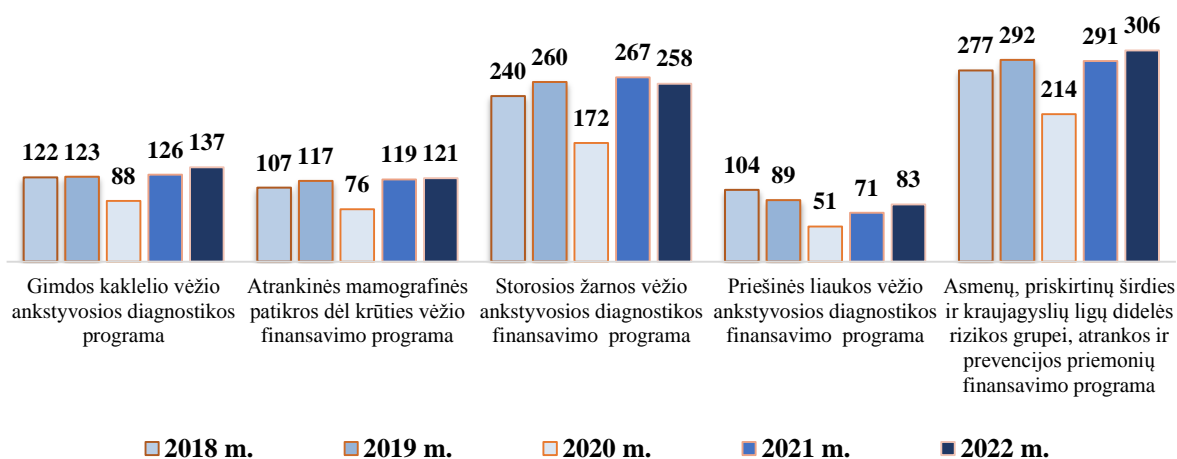
– Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai.

Faktinės išlaidos (sumą pagal priimtas sąskaitas) sudarė 30 801,7 tūkst. Eur.

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. Pasitikrinti sveikatą pagal prevencines programas – tai geriausias būdas aptikti ankstyvosios stadijos ligą. Pagal šias programas paslaugas gali gauti atitinkamo amžiaus sulaukę asmenys, kuriems susirgti yra didžiausia tikimybė.

2022 m. duomenimis, asmenų, gavusių paslaugas pagal skirtingas prevencines programas, skaičius buvo didesnis, palyginti su 2020 m. (pandemijos laikotarpiu), ir siekė nuo 43 iki 63 procentų.

2018–2022 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 2022 m. sveikatą pasitikrino 137 tūkst. moterų, t. y. apie 8 proc. daugiau nei 2021 m. ir 55 proc. daugiau nei 2020 metais.

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

Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programai⁴² vykdyti 2022 m. buvo išleista 5 475,2 tūkst. Eur.

Lietuvoje Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa vykdoma jau daugiau kaip 19 metų. Nuo programos vykdymo pradžios iki 2022 m. pabaigos citologinio tepinėlio paėmimo ir jo rezultatų įvertinimo paslaugas 1 kartą gavo daugiau nei 282 tūkst. moterų, 2 kartus – 213 tūkst. moterų, 3 kartus – 163 tūkst. moterų, 4 kartus – 112 tūkst. moterų, 5 kartus – 54 tūkst. moterų, 6 kartus ar daugiau – 12 tūkst. moterų.

2022 m. buvo suteikta 243 tūkst. informavimo apie gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktiką paslaugų.

⁴² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo“.

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				
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
2022	5 992,3	5 898,8	93,5	5 797,9	5 475,2	96,8	137 390

Pagal programą teikiamos šios paslaugos:

- informavimo apie gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktiką paslauga,
- gimdos kaklelio medžiagos paėmimo aukštos rizikos žmogaus papildomos 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 skystojoje 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.

Pagal šią programą iki 2022 m. sausio 1 d. patikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio moterys nuo 25 iki 59 metų (imtinai) galėjo kas tris metus.

Nuo 2022 m. sausio 1 d. įsigaliojus Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos pakeitimams, buvo išskirtos dvi moterų amžiaus grupės, kurioms numatytas paslaugų teikimo periodiškumas skiriasi: tai moterys nuo 25 iki 34 m. (imtinai), kurioms programoje numatytos paslaugos teikiamos kas 3 metus, ir moterys nuo 35 iki 59 m. (imtinai), kurioms programoje numatytos paslaugos teikiamos kas 5 metus. Moterims nuo 35 iki 59 metų (imtinai) kas 5 metus atliekamas žmogaus papildomos viruso (toliau – ŽPV) tyrimas.

ŽPV infekcija – didžiausias rizikos veiksnys susirgti gimdos kaklelio vėžiu. Sužinoti, ar moteris yra užsikrėtusi šiuo virusu, galima atlikus ŽPV tyrimą skystojoje terpėje. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad šiuo metodu atliekant tyrimą gali būti nustatoma daugiau ikivėžinių gimdos kaklelio būklių. Jei ŽPV rezultatas teigiamas, tuomet iš to pačio mėginio imama medžiaga ir atliekamas gimdos kaklelio citologinio tepinėlio skystojoje terpėje tyrimas. Jei, gavus atsakymą, įtariama patologija, moteris siunčiama pas gydytoją akušerį ginekologą dėl diagnozės patikslinimo ir, jei reikia, gydymo.

