

**LIETUVOS RESPUBLIKOS 2019 METŲ PRIVALOMOJO
SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO
METINIŲ ATASKAITŲ RINKINIO AIŠKINAMASIS RAŠTAS**

Turinys

I. ĮŽANGA	3
II. ĮPLAUKOS.....	4
III. IŠLAIDOS.....	6
<i>01 ASP paslaugoms.....</i>	<i>7</i>
<i>02 Vaistams ir MPP</i>	<i>21</i>
<i>03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui</i>	<i>24</i>
<i>04 Ortopedijos technikos priemonėms</i>	<i>25</i>
<i>05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms</i>	<i>26</i>
<i>06 Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms</i>	<i>37</i>
<i>07 Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, kompensuoti</i>	<i>39</i>
<i>08 PSDF biudžeto rezervui sudaryti.....</i>	<i>39</i>
IV. LIKUČIAI	39

LIETUVOS RESPUBLIKOS 2019 METŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMO METINIŲ ATASKAITŲ RINKINIO AIŠKINAMASIS RAŠTAS

I. ĮŽANGA

Lietuvos Respublikos 2019 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto vykdymo metinių ataskaitų rinkinys parengtas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu (toliau – Sveikatos draudimo įstatymas), Lietuvos Respublikos viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu, PSDF biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėmis, patvirtintomis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimu Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“, Lietuvos Respublikos finansų ministro 2008 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. 1K-465 „Dėl Valstybės ir savivaldybių biudžetinių įstaigų ir kitų subjektų žemesniojo lygio biudžeto vykdymo ataskaitų sudarymo taisyklių ir formų patvirtinimo“ ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus 2017 m. vasario 27 d. įsakymu Nr. 1K-44 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių teikimo tvarkos aprašo bei ataskaitų formų patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos 2019 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinių ataskaitų rinkinio aiškinamąjį raštą (toliau – Aiškinamasis raštas) sudaro keturi skyriai. Aiškinamajame rašte informacija pateikiama pagal kiekvieną pagrindinį PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų straipsnį, taip pat paaiškinami ataskaitose nurodytų įplaukų ir išlaidų duomenys, apibūdinami svarbiausi VLK veiklos pokyčiai. Visi duomenys Aiškinamajame rašte pateikiami Europos Sąjungos (toliau – ES) bendrąja valiuta – eurai.

II. ĮPLAUKOS

2019 m. PSDF biudžeto įplaukos sudarė 2 024 834 tūkst. Eur (2 mlrd. Eur).

ĮPLAUKOS							
PSDF biudžeto straipsnio		Ataskaitinio laikotarpio sumos, tūkst. Eur			Skirtumas, tūkst. Eur		
kodas	pavadinimas	planuotos	gautinos	gautos	gautinos ir planuotos sumos	gautos ir gautinos sumos	gautos ir planuotos sumos
1	2	3	4	5	(4-3)	(5-4)	(5-3)
01	PSDF įmokos	1 442 201	1 661 253	1 390 521	219 052	-270 732	-51 680
03	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, iš jų:	598 532	598 532	598 532	0	0	0
03 01	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	562 124	562 124	562 124	0	0	0
03 02	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai	36 408	36 408	36 408	0	0	0
04	Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos	0	4	4	4	0	4
05	Savanoriškos asmenų įmokos	2 424	2 390	2 390	-34	0	-34
06	Išieškomos ar grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą	2 588	2 428	2 784	-160	356	196
07	Lėšos, grąžintinos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis	12 000	27 834	27 484	15 834	-350	15 484
08	Kitos pajamos	2 047	4 326	3 119	2 279	-1 207	1 072
Iš viso įplaukų		2 059 792	2 296 766	2 024 834	236 974	-271 932	-34 958

01 Privalomojo sveikatos draudimo įmokos

2019 m. iš viso į PSDF biudžetą buvo pervesta 1 390 521 tūkst. Eur (51 680 tūkst. Eur mažiau, nei buvo planuota) privalomojo sveikatos draudimo įmokų ir su jomis susijusių sumų. 2019 m. gruodžio 31 d. duomenimis, gautina įmokų suma (kreditinis įsiskolinimas PSDF biudžetui) sudarė 282 359 tūkst. Eur. Pažymėtina, kad nuo 2016 m. sausio 1 d. visų kategorijų asmenų (dirbančiųjų, valstybės tarnautojų, statutinių tarnautojų, ūkinių bendrijų narių, individualių įmonių savininkų, individualią veiklą be verslo liudijimo vykdančių asmenų ir kitoms draudžiamųjų kategorijoms priskiriamų asmenų) mokamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas administruoja Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos administravimo įstaigos.

03 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai

Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai 2019 m. sudarė 598 532 tūkst. Eur, iš jų:

– Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už 1,5 mln. apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji), draudžiamų valstybės lėšomis (daugiau nei pusė Lietuvos Respublikos gyventojų), sudarė 562 124 tūkst. Eur, t. y. buvo gautos visos planuotos pajamos. 2019 m. valstybės biudžeto įmoka, mokama už apdraustąjį valstybės lėšomis, sudarė 373,1 Eur (per metus). Palyginti su 2018 m. (321,4 Eur), ši įmoka padidėjo 16,1 procento.

– Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai valstybės pavestoms funkcijoms vykdyti sudarė 36 408 tūkst. Eur.

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

04 Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos

Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos 2019 m. sudarė 4 tūkst. Eur.

05 Savanoriškos asmenų įmokos

Savanoriškos asmenų įmokos sudarė 2 390 tūkst. Eur. Šios lėšos, pervestos į PSDF biudžetą pagal Rusijos Federacijos gynybos ministerijos ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1996 m. rugpjūčio 15 d. Susitarimo protokolus (patikslintus 1998 m. spalio 15 d. protokolu), kuriuos 2009 m. sausio 19 d. pasirašė Socialinio aprūpinimo skyrius prie Rusijos Federacijos ambasados Lietuvos Respublikoje ir VLK, buvo skirtos Rusijos Federacijos kariškių pensininkų ir jų šeimos narių, nuolat gyvenančių Lietuvos Respublikoje, sveikatos priežiūrai. Už vieno Rusijos Federacijos kariškio pensininko ir jo šeimos nario sveikatos priežiūrą Rusijos Federacija moka tiek pat, kiek iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto mokama už vieną apdraustąjį, draudžiamą valstybės lėšomis (2019 m. – 373,1 Eur per metus).

06 Išieškomos ar grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą

Išieškomos ar grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą sudarė beveik 2 784 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 343,9 tūkst. Eur;
- iš vaistinių išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai išduotus vaistus ir medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP) ar neteisėtai už juos pateiktas apmokėti sąskaitas sudarė beveik 0,7 tūkst. Eur;
- iš fizinių ir juridinių asmenų išieškomos lėšos už apdraustojo sveikatai padarytą žalą ir už kitą PSDF biudžetui padarytą žalą sudarė 2 427,8 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;
- iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai išrašytus ir išduotus vaistus bei MPP sudarė 11,4 tūkst. Eur;
- iš ūkio subjektų, su kuriais sudarytos medicinos priemonių (prietaisų), būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų apmokėjimo sutartys, lėšų išieškota nebuvo.

07 Lėšos, grąžintinos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis, sudarė 27 484 tūkst. Eur.

08 Kitos pajamos.

Kitos pajamos sudarė 3 119 tūkst. Eur, iš jų:

- ES šalių narių pervedamos lėšos už ES šalių apdraustųjų gydymą Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros (toliau – ASP) įstaigose – 2 993 tūkst. Eur;
- pajamos už Europos sveikatos draudimo kortelių pakartotinį išdavimą – kiek daugiau nei 14 tūkst. Eur;
- pajamos už kompensuojamųjų vaistų pasų pakartotinį išdavimą – 22 tūkst. Eur;
- kitos pajamos – 90 tūkst. Eur.

III. IŠLAIDOS

Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintame 2019 m. PSDF biudžete išlaidoms buvo numatyta 2 059 792 tūkst. Eur, o iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies buvo skirta dar 55 381 tūkst. Eur. Iš viso PSDF biudžeto išlaidų planą sudarė 2 115 173 tūkst. Eur. 2019 m. PSDF biudžeto išlaidos pagal priimtus įsipareigojimus sudarė 2 103 438 tūkst. eurų – išlaidų planas buvo įvykdytas 99 procentais.

IŠLAIDOS								
PSDF biudžeto straipsnio		Ataskaitinio laikotarpio sumos, tūkst. Eur				Prisiimtų įsipareigojimų ir planuotos sumos skirtumas		
		planuotos	iš jų:		pagal prisiimtus įsipareigojimus			sumokėta
			biudžeto lėšos	skirtos rezervo lėšos				
kodas	pavadinimas	(4+5)					tūkst. Eur	proc.
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01	ASP paslaugoms	1 396 447	1 391 419	5 028	1 395 144	1 363 192	-1 303	100
02	Vaistams ir MPP	399 547	349 193	50 354	394 207	397 454	-5 340	99
03	Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui	58 959	58 959	0	59 274	58 959	315	101
04	Ortopedijos technikos priemonėms	12 110	12 110	0	11 747	11 774	-363	97
05	Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms	118 764	118 764	0	116 457	115 699	-2 307	98
06	Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir ši draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms	21 902	21 902	0	19 801	19 783	-2 101	90
07	Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms, susidarantioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF, kompensuoti	2 445	2 445	0	1 807	2 358	-638	74
08	PSDF biudžeto rezervui sudaryti	105 000	105 000	0	105 000	105 000	0	0
Iš viso išlaidų		2 115 173	2 059 792	55 381	2 103 438	2 074 219	-11 735	99

PSDF biudžeto rezervo lėšos (55 381 tūkst. Eur) buvo skirtos suteiktų ASP paslaugų išlaidoms pagal 01 išlaidų straipsnį apmokėti (5 027,7 tūkst. Eur), kompensuojamiesiems vaistams ir MPP (38 603,6 tūkst. Eur) bei centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP (11 750 tūkst. Eur).

Siekiant didinti ASP įstaigų medicinos personalo darbo užmokestį, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. spalio 24 d. įsakymu Nr. V-1208 buvo sudaryta derybinė grupė, kuri kartu su Jungtinės profesinių sąjungų atstovybės atstovais 2017 m. gruodžio 13 d. pasirašė kolektyvinių derybų susitarimą Nr. S-391 (toliau – Susitarimas). Susitarimo 4 ir 5 punktuose nustatyta siekiamybė, kad gydytojų vidutinis darbo užmokestis 2020 m. antrojo pusmečio pradžioje būtų ne mažesnis kaip 3 šalies vidutiniai darbo užmokesčiai, o slaugytojų – ne mažesnis kaip 1,5 šalies vidutinio darbo užmokesčio. Susitarimo nuostatomis įgyvendinti 2017–2019 m. buvo skirtos PSDF biudžeto ir rezervo lėšos. Planuojant 2019 m. PSDF biudžetą, šios lėšos buvo numatytos iš anksto – dalis lėšų (41,2 mln. Eur) buvo skirta ASP paslaugų bazinėms kainoms ir šių paslaugų finansavimui nuo 2019 m. rugsėjo 1 d. didinti, tad ASP įstaigų dirbančių gydytojų, slaugytojų ir kito personalo, teikiančio ASP paslaugas, vidutinis darbo užmokestis, tenkantis etatui (bruto), padidėjo:

ASP įstaigų personalo grupės	Vidutiniškai 2019 m. sausio–rugsėjo mėn., Eur	Vidutiniškai 2019 m. rugsėjo–gruodžio mėn., Eur	Pokytis, Eur	Pokytis, proc.
ASP įstaigose dirbančių gydytojų vidutinis darbo užmokestis (VDU)	2 472	2 770	298	12
ASP įstaigose dirbančių slaugytojų VDU	1 238	1 411	173	14
Kito personalo, teikiančio ASP paslaugas, VDU	1 093	1 252	159	15

Informacija apie gydytojų ir slaugytojų darbo užmokestį skelbiama VLK interneto svetainėje: <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/gydytojuirslaugytojudarbauzmokestis>.

2019 m. gruodžio 31 d. duomenimis, PSDF biudžeto kreditinis įsiskolinimas iš viso siekė 207 049 tūkst. Eur.

01 ASP paslaugoms

2019 m. ASP paslaugoms apmokėti buvo skirta iš viso 1 396 447 tūkst. Eur, įskaitant 5 028 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų, skirtų viršsutarinėms paslaugoms (paslaugoms, kurių buvo suteikta daugiau, nei numatyta sutartyje) apmokėti.

Pagal 2019 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma už pacientams suteiktas ASP paslaugas sudarė 1 395 144 tūkst. Eur, buvo sumokėta 1 363 192 tūkst. Eur.

2019 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už gruodžio mėnesį suteiktas ASP paslaugas siekė 160 110 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.

Lėšos, skiriamos ASP paslaugoms apmokėti, sudaro pagrindinę PSDF biudžeto išlaidų dalį. ASP paslaugas gali teikti tik gydymo įstaigos, turinčios licencijas ir reikiamus žmogiškuosius bei materialinius išteklius. Už minėtas paslaugas mokama pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas bazines kainas (šios kainos skaičiuojamos balais), taikant atitinkamą šių bazinių kainų balo vertę. 2019 m. teisės aktais nustatyta ASP paslaugų bazinių kainų balo vertė (ji galioja atsiskaitant už paslaugas, suteiktas nuo 2016 m. sausio 1 d.) buvo lygi 1 Eur arba siekė iki 1 euro.

01 01 Pirminės ambulatorinės ASP paslaugoms

Pastaraisiais metais pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugos mūsų valstybėje yra laikomos prioritetine sveikatos priežiūros sritimi. 2019 m. buvo padidintos vieno gyventojo PAASP paslaugų metinės bazinės kainos ir atitinkamai šioms paslaugoms skirtos PSDF biudžeto lėšos: iš viso 2019 m. PAASP paslaugoms apmokėti buvo skirta 266 871,7 tūkst. Eur, t. y. 19 proc. daugiau nei 2018 metais. Faktiškai iš šių lėšų buvo panaudota 266 295,1 tūkst. Eur.

Įgyvendinant Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 m. veiksmų planą¹ numatytą priemonę – PAASP paslaugoms tenkančių lėšų dalį procentais, palyginti su bendromis ASP paslaugoms skiriamomis lėšomis, kasmet didinti ne mažiau kaip po 0,25 proc., 2019 m. PAASP paslaugoms tenkanti lėšų dalis buvo padidinta 1,4 proc., palyginti su 2018 m., ir sudarė 19,1 proc. visų ASP paslaugoms skirtų PSDF lėšų (t. y. 01 PSDF biudžeto išlaidų straipsnyje numatytų lėšų) (2018 m. ši dalis sudarė 17,7 proc.).

2019 m. lėšų, kurios skiriamos kaip skatinamasis priedas už kai kurias PAASP paslaugas, kaip papildomas mokėjimas už gerus darbo rezultatus, kaip priemoka už prirašytų prie šeimos gydytojo gyventojų aptarnavimą, priemoka už gyventojo, turinčio specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, priemoka už kaimo gyventojų aptarnavimą, priemoka, skiriama toms PAASP įstaigoms, kurios yra akredituotos teikti šeimos gydytojo paslaugas bei kt., dalis sudarė 29,47 proc. lėšų, mokamų už PAASP paslaugas. Siekiant intensyvesnio nėščiųjų ištyrimo dėl hepatito B viruso bei gestacinio diabeto rizikos, nuo 2019 m. PAASP paslaugas teikiančios įstaigos buvo pradėtos skatinti² už dviejų naujų PAASP paslaugų teikimą (už šias paslaugas mokamas skatinamasis priedas) nėščiosios kraujo tyrimo atlikimą dėl hepatito B ir gliukozės tolerancijos mėginio atlikimą. Siekiant skatinti intensyvesnį vaikų psichomotorinės raidos vertinimą, nuo 2019 m. PAASP įstaigoms buvo

¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. rugsėjo 26 d. įsakymas Nr. V-1104 „Dėl Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų plano patvirtinimo“.

² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gruodžio 13 d. įsakymas Nr. V-1436 „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“.

pradėtas mokėti skatinamasis priedas už vaikų psichomotorinės raidos vertinimą³. Gerinant PAASP paslaugų prieinamumą bendrojo lavinimo mokyklą lankantiems asmenims ir siekiant skatinti PAASP įstaigas užtikrinti pilnamečių asmenų, lankančių bendrojo lavinimo mokyklą, sveikatos priežiūrą, 2019 m. buvo padidinta PAASP paslaugos (vaiko paruošimas ikimokyklinio ugdymo įstaigai, priešmokyklinio ugdymo įstaigai arba mokyklai), už kurią mokamas skatinamasis priedas, aprėptis.

2019 m. buvo nustatyti 9 nauji PAASP gerų darbo rezultatų rodikliai ir pradėta finansiškai skatinti už jų vykdymą. 2019 m. buvo padidinta lėšų suma, skiriama už gerus darbo rezultatus (šeimos gydytojo komandos, pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros ir ambulatorinės odontologinės sveikatos priežiūros) – suma, skirta už gerus darbo rezultatus, sudarė 36 061,1 tūkst. Eur⁴, t. y. 16 244,5 tūkst. Eur (82 proc.) daugiau nei 2018 metais. 2019 m. lėšų suma, skirta už gerus darbo rezultatus, sudarė 13,5 proc. visų 2019 m. PAASP skirtų lėšų. Tuo tarpu 2018 m. lėšų suma, skirta už 2018 m. gerus darbo rezultatus, sudarė 19 816,6 mln. Eur, tai yra 9 proc. bendros lėšų sumos, skirtos PAASP.

