

2024–2026 METAIS PROGNOZUOJAMŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO PAJAMŲ, IŠLAIDŲ IR LĖŠŲ LIKUČIŲ PAAIŠKINIMAI

2024–2026 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto pajamos, išlaidos ir lėšų likučiai buvo suplanuoti atsižvelgiant į strateginiuose dokumentuose nustatytus veiklos prioritetus bei remiantis nuo 2024 m. sausio 1 d. įsigaliosiančia Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – Įstatymas) redakcija¹.

Šiuo Įstatymu buvo atskirtos valstybės deleguotos PSDF biudžetui funkcijos, numatant atskirą (nesusijusį su PSDF lėšomis) joms skirtų valstybės biudžeto lėšų administravimą, ir atitinkamai patikslintos nuostatos dėl valstybės biudžeto lėšų skyrimo. Įstatymu buvo patikslintas valstybės deleguotų funkcijų, finansuojamų valstybės biudžeto lėšomis, sąrašas:

1. apmokėti paslaugas, skirtas gyvybei gelbėti ir išsaugoti;
2. skirti lėšas kompensacijoms kraujo donorams mokėti ir neatlygintinai kraujo donorytei propaguoti;
3. apmokėti privalomąją karo tarnybą atliekančių karių ir padariusių pavojingą veiką asmenų, kuriems paskirtos priverčiamosios medicininio pobūdžio priemonės, sveikatos priežiūrą, neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims, užsieniečiams ir jų vaikams suteiktą būtinąją medicinos pagalbą ir būtinąsias paslaugas, šių vaikų skiepijimo pagal Nacionalinę imunoprofilaktikos programą bei profilaktinių sveikatos tikrinimų išlaidas;
4. padengti gyventojams išduotų kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių (toliau – MPP) priemokas.

Minėtoms funkcijoms buvo priskirta nauja funkcija – Lietuvos Respublikos Seimui įvedus tiesioginį valdymą, karo, nepaprastąją padėtį, paskelbus mobilizaciją ar priėmus sprendimą panaudoti ginkluotąsias pajėgas, Lietuvos Respublikos Vyriausybei paskelbus valstybės lygio ekstremaliąją situaciją ir (ar) karantiną visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje, pagal atitinkamoje situacijoje įgaliojimo priimti sprendimus asmens sprendimus apmokėti PSDF biudžeto lėšomis nekompensuojamas išlaidas.

Įstatymu buvo patikslinta PSDF biudžeto pajamų struktūra. PSDF biudžeto pajamoms nebepriskiriamos išieškotos ir grąžintos lėšos dėl PSDF biudžetui padarytos žalos, Europos ekonominės erdvės šalių narių ir Šveicarijos Konfederacijos pervedamos lėšos už šių šalių apdraustųjų gydymą Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros įstaigose bei lėšos, pervedamos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis. Šios lėšos, vadovaujantis apskaitos standartu „Sąnaudos“², bus laikomos PSDF sąnaudų kompensacija.

Atsižvelgiant į Įstatymo nuostatas, nuo ateinančių metų pasikeis ir PSDF biudžeto išlaidų struktūra. Nebelieka šių atskirų PSDF biudžeto išlaidų straipsnių: 03 straipsnio „Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui“ (šios išlaidos priskirtos 01 straipsniui „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“) ir 04 straipsnio „Ortopedijos techninėms priemonėms“ (šios išlaidos priskirtos 02 straipsniui „Vaistams, medicinos pagalbos priemonėms (įskaitant ortopedijos technines priemones) ir medicinos priemonių nuomai“). Įgyvendinant Įstatymo 15 straipsnio 7 dalį, pagal kurią valstybės deleguotoms funkcijoms skirtos valstybės biudžeto lėšos (pajamos ir išlaidos) PSDF biudžete turi būti administruojamos atskirai, PSDF biudžeto išlaidų straipsniai papildomi nauju 06 straipsniu „Valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimais“.

¹ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 5, 6, 8, 9, 9¹, 10, 12, 12¹, 15, 17, 21, 22, 23, 26, 30, 43 straipsnių ir II skyriaus pavadinimo pakeitimo ir įstatymo papildymo 3¹ straipsniu įstatymas.

² https://avnt.lrv.lt/uploads/avnt/documents/files/_11%20VAS%20MR%20pagal%20standarto%205%20redakcija%20nuo%202016_01_01.pdf

I. PAJAMOS

Planuojama, kad 2024 m. PSDF biudžeto pajamos iš viso turėtų sudaryti 3 461 114 tūkst. Eur, t. y. 411 202 tūkst. Eur (arba 13,5 proc.) daugiau, nei numatyta 2023 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2025 m. ir 2026 m. PSDF biudžeto pajamos iš viso turėtų sudaryti atitinkamai 3 712 445 tūkst. Eur ir 3 927 443 tūkst. Eur. Toliau pateikiama informacija pagal kiekvieną pajamų straipsnį.

01 Privalomojo sveikatos draudimo įmokos

Pagrindinę PSDF biudžeto pajamų dalį (apie 94,5 proc. visų šio biudžeto pajamų) sudaro privalomojo sveikatos draudimo įmokos, skirstomos į šias grupes:

- Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – VSDF valdyba) administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos ir su jomis susijusios sumos;

- Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji), draudžiamus valstybės lėšomis.