05 02 Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje⁴³ numatytas paslaugas 2022 m. gavo 122 tūkst. moterų, t. y. apie 2 proc. daugiau nei 2021 m. ir 59 proc. daugiau nei 2020 metais.

⁴³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“.

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 programai vykdyti 2022 m. buvo išleista 4 523,6 tūkst. Eur.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų (tūkst. Eur)			suma pagal priimtas sąskaitas (tūkst. Eur)	apmokėta (tūkst. Eur)	lėšų panaudojimas (proc.) (priimta sąsk. / skirta * 100)	patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomeni- mis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
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
2022	4 772,7	4 703,8	68,9	4 525,1	4 523,6	94,8	121 678

Programos tikslas – nustatyti kuo ankstyvesnės stadijos ligą. Ši programa Lietuvoje vykdoma nuo 2005 m., t. y. jau 18 metų. Iš viso nuo 2005 m. spalio iki 2022 m. pabaigos bent vieną kartą pagal programą mamogramos buvo atliktos daugiau nei 173 tūkst. moterų, 2 kartus – 123 tūkst., 3 kartus – 95 tūkst., 4 kartus – 71 tūkst., 5 kartus – 47 tūkst., 6 kartus ar daugiau – 24 tūkst. moterų. Programos vykdymas nulėmė teigiamus pokyčius sergamumo krūties vėžiu struktūroje, nes kasmet diagnozuojama vis mažiau vėlyvųjų stadijų krūties vėžio.

Nuo 2021 m. liepos 1 d. buvo atskirtos dvi paslaugos: informavimo apie krūties piktybinių navikų ankstyvąją diagnostiką paslauga ir siuntimo atlikti mamografijos tyrimą paslauga⁴⁴. Atskyrus šias paslaugas, užtikrinamas tikslesnis duomenų gavimas apie pagal programą besitikrinančių 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. 2022 m. buvo suteikta 151 tūkst. informavimo apie krūties piktybinių navikų ankstyvąją diagnostiką paslaugų.

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

Daugiau gyventojų pasitikrino pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą⁴⁵. Pernai pagal šią programą pasitikrino 307 tūkst. asmenų, t. y. apie 4 proc. daugiau nei 2021 m. ir net 41 proc. daugiau nei 2020 metais.

⁴⁴ 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“.

⁴⁵ 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“.

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 programai vykdyti 2022 m. buvo išleista 12 504,5 tūkst. Eur.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų (tūkst. Eur)			suma pagal priimtas sąskaitas (tūkst. Eur)	apmokėta (tūkst. Eur)	lėšų panaudojimas (proc.) (priimta sąsk. / skirta * 100)	patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
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
2022	13 071,9	12 901,9	170,0	12 805,9	12 504,5	98,0	306 670

Pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą rizikos grupei priskiriami asmenys kviečiami pasitikrinti kasmet. 2022 m. šioje programoje numatytas paslaugas gavo apie 15,3 tūkst. (arba 5 proc. daugiau) asmenų nei 2021 m. (2020 m. pagal programą pasitikrino 26 proc. mažiau asmenų, palyginti su 2019 metais).

2022 m. buvo suteikta daugiau nei 28 tūkst. išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugų, t. y. 27 proc. daugiau nei 2021 m. ir net 68 proc. daugiau nei 2020 metais.

Pagal programą 2022 m. teiktos 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 programą⁴⁶ pernai pasitikrino daugiau nei 84 tūkst. vyrų (t. y. 16 proc. daugiau nei 2021 m. ir beveik 63 proc. daugiau nei 2020 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 – tikrinimosi dažnumas priklauso nuo žmogaus amžiaus ir priešinės liaukos specifinio antigeno (toliau – PSA) kiekio kraujyje. Koku periodiškumu vyras turi pasitikrinti dėl galimo priešinės liaukos vėžio, sprendžia jį gydantis gydytojas, įvertinęs PSA tyrimo rezultatus.

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai vykdyti 2022 m. buvo išleista 2 045,8 tūkst. Eur.

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa						
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų (tūkst. Eur)		suma pagal priimtas sąskaitas	apmokėta (tūkst. Eur)	lėšų panaudojimas (proc.)	patikrintų asmenų skaičius
	iš viso	iš jų				

⁴⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“.

		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos	(tūkst. Eur)		(priimta sąsk. / skirta * 100)	„Sveidros“ duomenimis
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
2022	2 212,9	2 177,2	35,7	2 120,2	2 045,8	95,8	83 536

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 programoje⁴⁷ numatytas paslaugas 2022 m. gavo 258 tūkst. asmenų, t. y. 3 proc. mažiau nei 2021 m., tačiau net 50 proc. daugiau nei 2020 metais.

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 atliekamas ne anksčiau nei po 10 metų).

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai vykdyti 2022 m. buvo išleista 5 518,8 tūkst. Eur.

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų (tūkst. Eur)			suma pagal priimtas sąskaitas (tūkst. Eur)	apmokėta (tūkst. Eur)	lėšų panaudojimas (proc.) (priimta sąsk. / skirta * 100)	patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
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
2022	5 688,3	5 609,6	78,7	5 552,6	5 518,8	97,6	258 069

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.