2019 m. PAASP paslaugoms skirtos lėšos (iš viso metų pabaigoje) (266 871,7 tūkst. Eur)			
70,5 proc. (pagrindinis mokėjimas)	29,5 proc. (papildomi mokėjimai)		
I. Mokėjimas metinėmis bazinėmis kainomis už prirašytų gyventojų sveikatos priežiūrą (188 214,7 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 prirašymą prie šeimos gydytojo, priedas už gyventojų, turinčio specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, priedas, mokamas PAASP įstaigai, akredituotai teikti šeimos gydytojo paslaugas, ir t. t. (16 677,9 tūkst. Eur)	III. Papildomas mokėjimas už gerus PAASP įstaigos darbo rezultatus (36 061,1 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 (25 918,0 tūkst. Eur): 23 paslaugų grupės, pvz.: fiziologinio nėštumo priežiūra, moksleivių paruošimas mokyklai, neįgaliųjų sveikatos priežiūra ir kt.

2019 m. padidinta vieno gyventojų PAASP (išskyrus pirminės ambulatorinės odontologinės ir pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros) paslaugų metinė bazinė kaina sudarė sąlygas PAASP paslaugas teikiančiai įstaigai įdarbinti papildomą šeimos gydytojo komandos narį – slaugytojo padėjėją ir (ar) gyvensenos medicinos specialistą, ir (ar) socialinį darbuotoją, ir (ar) kineziterapeutą.

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 yra suteikiamos per 7 kalendorines dienas, palyginti su bendru apylinkių skaičiumi, nuolat daugėja – 2019 m. didžioji dalis šeimos gydytojų savo prirašytiems pacientams suteikė paslaugas per įstatyme numatytus terminus.

³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. liepos 18 d. įsakymas Nr. V-856 „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“.

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. sausio 24 d. įsakymas Nr. V-101 „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“.

01 02 greitosios medicinos pagalbos paslaugoms

2019 m. greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugoms apmokėti iš viso buvo skirta 60 198 tūkst. eurų PSDF biudžeto lėšų, t. y. 8 proc. daugiau nei 2018 metais.

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

PSDF biudžeto lėšomis mokama⁵:

- 1) už GMP dispečerinės tarnybos teikiamas paslaugas (apmokama bazinėmis kainomis pagal statistinį aptarnaujamos teritorijos gyventojų skaičių);
- 2) už GMP budinčių brigadų teikiamas paslaugas (apmokama diferencijuotomis metinėmis bazinėmis kainomis pagal statistinį aptarnaujamos teritorijos gyventojų skaičių);
- 3) skatinamieji priedai už GMP paslaugas;
- 4) už gerus GMP darbo rezultatus (operatyvumą ir intensyvumą);
- 5) klasterinės funkcijos užtikrinimo organizacinis priedas (skiriamas atsižvelgiant aptarnaujamos klasterinės teritorijos statistinį gyventojų skaičių)⁶.

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

2019 m. rugsėjo mėnesį, siekiant užtikrinti efektyvesnę GMP paslaugų teikimą, šalyje buvo padidintas GMP brigadų skaičius ir sudaryta galimybė steigti iki 20 papildomų nuolatinių pažangaus gyvybės palaikymo GMP brigadų (toliau – klasterinė GMP brigada), skirtų užtikrinti asmenų, patyrusių insultą, infarktą ir (ar) sunkių sužalojimų (traumų), transportavimą į artimiausius sveikatos apsaugos ministro įsakymu nustatytus insultų, infarktų ir traumų gydymo centrus. Penkiose šalies regionų GMP stotyse, t. y. Vilniaus VšĮ GMP stotyje, VšĮ Kauno miesto GMP stotyje, VšĮ Klaipėdos GMP stotyje, VšĮ Panevėžio miesto GMP stotyje ir VšĮ Šiaulių GMP stotyje, kurios ne tik teikia dispečerinių paslaugas, bet ir valdo GMP pajėgas, gali būti organizuojamos ne daugiau kaip 4 klasterinės GMP brigados. 2019 m. gruodžio 31 d. TLK pateiktų GMP paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo ataskaitų⁷ duomenimis, iš galimų 20 klasterinių GMP brigadų buvo įsteigta 10,62 brigados (tikimasi, kad iki 2020 m. pabaigos bus sukomplektuotos ir įsteigtos visos 20 klasterinių GMP brigadų).

Tokie pokyčiai sudarė galimybes, pavyzdžiui, Kauno miesto GMP stočiai savo brigadas prireikus siųsti į Raseinius, Jurbarką ar kitą vietą regione, kur tuo metu jos buvo reikalingos. Šiuo sprendimu buvo sustiprinti GMP tarnybos pajėgumai, leidžiantys išsaugoti insulto, infarkto ištiktų,

⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos patvirtinimo“.

⁶ 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“.

⁷ VLK direktoriaus 2014 m. balandžio 4 d. įsakymas Nr. 1K-86 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų ataskaitos formos patvirtinimo“.

sudėtingus dauginius sužalojimus, traumas ar su kitokius ūmius negalavimus patyrusių asmenų gyvybes.

Ivertinus pasitaikančius atvejus, kai GMP stotis, organizuojanti klasterinių GMP brigadų darbą nustatytoje aptarnaujamoje klasterinėje 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, buvo nustatyta, kad GMP stotis, negalėjusi suteikti klasterinės GMP brigados paslaugos, privalo atsiskaityti su kitu GMP paslaugų teikėju tam panaudodama klasterinės funkcijos užtikrinimo organizacinio priedo lėšas. Taip siekiama užtikrinti, kad reikiamą pagalbą pacientas gautų laiku arba kaip įmanoma greičiau ir būtų išvengta nepageidaujamų padarinių.

01 03 slaugos paslaugoms

Spartus populiacijos senėjimas – viso išsivysčiusio ir besivystančio pasaulio problema, lemianti didėjančią slaugos paslaugų paklausą. Siekiant gerinti slaugos paslaugų prieinamumą, kasmet vis daugiau PSDF biudžeto lėšų skiriama slaugos paslaugoms apmokėti. Pagal 2019 m. PSDF biudžeto prisiimtus įsipareigojimus slaugos paslaugoms (teikiamoms stacionarinėmis ir ambulatorinėms sąlygomis) apmokėti buvo skirta 79 220,4 tūkst. Eur, t. y. 17 proc. daugiau nei 2018 metais.

Siekiant geresnės slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų kokybės, nuo 2019 m. rugsėjo 1 d., kai buvo didinamos visų ASP paslaugų bazinės kainos, slaugos paslaugų kainos padidėjo didžiausiu procentu – 10 proc. (kitų sveikatos priežiūros paslaugų, pvz., GMP, dantų protezavimo, stacionarių ASP paslaugų, dienos chirurgijos ir kt., bazinės kainos padidėjo 7, 8 ir 9 proc.).

Nuo 2019 m. gegužės mėnesio įsigaliojus naujiems paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo reikalavimams, buvo peržiūrėtos ir nustatytos naujos paliatyviosios pagalbos (stacionarinės, dienos stacionaro ir ambulatorinės) paslaugų bazinės kainos⁸.

Siekiant gerinti slaugos ir palaikomojo gydymo bei paliatyviosios pagalbos paslaugų prieinamumą, buvo nustatytos naujos šių paslaugų, teikiamų pacientams, kuriems atliekama dirbtinė plaučių ventiliacija ir (ar) taikoma visiškos parenterinės mitybos terapija, bazinės kainos⁹.

Be to, 2019 m. 9 procentais buvo indeksuotos slaugos ir palaikomojo gydymo stacionare paslaugų kainos¹⁰.

Siekiant efektyvaus išteklių naudojimo ir atsižvelgiant į pasaulinę praktiką, pagal kurią pirmenybė teikiama ambulatorinių ASP paslaugų plėtrai bei jų prieinamumo gerinimui, 2019 m. buvo padidintas¹¹ PSDF biudžeto lėšomis apmokamų ambulatorinių slaugos paslaugų namuose skaičius nuo 52 iki 104 paslaugų per kalendorinius metus.

01 04 ambulatorinėms ASP paslaugoms

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa¹² ir siekiant efektyvaus PSDF biudžeto išteklių naudojimo, pastaraisiais metais prioritetas teikiamas ir ambulatorinių ASP paslaugų plėtrai bei jų prieinamumo gerinimui. Ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtra yra labai svarbi paslaugų teikėjams, kurie, teikdami šias paslaugas, racionaliau naudoja žmogiškuosius išteklius ir infrastruktūrą. Kartu ši plėtra svarbi ir pacientams, nes jiems sudaromos sąlygos reikiamas paslaugas gauti greičiau ir įprastoje socialinėje aplinkoje. 2019 m. buvo suteiktos 1,52 mln. ambulatorinės

⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 16 d. įsakymas Nr. V-470 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų, teikiamų suaugusiems ir vaikams Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“.

⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-525 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1145 „Dėl Aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 11 d. įsakymas Nr. V-1421 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1145 „Dėl Aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

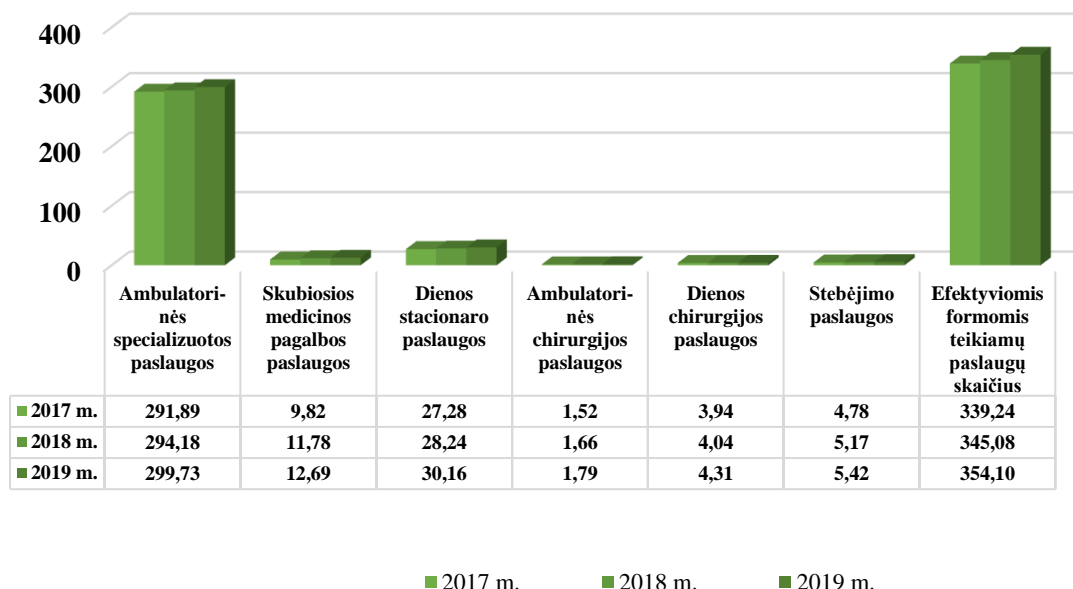
¹¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 11 d. įsakymas Nr. V-1423 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹² Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.

chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir skubiosios medicinos pagalbos paslaugų (kartu) bei 543 tūkst. stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų.

Kad ekonomiškai efektyvių paslaugų, įskaitant ir ambulatorines specializuotas paslaugas, t. y. gydytojų specialistų paslaugas, kasmet suteikiama vis daugiau, parodo didėjantis ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (žr. diagramą).

Ekonomiškai efektyvių ASP paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, skaičius, tenkantis 100 gyventojų, 2017–2019 m.



Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir skubiosios medicinos pagalbos paslaugos – tai paslaugos, kurios dėl savo efektyvumo ir palankių apmokėjimo iš PSDF biudžeto sąlygų palaipsniui keičia brangiai kainuojančias stacionarines ASP paslaugas, t. y. nesudėtingos stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos keičiamos dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir atitinkamomis ambulatorinėmis paslaugomis, nebloginant šių paslaugų kokybės ir saugumo. Kadangi pačios ASP įstaigos vis labiau suinteresuotos tokių paslaugų teikti daugiau, 2019 m. ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir skubiosios medicinos pagalbos paslaugų buvo suteikta 2,8 karto daugiau nei stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų. Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir skubiosios medicinos pagalbos paslaugų bei stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų santykis – tai efektyvumo rodiklis, kurio reikšmė parodo didėjančią ambulatorinėmis sąlygomis teikiamų paslaugų apimtį. Ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtra yra svarbi tiek pacientams, tiek paslaugų teikėjams, nes jie, teikdami ekonomiškai efektyvias paslaugas, racionaliau naudoja žmoniškuosius išteklius ir infrastruktūrą. Pacientams sudaromos sąlygos paslaugas gauti greičiau ir arčiau jiems įprastos socialinės aplinkos.

2019 m. buvo pradėtos teikti naujos gydytojų specialistų konsultacijos – kompleksinės gydytojo reumatologo konsultacijos ir gydytojo oftalmologo konsultacijos, kai naudojamos teleoftalmologijos priemonės¹³, naujos vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos¹⁴, vaikų infekcinių

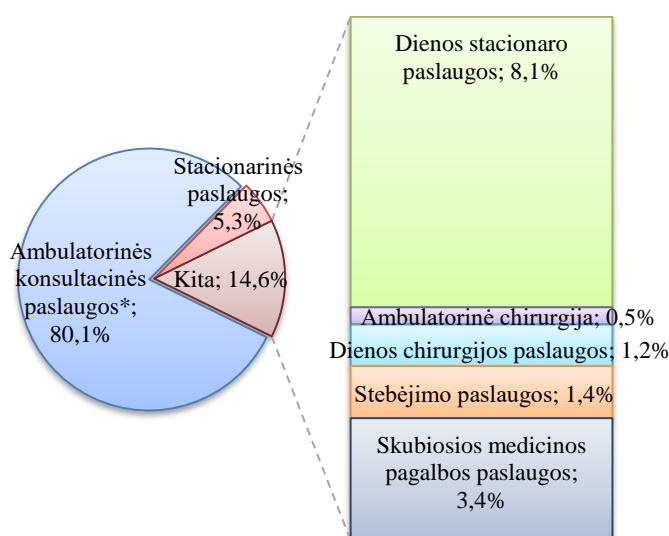
¹³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 11 d. įsakymas Nr. V-413 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. spalio 29 d. įsakymas Nr. V-1222 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

ligų gydytojo paslaugos¹⁵, taip užtikrinant ekonomiškai efektyvių ASP paslaugų plėtrą. Taip pat buvo pradėti PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti tuberkuliozės greitieji genetiniai molekuliniai tyrimai¹⁶, kurie leis tuberkulioze sergančiam pacientui greičiau paskirti tinkamą gydymą.

2019 m. buvo pradėta teikti nauja ambulatorinės chirurgijos paslauga¹⁷, kai atliekamas krūties atskaitos žymeklio implantavimas. Tai leidžia efektyviau ištirti ir gydyti krūties vėžiu sergančias pacientes. Buvo praplėstas gydytojo neurologo konsultacijos metu atliekamų diagnostinių intervencijų spektras¹⁵ – tai reiškia, kad pacientai išsamiau bus ištiriami ambulatoriškai. Buvo pradėtos kompensuoti naujos vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos¹⁸, leisiančios užtikrinti, kad psichikos ir elgesio sutrikimų turintys pacientai galėtų sėkmingai integruotis į visuomenę, gyventi visavertį gyvenimą.

Toliau pateikiama informacija apie 2019 m. faktiškai suteiktų ASP paslaugų pasiskirstymą (proc.).



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

Išanalizavus ir įvertinus 2018 m. bei 2019 m. TLK ir ASPĮ sutarčių dėl prioritetinėmis laikomų ambulatorinių (ambulatorinių specializuotų, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, skubiosios medicinos pagalbos, stebėjimo, ambulatorinės chirurgijos) paslaugų teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis vykdymą, buvo parengtos išvados. Pagal TLK pateiktus duomenis už 2019 m. ambulatorinėmis sąlygomis suteiktas paslaugas buvo sumokėta 4,4 proc. daugiau, nei numatyta sutartyse. Palyginti su 2018 m. apmokėtų šių viršsutartinių paslaugų dalimi, 2019 m. buvo apmokėta 2,3 proc. daugiau viršsutartinių paslaugų (2018 m. buvo sumokėta 2,1 proc. daugiau, negu buvo numatyta 2018 m. sutartyse).

¹⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 13 d. įsakymas Nr. V-1452 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. rugpjūčio 20 d. įsakymas Nr. V-1008 „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“.