Planuojama, kad 2024 m. VSDF valdybos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos turėtų sudaryti 2 372 884 tūkst. Eur, t. y. 356 666 tūkst. Eur (arba 17,7 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2023 m. PSDF biudžete. Numatoma, kad 2025 m. ir 2026 m. šios pajamos turėtų palaipsniui didėti ir sudaryti atitinkamai 2 488 490 tūkst. Eur ir 2 600 104 tūkst. Eur. Pagrindinę VSDF valdybos administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų dalį sudaro dirbančiųjų ir darbdavių mokamos įmokos. Minėtų įmokų sumos dydį prognozuoja jų administratorius – VSDF valdyba. Nuo 2019 m. sausio 1 d. pagrindinis privalomojo sveikatos draudimo įmokų tarifas sudaro 6,98 procento.

Numatoma, kad 2024 m. valstybės biudžeto įmokų, mokamų už draudžiamuosius valstybės lėšomis, suma turėtų sudaryti 898 536 tūkst. Eur, t. y. 115 015 tūkst. Eur (arba 14,7 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2023 m. PSDF biudžete. Šių įmokų suma didėja dėl 2024 m. išaugusios metinės valstybės biudžeto įmokos, mokamos už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį. Prognozuojama, kad apdraustųjų valstybės lėšomis asmenų skaičius 2024 m. sieks 1,47 mln.

Už kiekvieną apdraustąjį valstybės lėšomis valstybės biudžetas PSDF biudžetui moka draudimo įmoką, kurios metinį dydį (procentais) ir bazę, nuo kurios ši įmoka skaičiuojama, nustato Įstatymo 16 straipsnio 2 dalis. Vadovaujantis Įstatymo nuostatomis, 2024 m. metinė valstybės biudžeto įmoka, mokama už vieną apdraustąjį valstybės lėšomis, sudarys 6,98 procento užpraeitų metų 12 minimaliųjų mėnesinių algų dydžio ir bus lygi 611,4 Eur. Pažymėtina, kad savarankiškai besidraudžiančių asmenų, numatytų Įstatymo 17 straipsnio 11 dalyje, metinė privalomojo sveikatos draudimo įmoka 2024 m. turėtų sudaryti 773,9 Eur (6,98 proc. 12 minimaliųjų mėnesinių algų), remiantis patvirtinta ateinančių metų minimalia mėnesine alga, kuri sudarys 924 Eur.

Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje nustatytos 23 valstybės lėšomis draudžiamų asmenų grupės. Valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu yra draudžiami labiausiai socialiai pažeidžiami asmenys. Asmenys valstybės lėšomis draudžiami tik tuo atveju, jei jie nedirba, nevykdo kitos ekonominės veiklos ar negauna kitų pajamų, nuo kurių mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos.

Didžiausią dalį visų šių asmenų sudaro nedirbantys ir nevykdantys kitos ekonominės veiklos pensininkai, vaikai iki 18 metų, bedarbiai ir studentai. Prognozuojamam draudžiamųjų valstybės lėšomis skaičiui nustatyti naudojami Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro (toliau – Draudžiamųjų registras) duomenys. Šis registras funkcionuoja Lietuvos Respublikos gyventojų registro duomenų pagrindu. Draustumas privalomuoju sveikatos draudimu nustatomas pagal Draudžiamųjų registro duomenų teikėjų (pvz., Užimtumo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir kt.) bei valstybinių registrų (pvz., Mokinių registro, Studentų registro, Valstybinio socialinio draudimo išmokų gavėjų registro ir kt.) teikiamus duomenis apie

asmenų teisinį statusą ir (ar) sumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Paminėtina, kad ligonių kasų interneto svetainėje³ kiekvienas draudžiamasis pagal Draudžiamųjų registro duomenis gali pasitikrinti, ar jis yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu.

02 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai

2024 m. Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai sudarys 167 337 tūkst. Eur (šios lėšos sudaro apie 4,8 proc. visų šio biudžeto pajamų). Valstybės biudžeto asignavimai skirstomi į:

1. asignavimus PSDF biudžetui deleguotoms valstybės funkcijoms, nustatytoms Įstatymo 15 straipsnio 5 dalyje (šiam tikslui numatoma visa 2024 m. planuojama valstybės biudžeto asignavimų suma);

2. kitus Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimus, galimus skirti Įstatymo 15 straipsnio 2 dalyje nurodytais atvejais (2024 m. šiems tikslams valstybės biudžeto asignavimai nenumatomi).

03 Kitos teisėtai gautos pajamos

Planuojama, kad 2024 m. turėtų būti gauta 22 357 tūkst. Eur kitų pajamų (apie 0,6 proc. visų šio biudžeto pajamų), t. y. 23 729 tūkst. Eur (arba 51,5 proc.) mažiau, nei numatyta patvirtintame 2023 m. PSDF biudžete. Šis pokytis susidarė dėl to, kad pagal Įstatyme nustatytą pajamų struktūrą nuo 2024 m. PSDF biudžeto pajamoms nebepiriskiriamos išieškotos ir grąžintos lėšos dėl PSDF biudžetui padarytos žalos, Europos ekonominės erdvės šalių narių ir Šveicarijos Konfederacijos pervedamos lėšos už šių šalių apdraustųjų gydymą Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros įstaigose bei lėšos, pervedamos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis.

Numatoma, kad 2025 m. ir 2026 m. kitos teisėtai gautos pajamos atitinkamai sudarys 22 581 tūkst. Eur ir 22 650 tūkst. Eur.

Pagal minėtą straipsnį apskaitomos šios pajamos:

- pajamos, gaunamos už Europos sveikatos draudimo kortelių pakartotinį išdavimą;
- pajamos, gaunamos už kompensuojamųjų vaistų pasų pakartotinį išdavimą;
- investicinės veiklos pajamos;
- institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos;
- kitos teisėtai gaunamos pajamos.