2022 m. duomenimis, pagal Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą buvo suteikta daugiau nei 258 tūkst. informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir iFOBT rezultatų įvertinimo paslaugų. Nuo šios programos vykdymo pradžios iki 2022 m. pabaigos bent vieną kartą minėtas paslaugas gavo daugiau nei 349 tūkst. asmenų, 2 kartus – 269 tūkst., 3 kartus – 210 tūkst., 4 kartus – 146 tūkst., 5 kartus – 69 tūkst., 6 kartus ir daugiau – 21 tūkst. asmenų. Paciento siuntimo pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją paslaugų buvo suteikta apie 8 proc. daugiau nei 2021 m. ir 95 proc. daugiau nei 2020 metais.

Pagal programą teikiamos šios paslaugos:

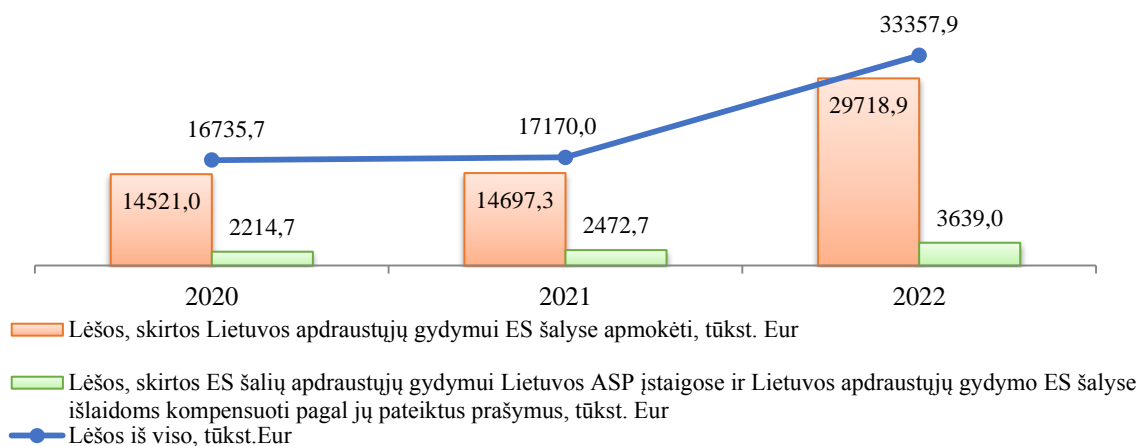
⁴⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“.

- informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir iFOBT rezultatų įvertinimo paslauga,
- paciento siuntimo pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją paslauga,
- 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 bei tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidoms kompensuoti

Socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti 2022 m. buvo išleista 33 357,9 tūkst. Eur: už Lietuvos Respublikos apdraustiesiems ES šalyse, Šveicarijos Konfederacijoje ir Jungtinėje Karalystėje suteiktas ASP paslaugas buvo sumokėta 29 718,9 tūkst. Eur, o už kitų ES šalių apdraustiesiems suteiktas paslaugas Lietuvos gydymo įstaigoms ir Lietuvos apdraustųjų gydymo ES šalyse išlaidoms kompensuoti pagal jų pateiktus prašymus buvo sumokėta 3 639 tūkst. Eur.

PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti dinamika 2020–2022 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 siunčiamiems tirtis, konsultuotis ir (ar) gydytis į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų planinių ASP paslaugų išlaidas;
- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems, persikėlusius gyventi į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų ASP paslaugų išlaidas;
- Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose ASP įstaigose ES šalių apdraustiesiems suteiktų ASP paslaugų išlaidas. Šias VLK apmokėtas išlaidas vėliau kompensuoja ES šalių susižinojimo tarnybos.

05 06 01 ES šalių apdraustųjų gydymui Lietuvos ASP įstaigose ir Lietuvos apdraustųjų gydymo ES šalyse išlaidoms kompensuoti pagal jų pateiktus prašymus (*moka TLK*)

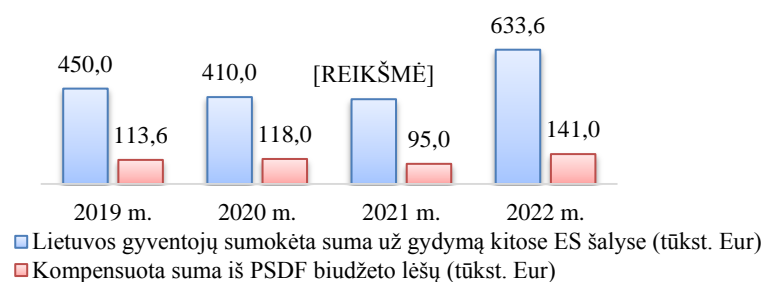
Iš viso išlaidos pagal šį išlaidų straipsnį sudarė 3 639 tūkst. Eur. Pagal nurodytą išlaidų straipsnį mokama už ES šalių apdraustiesiems jų laikino buvimo Lietuvoje metu suteiktas paslaugas (šias PSDF biudžeto išlaidas kompensuoja užsienio apdraustųjų kompetentingos įstaigos pagal VLK pateiktas sąskaitas), Lietuvos Respublikos apdraustiesiems už jiems ES šalyje suteiktą būtinąją

medicinos pagalbą (kai jie savo lėšomis sumoka už šią pagalbą), taip pat, vadovaujantis Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo komisijos sprendimu, mokama už šių apdraustųjų gydymą (nebūtinąją medicinos pagalbą) ES, kai jie savo lėšomis sumoka už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas (apmokama tarpvalstybinė sveikatos priežiūra).