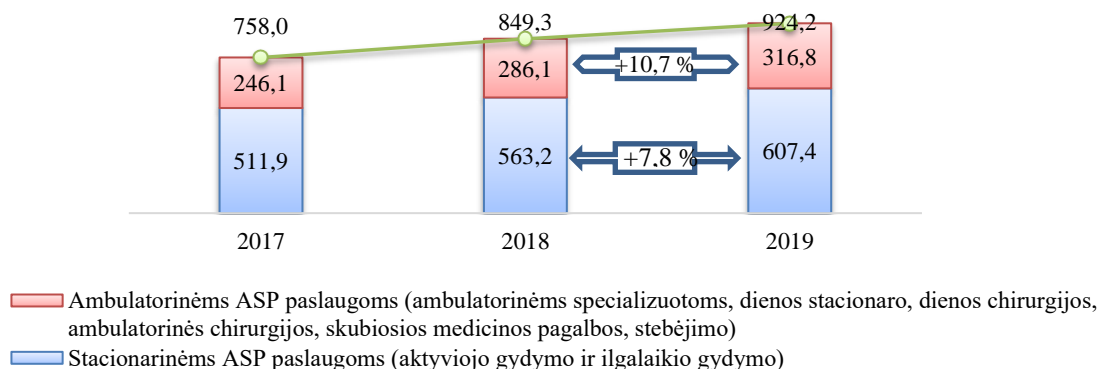
¹⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. birželio 28 d. įsakymas Nr. V-757 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 25 d. įsakymo Nr. V-754 „Dėl Ambulatorinės chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. spalio 29 d. įsakymas Nr. V-1220 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. birželio 27 d. įsakymo Nr. V-752 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. 730 „Dėl Vaikų ir paauglių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų organizavimo principų, aprašo ir teikimo reikalavimų“ pakeitimo“ pakeitimo“.

01 05 stacionarinėms ASP paslaugoms

Pagal TLK pateiktus duomenis buvo išanalizuotas sutarčių dėl stacionarių ASP paslaugų teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis vykdymas. Už 2019 m. suteiktas stacionarines paslaugas buvo sumokėta 2,1 proc. daugiau, negu numatyta sutartyse. 2019 m. iš PSDF biudžeto buvo papildomai skirta 7,7 mln. Eur vaikams (iki 3 metų), priverstinio gydymo bei kitų TLK veiklos zonų ASP įstaigų faktiškai suteiktoms stacionarinėms ASP paslaugoms apmokėti.

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



2019 m. už faktiškai suteiktas ambulatorines ir stacionarines ASP paslaugas buvo sumokėta daugiau PSDF biudžeto lėšų nei 2018 metais.

2019 m. buvo atlikta 2019 m. I pusmečio kataraktos operacijų, tonzilektomijų, kirkšnies išvaržų operacijų ir rehospitalizacijos per 30 dienų stebėsena ASP įstaigose. Ši stebėsena buvo pradėta siekiant mažinti hospitalizaciją ir didinti ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, skatinti ASP įstaigas už gerus darbo rezultatus. Kompleksiškai įvertinus ir kitus veiksnius bei aplinkybes, buvo nuspręsta vykdyti ASP įstaigų, teikiančių stacionarines ASP paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo stebėseną pagal tam tikrus VLK direktoriaus įsakymu¹⁹ patvirtintus rodiklius. Šiuo įsakymu buvo patvirtintas ASP įstaigų, teikiančių stacionarines ASP paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašas bei ASP įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių reikšmių skaičiavimo metodika. Šiuo įsakymu taip pat buvo numatyta, kad praėjusių metų duomenų apie ASP įstaigų, teikiančių stacionarines ASP paslaugas, pasiektas veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių reikšmės suvestinės iki einamųjų metų gegužės 1 d. turi būti paskelbiamos VLK interneto svetainėje.

VLK siūlymu buvo patvirtintos²⁰ planinės vienos dienos chirurgijos paslaugos ir pratęstos priežiūros dienos chirurgijos paslaugos (vienos dienos chirurgijos paslauga – planinė ASP paslauga, kai gydomoji ir (ar) diagnostinė intervencinė procedūra atliekama pacientui, atvykstančiam į sveikatos priežiūros įstaigą ir išvykstančiam iš šios įstaigos tą pačią dieną; pratęstos priežiūros dienos chirurgijos paslauga – planinė ASP paslauga, kai atliekama gydomoji ir (ar) diagnostinė intervencinė procedūra ir bendra paslaugos teikimo trukmė yra ne ilgesnė kaip 24 valandos).

¹⁹ VLK direktoriaus 2019 m. lapkričio 28 d. įsakymas Nr. 1K-264 „Dėl Stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo, šių rodiklių reikšmių skaičiavimo metodikos ir duomenų apie pasiektas šių rodiklių reikšmės suvestinės formos patvirtinimo“.

²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. liepos 19 d. įsakymas Nr. V-912 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymo Nr. V-668 „Dėl Dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų ir Dienos chirurgijos paslaugų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

01 06 ambulatorinėmis sąlygomis atliktiems brangiesiems tyrimams ir procedūroms

2019 m. šioms paslaugoms apmokėti buvo skirta 65 409,6 tūkst. Eur. Pagal 2019 m. priimtas sąskaitas, mokėtina suma už šias paslaugas sudarė 65 392,9 tūkst. Eur.

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

Stacionaruose atliekami brangieji tyrimai ir procedūros apmokami pagal giminingų diagnozių grupių (DRG) metodą.

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

2019 m. buvo atlikti šie brangiųjų tyrimų apmokėjimą tobulinantys teisės aktų pakeitimai:

1. 2019 m. gegužės 22 d. įsigaliojo patobulintas atsiskaitymo už brangiuosius tyrimus mechanizmas: jeigu pasibaigus kalendoriniams metams lėšų suma pagal ASP įstaigų sąskaitas (TLK ir VLK lygmeniu), teisės aktų nustatyta tvarka priimtas apmokėti už visus praėjusiais kalendoriniais metais atliktus brangiuosius tyrimus ir procedūras, yra mažesnė nei jiems skirtos PSDF lėšos, perskaičiuojami taikytini koeficientai ir iš ASPI priimamos papildomos sąskaitos;

2. 2019 m. rugsėjo 1 d. buvo padidintos²¹ brangiųjų tyrimų bazinės kainos;

3. 2019 m. lapkričio 1 d. PSDF biudžeto lėšomis buvo pradėti kompensuoti tuberkuliozės greitieji genetiniai molekuliniai tyrimai²², kurie leis tuberkulioze sergančiam pacientui greičiau skirti tinkamą gydymą;

4. 2019 m. liepos 1 d. įsigaliojo²³ papildytas ligų ir būklių, kurioms esant atliekami PSDF biudžeto lėšomis finansuojami pozitronų emisijos tomografijos tyrimai, sąrašas.

Taip pat pažymėtina, kad, siekiant nuo 2020 m. sausio 1 d. supaprastinti brangiųjų tyrimų apmokėjimo sistemą ir suvienodinti brangiųjų tyrimų ir ASP paslaugų apmokėjimo principus, 2019 m. buvo patvirtinti sveikatos apsaugos ministro įsakymo pakeitimai²⁴, leisiantys lanksčiau naudoti brangiesiems tyrimams ir procedūroms skirtas lėšas: iki biudžetinių metų pabaigos likusios nepanaudotos iki 1,5 proc. brangiesiems tyrimams ir procedūroms nepaskirstytų lėšų sumos galės būti naudojamos naujiems brangiesiems tyrimams ir procedūroms apmokėti ir (arba) ataskaitinio laikotarpio brangiųjų tyrimų ir procedūrų bazinių kainų balo vertei, mažesnei nei 1 Eur, kompensuoti prioriteto tvarka, jei atitinkamos grupės brangiųjų tyrimų ir procedūrų bazinių kainų balo apskaičiuotoji vertė, skaičiuojant nuo metų pradžios iki paskutinio ataskaitinio laikotarpio pabaigos, bus mažesnė nei visų grupių brangiųjų tyrimų ir procedūrų bazinių kainų balo apskaičiuotųjų verčių vidurkis.

Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidos

Igyvendinant 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyvos 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugas nuostatas, 2019 m. TLK ir VLK gavo 157 prašymus 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 daugiau kaip 450 tūkst. eurų. 2019

²¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. liepos 18 d. įsakymas Nr. V-851 „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“.

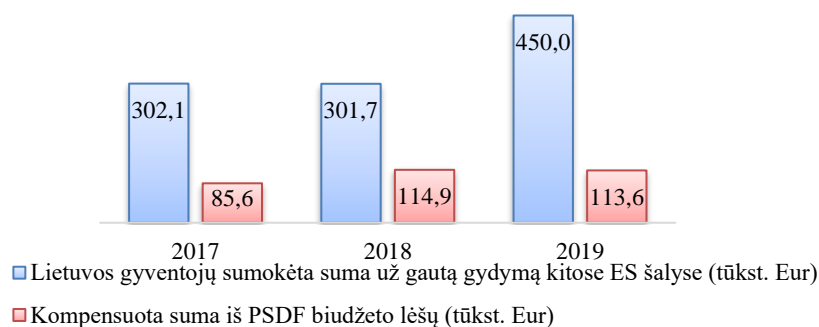
²² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. rugpjūčio 20 d. įsakymas Nr. V-1008 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymo Nr. V-304 „Dėl Brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo bei Brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

²³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. birželio 6 d. įsakymas Nr. V-678 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-449 „Dėl Ligų ir būklių, kurioms esant atliekami Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis finansuojami pozitronų emisijos tomografijos tyrimai su fluorodeoksi gliukoze, ir šių tyrimų atlikimo indikacijų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

²⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 30 d. įsakymas Nr. V-1505 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymo Nr. V-812 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų paskirstymo teritorinėms ligonių kasoms pagal gyventojų skaičių tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

m. buvo patenkinti 143 apdraustųjų prašymai – jiems buvo kompensuota daugiau kaip 113,6 tūkst. eurų.

Tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidos 2017–2019 m.



Lietuvos Respublikos gyventojai 2019 m. daugiausia pateikė prašymų kompensuoti jų išlaidas tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai, gautai Latvijoje (67), Lenkijoje (27), Vokietijoje (26) ir Slovakijoje (13). Dėl išlaidų Estijoje gautai tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai kompensavimo buvo pateikti 8 prašymai, dėl Švedijoje – 4 prašymai, Jungtinėje Karalystėje – 3 prašymai, o dėl Austrijoje, Ispanijoje ir Prancūzijoje gautų tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų buvo pateikta po 2 prašymus, Čekijoje, Liuksemburge bei Belgijoje – po 1 prašymą.

Dažniausiai Lietuvos Respublikos gyventojai kreipėsi (54 atvejais) dėl jų išlaidų stacionarinėms sveikatos priežiūros paslaugoms, suteiktoms Latvijos, Lenkijos, Vokietijos, Estijos, Austrijos, Liuksemburgo, Prancūzijos ligoninėse, kompensavimo. Gauta 16 prašymų dėl išlaidų Latvijoje, Vokietijoje, Estijoje, Lenkijoje ir Austrijoje suteiktoms gydytojų specialistų (gydytojo radiologo, urologo, oftalmologo, akušerio ginekologo, neurologo, onkologo, ortopedo traumatologo ir kt.) paslaugoms kompensavimo, 36 prašymai – dėl išlaidų Lenkijoje, Slovakijoje ir Vokietijoje suteiktoms medicininės reabilitacijos paslaugoms kompensavimo. 5 atvejais buvo kompensuotos brangiųjų tyrimų atlikimo išlaidos: buvo atlikti 2 pozitronų emisijos tomografijos tyrimai Latvijoje, po 1 magnetinio rezonanso tyrimą Latvijoje ir Austrijoje ir 1 genetinis tyrimas Latvijoje. Patenkinta 10 prašymų dėl išlaidų vaistams ir 14 prašymų dėl ortopedijos technikos įsigijimo išlaidų kompensavimo.

Jau ne pirmus metus Lietuvoje ir kitose ES šalyse stebima panaši tendencija, susijusi su tarpvalstybinės sveikatos priežiūros gavimu: gyventojai paprastai dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros vyksta į kaimynines šalis.

Ūkio subjektų priežiūra

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

2019 m. TLK vykdė įstaigų ir įmonių veiklos duomenų, kaupiamų „Sveidroje“, stebėseną pagal patvirtintus²⁵ 8 stebėsenos rodiklius. Aktyviojo gydymo paslaugų ir klinikinio kodavimo kokybės stebėseną vykdoma pagal 4 bendruosius ir 180 specialiųjų klinikinio kodavimo rodiklių²⁶.

Pastaraisiais metais vis daugiau dėmesio skiriant įstaigų ir įmonių veiklos duomenų, kaupiamų „Sveidroje“, stebėsenai ir statistinių kortelių taisymui pagal stebėsenos rezultatus išvengiama realios žalos PSDF biudžetui.

Siekiant gauti tikslesnę informaciją apie TLK vykdomos stebėsenos mastą, TLK buvo įpareigos 2019 m. metinėse ataskaitose pateikti duomenis apie statistinės formos Nr. 066/a-LK ir formos Nr. 025/a-LK pildymo stebėseną ir šių formų taisymą. Iš viso TLK peržiūrėjo 118,5 tūkst.

²⁵ VLK direktoriaus 2018 m. gruodžio 4 d. įsakymas Nr. 1K-305 „Dėl 2019 metų prioritetinių teritorinių ligonių kasų vykdomos kontrolės krypčių ir jų atliekamos stebėsenos rodiklių sąrašo patvirtinimo“.

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

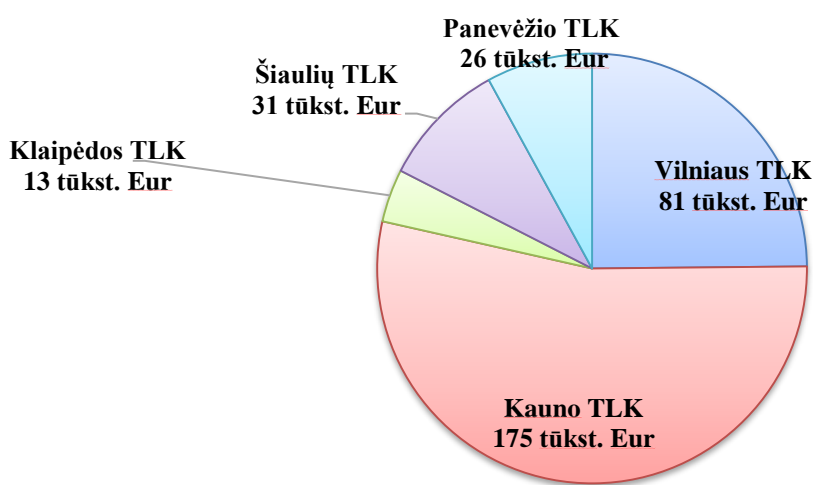
formos Nr. 066/a-LK statistinių kortelių, iš jų daugiau kaip 10,1 tūkst. kortelių buvo patikslintos; be to, buvo peržiūrėta 983,8 tūkst. formos Nr. 025/a-LK statistinių kortelių, iš jų daugiau kaip 22,8 tūkst. statistinių kortelių įstaigos turėjo patikslinti. Stebėsenos duomenų pagrindu TLK inicijavo 155 kontrolės procedūras (19 iš jų buvo neplaninės).

Skirtumas tarp bendros sumos, apskaičiuotos pagal neteisingus ASP įstaigų pateiktų statistinių kortelių duomenis apie suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ir sumos, sumokėtos ASP įstaigoms už šias paslaugas po statistinių kortelių patikslinimo, faktiškai sudarė daugiau kaip 601,5 tūkst. eurų, t. y. šis skirtumas padidėjo 373 tūkst. eurų, palyginti su 2018 metų rezultatais.

Kontrolės procedūrų vykdymas

2019 m. TLK atliko 663 įmonių ir įstaigų kontrolės procedūras. Bendras 2019 m. nustatytos žalos PSDF biudžetui dydis sudarė 325,8 tūkst. Eur (4 proc. didesnis nei žalos PSDF biudžetui dydis, nustatytas 2018 metais).

2019 m. kontrolės procedūrų metu nustatyta žala PSDF biudžetui iš viso siekė 326 tūkst. Eur, iš jų:



2019 m. TLK atliktų kontrolės procedūrų duomenų suvestinė

TLK	Atliktų kontrolės procedūrų skaičius	Planinių kontrolės procedūrų skaičius	Kontrolės procedūrų, kai buvo nustatyta žala PSDF biudžetui, skaičius	Nustatyta žala PSDF biudžetui (Eur)	Dėl statistinių kortelių stebėsenos ir taisymo išvengtos žalos PSDF biudžetui dydis (balais)
Vilniaus	201	140 (69,7 %)	92 (43,8 %)	80 738,28	302 087,00
Kauno	98	89 (90,8 %)	60 (61,2 %)	175 117,82	157 243,14
Klaipėdos	108	89 (82,4 %)	28 (25,9 %)	13 419,86	28 438,39
Šiaulių	127	98 (77,2 %)	103 (81,1 %)	30 592,03	46 462,78
Panevėžio	129	104 (80,6 %)	35 (27,1 %)	25 957,44	67 299,87
Iš viso	663	520 (78,4 %)	318 (48 %)	325 825,43	601 531,18

Aktyviojo gydymo paslaugų apmokėjimas pagal giminingų diagnozių grupių metodą

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

VLK ir TLK specialistai pagal VLK direktoriaus įsakymu²⁷ patvirtintus stacionare teikiamų ASP paslaugų stebėsenos rodiklius ir klinikinio kodavimo taisykles vykdo duomenų apie stacionare teikiamas aktyviojo gydymo paslaugas stebėseną. Buvo atlikta 2019 m. aktyviojo gydymo klinikinio duomenų analizė, kurios pagrindu vėliau buvo parengta ir VLK interneto svetainėje paskelbta 2019 m. klinikinio kodavimo stebėsenos rezultatų vertinimo ataskaita. Minėtos analizės tikslas – gerinti statistikos ir atsiskaitymo tikslais ASP įstaigų įvedamų į Stacionarinių paslaugų apskaitos posistemį (SPAP) duomenų apie aktyvųjį gydymą kokybę, įvertinti ir palyginti skirtingų laikotarpių ASP įstaigų klinikinio kodavimo duomenis ir pačias ASP įstaigas, vykdyti neteisingų duomenų teikimo prevenciją ir gauti išsamią informaciją apie gyventojams teikiamas aktyviojo gydymo paslaugas.