II. IŠLAIDOS

Planuojama, kad 2024 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso turėtų sudaryti 3 461 114 tūkst. Eur, t. y. 411 202 tūkst. Eur (arba 13,5 proc.) daugiau, palyginti su patvirtintu 2023 m. PSDF biudžetu. Prognozuojama, kad 2025 m. ir 2026 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso turėtų sudaryti atitinkamai 3 712 445 tūkst. Eur ir 3 927 443 tūkst. Eur. Toliau pateikiama informacija pagal kiekvieną išlaidų straipsnį.

01 Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (įskaitant medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas)

2024 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (įskaitant medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas) numatoma skirti 2 415 322 tūkst. Eur. Prognozuojama, kad 2025 m. ir 2026 m. šios išlaidos atitinkamai sudarys 2 574 662 tūkst. Eur ir 2 725 490 tūkst. Eur. Nuo 2024 m. pagal šį straipsnį bus apmokamos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugos, kurios anksčiau buvo apmokamos pagal atskirą išlaidų straipsnį.

Svarbu paminėti, kad pagal šį straipsnį iki 2024 m. buvo finansuojamos greitosios

³ <https://dpsdr.vlk.lt/PublicSearch.aspx>

medicinos pagalbos paslaugos – nuo 2024 m. šios paslaugos bus finansuojamos pagal naują 06 išlaidų straipsnį „Valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimais“.

Lėšos, skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, sudaro pagrindinę PSDF biudžeto išlaidų dalį (apie 70 proc. visų išlaidų). Asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik gydymo įstaigos, turinčios licencijas ir reikiamus žmogiškuosius bei materialinius išteklius. Už minėtas paslaugas mokama pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas bazinės kainas (šios kainos patvirtintos balais), taikant atitinkamą šių bazinių kainų balo vertę.

Paminėtina, kad, 2018 m. pabaigoje pasirašius Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvinę sutartį (toliau – Šakos kolektyvinė sutartis), nuo 2019 m. asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų, kuriems taikoma ši sutartis, darbo užmokestis buvo susietas su minimalia mėnesine alga. 2022 m. minimali mėnesinė alga sudarė 730 Eur, 2023 m. – 840 Eur, o 2024 m. sudarys 942 Eur. 2023 m. sausio–birželio mėn. duomenimis, gydytojų vidutinis bruto darbo užmokestis (toliau – VDU), tenkantis vienam etatui, siekė 4 288 Eur, o slaugytojų VDU – 2 020 Eur. Sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas (ar balo vertes) planuojama didinti, siekiant suteikti galimybes gydymo įstaigoms įgyvendinti Šakos kolektyvinės sutarties nuostatas, susijusias su kasmet augančia minimaliąja mėnesine alga.

2024–2026 m. numatoma ir toliau plėtoti ekonomiškai efektyvias sveikatos priežiūros paslaugas, didinti dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugų skaičių, pradėti teikti naujas PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas paslaugas. Tokiu būdu siekiama skatinti sudėtingų diagnostikos ir gydymo metodų taikymą ambulatorinėje praktikoje ir mažinti hospitalizaciją. Be to, ir toliau bus tobulinama gydytojų specialistų konsultacijų apmokėjimo tvarka. Siekiant sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą sieti su jų kokybe ir efektyvumu, gerinti paslaugų prieinamumą, toliau bus tobulinamas sveikatos priežiūros finansavimo modelis. Numatoma keliais etapais diferencijuoti gydytojų specialistų konsultacijas ir didesnės apimties ambulatorinių paslaugų bazinės kainas didinti, siekiant, kad pacientams vienos konsultacijos metu būtų suteikta jam reikalingos apimties paslauga. Taip pat numatoma, kad dienos stacionaro paslaugas galėtų teikti daugiau asmens sveikatos priežiūros įstaigų, siekiant kuo daugiau pagalbos suteikti pacientams ambulatorinėje grandyje ir išvengti perteklinės hospitalizacijos.

Siekiant gerinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros prieinamumą, numatoma palaipsniui iki 2030 m. didinti šeimos gydytojo komandą, įtraukiant į ją naujus komandos narius ir didinant šeimos gydytojo komandoje įdarbintų specialistų etatų skaičių.

Taip pat numatoma skatinti psichikos sveikatos centrus už geresnę asmenų, kuriems nustatyti afektinis ir (ar) neurozinis sutrikimai, priežiūrą. Nuo 2023 m. sausio 1 d. buvo pradėtas taikyti naujas psichikos sveikatos priežiūros gerų darbo rezultatų rodiklis – asmenų, kuriems nustatyti afektinis ir (ar) neurozinis sutrikimai, priežiūros rodiklis (šiuo metu atliekama šio rodiklio stebėseną). Planuojama pradėti finansiškai skatinti psichikos sveikatos centrus, atsižvelgiant į pasiektas šio rodiklio reikšmes, nuo 2024 m. sausio mėnesio.

Be to, planuojama plėtoti psichikos dienos stacionaro paslaugas, pradėti mokėti už naujas integruotas bendruomenines psichikos sveikatos paslaugas, kurių teikimas būtų palankesnis pacientams, padėtų jiems greičiau integruotis į visuomeninį gyvenimą, mažintų hospitalizaciją ir trumpintų gulėjimo stacionare laiką.

Nuo 2024 m. planuojama optimizuoti burnos higienistų aptarnaujamų gyventojų skaičių. Šiuo metu burnos higienistai aptarnauja 14 500 prirašytų gyventojų, siūloma mažinti aptarnaujamų gyventojų skaičių iki 10 000. Burnos higienistai aptarnaujamiems pacientams teikia profesionalios burnos higienos, dantų profilaktikos paslaugas, dantų silantavimo paslaugas ir kt. Sumažinus aptarnaujamų asmenų skaičių, burnos higienistų paslaugas pacientai gaus greičiau nei šiuo metu. 2022 m. duomenimis, PAASP įstaigose dirbo 223 burnos higienistai. Papildomai planuojama įdarbinti ne mažiau kaip 64 burnos higienistus.