Pagal 745 pagrįstus prašymus TLK kompensavo Lietuvos Respublikos apdraustiesiems kitose ES šalyse suteiktų būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas.

Igyvendinant 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas nuostatas, 2022 m. TLK gavo 131 apdraustųjų prašymą dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kitose ES šalyse, Islandijoje, Lichtenšteine ir Norvegijoje kompensavimo. Iš viso apdraustieji kitose ES šalyse už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, įsigytus vaistus ar MPP sumokėjo beveik 633,6 tūkst. Eur. 2022 m. buvo patenkinti 124 apdraustųjų prašymai – jiems buvo kompensuota beveik 141 tūkst. Eur.

Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidos 2019–2022 m.



2022 m. buvo pakeistas Pacientų siuntimo konsultuotis, išsiti ir (ar) gydytis Europos ekonominei erdvei priklausančiose valstybėse, Jungtinėje Karalystėje ir Šveicarijoje tvarkos aprašas⁴⁸, pagal kurį nuo 2022 m. liepos 1 d. buvo pagerintos pacientų siuntimo gydytis užsienyje galimybės.

Daugiausia prašymų Lietuvos Respublikos gyventojai 2022 m. pateikė dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros, suteiktos Latvijoje (61 prašymas), Lenkijoje (33 prašymai) ir Vokietijoje (13 prašymų), išlaidų kompensavimo. Dėl Slovakijoje ir Belgijoje suteiktų paslaugų išlaidų kompensavimo buvo pateikta po 5 prašymus, dėl Estijoje suteiktų paslaugų – 4 prašymai, dėl Ispanijoje suteiktų paslaugų – 3 prašymai, Italijoje – 2 prašymai, o Austrijoje, Graikijoje, Prancūzijoje, Švedijoje ir Liuksemburge – po 1 prašymą.

Dažniausiai (56 atvejai) buvo kompensuojamos ambulatorinės ASP paslaugos, suteiktos Latvijos, Lenkijos, Vokietijos, Estijos, Italijos, Belgijos gydymo įstaigose. Pacientai taip pat buvo konsultuojami užsienio gydytojų specialistų. Buvo suteiktos medicininės rehabilitacijos paslaugos Lenkijoje, Slovakijoje ir Latvijoje (19 atvejų), kompensuotos stacionarinės ASP paslaugos (31 atvejis), įsigyti vaistai (27 atvejai), pateikti prašymai kompensuoti OTP įsigijimo išlaidas (5 atvejai).

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

⁴⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gegužės 2 d. įsakymas Nr. V-887 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugpjūčio 16 d. įsakymo Nr. V-729 „Dėl Pacientų siuntimo konsultuotis, išsiti ir (ar) gydytis Europos ekonominei erdvei priklausančiose valstybėse, Jungtinėje Karalystėje ir Šveicarijoje tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

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

2022 m. VLK PSDF biudžeto lėšomis apmokėjo 21,4 tūkst. ES šalių susižinojimo tarnybų pateiktų standartizuotų sąskaitų (E125 / E127 formos pažymų). Lietuvos Respublikos apdraustųjų sveikatos priežiūros ES šalyse išlaidoms apmokėti VLK išleido 29 718,9 tūkst. Eur, t. y. 15 021,5 tūkst. Eur (arba 102 proc.) daugiau nei 2021 metais.

2022 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	20 775	26 745,8	90
E127 formos pažymas	585	2 973,1	10
Iš viso	22 105	29 718,9	100,00

2022 m. didžiąją PSDF biudžeto lėšų, skiriamų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti, dalį (89,2 proc. sumos) sudarė lėšos, skirtos faktinėmis išlaidomis pagrįstoms sąskaitoms (E125 formos pažymoms) apmokėti. Daugiausia 2022 m. apmokėtų sąskaitų buvo gauta iš Vokietijos (51,7 proc. visų apmokėtų sąskaitų), Belgijos (10,3 proc.), Lenkijos (7,1 proc.) ir Švedijos (5,7 proc.). Iš kitų ES šalių gautos ir apmokėtos sąskaitos sudarė 25,1 proc. visų apmokėtų sąskaitų.

Daugiausia PSDF biudžeto lėšų VLK skyrė Vokietijoje (58,7 proc.), Švedijoje (7,4 proc.), Prancūzijoje (6,9 proc.), Belgijoje (4,9 proc.) ir Jungtinėje Karalystėje (4,6 proc.) Lietuvos Respublikos apdraustiesiems suteiktų ASP paslaugų išlaidoms apmokėti. Kitose ES šalyse suteiktoms ASP paslaugoms teko 17,6 proc. bendros išlaidų sumos.

05 08 Transplantacijos programai

Iš viso Transplantacijos programai 2022 m. buvo skirta 31 554,5 tūkst. Eur (įskaitant 546,6 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų, iš kurių 155,2 tūkst. Eur buvo skirti 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.

Informacija apie transplantacijos paslaugas, atliekamas stacionare, ir potencialių donorų paruošimą 2021–2022 m.