Vykdydami stebėseną 2019 metais, VLK ir TLK specialistai iš 674 613 aktyviojo gydymo atvejų atrinko 23 350 aktyviojo gydymo atvejų (3,5 proc.), kurių duomenys galėjo būti klaidingi. Šie duomenys buvo gražinti ASP įstaigoms tikslinti – iš viso buvo patikslinta 99 proc. tokių atvejų duomenų. 2019 m., vykdant klinikinio kodavimo duomenų stebėseną, buvo patikrinti 63 proc. visų aktyviojo gydymo atvejų. Aktyviojo gydymo atvejų, kurių duomenys turėjo būti tikslinami, dalis skirtingose įstaigose svyravo nuo 0 proc. iki 14 procentų. Įvertinus kelių pastarųjų metų duomenis, galima teigti, kad klinikinio kodavimo kokybė ASP įstaigose gerėja, nes vis mažiau aptinkama gydymo atvejų, kurių duomenys klaidingi (2018 m. – 5,1 proc., 2019 m. – 3,5 proc.). Tikslintinių statistinių kortelių skaičius sumažėjo, nes „Sveidroje“ buvo įdiegta 319 automatinio klinikinio kodavimo tikrinimo taisyklės, kurios klaidą fiksuoja gydymo etapo baigimo metu.

Sudėtingiausių atvejų (priskiriamų giminingų diagnozių grupėms, kurių kodo paskutinis simbolis yra „A“) dalis, palyginti su bendru aktyviojo gydymo atvejų skaičiumi (be dienos chirurgijos), padidėjo nuo 30,5 proc. iki 31,5 proc. (lyginant 2018 m. ir 2019 m. duomenis). Be to, buvo įvertintas vidutinis aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas (angl. *Casemix Index*), kuris 2019 m. buvo 1,728. Palyginti su 2018 m. klinikinio kodavimo stebėsenos rezultatų vertinimo ataskaitos duomenimis, šis rodiklis padidėjo 5,6 procento. Vidutinis aktyviojo gydymo atvejo kainos koeficientas skiriasi skirtingo lygmens ligoninėse: respublikos lygmens ligoninėse šis rodiklis yra 1,913, regiono – 1,305, rajono – 1,152, privačių ligoninių 2,553 (2019 m. duomenys).

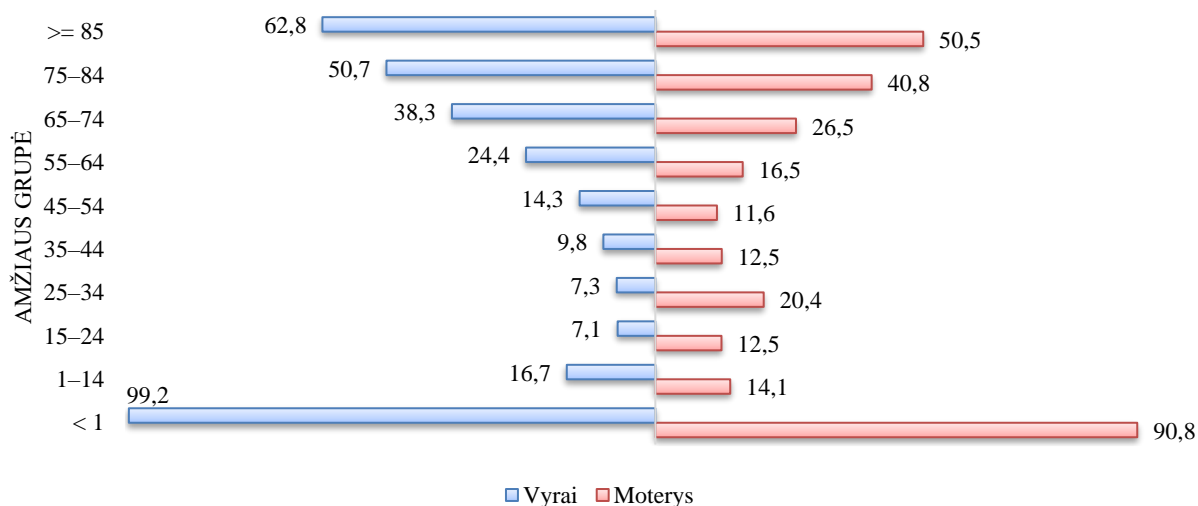
Taip pat 2019 m. buvo parengta 2018 m. aktyviojo gydymo stacionarinių ir dienos chirurgijos paslaugų apžvalga ir išsami ligoninių (respublikos, regiono ir rajono lygmens) 2018 m. veiklos efektyvumo vertinimo pagal kiekybinius rodiklius analizė. 2018 m. aktyviojo gydymo stacionarinių ir dienos chirurgijos paslaugų apžvalgos duomenimis, aktyviojo gydymo atvejų skaičius kasmet vidutiniškai mažėjo 1,8 procento.

2014–2018 m. dienos chirurgijos ir stacionarinio aktyviojo gydymo atvejų skaičius bei jų dalis procentais, palyginti su bendru aktyviojo gydymo atvejų skaičiumi

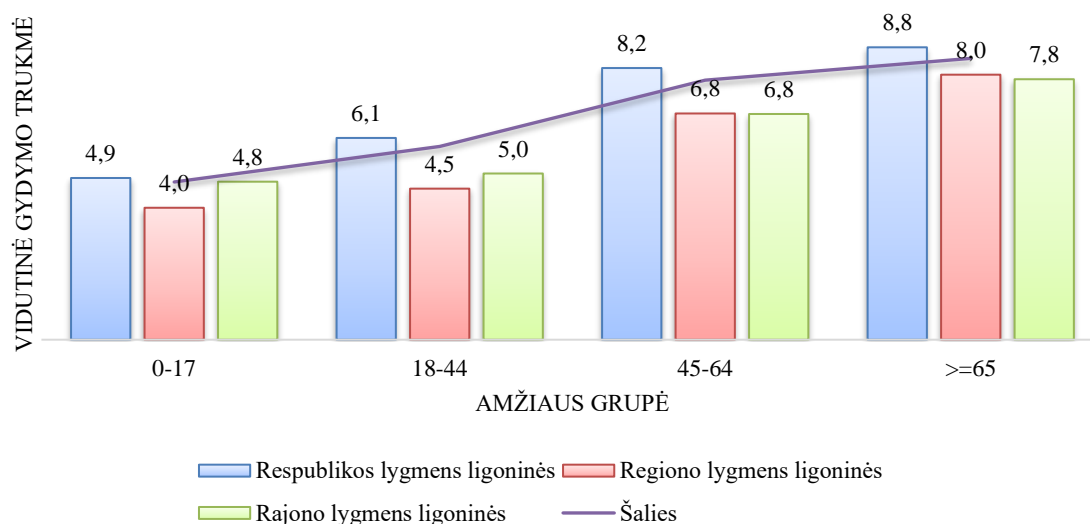
Aktyviojo gydymo atvejai	2014 m.		2015 m.		2016 m.		2017 m.		2018 m.		Vidutinis metinis pokytis (proc.)
	atvejų skaičius (vnt.)	atvejų dalis (proc.)	atvejų skaičius (vnt.)	atvejų dalis (proc.)	atvejų skaičius (vnt.)	atvejų dalis (proc.)	atvejų skaičius (vnt.)	atvejų dalis (proc.)	atvejų skaičius (vnt.)	atvejų dalis (proc.)	
Dienos chirurgijos atvejai	97 429	13,5	102 895	14,2	112 268	15,9	117 636	17,1	118 354	17,6	5,0
Stacionarinio aktyviojo gydymo atvejai, iš jų:	626 160	86,5	623 529	85,8	593 640	84,1	570 329	82,9	555 392	82,4	-2,9
būtinąją medicinos pagalbą	334 698	53,5	329 446	52,8	317 084	53,4	293 880	51,5	282 331	50,8	-4,1
kitą (planinę) medicinos pagalbą	291 462	46,5	294 083	47,2	276 556	46,6	276 449	48,5	273 061	49,2	-0,6
Iš viso	723 589	100,0	726 424	100,0	705 908	100,0	687 965	100,0	673 746	100,0	-1,8

²⁷ VLK direktoriaus 2015 m. gruodžio 8 d. įsakymas Nr. 1K-357 „Dėl Stacionare teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

2018 m. aktyviojo gydymo atvejų skaičius, tenkantis 100 gyventojų, pagal amžiaus grupę ir lytį



2018 m. vidutinė stacionarinio aktyviojo gydymo trukmė pagal ligoninės lygmenį ir amžiaus grupę

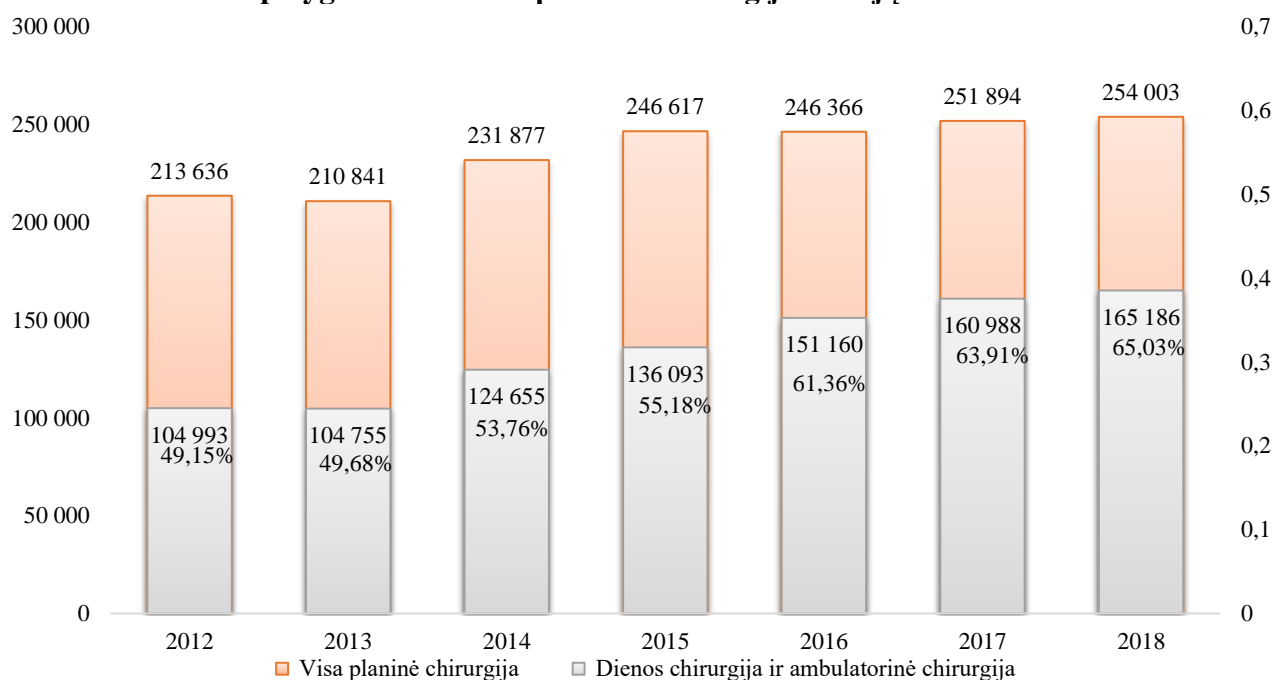


ASP įstaigų veiklos efektyvumo vertinimo analizė

2020 m. pagal patvirtintus kiekybinius rodiklius²⁸ buvo atlikta ASP įstaigų veiklos efektyvumo vertinimo analizė. Buvo analizuojami gydymo atvejai, kai atliekama planinė operacija, išskiriant tą šių gydymo atvejų dalį, kai planinė operacija atliekama dienos arba ambulatorinės chirurgijos sąlygomis. 2012–2019 m. planinių operacijų, atliekamų dienos ir ambulatorinės chirurgijos sąlygomis, dalis kasmet didėjo – nuo 49,15 proc. (2012 m.) iki 65,68 proc. (2019 m.).

²⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų patvirtinimo“.

**2012–2019 m. dienos chirurgijos ir ambulatorinės chirurgijos atvejų dalis (proc.),
palyginti su bendru planinės chirurgijos atvejų skaičiumi**



Palyginus 2012 m. ir 2019 m. duomenis, galima teigti, kad daugėja tam tikrų planinių operacijų, atliekamų dienos chirurgijos sąlygomis. Iki 2019 m. dienos chirurgijos atvejis galėdavo trukti iki 2 lovadienių, o nuo 2019 m. sausio 1 d. – ne daugiau nei 1 lovadienį. Dėl šios priežasties 2019 m. dienos chirurgijos atvejų, kai atliekamos tam tikros operacijos, dalis (proc.), palyginti su visais gydymo atvejais, kai atliekamos atitinkamos planinės operacijos, sumažėjo.

**2012 m., 2018 m. ir 2019 m. dienos chirurgijos ir dienos stacionaro²⁹ atvejų, kai
atliekamos tam tikros operacijos, dalis (proc.), palyginti su bendru gydymo atvejų, kai
atliekama atitinkama planinė operacija, skaičiumi**

<i>Operacijos pavadinimas</i>	<i>2012 m.</i>	<i>2018 m.</i>	<i>2019 m.</i>
<i>Adenoidektomija</i>	80,8	96,46	94,43
<i>Paviršinių kojų venų šalinimas</i>	76,1	91,09	91,28
<i>Laparoskopinis tulžies pūslės šalinimas</i>	34,6	66,96	59,17
<i>Pilvo sienos išvaržų plastika</i>	37,8	68,15	62,14
<i>Kataraktos operacija</i>	82,8	98,39	97,35
<i>Kelio artroskopinė operacija</i>		88,57	87,21
<i>Laparoskopinės ginekologinės operacijos</i>		49,84	43,89

Taip pat buvo analizuojama gimdymų, kai atliekamas cezario pjūvis, dalis, palyginti su bendru gimdymų skaičiumi: šio rodiklio reikšmė nuo 26,4 proc. (2012 m.) sumažėjo iki 20,50 proc. (2019 m.).

Paslaugų bazinių kainų pokyčiai

Siekiant optimizuoti ASP paslaugų kainas ir kuo tiksliau kompensuoti šių paslaugų teikimo išlaidas, 2019 m. buvo apskaičiuotos naujos arba perskaičiuotos jau galiojančios toliau nurodytų paslaugų bazinės kainos ir priemokos:

1. tuberkuliozės greitųjų genetinių molekulinį tyrimų (3 bazinės kainos);
2. kompleksinių gydytojo reumatologo konsultacijų (2 bazinės kainos);

²⁹ Kataraktos operacijos gali būti atliekamos ir dienos stacionaro sąlygomis. Kitos išvardintos operacijos dienos stacionare neatliekamos.

3. širdies transplantacijos (atskirų etapų perskaičiavimas / naujų etapų kainų skaičiavimas) (13 etapų bazinės kainos);
4. gydytojo kardiologo ir slaugytojo konsultacijos, į kurią įeina ir paciento, sergančio širdies nepakankamumu, mokymas bei išsamus paciento ištyrimas (1 bazinė kaina);
5. atskaitos žymeklio implantavimo paslaugos (IV ambulatorinės chirurgijos paslaugų grupė) (1 bazinė kaina);
6. paliatyviosios pagalbos, kurią atskiri specialistų komandos nariai PSDF biudžeto lėšomis individualiai teikia suaugusiesiems ir vaikams namuose, paslaugų (3 bazinės kainos);
7. gydytojo oftalmologo paslaugų, kai naudojamos teleoftalmologijos priemonės, ir gydytojo oftalmologo išplėstinės konsultacijos paslaugų (2 bazinės kainos);
8. visuotinio naujagimių tikrinimo dėl paveldimų medžiagų apykaitos ligų paslaugos (1 bazinė kaina);
9. slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų:
 - kai pacientui atliekama dirbtinė plaučių ventiliacija (5 bazinės kainos);
 - kai naujagimiams ir jaunesniems nei 2 metų vaikams taikoma visiška parenterinės mitybos terapija (5 bazinės kainos);
 - kai vyresniems nei 2 metų vaikams ir suaugusiesiems taikoma visiška parenterinės mitybos terapija (5 bazinės kainos);
 - kai naujagimiams ir jaunesniems nei 2 metų vaikams taikoma visiška parenterinės mitybos terapija bei dirbtinė plaučių ventiliacija (5 bazinės kainos);
 - kai vyresniems nei 2 metų vaikams ir suaugusiesiems taikoma visiška parenterinės mitybos terapija bei dirbtinė plaučių ventiliacija (5 bazinės kainos);
10. vaikų ir paauglių psichiatrijos ir psichosocialinės reabilitacijos paslaugų (5 bazinės kainos);
11. vaikų infekcinių ligų gydytojo paslaugų (2 bazinės kainos);
12. psichoterapijos paslaugų (3 bazinės kainos);
13. slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (buvo atliktas 15 bazinių kainų indeksavimas).