Siekiant gerinti slaugos paslaugų prieinamumą ir užtikrinti šių paslaugų teikimą ne darbo dienomis, 2024 m. planuojama didinti ambulatorinių slaugos paslaugų namuose, kai šios paslaugos

teikiamos ne darbo metu, kainą.

Nuo 2024 m. planuojama mokėti už specializuoto pavėžėjimo paslaugą – paciento transportavimą (nepriskirtiną skubiam transportavimui), lydint sveikatos priežiūros specialistui arba daugiau nei vienam specialistui (paramedikui, skubiosios medicinos pagalbos paramedikui, skubiosios medicinos pagalbos slaugos specialistui, bendrosios praktikos ir išplėstinės praktikos slaugytojui ar gydytojui), kai pacientui dėl lėtinės ligos ir (ar) būklės, ir (ar) sužeidimo padarinių transportavimo metu teikiama asmens sveikatos priežiūra arba yra didelė tokios priežiūros teikimo būtinumo tikimybė, ir (ar) reikalinga speciali gyvybės palaikymo, ir (ar) kita medicininė įranga. Ši paslauga bus teikiama asmenims, kuriems nustatyti specialieji poreikiai (šių paslaugų gavėjų Lietuvoje galėtų būti apie 40 tūkst.). Pasibaigus 2023 m. vykdomam bandomajam projektui, bus galima surinkti reikiamus duomenis ir nustatyti tikslų potencialių minėtos paslaugos gavėjų skaičių bei 2024 m. lėšų tokioms paslaugoms apmokėti poreikį.

2024 m. planuojama didinti palaikomosios medicininės reabilitacijos paslaugos bazinę kainą, atsižvelgiant į tai, kad šios reabilitacijos paslaugos teikiamos asmenims su negalia ir jų metu turi būti užtikrinamos asistento paslaugos, kurios anksčiau į kainą nebuvo įskaičiuojamos. Siūloma palaikomosios medicininės reabilitacijos bazinę kainą suvienodinti su antrinės stacionarinės medicininės reabilitacijos (reabilitacija II) įkainiu – tam papildomai reikės apie 1 000 tūkst. Eur PSDF biudžeto lėšų.

Ir toliau bus siekiama užtikrinti, kad pradinės ambulatorinės reabilitacijos paslaugų būtų suteikiama kuo daugiau. Numatoma diferencijuoti pradinės ambulatorinės reabilitacijos paslaugų kainas, atsižvelgiant į jų teikimo sąnaudas.

02 Vaistams, MPP (įskaitant ortopedijos technines priemones) ir medicinos priemonių nuomai

2024 m. vaistams, MPP (įskaitant ortopedijos technines priemones) ir medicinos priemonių nuomai numatoma skirti 634 054 tūkst. Eur. Prognozuojama, kad 2025 m. ir 2026 m. lėšos vaistams, MPP (įskaitant ortopedijos technines priemones) ir medicinos priemonių nuomai sudarys atitinkamai 707 887 tūkst. Eur ir 761 529 tūkst. Eur.

Pažymėtina, kad, atsižvelgiant į Įstatymo nuostatas, nuo 2024 m. pagal šį straipsnį bus apskaitomos PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP, taip pat išlaidos labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais, medicinos priemonių nuomai bei ortopedijos techninėms priemonėms ir medicinos priemonėms. Nuo 2024 m. gyventojams išduotų kompensuojamųjų vaistų ir MPP priemokos bus dengiamos valstybės biudžeto lėšomis pagal naują 06 išlaidų straipsnį „Valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimais“.

Kompensuojamiesiems vaistams ir MPP

2022 m. Lietuvoje kompensuojamuosius vaistus vartojo ir MPP naudojo apie 1,2 milijono pacientų, t. y. apie 43 proc. visų Lietuvos gyventojų (kitose ES šalyse – apie 40–60 proc. gyventojų) ir net 80 tūkst. daugiau pacientų nei 2021 m. (2021 m. – 1,12 milijono pacientų). Iš jų vyresnių kaip 60 metų gyventojų, vartojančių kompensuojamuosius vaistus ir naudojančių MPP, buvo apie 648 tūkst. (šis skaičius, palyginti su 2021 m., padidėjo 38 tūkst.), t. y. apie 54 proc. visų gyventojų, vartojusių kompensuojamuosius vaistus ir naudojusį MPP, arba apie 83 proc. visų tokio amžiaus Lietuvos gyventojų. 2022 m. Lietuvoje buvo kompensuotos apie 2 221 vaisto (prekiniu pavadinimu) įsigijimo išlaidos.

Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių paslaugų teikimo masto skiriama vis daugiau kompensuojamųjų vaistų ir atitinkamai didėja PSDF biudžeto išlaidos. Nuolat didėja slaugai naudojamų kompensuojamųjų MPP poreikis. 2024 m. bus siekiama didinti jau kompensuojamų MPP kiekį ir įtraukti į kompensavimo sistemą naujus efektyvius vaistus ir naujas MPP. Taip pat siekiama, kad kompensuojamųjų vaistų dalis, palyginti su visais receptiniais vaistais, didėtų, taip užtikrinant pacientų išlaidų vaistams mažėjimą.