Paslaugos pavadinimas	Transplantacijų skaičius 2021 m.	Transplantacijų skaičius 2022 m.	2022 m. vidutinė vienos transplantacijos, atliekamos stacionare, kaina (Eur)
Donoro identifikavimas, ištyrimas, paruošimas ir kt.	92	87	1 826,51
Inkstų transplantacija	103	87	33 001,55
ALOKKL transplantacija*	51	63	212 406,54
AUTOKKL transplantacija**	141	145	54 506,51
Kepenų transplantacija	20	30	65 171,73
Ragenos transplantacija	73	74	3 342,74
Širdies transplantacija (širdies persodinimo operacija)	8	8	54 117,82
Širdies transplantacija (PIMAKP*** prijungimo operacija, įskaitant vidinį / išorinį dirbtinį širdies skilvelį)	7	10	154 254,25
Plaučių transplantacija****	2	0	–
Kasos ir inksto komplekso transplantacija	1	1	33 524,00

Širdies ir plaučių komplekso transplantacija	0	0	–
--	---	---	---

* Alogeninė kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacija.

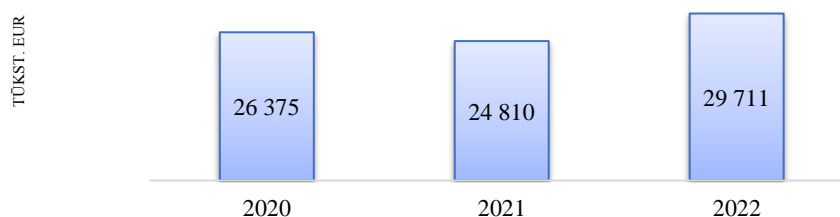
** Autologinė kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacija.

*** Prietaisas ilgalaikiai mechaninei asistuojančiai kraujotakai palaikyti.

**** Plaučių transplantacijos etapai apmokami pagal faktines išlaidas⁴⁹.

2022 m., palyginti su 2021 m., buvo atlikta daugiau transplantacijų: alogeninių kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijų – 12 daugiau, kepenų transplantacijų – 10 daugiau, autologinių kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijų – 4 daugiau.

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



■ Iš viso apmokėta, įskaitant PSDF biudžeto rezervo lėšas

Šios programos lėšomis taip pat mokama už mirusio žmogaus audinių ir organų donorystės, audinių ir organų paėmimo bei ištyrimo paslaugas. 2022 m. PSDF biudžeto išlaidos potencialiems donorams paruošti sudarė 212,2 tūkst. Eur.

05 10 dantų protezavimo paslaugoms

Dantų protezavimo paslaugoms kompensuoti⁵⁰ 2022 m. buvo skirta 49 475,9 tūkst. Eur, o išleista (sumokėta) – 49 366,1 tūkst. Eur, t. y. 14 353,9 tūkst. Eur (41 proc.) daugiau nei 2021 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 19,8 karto (2006 m. šioms paslaugoms buvo skirta 2 461,7 tūkst. Eur, o 2022 m. – net 49 475,9 tūkst. Eur). 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 tvarka⁵¹, leidžianti užtikrinti, kad pacientas minėtas paslaugas gautų paprasčiau ir

⁴⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. spalio 7 d. įsakymas Nr. V-1046 „Dėl Plaučių transplantacijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁵⁰ 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“.

⁵¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. lapkričio 6 d. įsakymas 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“.

greičiau, o duomenys apie šių paslaugų teikimą bei apmokėjimą būtų kaupiami ir saugomi Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinėje sistemoje bei 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 nepaėjus 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 ligos⁵².

2022 m. PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas dantų protezavimo paslaugas gavo daugiau nei 80 tūkst. šalies gyventojų. Taip pat pastaraisiais metais gerokai išaugo šių paslaugų prieinamumas, nes kur kas daugiau ASP įstaigų, teikiančių dantų protezavimo paslaugas, pasirašė sutartis su TLK. 2022 m. PSDF lėšomis kompensuojamas dantų protezavimo paslaugas teikė 11 proc. daugiau gydymo įstaigų nei 2021 m. ir 60 proc. daugiau nei 2020 m. (dantų protezavimo paslaugas teikė 1 070 gydymo įstaigų, sudariusių sutartis su TLK).

05 13 Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonės finansuoti

Šioms priemonėms finansuoti 2022 m. buvo skirta 13 170,7 tūkst. Eur, t. y. 829,3 tūkst. Eur arba 5,9 proc. mažiau nei 2021 metais.

2022 m. į gydymo įstaigas buvo pristatyta beveik 23 tūkst. dozių arba 10 proc. mažiau keturvalentės gripo vakcinos, skirtos rizikos grupėms priskiriamiems asmenims skiepyti, palyginti su 2021 metais. Be to, 2022 m. minėtos vakcinos 1 dozės pirkimo kaina buvo 13 proc. mažesnė nei 2021 metais.

2022 m. praktiškai visų vakcinų buvo sunaudota mažiau dėl įvairių priežasčių, taip pat ir dėl mažėjančio naujagimių skaičiaus, nes didžioji dalis vakcinų skiriama vaikams skiepyti.

Šiuo metu pagal Imunoprofilaktikos programą centralizuotai perkamos šios vakcinos:

⁵² 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“.