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

2015 m. I ketvirtį buvo pradėtas vykdyti detalios sąnaudų apskaitos, atliekamos paciento lygiu, projektas, kurio įgyvendinimas leis apskaičiuoti kiekvienos aktyviojo gydymo paslaugos savikainą, nustatyti jos sudėtį ir vidutinę paslaugos kainą. Vykdam Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plane numatytą priemonę „Išsamios paciento sąnaudų apskaitos įdiegimas reprezentatyviose aktyviojo gydymo paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose“, siekiama gauti patikimus ir detales stacionarinių aktyviojo gydymo ir dienos chirurgijos paslaugų teikimo sąnaudų duomenis, pagal kuriuos būtų skaičiuojamos giminingų diagnozių grupėms priskiriamų aktyviojo gydymo atvejų kainos, pagrįstos realiomis pacientų gydymo sąnaudomis.

2018–2019 m. VLK įdiegė Detalios paciento lygio sąnaudų apskaitos informacinę sistemą (toliau – DPLSA IS), parengė metodines duomenų kokybės gerinimo rekomendacijas, metodines duomenų kokybės užtikrinimo priemonių bei procedūrų praktinio įgyvendinimo rekomendacijas ir išbandė (atliko bandomąją eksploataciją) DPLSA IS 15-je ASP įstaigų, patvirtino DPLSA IS nuostatus ir DPLSA IS duomenų saugos nuostatus (VLK direktoriaus 2019 m. rugpjūčio 14 d. įsakymu Nr. 1K-180).

2019 m. rugpjūčio 20 d. DPLSA IS buvo įregistruota Registrų ir valstybės informacinių sistemų registre.

Nors DPLSA IS buvo įdiegta, ši Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo priemonių plane numatyta priemonė nėra visiškai įvykdyta, nes kol kas DPLSA IS tik iš dalies galima naudotis pagal jos paskirtį ir tikslą – reprezentatyviosios grupės ASP įstaigos šiuo metu dar nepateikia DPLSA IS visų išsamių sąnaudų duomenų ir neužtikrina šių duomenų teikimo reguliarumo. Nemažą dalį duomenų, kurie turi būti įvedami į DPLSA IS, ASP įstaigoms tenka rinkti rankiniu būdu. Tai susiję su papildomu darbo krūviu ir išlaidomis, todėl buvo įvertintos galimybės kompensuoti ASP įstaigų išlaidas, susijusias su detalių sąnaudų duomenų įvedimu į DPLSA IS. Buvo

atlikta atitinkama analizė ir pasiūlymai dėl ASP įstaigų išlaidų kompensavimo, susijusio su detalių sąnaudų duomenų įvedimu į DPLSA IS, buvo pateikti Sveikatos apsaugos ministerijai, o 2019 m. gruodžio mėnesį Sveikatos apsaugos ministerijai buvo pateiktas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 pakeitimo įstatymo projektas, kuriame numatomas mokėjimas už duomenų įvedimą į DPLSA IS.

02 Vaistams ir MPP

02 01 kompensuojamiesiems vaistams ir MPP

2019 m. PSDF biudžete kompensuojamiesiems vaistams ir MPP buvo numatyta 320 377,6 tūkst. Eur, įskaitant 38 603,6 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų, t. y. 69 867,6 tūkst. Eur (arba beveik 28 proc.) daugiau nei 2018 metais. PSDF biudžeto rezervo lėšos buvo skirtos kreditiniam įsiskolinimui už išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP, kurio teisės aktais nustatytas apmokėjimo terminas viršijimas, padengti ir priimtoms neapmokėtoms sąskaitoms už kompensuojamuosius vaistus ir MPP, išduotus iki 2019 m. lapkričio mėnesio (imtinai), apmokėti. Pagal 2019 m. priimtas sąskaitas suma, mokėtina už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP, sudarė 323 440,5 tūkst. Eur, iš jų 14,6 tūkst. Eur buvo sumokėta tiesiogiai gyventojams, gavusiems tarpvalstybinę sveikatos priežiūrą (pagal kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptus). Iš viso PSDF biudžeto išlaidų suma kompensuojamiesiems vaistams ir MPP buvo 75 688 tūkst. Eur (31 proc.) didesnė nei 2018 m. (247 752,5 tūkst. Eur). Sumokėta suma sudarė 320 377,3 tūkst. Eur.

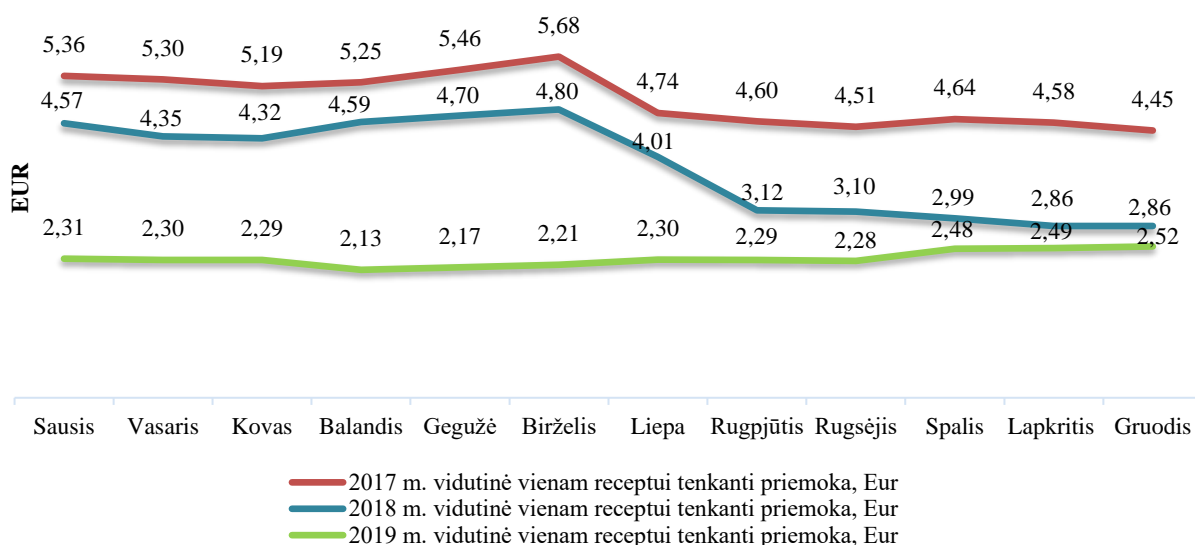
2019 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP sudarė 26 868,6 tūkst. Eur, t. y. buvo 3 063,1 tūkst. Eur (arba 13 proc.) didesnis nei kreditinis įsiskolinimas 2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis.

2019 m. Lietuvoje kompensuojamuosius vaistus ir MPP vartojo apie 1,16 milijono pacientų, t. y. apie 41,5 proc. visų Lietuvos gyventojų metų pabaigoje (kitose ES šalyse – apie 40–60 proc. gyventojų), iš jų vyresnių kaip 60 metų gyventojų, vartojančių kompensuojamuosius vaistus ir naudojančių kompensuojamąsias MPP, buvo apie 606 tūkst. (šis skaičius, palyginti su 2018 m., padidėjo 10 tūkst.), t. y. jie sudarė apie 52,1 proc. visų gyventojų, vartojusių kompensuojamuosius vaistus ir naudojusią kompensuojamąsias MPP, arba apie 81,8 proc. visų tokio amžiaus Lietuvos gyventojų. 2019 m. Lietuvoje buvo kompensuotos apie 2 140 vaistų (prekiniais pavadinimais) įsigijimo išlaidos.

Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių paslaugų teikimo masto skiriama vis daugiau kompensuojamųjų vaistų ir atitinkamai didėja PSDF biudžeto išlaidos jiems įsigyti. Nuolat didėja slaugai naudojamų kompensuojamųjų MPP poreikis. Pagal 2019 m. PSDF biudžeto prisiimtus įsipareigojimus kompensuojamosioms MPP tekusi suma sudarė 20 mln. Eur, arba 4,2 mln. Eur daugiau negu 2018 metais. (2018 m. MPP kompensavimo suma sudarė 15,8 mln. Eur). Didžiausią kompensuojamųjų MPP išlaidų dalį sudaro inkontinencijai skirtų priemonių kompensavimo suma – 7,86 mln. Eur, arba 39 proc. visų kompensuojamųjų MPP įsigijimo išlaidų sumos. Siekiama pakankamai aprūpinti gyventojus reikiamomis kompensuojamosiomis MPP – sauskelnių, įklotų, vienkartinį paklodžių, skirtų šlapimo ir išmatų nelaikymui (arba inkontinencijai) koreguoti, vienetų skaičius, tenkantis vienam apdraustajam, naudojančiam šias MPP, 2019 m. sudarė 340 vienetų (palyginti su 2018 m., šis skaičius padidėjo 26 proc., t. y. 268 vienetais).

Pažymėtina, kad mažėja ir pacientų priemokų už kompensuojamuosius vaistus dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų suma. 2019 m. ši dalis sudarė 6,7 proc., tai yra sumažėjo apie 52 proc. (2018 m. ši dalis sudarė 14 proc.). 2019 m. vidutinė vienam receptui tenkanti priemoka sumažėjo nuo 3,90 Eur (2018 m. duomenimis) iki 2,30 Eur (2019 m. duomenimis), t. y. per metus vidutinė priemoka sumažėjo apie 41 proc. (žr. diagramą).

Vidutinė vienam receptui tenkanti priemoka, Eur



Siekiant įgyvendinti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas atsisakyti pacientų diskriminavimo pagal ligas ir užtikrinti socialinį teisingumą, 2019 m. visų A sąrašo kompensuojamųjų vaistų bazinės kainos buvo pradėtos kompensuoti 100 procentų. 2019 m. 33 kompensuojamieji vaistai, įtraukti į B sąrašą, buvo perkelti į A sąrašą³⁰, buvo nustatytos terapinės indikacijos, pagal kurias kompensuojami šie vaistai, ir jų skyrimo sąlygos. Dėl to pagerėjo šių vaistų kompensavimas: į B sąrašą įrašytų kompensuojamųjų vaistų bazinė kaina buvo kompensuojama 50 proc., o perkeltų į A sąrašą vaistų bazinė kaina buvo pradėta kompensuoti 100 procentų. Tai leido sumažinti gyventojų sumokamų priemokų sumą. Tik 20 bendrinių pavadinimų B sąrašo vaistų bazinės kainos liko kompensuojamos 50 procentų.

Dėl šių vaistų bazinių kainų kompensavimo pokyčių 2019 m. Lietuvos gyventojai už kompensuojamuosius vaistus primokėjo 16,8 mln. Eur mažiau nei 2018 m.

2019 m. buvo pradėti kompensuoti nauji 26 bendrinių pavadinimų vaistai, skirti Krono ligai, išsėtinei sklerozei, astmai, onkologinėms ligoms, antrojo tipo cukriniam diabetui ir dar daugeliui kitų ligų gydyti.

2019 m. VLK buvo sudariusi 162 gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis su 46 vaistų rinkodaros teisės turėtojais dėl 124 bendrinių pavadinimų vaistų. 2019 m., vykdant minėtas sutartis, į PSDF biudžetą buvo grąžinta apie 27,5 mln. Eur. Iš jų apie 67 tūkst. Eur į PSDF biudžetą buvo grąžinta pagal 10 klinikiniais rezultatais pagrįstų sutarčių dėl 9 bendrinių pavadinimų vaistų.

Paminėtina, kad 2019 m. sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai ir slaugytojai), įgyvendindami Sveikatos apsaugos ministerijos vykdomą Lietuvos e. sveikatos sistemos 2015–2025 metų plėtros programos įgyvendinimo priemonių planą, pacientams išrašė apie 9,37 mln. elektroninių receptų. Tai sudarė vidutiniškai apie 92,9 proc. visų vaistinių priimtų kompensuojamųjų vaistų receptų (2019 m. gruodžio mėn. elektroniniai receptai sudarė net 96,5 proc.). 2019 m. vaistinėse buvo išduoti kompensuojamieji vaistai ir MPP pagal 10 mln. receptų. Elektroninis receptas užtikrina vaistų apskaitą, palengvina vaistų receptų išrašymą gydytojui. Gydytojas e. sveikatos portale mato visus ir kitų gydytojų pacientui paskirtų vaistų receptus, todėl gali įvertinti, ar racionaliai vartojami vaistai.

³⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. rugsėjo 18 d. įsakymas Nr. V-1069 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

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.

2019 m. iš PSDF biudžeto centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP buvo skirta 69 219 tūkst. Eur, įskaitant 11 750 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų. PSDF biudžeto rezervo lėšos (11 750 tūkst. Eur) buvo skirtos: kreditiniam įsiskolinimui už centralizuotai apmokamus vaistus ir MPP, kurio teisės aktais nustatytas apmokėjimo terminas viršijimas, padengti, priimtoms neapmokėtoms sąskaitoms už centralizuotai apmokamus vaistus ir MPP, ASP įstaigoms pristatytus iki 2019 m. lapkričio mėnesio (imtinai), apmokėti, ir kateterizavimo būdu implantuojamiems biologiniams aortos ir plaučių arterijos vožtuvams bei jų implantavimo sistemoms įsigyti.

Pagal 2019 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma sudarė 60 889,2 tūkst. Eur, buvo sumokėta 67 293,8 tūkst. Eur.

2019 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už centralizuotai apmokamus vaistus ir MPP siekė 4 172,6 tūkst. Eur.

2019 m. į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą (toliau – Sąrašas) buvo įrašyta nauja indikacija, pagal kurią buvo pradėtas kompensuoti vaistas *Ustekinumab* (skiriamas Krono ligai gydyti). Taip pat 2019 m. buvo papildytos neurostimuliatorių, perkamų Parkinsono ligai gydyti, skyrimo indikacijos – šios MPP buvo pradėtos kompensuoti distonijoms gydyti. Sąrašas buvo papildytas nauju vaistu *Idarucizumab* (juo aprūpinamos ASP įstaigos), skiriamu vaisto *Dabigatran* antikoaguliaciniam poveikiui šalinti.

2019 m. buvo skirta didesnė lėšų suma kateterizavimo būdu implantuojamiems vožtuvams įsigyti – 2018 m. ASP įstaigoms buvo skirta 778 tūkst. Eur minėtoms MPP įsigyti, o 2019 m. – 4,18 mln. Eur (įskaitant tam skirtas PSDF biudžeto rezervo lėšas).

2019 m. 20 proc. sumažėjo vidutinė laukimo, kol bus skirti kompensuojamieji kelio sąnarių endoprotezai, trukmė, palyginti su praėjusiais metais: 2018 m. ji siekė 2,6 mėn., 2019 m. – 2,1 mėnesio. Klubo sąnario endoprotezo laukimo trukmė nepakito, t. y. klubo sąnario endoprotezo skyrimo laukiama mažiau nei mėnesį. Be to, nuo 2019 m. vidurio pacientams iki 65 metų buvo pradėti kompensuoti mechaninio tvirtinimo klubo sąnario endoprotezai.

2019 m. toliau buvo vykdomos derybos dėl vienintelio gamintojo vaistų kainų. Vidutiniškai centralizuotai apmokamų vienintelio gamintojo vaistų kainos sumažėjo 5 proc., o teigiamas ekonominis efektas sudarė 570 tūkst. Eur (Derybų komisijai pavyko antrus metus iš eilės užtikrinti stabilų kainų mažėjimą 5 procentais).

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

2019 m. PSDF biudžete labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais buvo numatyta 7,9 mln. Eur. Pagal 2019 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma sudarė 7,8 mln. Eur, buvo sumokėta 2,3 mln. Eur, t. y. 42 proc. daugiau nei 2018 m., kai ši suma siekė 5,5 mln. Eur.

2019 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas siekė 189 tūkst. eurų.

VLK organizuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 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. 2019 m. VLK išdavė 372 garantinius raštus pagal ASP įstaigos prašymus kompensuoti 243 pacientų (iš jų – 64 nauji pacientai), kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas. Naujų pacientų gydymui pagal šiais metais išduotus garantinius raštus buvo skirta apie 2,8 mln. Eur. Didžiausia dalis lėšų retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiems sergantiesiems ypač retomis metabolinėmis ligomis, spinaline raumenų atrofija bei labai retomis onkologinėmis ligomis.

02 04 medicinos priemonių (prietaisų) nuomai

2019 m. medicinos priemonių (prietaisų) nuomai iš PSDF biudžeto buvo skirta 2 050 tūkst. Eur. 2019 m. faktinės išlaidos (suma pagal priimtas sąskaitas) sudarė 2 019,4 tūkst. Eur.

Nuo 2018 m. VLK sudaro sutartis su įmonėmis dėl insulino pompų su glikemijos duomenų įvertinimo, naudojant diagnostines juosteles gliukozės kiekiui nustatyti, funkcija ir insulino pompų su glikemijos įvertinimo, naudojant nuolatinio gliukozės matavimo jutiklį, ir insulino įšvirkštimo

sustabdymo, esant mažai glikemijai, funkcija nuomos išlaidų kompensavimo. Kiekvieną mėnesį šių pacientų skaičius didėja. Siekiant gerinti medicinos priemonių (prietaisų) nuomos prieinamumą pacientams, 2019 m. buvo patikslintos³¹ insulino pompų nuomos sąlygos, leidžiant nuomos išlaidas kompensuoti 1 tipo cukriniu diabetu sergantiems pacientams, įtrauktiems į Kasos salelių transplantacijos laukiančiųjų sąrašą, iki ir po transplantacijos (visu gydymo laikotarpiu).