PSDF biudžeto lėšų, skiriamų kompensuojamiesiems vaistams, poreikis didėja ir dėl numatomų įrašyti naujų bei jau įrašytų į Rezervinį vaistų sąrašą (šis sąrašas skelbiamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje) vaistų sunkioms ligoms gydyti, dėl vaistų, kurie pastaraisiais metais iš Rezervinio sąrašo buvo perkelti į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą), patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“, įsigijimo išlaidų kompensavimo, taip pat dėl papildomų jau kompensuojamų vaistų skyrimo sąlygų nustatymo.

Siekiant įgyvendinti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas – atsisakyti pacientų diskriminavimo pagal ligas ir užtikrinti socialinį teisingumą, šiuo metu visų įrašytų į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) kompensuojamųjų vaistų bazinės kainos kompensuojamos 100 procentų. Tik 17 bendrinių pavadinimų vaistų (0,1 proc. PSDF išlaidų vaistams ir MPP), įtrauktų į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą (B sąrašą), bazinės kainos ir toliau kompensuojamos 50 procentų.

Sėkmingą minėtų priemonių įgyvendinimą turėtų ateityje patvirtinti didėjantis išduodamų kompensuojamųjų generinių ir biopanašių vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių (angl. *Defined Daily Dose* – DDD) skaičius, palyginti su bendru išduodamų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiumi (2021 m. šio rodiklio reikšmė buvo 62,9 proc.). Pagal Vaistų politikos gaires siekiama, kad kompensuojamųjų generinių ir biopanašių vaistų DDD skaičius sudarytų daugiau kaip 75 proc. bendro suvartoto kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiaus.

Nuo 2024 m. sausio 1 d. PSDF biudžeto lėšomis bus pradėtos kompensuoti specialios medicininės paskirties maisto produktų, įrašytų į Kompensuojamųjų MPP sąrašą (C sąrašas), patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. spalio 6 d. įsakymu Nr. 529 „Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) patvirtinimo“, įsigijimo išlaidos pacientams, kuriems namuose taikoma enterinė mityba.

Centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP

Viena iš Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) funkcijų – netiesioginis (per asmens sveikatos priežiūros įstaigas) apdraustųjų aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais ir MPP. Šiuos vaistus ir priemones centralizuotai perka VLK ir paskirsto šalies ligoninėms. Centralizuotai perkami vaistai skiriami onkologinėms ligoms, miokardo infarktui ir smegenų insultui bei kitoms sunkioms ligoms gydyti. Taip pat centralizuotai perkamos įvairios MPP: dirbtiniai širdies vožtuvai, sąnarių endoprotezai, neurostimuliatoriai, tracheozofaginiai kalbamieji protezai ir kiti organų ar jų dalių protezai (kochleariniai implantai) bei pan. Nuolat nagrinėjamos paraiškos dėl naujų vaistinių preparatų ir MPP įrašymo į kompensavimo sąrašus ir priimami atitinkami sprendimai. Į Rezervinį vaistų sąrašą įrašomi nauji vaistiniai preparatai, kurie, skyrus lėšas, perkeliama į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymu Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“. 2024 m., tikėtina, prireiks daugiau lėšų centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP, nes numatoma, kad 2023 m. bus išnagrinėta daugiau paraiškų dėl vaistų ir MPP įrašymo į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą.

Išlaidos labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais

VLK organizuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. sausio 19 d. įsakymu Nr. V-67 „Dėl Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijos sudarymo“ 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 asmens sveikatos priežiūros įstaigų prašymus kompensuoti 318 pacientų (iš jų 98 – nauji pacientai), kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas. Naujiems pacientams gydyti pagal 2022 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. 2023 m. buvo pradėtos kompensuoti sergančiųjų generalizuota lipodistrofija, Fabri liga ir sunkios formos epilepsija gydymo išlaidos.

Medicinos priemonių nuomai

PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos šių medicinos priemonių nuomos išlaidos:

- dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų nuomos išlaidos. Iki 2023 m. pradžios dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų nuomos išlaidos buvo kompensuojamos apie 450 pacientų. Atsižvelgiant į nuolat didėjantį faktinį šių pacientų skaičių, prognozuojama, kad 2024 m. dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų nuomos išlaidos bus kompensuojamos apie 550 pacientų;
- ambulatorinio deguonies aparato nuomos išlaidos. Ambulatorinio deguonies aparato nuomos paslaugomis kasmet naudojasi apie 680 asmenų;
- insulino pompos. Nuo 2022 m. balandžio 1 d. insulino pompos kompensuojamos visiems sergantiesiems I tipo cukriniu diabetu, neatsižvelgiant į jų amžių. Prognozuojama, kad 2024 m. pradžioje gali būti iki 1 000 tokių pacientų. 2023 m. planuojama perskaičiuoti insulino pompų bazines kainas;
- nuo 2020 m. buvo pradėtos kompensuoti ir skausmo pompų nuomos išlaidos. Siekiant gerinti onkologinių ligonių aprūpinimą infuzinėmis pompomis, nuo 2022 m. IV ketvirčio buvo supaprastintos jų skyrimo sąlygos.

Tokių išlaidų kompensavimas leidžia efektyviau taikyti brangią medicinos įrangą slaugant pacientą namuose, palengvina paciento finansinę naštą, padeda sumažinti kai kurių ligoninių užimtumą ir užtikrinti racionalų PSDF biudžeto lėšų naudojimą.