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, poliomielito, B tipo <i>Haemophilus influenzae</i> infekcijos vakcina; kokliušo, difterijos, stabligės, poliomielito vakcina; B tipo meningokokinės infekcijos vakcina; pneumokokinės infekcijos vakcina; rotavirusinės infekcijos vakcina; tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina; žmogaus papilomos viruso infekcijos vakcina; kokliušo, difterijos, stabligės vakcina (paaugliams ir suaugusiesiems). 	<ul style="list-style-type: none"> vakcina nuo pasiutligės; imunoglobulinas nuo pasiutligės; inaktyvuota vakcina nuo poliomielito; vakcina nuo difterijos ir stabligės (suaugusiųjų); vakcina nuo einamųjų metų sezoninio gripo; konjuguota vakcina nuo pneumokokinės polisacharidinės infekcijos, skirta rizikos grupėms priskiriamiems asmenims skiepyti; imunoglobulinas nuo respiracinio sincitinio viruso neišnešiotiems naujagimiams.

05 14 skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai finansuoti

2022 m. išlaidos skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai finansuoti siekė 8 561,1 tūkst. Eur (888,7 tūkst. Eur arba 11,6 proc. daugiau nei 2021 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:

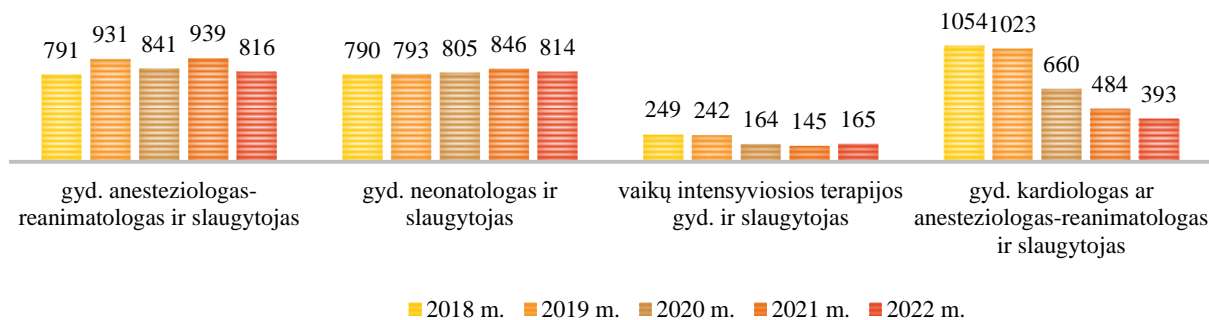
- dispečerinių tarnybų darbą,
- konsultantų atvykimą į ASP įstaigą, konsultavimą,
- diagnostinių bei gydomųjų procedūrų ir operacijų atlikimą,
- ligonio transportavimą į ASP įstaigą, kurioje teikiamos būtinosios ASP paslaugos.

Skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikė 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 2018–2022 m.

(kai konsultacijos buvo teikiamos nuvykus į kviečiančiąją gydymo įstaigą)



Nuo 2022 m. sausio 1 d. gydytojo neonatologo ir slaugytojo skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos paslaugų teikimą užtikrina trys ASP įstaigos (anksčiau šią pagalbą

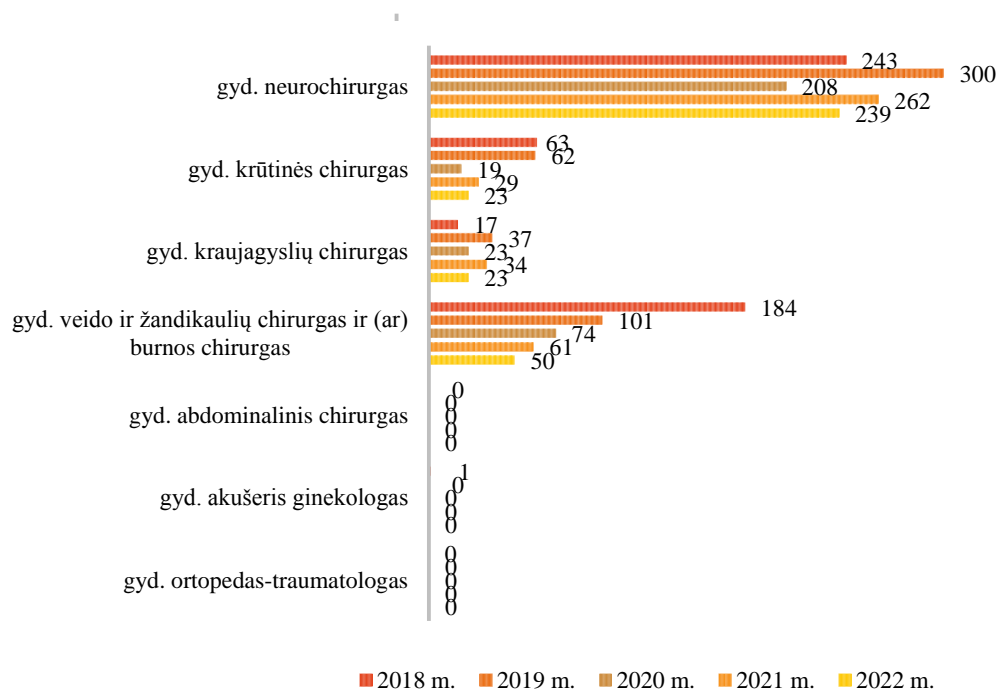
užtikrino penkios ASP įstaigos): VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos ir VšĮ Klaipėdos universiteto ligoninė.