Taip pat VLK 2019 m. gruodžio 31 d. Sveikatos apsaugos ministerijai pateikė 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 projektą³², kuriuo į Medicinos priemonių sąrašą buvo įrašytos išorinės automatinės infuzinės pompos ilgalaikiai opioidinių analgetikų infuzijai atlikti. Šios pompos skiriamos nuolatiniam skausmo malšinimui paciento namuose užtikrinti.

2019 m. deguonies aparatų nuomos išlaidos buvo kompensuotos 640 pacientų, dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų nuomos išlaidos – 224 pacientams, o insulino pompų nuomos išlaidos – 489 pacientams.

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

03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui

2019 m. iš PSDF biudžeto medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui buvo skirta 58 959 tūkst. Eur. Pagal 2019 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma už pacientams suteiktas paslaugas sudarė 59 274,1 tūkst. Eur, buvo sumokėta 58 959 tūkst. Eur.

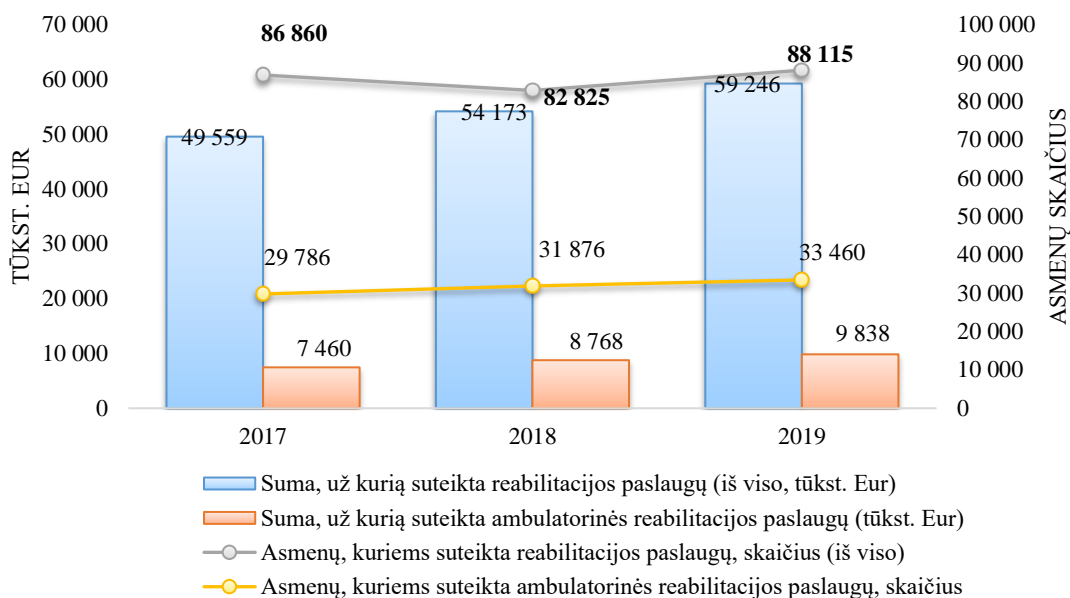
2019 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už suteiktas medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas sudarė 5 774,7 tūkst. Eur (už gruodžio mėnesį suteiktas paslaugas).

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

2019 m. 88 tūkst. pacientų buvo suteikta 1 564 tūkst. paslaugų už 59,2 mln. Eur, iš jų 33,5 tūkst. pacientų (apie 38 proc. visų gavusiųjų medicininės reabilitacijos paslaugas) gavo 471 tūkst. ambulatorinių medicininės reabilitacijos paslaugų už 9,8 mln. Eur.

³¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. birželio 11 d. įsakymas Nr. V-695 „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“.

³² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. vasario 10 d. įsakymas Nr. V-138 „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“.



Apie 17 tūkst. vaikų (19,3 proc. visų gavusiųjų medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas) buvo suteikta 325 tūkst. paslaugų už 9,1 mln. Eur, o 71 tūkst. suaugusiųjų (80,7 proc. visų gavusiųjų medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas) suteikta 1 239 tūkst. paslaugų už 50,1 mln. Eur.

Nuo 2015 m. II pusmečio suaugusiesiems yra teikiamos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos. Vadovaujantis Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašu³³, 2019 m. 1 024 asmenims buvo suteikta apie 17 tūkst. paslaugų už 654 tūkst. Eur.

2019 m. buvo suteikta daugiau nei 969,1 tūkst. fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijų už 22,1 mln. Eur. Šių konsultacijų metu pagal indikacijas 278,6 tūkst. pacientams buvo taikomos pavienės medicininės reabilitacijos priemonės.

04 Ortopedijos technikos priemonės

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

2019 m. OTP gamybos ir pritaikymo išlaidoms kompensuoti iš PSDF biudžeto buvo skirta 12 110 tūkst. Eur. 2019 m. faktinės išlaidos (suma pagal priimtas sąskaitas) sudarė 11 747,3 tūkst. Eur, arba 97 proc. planuotų išlaidų.

2019 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už pagamintas ir išduotas OTP sudarė 524,8 tūkst. Eur.

2019 m. toliau buvo tobulinamas OTP kompensavimas, siekiant užtikrinti geresnę šių priemonių kokybę ir gerinti jų prieinamumą pacientams:

- nustatyti aukštesni kokybės reikalavimai protezams. Nustatyti nauji kokybės reikalavimai daugeliui kojų protezų: moduliai, jungiantys ėmiklį ir pėdą, gaminami iš titano arba aliuminio lydinio (atsisakoma plieno, todėl protezai tampa lengvesni), protezų naudojimo laikotarpiu skiriami 2 įdėklai (pacientams nereikia savo lėšomis įsigyti antro įdėklo, jeigu vienas suplyšta). Taip pat protezai

³³ 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“.

komplektuojami kartu su įdėklais, gaminamais iš termoplastinių elastomerų (TPE), kopolimero, silikono ar kitos patentuotos medžiagos (ėmikliai su minkštais įdėklais padeda išvengti nutrynimų). Modernūs protezai gaminami su silikoniniais arba poliuretaniniais įdėklais;

- dėl nustatytų aukštesnių kokybės reikalavimų patvirtintos naujos daugelio OTP bazinės kainos;

- asmenims, kurie mokosi specialiosiose, profesinėse ir aukštosiose mokyklose, pradėti kompensuoti šlaunies (aukščiau kelio) protezai su hidrauliniu kelio sąnariu ar blauzdos (žemiau kelio) protezai su vakuuminio tvirtinimo sistema. Iki tol buvo nustatyta, kad asmenys, norintys gauti kompensuojamuosius šlaunies (aukščiau kelio) protezus su hidrauliniu kelio sąnariu ir (ar) blauzdos (žemiau kelio) protezus su vakuuminio tvirtinimo sistema, turi atitikti numatytą skyrimo sąlygą – jų darbinė arba profesinė veikla turi būti vykdyta ne mažiau kaip 12 mėnesių per paskutinius 36 mėnesius iki gydytojų konsiliumo išvados surašymo;

- buvo pradėti kompensuoti anglies pluošto įtvarai vaikams, į kompensuojamųjų OTP ir jų bazinių kainų sąrašą įrašytas dinaminis anglies pluošto kulkšnies-pėdos įtvaras (KT1-3 tipo). Dinaminis anglies pluošto kulkšnies-pėdos įtvaras III lygio paslaugas teikiančių ASP įstaigų daugiadalykio gydytojų specialistų konsiliumo sprendimu galės būti skiriamas vaikams, kurių vaikščiojimo funkcija yra išlikusi (jei nustatytos diagnozės G82.0 Vangioji paraplegija, Q05 Įskilas stuburas (*Spina Bifida*), taip pat esant būklėms, žymimoms šiais kodais: M21.30 Kabanti plaštaka ar pėda (įgyta), dauginės vietos; M21.37 Kabanti plaštaka ar pėda (įgyta), čiurna ir pėda; G57.3 Lateralinio pakinklio nervo pažeidimas);

- suaugusiesiems iki 24 metų, kurie mokosi specialiosiose, profesinėse ir aukštosiose mokyklose, pradėta kompensuoti po vieną klausos aparatą abiem ausims ne dažniau nei kas 5 metus;

- siekiant sumažinti laukiančiųjų sudėtingos ortopedinės avalynės užsakymų priėmimo eiles ir sustabdyti galimą piktnaudžiavimą išduodant sudėtingą ortopedinę avalynę (AD5-1 tipo) tais atvejais, kai nustatomos diagnozės, žymimos kodu M20.1 ir kodu M21.87, nuspręsta šias diagnozes priskirti diagnozėms, pagal kurias išduodama nesudėtinga avalynė (AD3-1 tipo). Dėl šio pakeitimo pacientai, kuriems diagnozuotos sudėtingos pėdų deformacijos, galės reikiamą avalynę gauti laiku, o kiti pacientai taip pat neliks be ortopedinės avalynės.

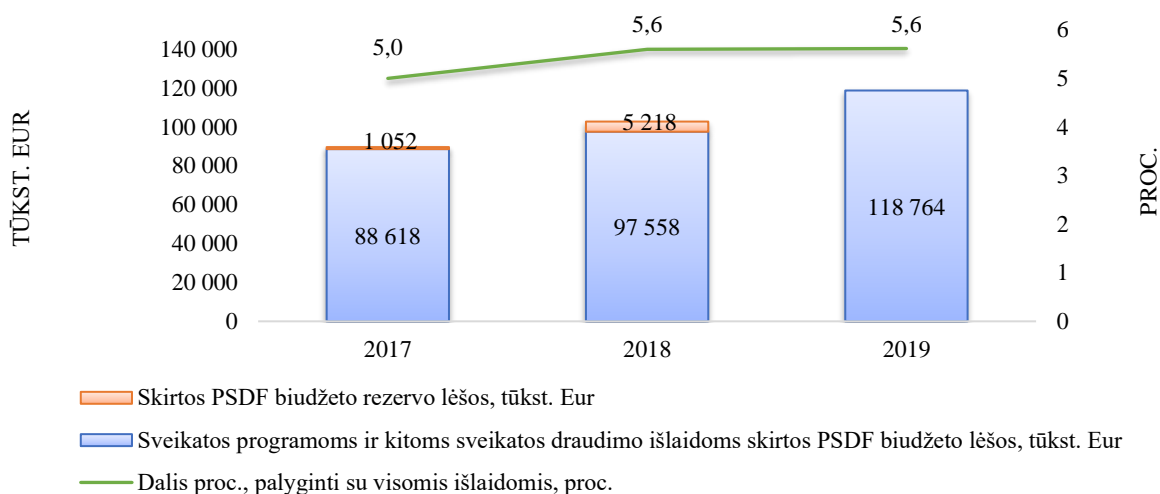
2019 m. buvo peržiūrėtos ortopedinės avalynės skyrimo indikacijos ir atlikti visų ortopedinę avalynę gaminančių įmonių patikrinimai. Esminių pažeidimų skiriant ortopedinę avalynę nenustatyta.

05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms

PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos įvairios sveikatos programos. 2019 m. sveikatos programoms finansuoti ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti buvo skirta 118 764 tūkst. Eur. Suma pagal prisiimtus įsipareigojimus sudarė 116 456,9 tūkst. Eur, buvo sumokėta 115 699 tūkst. Eur. Kreditinis įsiskolinimas 2019 m. gruodžio 31 d. duomenimis sudarė 8 661,5 tūkst. Eur.

Pastaruoju metu vis daugiau dėmesio skiriama ligų prevencijai: laiku užkirtus kelią ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas, išvengiama didesnių gydymo išlaidų. Atsižvelgiant į tai, 2019 m. buvo skirta 19 681,5 tūkst. Eur (1 922,8 tūkst. Eur arba 11 proc. daugiau nei 2018 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, Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai, Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai bei Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai.

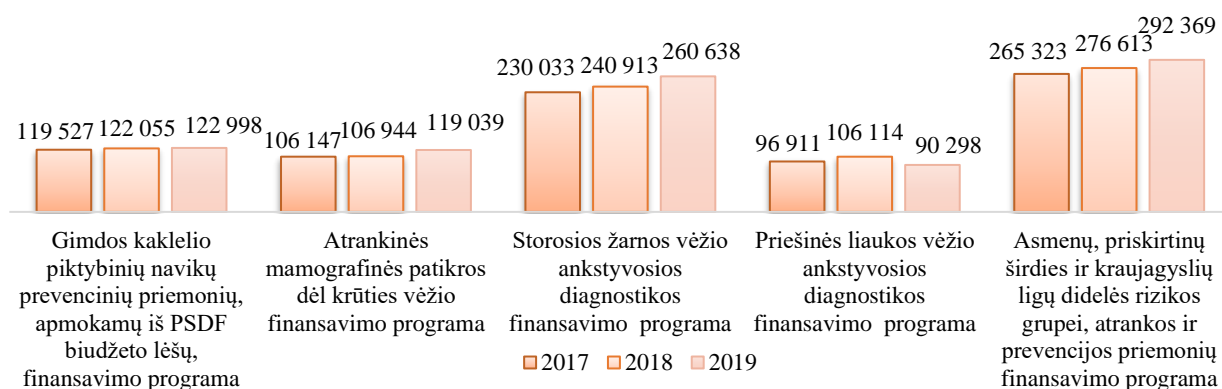
Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms skiriama apie 5 proc. PSDF biudžeto lėšų



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

2019 m. „Sveidros“ duomenimis, Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje numatytas paslaugas gavo 119 tūkst. moterų, t. y. apie 11 proc. daugiau nei 2018 metais. Taip pat gana aktyviai vykdomos ir kitos prevencinės programos (žr. diagramą). Pagal Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programą 2019 m. sveikatą pasitikrino daugiau kaip 122 tūkst. moterų, t. y. apie 1 proc. daugiau nei 2018 metais. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytas paslaugas 2019 m. gavo daugiau kaip 260 tūkst. asmenų, t. y. net 9 proc. daugiau nei 2018 metais. Pagal Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą pernai pasitikrino 90 tūkst. vyrų. Taip pat aktyviai šalies gyventojai dalyvavo vykdant Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą. Pernai pagal šią programą pasitikrino 292 tūkst. asmenų, t. y. apie 6 proc. daugiau nei 2018 metais.

2017–2019 m. patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomenimis



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

Programa skirta moterims nuo 25 iki 60 metų.

– Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programai³⁴ vykdyti 2019 m. buvo išleista 1 996,5 tūkst. Eur. Pagal šią programą moterys nuo 25 iki 60 metų kas trejus metus gali pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio.

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų, tūkst. Eur			suma pagal priimtas sąskaitas, tūkst. Eur	apmokėta, tūkst. Eur	lėšų panaudojimas, proc. (priimta sąsk. / skirta * 100)	patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2017	1 705,1	1 668,6	36,5	1 636,5	1 629,9	96,0	119 527
2018	1 948,4	1 778,4	170,0	1 834,2	1 814,5	94,1	122 055
2019	2 052,5	2 052,5	0,0	2 030,0	1 996,5	98,9	122 998

Lietuvoje Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa vykdoma jau daugiau kaip 14 metų. Nuo programos vykdymo pradžios iki 2019 m. pabaigos citologinio tepinėlio paėmimo ir jo rezultatų įvertinimo paslaugos 1 kartą buvo suteiktos 283 tūkst. moterų, 2 kartus – 208 tūkst. moterų, 3 kartus – 157 tūkst. moterų, 4 kartus – 95 tūkst. moterų, 5 kartus – 33 tūkst. moterų, 6 kartus – 4 tūkst. moterų. Bent 1 kartą per nurodytą laikotarpį pagal programą pasitikrino 782 tūkst. moterų. 2019 m. pagal šią programą pasitikrino apie 1 proc. daugiau moterų nei 2018 metais.

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

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

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

05 02 Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai

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

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai³⁵ vykdyti 2019 m. buvo išleista 3 152,0 tūkst. Eur.

³⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“.

³⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymas Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūtys 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				
2017	2 435,6	2 388,0	47,6	2 381,1	2 386,0	97,8	106 147
2018	2 801,8	2 572,5	229,3	2 673,4	2 630,2	95,4	106 944
2019	3 247,9	3 247,9	0,0	3 175,7	3 152,0	97,8	119 039

Programos tikslas – nustatyti kuo ankstyvesnės stadijos ligą. Ši programa Lietuvoje vykdoma nuo 2005 metų, pagal ją patikrinti dėl krūtų vėžio gali 50–69 metų moterys kas dvejus metus. Iš viso nuo 2005 m. spalio iki 2019 m. gruodžio mėnesio bent vieną kartą programoje numatytas paslaugas gavo daugiau nei 478 tūkst. moterų. 2019 m. pagal minėtą programą patikrino beveik 119 tūkst. moterų, tai yra 11 proc. daugiau nei 2018 m. (2018 m. – beveik 107 tūkst. moterų).