Ortopedijos techninėms priemonėms ir medicinos priemonėms

Vadovaujantis Ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymu Nr. V-234 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“, PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos ortopedijos techninės priemonės ir medicinos priemonės. Ortopedijos techninėms priemonėms priskiriami galūnių protezai, krūčių protezai, pagal užsakymą individualiai gaminami įtvarai, serijiniu būdu gaminami įtvarai, pagal užsakymą individualiai pagaminta sudėtinga ortopedinė avalynė, pagal užsakymą individualiai pagaminta nesudėtinga ortopedinė avalynė ir batų įdėklai, o medicinos priemonėms priskiriamos kraujotakos sistemos gydamosios priemonės (vaikams po nudegimų), klausos aparatai (su individualiais ar standartiniais ausies įdėklais), akies protezai, ortodontiniai aparatai, akinių lęšiai ir elektroniniai balso aparatai. Apdraustieji ortopedijos technines priemones ir medicinos priemones gali įsigyti ortopedijos įmonėse ar ūkio subjektuose, kurie yra pasirašę sutartis su VLK dėl apdraustųjų aprūpinimo minėtomis priemonėmis. Hospitalizuoti apdraustieji ortopedijos techninėmis priemonėmis aprūpinami tose stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose, kuriose yra gydomi. Per metus vidutiniškai kompensuojamos apie 104 tūkst. ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių (3 metų duomenys). Iš jų didžiausią dalį (48 proc.) sudaro pagal užsakymą gaminama ortopedinė avalynė ir batų įdėklai. Kompensuojamosiomis ortopedijos techninėmis priemonėmis ir medicinos priemonėmis per metus aprūpinama vidutiniškai 69 tūkst. apdraustųjų (3 metų duomenys). Ortopedijos techninės priemonės ir medicinos priemonės gali būti kompensuojamos ir tiesiogiai apdraustiesiems, įsigijusiems šias priemones savo lėšomis. Per 2023 m. 9 mėnesius šias priemones įsigijo 40 apdraustųjų (jiems kompensuoti 23 239 Eur).

Patvirtintos PSDF biudžeto lėšos ortopedijos techninėms priemonėms kompensuoti paskirstomos pagal šių priemonių poklasių. Nuo 2023 m. pradėti kompensuoti elektroniniai balso aparatai (kaip medicinos priemonės). 2024 m. planuojama pradėti kompensuoti akinių lęšius

ikimokyklinio amžiaus vaikams, kuriems nustatytas regos sutrikimas. Be to, numatoma perskaičiuoti dalies klausos aparatų, dantų breketų ir ortodontinių plokštelių bazines kainas.

Pažymėtina, kad ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių finansavimas yra svarbus ne tik pacientui, bet ir valstybei, nes tinkamai pritaikytos šios priemonės neįgaliajam iš dalies arba beveik visiškai grąžina prarastą funkciją, tai reiškia – padidėja žmogaus galimybės savarankiškai gyventi ir dirbti.

03 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti

2024 m. sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms numatoma skirti 204 028 tūkst. Eur. Prognozuojama, kad 2025 m. ir 2026 m. šios išlaidos atitinkamai sudarys 220 989 tūkst. Eur ir 229 927 tūkst. Eur.

Svarbu paminėti tai, kad iki 2024 m. pagal šį išlaidų straipsnį buvo skiriamos lėšos kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai donorystei propaguoti. Šios lėšos nuo 2024 m. bus skiriamos pagal naują 06 išlaidų straipsnį „Valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimais“.

Didelis dėmesys skiriamas prevencinėms programoms. 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 vėžio ir kitų sunkių ligų. Prevencinė patikra – geriausias būdas aptikti ankstyvosios stadijos ligą. Pagal prevencines programas 2022 m. pasitikrino 905 tūkst. žmonių, t. y. 4 proc. daugiau nei 2021 m. (2021 m. pasitikrino 874 tūkst. žmonių). PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos šios prevencinės programos:

- Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programa (ši programa skirta moterims nuo 25 iki 60 metų),

- Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa (ši programa skirta moterims nuo 50 iki 70 metų),

- Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programa (ši programa iki 2023 m. gegužės 1 d. buvo skirta vyrams nuo 40 iki 55 metų ir moterims nuo 50 iki 65 metų, o nuo 2023 m. gegužės 1 d. – visiems asmenims nuo 40 iki 61 metų). Pacientų rizika sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis skirstoma į mažą, vidutinę, didelę arba labai didelę. Pagal nustatytą riziką priklauso, kokių periodiškumu pacientas gali gauti šioje programoje numatytas paslaugas: 1) jei nustatoma maža ar vidutinė rizika, asmuo tikrintis pagal programą kitą kartą bus kviečiamas po 4 metų; 2) jei nustatoma didelė rizika – po 2 metų; 3) jei nustatoma labai didelė rizika – po 1 metų. Jei pacientui nustatoma didelė arba labai didelė rizika sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis, sudaromas Asmens pirminės širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos priemonių planas, kuriame nurodomi siektini paciento kūno masės indekso, arterinio kraujospūdžio ir mažo tankio lipoproteinų cholesterolio koncentracijos kraujo serume rodikliai, jų kontrolės būdai ir terminai, gyvenimo būdo keitimo rekomendacijos.

- Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa (ši programa skirta vyrams nuo 50 iki 70 metų ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu),

- Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa (ši programa skirta asmenims nuo 50 iki 75 metų).

Taip pat PSDF biudžeto lėšos pagal šį išlaidų straipsnį skiriamos:

- Transplantacijos programai,
- dantų protezavimo paslaugoms,
- skubiai konsultacinei sveikatos priežiūrai pagalbai,
- Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti,
- vaistų nuo tuberkuliozės įsigijimo išlaidoms kompensuoti,
- Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti bei tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidoms kompensuoti ir kt.,

- COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) vakcinacijos ir gydymo programos priemonėms finansuoti. Šios išlaidos 2022 m. ir 2023 m. buvo apmokamos PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšomis, o 2024 m. planuojama jas apmokėti planinėmis PSDF biudžeto

lėšomis.