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 2018–2022 m.

(kai konsultacijos buvo teikiamos nuvykus į kviečiančiąją gydymo įstaigą)



Pastaba. 2019–2022 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.

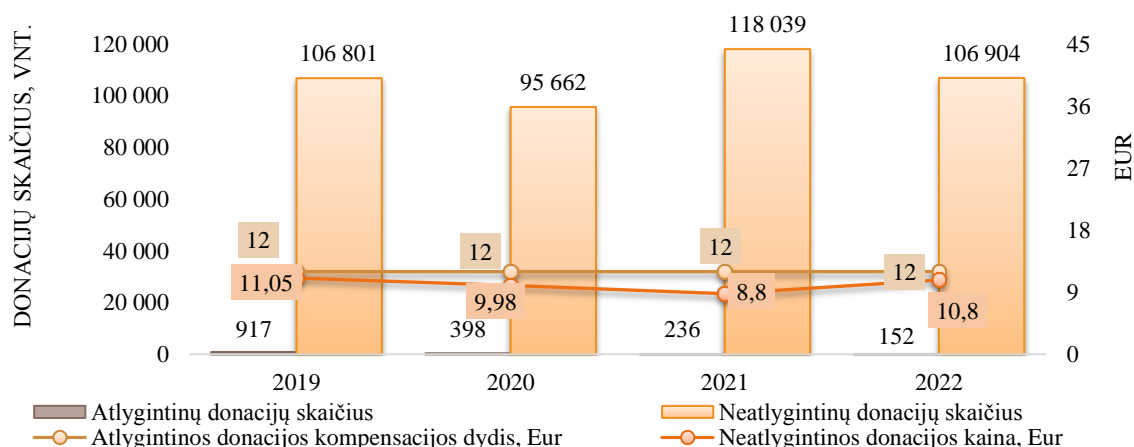
Specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikiančių gydytojų neurochirurgų paslaugų išlaidoms apmokėti skiriamos visos paros posto išlaikymui numatytos lėšos. Šią pagalbą teikiančių gydytojų – krūtinės chirurgų, kraujagyslių chirurgų, veido, žandikaulio ir (ar) burnos chirurgų – 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

2022 m. išlaidos kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti siekė 1 154,7 tūkst. Eur (iš jų atlygintinai kraujo donorystei teko 1,8 tūkst. Eur).

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 programą⁵³. Pagrindiniai minėtos programos vykdytojai yra šalies kraujo donorystės įstaigos, taip pat kitos ASP įstaigos, kurių veikla susijusi su neatlygintinos kraujo donorystės propagavimu.

Donacijų skaičius ir vienos donacijos išlaidos 2019–2022 m.



05 19 vaistų nuo tuberkuliozės įsigijimo išlaidoms kompensuoti

2022 m. lėšų suma, skirtą vaistams nuo tuberkuliozės, sudarė 3 000 tūkst. Eur, t. y. 396 tūkst. Eur (arba 11,7 proc.) mažiau nei 2021 metais. VLK perka vaistus sergantiesiems tuberkulioze gydyti ir paskirsto juos gydymo įstaigoms. Vaistai perkami stacionariniam ir ambulatoriniam tuberkuliozės gydymui užtikrinti. Nuo 2019 m. stebimas pacientų, sergančių tuberkulioze, skaičiaus mažėjimas, todėl automatiškai mažėja vaistų poreikis.

05 23 COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) vakcinacijos ir gydymo programos priemonėms finansuoti

Siekiant valdyti COVID-19 ligą (koronaviruso infekciją), užtikrinant efektyvią ir prieinamą vakcinaciją nuo šios ligos bei jos gydymą, buvo patvirtinta 2022–2025 metų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) vakcinacijos ir gydymo programa⁵⁴, pagal kurią VLK PSDF biudžeto lėšomis apmoka COVID-19 ligai (koronaviruso infekcijai) gydyti skirtus vaistus ir vakcinas, įsigytus pagal Lietuvos Respublikos bei vakcinų ir vaistų registruotojų sutartis (taip pat sutartis, pasirašytas tarpininkaujant Europos Komisijai). Šiai programai 2022 m. buvo skirta 13 188 tūkst. Eur iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies⁵⁵, o išleista – 9 674,3 tūkst. Eur.

⁵³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. spalio 19 d. įsakymas Nr. V-2297 „Dėl Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo 2021–2025 metų programos patvirtinimo“.

⁵⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. spalio 21 d. įsakymas Nr. V-1588 „Dėl 2022–2025 metų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) vakcinacijos ir gydymo programos patvirtinimo“.

⁵⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 30 d. įsakymas Nr. V-1792 „Dėl lėšų skyrimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies 2022 metais“.

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

Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklai užtikrinti 2022 m. PSDF biudžete buvo numatyta 31 466 tūkst. Eur. Pagal šiuo laikotarpiu priimtus įsipareigojimus mokėtina suma iš viso siekė 29 155 tūkst. Eur, sumokėta suma – 29 202 tūkst. Eur, t. y. 1 proc. visų 2022 m. PSDF biudžeto įplaukų (Sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnio 3 dalyje numatyta, kad šioms išlaidoms gali būti skiriama iki 2 proc. PSDF lėšų).

Kreditinis įsiskolinimas, 2022 m. gruodžio 31 d. duomenimis, siekė 659 tūkst. Eur.