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

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

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

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

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai³⁶ vykdyti 2019 m. buvo išleista 8 376,2 tūkst. Eur.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų (tūkst. Eur)			suma pagal priimtas sąskaitas (tūkst. Eur)	apmokėta (tūkst. Eur)	lėšų panaudojimas (proc.) (priimta sąsk. / skirta * 100)	patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2017	6 234,6	6 108,5	126,1	6 084,7	6 075,9	97,6	265 323
2018	7 365,5	6 760,4	605,1	7 180,2	7 098,2	97,5	276 613
2019	8 590,8	8 590,8	0,0	8 499,9	8 376,2	98,9	292 369

Pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą rizikos grupei priskiriami asmenys kviečiami patikrinti kasmet. 2019 m. šioje programoje numatytas paslaugas gavo apie 5 proc. daugiau asmenų nei 2018 m. (2018 m. – 276 tūkst. asmenų, 2017 m. – 265 tūkst. asmenų). Iš viso bent vieną kartą (nuo 2006 m. iki 2019 m. pabaigos) pagal programą patikrino daugiau nei 820 tūkst. asmenų. 2019 m. buvo suteikta daugiau nei 22 tūkst. išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslaugų, t. y. apie 16 proc. daugiau nei 2018 m. (19 tūkst.).

Pagal programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo

³⁶ 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“.

ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga, išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga.

05 04 Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai

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

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai³⁷ vykdyti 2019 m. buvo išleista 1 799,5 tūkst. Eur. 2018 m. dėl prostatos vėžio pasitikrino daugiau kaip 106 tūkst. vyrų, o 2019 m. – daugiau nei 90 tūkst. vyrų, t. y. apie 15 proc. mažiau nei 2018 metais.

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa							
metai	skirta PSDF biudžeto lėšų (tūkst. Eur)			suma pagal priimtas sąskaitas (tūkst. Eur)	apmokėta (tūkst. Eur)	lėšų panaudojimas (proc.) (priimta sąsk. / skirta * 100)	patikrintų asmenų skaičius „Sveidros“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2017	1 708,0	1 667,2	40,8	1 593,8	1 635,2	93,3	96 911
2018	2 108,2	1 918,0	190,2	1 873,8	1 846,9	88,9	106 114
2019	1 848,8	1848,8	0,0	1 763,9	1 799,5	95,4	90 298

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

05 05 Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai

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

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai³⁸ vykdyti 2019 m. buvo išleista 3 880,5 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				
2017	3 164,8	3 102,2	62,6	3 000,5	3 082,8	94,8	230 033
2018	3 534,8	3 228,8	306,0	3 334,3	3 251,4	94,3	240 913
2019	3 941,5	3 941,5	0,0	3 916,8	3 880,5	98,5	260 638

Žmonės aktyviai dalyvauja vykdant Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą: sveikatą jau pasitikrino 46–56 proc. šalies gyventojų, turinčių teisę gauti šioje programoje numatytas paslaugas, todėl pagal pasitikrinusių asmenų skaičių Lietuva laikoma viena iš geriausiai šią programą vykdančių ES šalių (nuo šios programos vykdymo pradžios iki 2019 m. pabaigos pagal šią programą bent vieną kartą pasitikrino daugiau kaip 913 tūkst. asmenų). 2019 m.

³⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“.

³⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymas Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“.

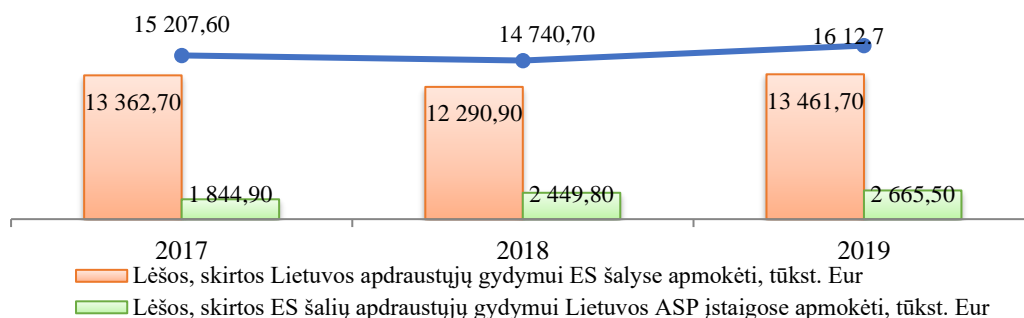
duomenimis, Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytas paslaugas gavo beveik 261 tūkst. asmenų, t. y. apie 8 proc. daugiau nei 2018 m. (2018 m. – daugiau kaip 241 tūkst. asmenų).

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

05 06 Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti

Socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti 2019 m. buvo išleista 16 127,3 tūkst. Eur: už Lietuvos Respublikos apdraustiesiems ES šalyse ir Šveicarijos Konfederacijoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas buvo sumokėta 13 461,7 tūkst. Eur, o už kitų ES šalių apdraustiesiems suteiktas ASP paslaugas Lietuvos gydymo įstaigoms buvo sumokėta 2 665,5 tūkst. Eur.

PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti dinamika 2017–2019 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

2019 m. ES šalių susižinojimo tarnyboms VLK pateikė apmokėti 4,9 tūkst. sąskaitų už ES šalių apdraustiesiems jų laikino buvimo Lietuvoje metu – 2018 m. II pusm. ir 2019 m. I pusm. – suteiktas ASP paslaugas. Pagal šias sąskaitas kompensuotina suma sudaro 2 205,6 tūkst. Eur.

2019 m. kitų ES šalių susižinojimo tarnyboms dėl PSDF biudžeto išlaidų kompensavimo pateiktų sąskaitų duomenys

Sąskaitos, pateiktos už:	Sąskaitų skaičius (vnt.)	Suma (tūkst. Eur)	Išlaidos (proc.)
ES šalių apdraustiesiems jų laikino buvimo Lietuvoje metu suteiktas ASP paslaugas	4 927	2 205,6	58,7
ES šalių apdraustiesiems, persikėlusiesiems gyventi į Lietuvą, suteiktas ASP paslaugas	12 799	1 551,3	41,3
Iš viso	17 726	3 756,9	100,00

Daugiausia sąskaitų buvo pateikta Norvegijos (42,5 proc.), Vokietijos (17,7 proc.), Jungtinės Karalystės (8,5 proc.) ir Latvijos (5,2 proc.) susižinojimo tarnyboms. Šių šalių susižinojimo tarnybos turės kompensuoti ir didžiausią PSDF biudžeto išlaidų, skirtų kitų ES šalių apdraustųjų sveikatos priežiūrai Lietuvoje, dalį: Latvija – 40 proc., Norvegija – 23 proc., Vokietija – 11,5 proc. ir Jungtinė Karalystė – 10 procentų.

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

2019 m. VLK PSDF biudžeto lėšomis apmokėjo 13,2 tūkst. ES šalių susižinojimo tarnybų pateiktų standartizuotų sąskaitų (E125 / E127 formos pažymų), taip pat pagal 718 pagrįstų Lietuvos Respublikos apdraustųjų prašymų kompensavo jų išlaidas būtinosios medicinos pagalbos paslaugoms, gautoms ES šalyse. Iš viso Lietuvos Respublikos apdraustųjų sveikatos priežiūros ES šalyse išlaidoms apmokėti VLK išleido 13 461,7 tūkst. Eur:

2019 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	12 944	12 385,1	92,0
E127 formos pažymas	289	920,2	6,8
Apdraustųjų prašymus	718	156,4	1,2
Iš viso	13 951	13 461,7	100,00

2019 m. didžiąją PSDF biudžeto lėšų, skiriamų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti, dalį (92 proc. sumos) sudarė lėšos, skirtos faktinėmis išlaidomis pagrįstoms sąskaitoms (E125 formos pažymoms) apmokėti. Daugiausia 2019 m. apmokėtų sąskaitų buvo gauta iš Vokietijos (44 proc. visų apmokėtų sąskaitų), Lenkijos (8 proc.), Švedijos ir Ispanijos (po 7 proc.). Iš kitų ES šalių gautos ir apmokėtos sąskaitos sudarė 34 proc. visų apmokėtų sąskaitų.

Daugiausia PSDF biudžeto lėšų VLK skyrė Vokietijoje (46 proc. bendros sumos), Švedijoje (9 proc.), Prancūzijoje (8 proc.) ir Jungtinėje Karalystėje (6 proc.) Lietuvos Respublikos apdraustiesiems suteiktų ASP paslaugų išlaidoms apmokėti. Kitose ES šalyse suteiktoms ASP paslaugoms teko 31 proc. bendros sumos.

05 08 Transplantacijos programai

Iš viso Transplantacijos programai 2019 m. buvo skirta 24 665,6 tūkst. Eur.

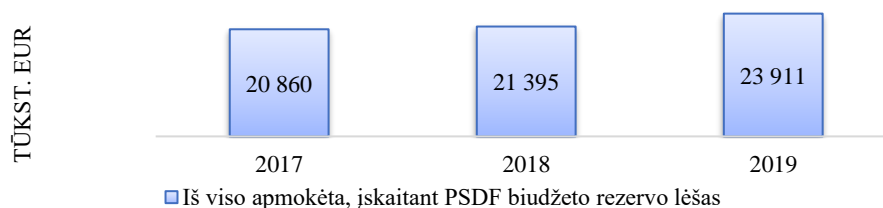
Transplantacijos paslaugų išlaidas pradėta kompensuoti 1999 metais. PSDF biudžeto lėšomis apmokamos širdies, inkstų, kepenų, plaučių, širdies ir plaučių komplekso, kasos ir inksto komplekso, kraujodaros kamieninių ląstelių, akies ragenos transplantacijos paslaugų išlaidos, taip pat paruošimo transplantacijai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

2019 m. stacionare atliktų transplantacijų skaičius „Sveidros“ duomenimis

	Transplantacijų skaičius 2019 m.	Vidutinė vienos transplantacijos, atliekamos stacionare, kaina (Eur)
Donoro identifikavimas, ištirimas, paruošimas ir kt.	84	1 502,75
Inkstų transplantacija	102	26 291,61
ALOKKL transplantacija	60	157 824,56
AUTOKKL transplantacija	172	44 391,93
Kepenų transplantacija	17	54 203,48
Ragenos transplantacija	45	2 913,92
Širdies transplantacija (širdies persodinimo operacija)	8	67 337,86
Širdies transplantacija (PIMAKP* prijungimo operacija, įskaitant vidinį / išorinį dirbtinį širdies skilvelį)	8	123 613,50
Plaučių transplantacija	0	0
Kasos ir inksto komplekso transplantacija	0	0
Širdies ir plaučių komplekso transplantacija	0	0

*PIMAKP – prietaisas ilgalaikiai mechaninei asistuojančiai kraujotakai palaikyti.

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



Šios programos lėšomis taip pat mokama už mirusio žmogaus audinių ir organų donorystės, audinių ir organų paėmimo bei ištirimo paslaugas. 2019 m. PSDF biudžeto išlaidos potencialiems donorams paruošti sudarė 190,7 tūkst. Eur.

05 10 dantų protezavimo paslaugoms

Dantų protezavimo paslaugoms kompensuoti³⁹ 2019 m. buvo išleista (sumokėta) 34 051,9 tūkst. Eur, t. y. 10 079,8 tūkst. Eur (42 proc.) daugiau nei 2018 metais. 2018 m. šios paslaugos buvo suteiktos beveik 64 tūkst. asmenų, o 2019 m. – 77 tūkst. asmenų, t. y. 13 tūkst., arba 20 proc., daugiau.

2019 m. 56 proc. buvo sumažintas asmenų, laukiančių dantų protezavimo paslaugų ar kompensacijų, skaičius, palyginti su 2018 m. laukiančiųjų paslaugų arba kompensacijų skaičiumi (nuo 169,8 tūkst. 2018 m. III ketv. iki 74,1 tūkst. 2019 m. III ketv.). Vidutinė dantų protezavimo paslaugų laukimo trukmė yra 1 metai ir 6 mėnesiai.

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. Asmenys, turintys teisę gauti kompensuojamąsias dantų protezavimo paslaugas, nuo 2019 m. sausio 1 d. įrašomi į vieną bendrą šalies mastu sudaromą asmenų, laukiančių dantų protezavimo paslaugų, sąrašą, valdomą Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos (toliau – EVIS) Dantų protezavimo posistemio priemonėmis.

³⁹ 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“.

05 13 Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonės finansuoti

Šioms priemonėms finansuoti 2019 m. buvo skirta 12 300 tūkst. Eur, t. y. 1 371,1 tūkst. Eur daugiau nei 2018 metais.

2019 m. buvo įsigyta keturvalentė vakcina nuo gripo, kuria skiepijami nustatytų grupių asmenys. 2019 m. šios vakcinos poreikis, palyginti su 2018 m., gerokai išaugo, todėl buvo įsigyta 36 tūkst. dozių daugiau nei 2018 metais. Gripo vakcinai 2019 m. išleista 500 tūkst. Eur daugiau nei 2018 metais.

Šiuo metu pagal Imunoprofilaktikos programą centralizuotai perkamos šios vakcinos:

Vakcinos, nurodytos Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendoriuje	Kitos vakcinos
<ul style="list-style-type: none"> • hepatito B vakcina naujagimiams, kūdikiams ir vaikams; • vakcina nuo tuberkuliozės (BCG); • vakcina nuo kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės, inaktyvuota vakcina nuo poliomieliito; • vakcina nuo kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės, inaktyvuota vakcina nuo poliomieliito, vakcina nuo B tipo <i>Haemophilus influenzae</i>; • vakcina nuo tymų, epideminio parotito, raudonukės; • konjuguota vakcina nuo pneumokokinės polisacharidinės infekcijos, skirta vaikams iki 2 m.; • vakcina nuo difterijos, stabligės, kokliušo (neląstelinio), skirta 15–16 m. paaugliams (skiepyti pradėta nuo 2015 m. spalio mėn.); • vakcina nuo žmogaus papilomos viruso; • vakcina nuo B tipo meningokokinės infekcijos; • vakcina nuo rotavirusinės infekcijos 	<ul style="list-style-type: none"> • vakcina nuo pasiutligės; • imunoglobulinas nuo pasiutligės; • inaktyvuota vakcina nuo poliomieliito; • vakcina nuo difterijos, stabligės (suaugusiųjų); • vakcina nuo einamųjų metų sezoninio gripo; • vakcina nuo hepatito B, skirta studentams, kurie mokymo vietose vykdo sveikatos priežiūros ir su ja susijusią veiklą mokymo tikslais (2014 m. rugsėjo mėn.–2015 m. rugsėjo mėn.); • konjuguota vakcina nuo pneumokokinės polisacharidinės infekcijos, skirta rizikos grupėms priklausantiems asmenims skiepyti

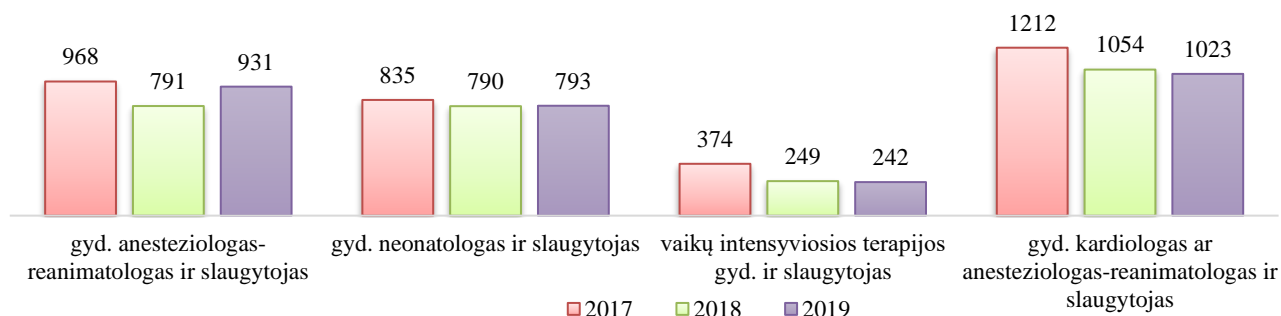
05 14 skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai finansuoti

2019 m. išlaidos skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai finansuoti siekė 6 125,6 tūkst. Eur. Skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą sudaro skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba ir specializuota skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba.