Paminėtina, kad nuo 2023 m. liepos 1 d., vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 4 d. įsakymu Nr. V-7 „Dėl Mirusio žmogaus audinių ir organų donorystės, asmens sveikatos priežiūros paslaugų koordinavimo ir teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, trijuose regionų donorystės paslaugų centruose įsteigta donorystės paslaugų koordinatoriaus pareigybė. Koordinatoriai jiems priskirtuose regionuose skatina donorystę, konsultuoja regiono asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistus, vertina potencialius donorus. Numatoma, kad dėl koordinatorių veiklos bus suteikta daugiau transplantacijos paslaugų.

Taip pat ateinančiais metais planuojama didinti sveikatos programose numatytų paslaugų bazinės kainas, siekiant gydymo įstaigoms sudaryti galimybes didinti jose dirbančių darbuotojų darbo užmokestį.

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

2024 m. privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti numatoma skirti 37 419 tūkst. Eur. Pagal Įstatymo 21 straipsnį šioms išlaidoms apmokėti gali būti skiriama iki 2 proc. PSDF biudžeto lėšų. 2024 m. numatoma, kad šioms išlaidoms apmokėti bus skiriama 1,1 procento PSDF biudžeto lėšų.

Dėl numatomo VLK ir teritorinių ligonių kasų (toliau – TLK) reorganizavimo planuojama skirti daugiau lėšų privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti. Numatoma, kad dėl šios priežasties 2024 m. veiklos išlaidos padidės apie 1 mln. Eur. Ilgainiui VLK ir TLK funkcijos persiskirstys, padidės veiklos efektyvumas, o tai turės įtakos ir veiklos išlaidų racionalizavimui.

Svarbu paminėti, kad šios lėšos naudojamos ne vien tik ligonių kasų veiklai finansuoti, bet ir pačios privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti, pvz., šiomis lėšomis yra apmokamos gyventojams nemokamai išduodamų privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimų, Europos sveikatos draudimo kortelių, gydytojams nemokamai išduodamų jų tapatybę patvirtinančių lipdukų pagaminimo išlaidos, taip pat užtikrinama Draudžiamųjų registro veikla, privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ (toliau – „Sveidra“) veikla, Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos veikla, Europos duomenų mainų informacinės sistemos ir kitų VLK valdomų informacinių sistemų veikla, prižiūrimas minėtų valstybės sistemų nuolatinis funkcionavimas ir padengiamos kitos būtinosios privalomojo sveikatos draudimo sistemos išlaidos. Šiomis lėšomis vykdomi itin svarbūs informacinių technologijų (toliau – IT) projektai, pvz.:

- kuriama bendra ligoninių išteklių valdymo ir apskaitos sistema (VLIVAS);
- dalyvaujama kuriant sveikatos priežiūros paslaugų kokybės vertinimo rodiklių švieslentę;
- planuojama sudaryti sutartį su kita Europos Sąjungos ar NATO valstybe dėl VLK informacinių sistemų ir duomenų rezervinių kopijų saugojimo;
- tobulinamas Draudžiamųjų registras, siekiant optimizuoti šiame registre naudojamus algoritmus, mažinti tvarkomų duomenų apimtį ir rankinį darbą;
- modifikuojama „Sveidra“, siekiant atnaujintais įrankiais tvarkyti šios informacinės sistemos duomenis, optimizuoti ir efektyviau vykdyti sveikatos priežiūros paslaugų apskaitą, skaitmenizuoti sutarčių su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis sudarymo procesą ir užtikrinti jo valdymą, tobulinti vaistinių, ortopedijos įmonių ir kitų subjektų sutarčių, sudaromų su VLK ir TLK, portalą, įdiegiant daugiau funkcijų, leidžiančių administruoti 3 naujų tipų sutartis. „Sveidros“ funkcijos modifikuojamos atsižvelgiant į Įstatymo pakeitimus, susijusius su draudžiamųjų asmenų aibės papildymu dėl legalių ir nelegalių migrantų bei pasitraukusių iš Ukrainos dėl karinių veiksmų užsieniečių asmens duomenų registravimo ir tolesnio jų duomenų tvarkymo, siekiant gerinti keitimąsi asmens duomenimis su kitomis valstybės institucijomis ir užtikrinti, kad užsieniečiai gautų tinkamos apimties asmens sveikatos priežiūros paslaugas;
- vykdomas VLK duomenų centro, kaip valstybinio duomenų centro, įteisinimas, rezervinio duomenų centro įrengimas, įdiegiant reikiamą įrangą ir optinio ryšio kanalu sujungiant pagrindinį ir rezervinį duomenų centrus;

- modifikuojama Eilių ir atsargų valdymo informacinė sistema, siekiant užtikrinti sklandų kompensuojamojo sąnario endoprotezo skyrimo eilės administravimą, centralizuotai apmokamų vaistų ir MPP apskaitą, medicinos prietaisų nuomos ir kitus procesus;
- vykdomi IT projektai, susiję su 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamento (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46/EB (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas) reikalavimų įgyvendinimu VLIK valdomose informacinėse sistemose;
- vykdomas naujos Kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir kompensuojamųjų MPP kainų deklaravimo ir kainyno sudarymo informacinės sistemos „iDRUG“ versijos sukūrimo projektas;
- kuriami IT įrankiai, leidžiantys automatiniu būdu surinkti ir apdoroti asmens sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių sutartis su TLK, finansinės veiklos ataskaitų duomenis bei darbuotojų darbo užmokesčio duomenis;
- tobulinamas elektroninių paslaugų teikimas gyventojams, plėtojant informavimą apie tai, kiek PSDF biudžeto lėšų sumokėta už jiems suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas;
- plėtojama IT infrastruktūra, vykdomi jos atnaujinimo, saugos užtikrinimo projektai ir kt.