Pažymėtina, kad šios lėšos naudojamos ne vien tik ligonių kasų veiklai finansuoti, bet ir pačios privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti, pvz., šiomis lėšomis yra apmokamos gyventojams nemokamai išduodamų Europos sveikatos draudimo kortelių, kompensuojamųjų vaistų pasų, gydytojams nemokamai išduodamų jų tapatybę patvirtinančių lipdukų pagaminimo išlaidos, taip pat užtikrinama Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro veikla, EVIS veikla, „Sveidros“ funkcionavimas ir padengiamos kitos būtinosios privalomojo sveikatos draudimo sistemos išlaidos. Apdraustiesiems, kurie galėjo pasinaudoti būtinaja medicinos pagalba ES šalyse, 2022 m. buvo išduota beveik 220 tūkst. Europos sveikatos draudimo kortelių.

2022 m. buvo suskaitmeninta sutarčių dėl ASP paslaugų valdymo proceso dalis, susijusi su sutarčių sudarymu: sukurtas portalas, skirtas prašymams sudaryti sutartį pateikti, sutartims sudaryti ir pasirašyti. Šis portalas yra įkeltas į gamybinę aplinką ir pasiruošta bandomajai eksploatacijai, kurią vykdant dalyvautų TLK atrinktos ASP įstaigos (pateikiant 2023 m. prašymus sudaryti sutartis).

Siekiant pereiti prie bendro viešojo sektoriaus finansų valdymo modelio, 2021 m. buvo pasirengta perkelti VLK ir TLK buhalterinės apskaitos tvarkymą į Lietuvos Respublikos finansų ministerijos valdomą Valstybės biudžeto, apskaitos ir mokėjimų sistemos Finansų valdymo ir apskaitos posistemį. Nuo 2022 m. sausio 1 d. VLK ir TLK veiklos išlaidų apskaita buvo tvarkoma šiame posistemyje.

Taip pat buvo suskaitmenintas lėšų, grąžintinų pagal VLK ir vaistų gamintojų sutartis, apskaitos tvarkymas „Sveidroje“ bei duomenų perdavimas į Finansų valdymo ir apskaitos informacinę sistemą.

Be to, buvo išanalizuota dabartinė viešųjų ligoninių išteklių valdymo ir apskaitos padėtis, pateikti šių išteklių valdymo ir apskaitos tobulinimo siūlymai bei parengta Viešųjų ligoninių išteklių valdymo ir apskaitos sistemos sukūrimo galimybių studija.

Buvo sukurtas informacinių technologijų įrankis, leidžiantis gyventojui pačiam suformuoti ir pateikti elektroninį prašymą dėl konkrečios administracinės paslaugos. Elektroniniai prašymai registruojami, prašymo duomenys apdorojami ir tvarkomi elektroniniu būdu.

2022 m. buvo skaitmenizuoti ES socialinės apsaugos duomenų mainų informacinėje sistemoje vykdomi procesai. Pasiruošta elektroniniams duomenų mainams su kitomis ES šalimis dėl atsiskaitymo už apdraustiesiems suteiktas ASP paslaugas pagal fiksuotus dydžius ir atsiskaitymo už asmens sveikatos priežiūrą, suteiktą dėl nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų. Šie duomenų mainai bus pradėti vykdyti vadovaujantis Europos Komisijos nustatytais terminais.

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

2022 m. VLK kompensavo 2 291 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)

2022 m. PSDF biudžeto rezervas planinėmis PSDF biudžeto pajamomis nebuvo papildytas, nes tai nebuvo numatyta Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintame 2022 m. PSDF biudžeto plane.

IV. LIKUČIAI

LIKUČIAI						
Lėšų likučiai, tūkst. Eur	PSDF biudžeto apyvartos lėšos (3+4)	iš jų:		PSDF biudžeto rezervas (6+7)	iš jo:	
		planinės PSDF biudžeto apyvartos lėšos	lėšų suma, viršijanti planinių apyvartos lėšų sumą		pagrindinė dalis	rizikos valdymo dalis
1	2	3	4	5	6	7
sausio 1 d. duomenimis	265 901	5 792	260 109	273 708	37 173	236 535
gruodžio 31 d. duomenimis	263 534	5 792	257 742	430 922	41 853	389 069

Lėšų likutis pagal 2022 m. sausio 1 d. duomenis

Lėšų likutis, 2022 m. sausio 1 d. duomenimis, siekė 265 901 tūkst. Eur (iš jų 5 792 tūkst. Eur – planinės apyvartos lėšos, 260 109 tūkst. Eur – suma, kuria viršijama planinių apyvartos lėšų suma), o PSDF biudžeto rezervo sąskaitoje rezervo lėšų likutį sudarė 273 708 tūkst. Eur.

Lėšų likutis pagal 2022 m. gruodžio 31 d. duomenis

PSDF biudžeto lėšų likutį, 2022 m. gruodžio 31 d. duomenimis, iš viso sudarė 263 534 tūkst. Eur (iš jų 5 792 tūkst. Eur – planinės apyvartos lėšos, 257 742 tūkst. Eur – lėšų suma, viršijanti planinių apyvartos lėšų sumą), o PSDF biudžeto rezervo sąskaitoje rezervo lėšų likutis siekė 430 922 tūkst. Eur.

Direktorius

Gintaras Kacevičius