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

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

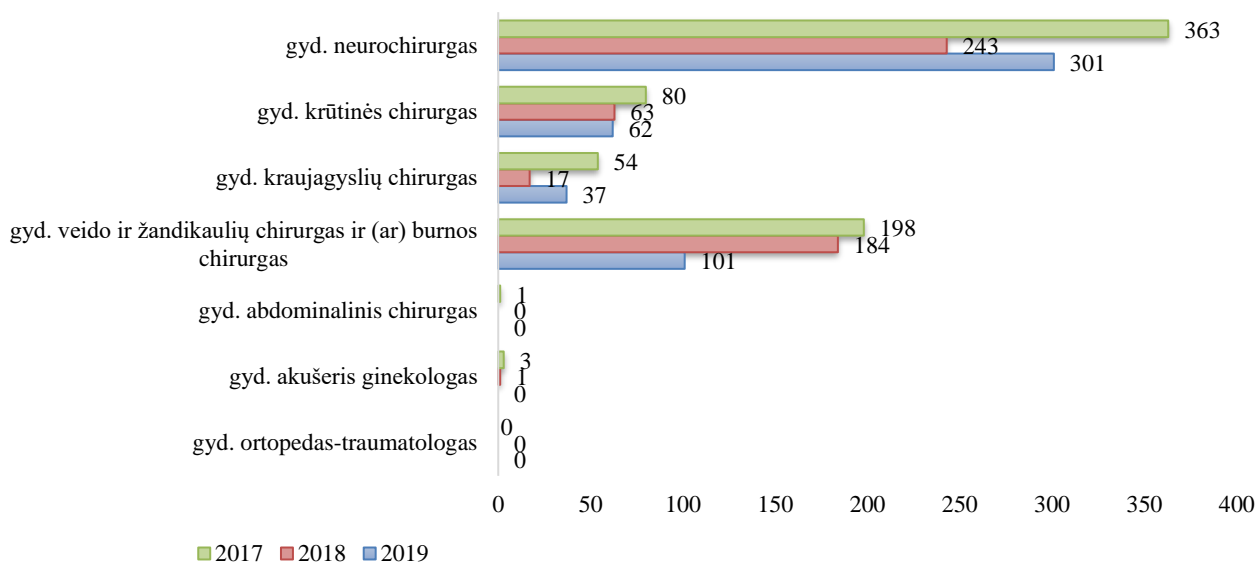
**Pacientų, kuriems buvo teikiama skubi konsultacinė
sveikatos priežiūros pagalba, skaičiaus dinamika 2017–2019 m.**



2019 m. buvo papildyti Specialieji reikalavimai anesteziologo-reanimatologo konsultacijai, kai teikiama skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba⁴⁰. Buvo įteisintas ekstrakorporinės membraninės oksigenacijos (toliau – EKMO) sistemos taikymas už ASP įstaigos ribų, kai teikiama skubi konsultacinė sveikatos priežiūros pagalba ir sunkių kritinių būklių pacientai transportuojami į ASP įstaigas, kuriose taikoma EKMO sistema. Taip pat nustatyta, kad dėl EKMO sistemos naudojimo paciento transportavimo metu turi teisę spręsti ir gydytojas širdies chirurgas kartu su gydytoju anesteziologu-reanimatologu arba gydytojas kardiologas kartu su gydytoju anesteziologu-reanimatologu.

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

**Konsultuotų pacientų, kuriems buvo teikiama specializuota skubi konsultacinė
sveikatos priežiūros pagalba, skaičiaus dinamika 2017–2019 m.**



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

⁴⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 16 d. įsakymas Nr. V-39 „Dėl Skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

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

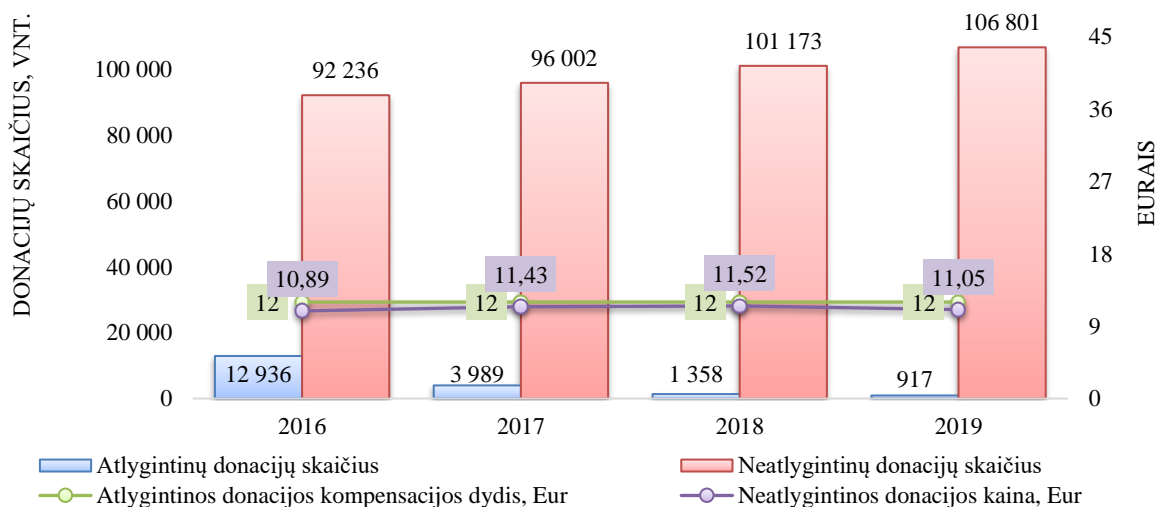
2019 m. išlaidos kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti siekė 1 236 tūkst. Eur (iš jų atlygintinai kraujo donorystei teko 11 tūkst. Eur).

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

Pagrindiniai Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo 2016–2020 m. programos⁴¹ vykdytojai – kraujo donorystės įstaigos, siekiančios propaguoti neatlygintiną kraujo donorystę ir mokančios kompensacijas kraujo donorams Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatyta tvarka. Kraujo ar jo sudedamųjų dalių donorams, davusiems nustatytą kraujo ar jo sudedamųjų dalių dozę ir pageidaujantiems gauti kelionės į kraujo donorystės įstaigą bei papildomo maitinimo išlaidų kompensaciją, iš valstybės biudžeto lėšų sumokama 12 Eur kompensacija.

Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo 2016–2020 m. programos pagrindinis tikslas – diegti neatlygintinos kraujo donorystės principus. Atsižvelgiant į minėtos programos tikslus, buvo siekiama, kad iki 2019 m. gruodžio 31 d. visose kraujo donorystės įstaigose būtų surinkta iki 90 proc. neatlygintinų donacijų. 2019 m. buvo surinkta 99,2 proc. šių donacijų.

Donacijų skaičius ir išlaidos vienai donacijai 2016–2019 m.



05 19 vaistų nuo tuberkuliozės įsigijimo išlaidoms kompensuoti

2019 m. suma, skirta vaistams nuo tuberkuliozės, sudarė 2 678,4 tūkst. Eur, t. y. 531 tūkst. Eur mažiau nei 2018 metais.

2019 m. buvo patvirtintas⁴² Tuberkuliozės diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašas, reglamentuojantis naujas tuberkuliozės gydymo schemas. Dėl šios priežasties pasikeitė vaistų sunaudojimas – vienus sumažėjo, kitų, kurie tapo pirmojo pasirinkimo vaistais, – padidėjo.

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

⁴¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. liepos 24 d. įsakymas Nr. V-887 „Dėl Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programos 2016–2020 m. patvirtinimo“.

⁴² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. rugpjūčio 22 d. įsakymas Nr. V-1012 „Dėl Tuberkuliozės diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

05 21 pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis sergantiems suimtiesiems ir nuteistiesiems gydyti skirtų vaistų įsigijimo išlaidoms apmokėti

Vadovaudamasi Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 6 dalimi (2019 m. sausio 12 d. įstatymo Nr. XIII-1950 redakcija), Lietuvos Respublikos Vyriausybė įgaliojo⁴³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministeriją ir Lietuvos Respublikos teisingumo ministeriją patvirtinti Lėšų skyrimo pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis sergantiems suimtiesiems ir nuteistiesiems gydyti tvarkos aprašą, kuris šių kolegialių institucijų buvo patvirtintas 2019 m. birželio 13 d. įsakymu Nr. V-709/1R-193 „Dėl Lėšų skyrimo pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis sergantiems suimtiesiems ir nuteistiesiems gydyti tvarkos aprašo patvirtinimo“. Šiuo įsakymu Kalėjimų departamentui prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos buvo pavesta teikti VLK planuojamų gydyti nuo pavojingų užkrečiamųjų ligų suimtųjų ir nuteistųjų skaičiaus ir lėšų poreikio jiems gydyti prognozes. Šioms išlaidoms 2019 m. PSDF biudžete buvo numatyta 1 354,7 tūkst. Eur.

Vaistus suimtiesiems ir nuteistiesiems gydyti nuo pavojingų užkrečiamųjų ligų Lietuvos Respublikos viešųjų pirkimų įstatymo nustatyta tvarka perka ASP paslaugas šiems asmenims teikianti įstaiga (toliau – perkančioji organizacija), o VLK lėšas perkančiajai organizacijai perveda pagal jos pateiktus dokumentus.

Pagal Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos pateiktus duomenis 2019 m. vaistais nuo ŽIV, virusinio hepatito C ir tuberkuliozės buvo gydyti kiek daugiau nei 200 nuteistųjų. 2019 m. VLK pervedė perkančiajai organizacijai 741,7 tūkst. Eur, skirtų atsiskaityti su tiekėjais už nupirktus vaistus.

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

Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklai 2019 m. PSDF biudžete buvo numatyta 21 902 tūkst. Eur. Pagal šiuo laikotarpiu priimtus įsipareigojimus mokėtina suma iš viso sudarė 19 801 tūkst. Eur, sumokėta suma – 19 782,6 tūkst. Eur, t. y. mažiau nei 1 proc. visų 2019 m. PSDF biudžeto įplaukų (Sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnio 3 dalyje numatyta, kad šioms išlaidoms gali būti skiriama iki 2 proc. PSDF biudžeto lėšų).

Kreditinis įsiskolinimas 2019 m. gruodžio 31 d. duomenimis siekė 159,6 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, 2019 m. buvo išduota daugiau kaip 227 tūkst. Europos sveikatos draudimo kortelių.

Šiomis lėšomis yra vykdomi itin svarbūs projektai, pvz.: 2019 m. buvo įdiegtas EVIS Medicinos prietaisų nuomos posistemis. Automatizavus paslaugos teikimo procesą, bus sudarytos galimybės efektyviau ir skaidriau valdyti PSDF lėšas, skirtas medicinos prietaisų nuomai. Taip pat buvo įdiegtas Europos Sąjungos socialinės apsaugos duomenų mainų informacinės sistemos (EDMIS) Duomenų mainų ir administravimo posistemis, kurio dėka galima efektyviau keistis duomenimis su kitomis ES valstybėmis – automatizavus paslaugos teikimo procesą, duomenis gauti ir teikti yra kur kas paprasčiau.

⁴³ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2019 m. balandžio 24 d. nutarimas Nr. 407 „Dėl įgaliojimų suteikimo įgyvendinant Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymą“.

Įdiegus EVIS Dantų protezavimo posistemį, proceso automatizavimas, duomenų teikimo ir naudojimo supaprastinimas turėjo įtakos paslaugos laukimo laiko sutrumpėjimui. Šiame posistemyje, kuriame formuojama bendra centralizuota dantų protezavimo išlaidų kompensavimo eilė, yra įdiegta pacientui skirta personalizuota paslauga – jis gali sužinoti numatomą dantų protezavimo paslaugų, kurių išlaidos bus apmokėtos PSDF biudžeto lėšomis, teikimo datą. Dėl įdiegtų naujų informacinių technologijų ir didesnio dantų protezavimui skirto finansavimo (palyginti su 2018 m.) 2019 m. laukiančiųjų dantų protezavimo paslaugų sumažėjo du kartus.

Ligonių kasos nuo 2013 m. aptarnauja gyventojus ir teikia administracines paslaugas pagal vieno langelio principą. Sveikatos draudimo vykdymo ir ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų klausimais gyventojai informuojami ir konsultuojami bendru visoje Lietuvoje telefono numeriu, elektroniniai paklausimai gaunami bendru elektroninio pašto adresu. Siekiant dėl konsultacijų besikreipiantiems gyventojams sumažinti finansinę naštą, nuo 2018 m. gruodžio 1 d. bendrasis gyventojų konsultavimo telefono numeris buvo pakeistas: vietoj komercinio numerio (8 700) 88 888 naudojamas mažesnio tarifo numeris (8 5) 232 2222.

Siekiant nuosekliai gerinti teikiamų administracinių paslaugų prieinamumą ir kokybę, 2019 m. buvo toliau vykdomas Konsultavimo informacinės sistemos modernizavimo projektas. Šios informacinės sistemos priemonėmis konsultuojami asmenys, kurie telefonu, raštu, žodžiu ar elektroniniu paštu (info@vlk.lt) kreipiasi į ligonių kasas. Vykdamas minėtą modernizavimo projektą, 2019 m. buvo tęsiamas ligonių kasų konsultavimo veiklos optimizavimas, konsoliduojant ir atskiriant gyventojų konsultavimo būdus (konsultavimą prie langelio TLK atskiriant nuo konsultavimo telefonu ir konsultavimo elektroniniu paštu), suteikiant daugiau savarankiškumo atskiroms konsultavimo paslaugoms ir stiprinant jų kontrolę. 2019 m. buvo atskirta konsultavimo elektroniniu paštu funkcija, jos organizavimas ir valdymas buvo perduotas VLK, o automatinis gyventojų siunčiamų paklausimų paskirstymas centralizuotas – nuo 2019 m. balandžio 1 d. elektroniniu būdu gyventojus konsultuoja tik VLK darbuotojai. Siekiant gerinti gyventojų aptarnavimą ligonių kasose bei užtikrinti gyventojų konsultavimą elektroniniais ryšiais, 2019 m. centralizuotos ir konsultavimo kitais elektroniniais būdais funkcijos: gyventojų konsultavimas interneto svetainėje, skiltyje „Klausimai–atsakymai“, kompiuterine programa „Skype“ bei kitomis elektroninėmis priemonėmis (socialiniame tinkle „Facebook“).

Gyventojų aptarnavimo veiklos optimizavimas ir konsolidavimo projekto įgyvendinimas leidžia užtikrinti mandagų ir kokybišką gyventojų aptarnavimą bei skatinti didesnę jų pasitikėjimą ligonių kasų veikla. Specialistai konsultuoja gyventojus skirtingais būdais – tai leidžia tikslingai (kryptingai) ruošti ir motyvuoti darbuotojus, jiems specializuotis, o turima tikslinė žinių bazė padeda išvengti klaidingo konsultavimo. Konsultavimo programinės įrangos modernizavimas suteikė galimybių nuolat vykdyti centralizuoto darbo krūvio pasiskirstymo stebėseną, nuolatinę techninių konsultavimo rodiklių stebėseną, laiku identifikuoti veiklos sutrikimus ir imtis priemonių jiems ištaisyti, taip pat operatyviai koordinuoti veiklos procesus, remiantis aktualia stebėsenos rezultatų analize.

Pagal elektroniniu būdu organizuojamos VLK ir TLK aptarnaujamų gyventojų 2019 m. apklausos analizės rezultatus buvo nustatyta, kad ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų atitiktis vartotojų poreikiams siekia 88,3 procento. Gyventojų aptarnavimo ligonių kasose efektyvumą teigiamai įvertino 85 proc. visų respondentų. Nuolat vykdomi ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų kokybės gerinimo darbai lemia, kad gyventojai šių paslaugų kokybę vertina vis geriau.

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

2019 m. VLK kompensavo 2 357,8 tūkst. Eur Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos, susijusios su privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimu ir pervedimu į PSDF biudžetą, išlaidų (nuo 2016 m. sausio 1 d. visų kategorijų asmenų – dirbančiųjų, valstybės tarnautojų, statutinių tarnautojų, ūkinių bendrijų narių, individualių įmonių savininkų, individualią veiklą be verslo liudijimo vykdančių asmenų ir kitoms draudžiamųjų kategorijoms priskiriamų asmenų – mokamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas administruoja Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos administravimo įstaigos).

08 PSDF biudžeto rezervui sudaryti (papildyti)

Kaip buvo numatyta 2019 m. PSDF biudžete, 2019 m. PSDF biudžeto rezervas buvo papildytas 105 000 tūkst. Eur pajamų.

IV. LIKUČIAI

LIKUČIAI						
Lėšų likučiai, tūkst. Eur	PSDF biudžeto apyvartos lėšos (3+4)	iš jų:		PSDF biudžeto rezervas (6+7)	iš jo:	
		planinės PSDF biudžeto apyvartos lėšos	lėšų suma, viršijanti planinių apyvartos lėšų sumą		pagrindinė dalis	rizikos valdymo dalis
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
Sausio 1 d. duomenimis	146 049	5 792	140 257	145 280	26 457	118 823
Gruodžio 31 d. duomenimis	5 868	5 792	76	341 076	30 897	310 179

Lėšų likutis pagal 2019 m. sausio 1 d. duomenis

Lėšų likutis pagal 2019 m. sausio 1 d. duomenis buvo 146 049 tūkst. Eur (iš jų 5 792 tūkst. Eur – planinės apyvartos lėšos, 140 257 tūkst. Eur – suma, kuria viršijama planinių apyvartos lėšų suma), o PSDF biudžeto rezervo sąskaitoje rezervo lėšų likutis sudarė 145 280 tūkst. Eur.

Lėšų likutis pagal 2019 m. gruodžio 31 d. duomenis

PSDF biudžeto lėšų likutį pagal 2019 m. gruodžio 31 d. duomenis iš viso sudarė 5 868 tūkst. Eur (iš jų 5 792 tūkst. Eur – planinės apyvartos lėšos, 76 tūkst. Eur – lėšų suma, viršijanti planinių apyvartos lėšų sumą).

Kaip buvo numatyta 2019 m. PSDF biudžete, 2019 m. į PSDF biudžeto rezervo sąskaitą buvo pervesta 105 000 tūkst. Eur PSDF biudžeto lėšų (planinis atskaitymas) ir, kaip minėta, panaudota 49 460,5 tūkst. Eur rezervo lėšų, todėl 2019 m. gruodžio 31 d. rezervas sudarė 341 076 tūkst. Eur.