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

2024 m. VSDF veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF biudžetą, kompensuoti numatoma skirti 2 954 tūkst. Eur. Prognozuojama, kad 2025 m. ir 2026 m. šios išlaidos atitinkamai sudarys 3 186 tūkst. Eur ir 3 344 tūkst. Eur.

06 Valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimais

Įgyvendinant nuo 2024 m. sausio 1 d. įsigaliosiančias Įstatymo nuostatas, ateinančiais metais valstybės deleguotos funkcijos bus finansuojamos pagal naują (atskirą) išlaidų straipsnį. 2024 m. valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimais numatoma skirti 167 337 tūkst. Eur.

Pagal šį straipsnį bus apmokamos paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti išlaidos, t. y. greitosios medicinos pagalbos paslaugos (iki 2024 m. jos buvo apmokamos pagal PSDF biudžeto 01 išlaidų straipsnį). Tai asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios teikiamos siekiant laiku suteikti pacientui reikalingą medicinos pagalbą jo buvimo vietoje ir prireikus transportuoti sergantį ar sužeistą pacientą į asmens sveikatos priežiūros įstaigą. Nuo 2023 m. liepos 1 d. šias paslaugas teikia ir lėšas už jas gauna darbą pradėjusi bendra greitosios medicinos pagalbos tarnyba.

Pagal šį išlaidų straipsnį, kaip minėta pirmiau, bus skiriamos lėšos kraujo donorų kompensacijoms mokėti ir neatlygintinai donorystei propaguoti. Taip pat bus apmokamos privalomąją karo tarnybą atliekančių karių ir padariusių pavojingą veiką asmenų, kuriems paskirtos priverčiamosios medicininio pobūdžio priemonės, sveikatos priežiūros išlaidos, neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims, užsieniečiams ir jų vaikams suteiktos būtinosios medicinos pagalbos ir būtinųjų paslaugų išlaidos bei šių vaikų skiepavimo pagal Nacionalinę imunoprofilaktikos programą bei profilaktinių sveikatos tikrinimų išlaidos.

Taip pat pagal šį straipsnį bus dengiamos gyventojams išduotų kompensuojamųjų vaistų ir MPP priemokos (iki 2024 m. šios priemokos buvo dengiamos pagal PSDF biudžeto 02 išlaidų straipsnį). Tai taikoma labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, t. y. 75 metų ir vyresniems pacientams, mažas pajamas gaunantiems asmenims, vyresniems kaip 65 metų, bei neįgaliesiems, – jiems suteikta galimybė gauti kompensuojamuosius vaistus ir MPP nemokant paciento priemokos. Šių asmenų 2022 m. buvo 341 tūkst. (arba 27,6 proc. visų gyventojų, vartojusių kompensuojamuosius vaistus ir naudojusį MPP), t. y. šis skaičius sumažėjo 1 proc., palyginti su 2021 m. (345 tūkst. asmenų). Šie asmenys pacientų priemokų nemokės ir 2024 metais. 2022 m. priemokoms padengti buvo išleista 19 mln. Eur, t. y. 3,3 mln. Eur daugiau nei 2021 m. (2021 m.

priemokų suma sudarė 15,7 mln. Eur).

Pažymėtina, kad nuo 2023 m. liepos 1 d. valstybės biudžeto lėšomis dengiamos priemokos ir tų pacientų, kurių išlaidos mokant priemokas (nuo metų pradžios) už pigiausius vaistus buvo didelės. Sukaupę nustatyto dydžio priemokų krepšelį, šie pacientai iki metų pabaigos už pigiausius vaistus vaistinėje priemokų mokėti neturės.

Be jau minėtų išlaidų, pagal šį straipsnį būtų apmokamos PSDF biudžeto lėšomis nekompensuotinos išlaidos pagal įgaliotų asmenų priimtus sprendimus, jei Lietuvos Respublikos Seimas įvestų tiesioginį valdymą, karo, nepaprastąją padėtį, paskelbtą mobilizaciją ar priimtų sprendimą panaudoti ginkluotąsias pajėgas, taip pat jei Lietuvos Respublikos Vyriausybė paskelbtų valstybės lygio ekstremaliąją situaciją ir (ar) karantiną visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje. Tokios išlaidos ateinančių metų PSDF biudžete nėra planuojamos.

III. NUMATOMI LĖŠŲ LIKUČIAI METŲ PRADŽIOJE IR PABAIGOJE

Numatoma, kad PSDF biudžeto apyvartos lėšų likutis pagal 2024–2026 m. sausio 1 d. duomenis kasmet turėtų sudaryti po 5 792 tūkst. Eur, o numatomas ateinančių metų PSDF biudžeto rezervas metų pradžioje ir metų pabaigoje – 637 392 tūkst. Eur (pagrindinė šio rezervo dalis turėtų sudaryti 51 917 tūkst. Eur, t. y. 1,5 proc. 2024 m. planuojamų pajamų, o rizikos valdymo dalis – 585 475 tūkst. Eur).

2024–2026 m. PSDF biudžeto rezervo nenumatoma papildyti planinėmis PSDF biudžeto pajamomis.

Remiantis Lietuvos Respublikos finansų ministerijos 2023 m. rugsėjo mėn. paskelbtomis Lietuvos ekonominių rodiklių projekcijomis, ateinančių metų PSDF biudžetas kartu su lėšų likučiais turėtų sudaryti 5,4 proc. bendrojo vidaus produkto (to meto kainomis).