

## I. STRATEGINIO VEIKLOS PLANO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS PLĖTOJIMO PROGRAMOS (04.001) ĮGYVENDINIMO 2017 M. REZULTATAI

### Konteksto (aplinkos) analizė

Įgyvendinama Sveikatos apsaugos ministerijos strateginį tikslą „Užtikrinti nemokamą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto kompensuojamą sveikatos priežiūrą“, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) vykdo Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programą. Šios programos vykdymas padeda kryptingiau siekti tikslo – įgyvendinti solidarumo, teismo ir visuotinio principus privalomojo sveikatos draudimo srityje, užtikrinti sklandų ir teisingą sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą, sudarantį sąlygas gydymo įstaigoms teikti visuomenei saugias, aukštos kokybės ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, o šių paslaugų teikėjams – gauti teisingą, atitinkantį darbo sąnaudas ir kvalifikaciją atlygį. Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos vykdymas yra neatsiejamas nuo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto resursų ir sveikatos sistemos finansinio tvarumo.

Pagrindiniai **teigiami** išorės veiksniai, turėję įtakos Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos įgyvendinimui:

1. Kasmet didėjančios PSDF biudžeto pajamos. Pajamų didėjimą daugiausia lemia:

- auganti privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma, susijusi su šalies vidutinio darbo užmokesčio didėjimu ir nedarbo lygio mažėjimu;
- auganti valstybės biudžeto įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, suma, kurios dydį lemia didėjanti metinė valstybės biudžeto įmoka, mokama už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį.

2. Priimami politiniai sprendimai didinti sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas, taip siekiant sudaryti galimybes gydymo įstaigoms už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas gauti daugiau lėšų ir šias lėšas panaudoti jų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti. Šiems sprendimams įgyvendinti tiek 2016 m., tiek 2017 m. buvo skirtos papildomos PSDF biudžeto rezervo lėšos (2016 m. II pusmetį buvo skirta 30 mln. Eur, 2017 m. II pusmetį – 24,6 mln. eurų). Šių sprendimų vykdymo tęstinumui užtikrinti tiek 2017 m., tiek 2018 m. PSDF biudžetuose buvo numatytos papildomos planinės lėšos. Šiais metais ir toliau ieškoma būdų didinti gydymo įstaigų gaunamas lėšas už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Pagrindiniai **neigiami** išorės veiksniai, turėję įtakos Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos įgyvendinimui:

1. Nepakankamas valstybės biudžeto asignavimų, skiriamų valstybės priskirtoms PSDF biudžetui funkcijoms vykdyti, dydis (šios lėšos 2017 m. sudarė 15,3 mln. Eur; jos nebuvo didinamos, palyginti su 2016 m., tuo tarpu lėšų poreikis visoms valstybės priskirtoms PSDF biudžetui funkcijoms vykdyti 2017 m. sudarė apie 90 mln. Eur).

2. 2017 m. buvo parengtas Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. rugsėjo 11 d. nutarimo Nr. 968 „Dėl Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro steigimo, jo nuostatų patvirtinimo ir veiklos pradžios nustatymo“ pakeitimo“ projektas, kurio tikslas – užtikrinti Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 1 dalies 1 punkto įgyvendinimą, tikslinant draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmenų, įregistruotų į Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą, aibę ir siekiant, kad Lietuvos piliečiai, kurie faktiškai Lietuvoje negyvena (gali būti seniai išvykę arba niekada Lietuvoje negyvenę, neturintys asmeninių, socialinių arba ekonominių interesų Lietuvoje, taip pat gali būti užsienyje mirę piliečiai), nepatektų į draudžiamųjų sąrašus ir jiems nebūtų taikomos priverstinio išieškojimo procedūros.

Nutarimo projekte buvo numatyta, kad neturintys asmeninio, socialinio arba ekonominio intereso ir negyvenantys Lietuvoje asmenys iš Draudžiamųjų registro būtų išregistruojami nuo šio fakto nustatymo datos; nuolatinais Lietuvos gyventojais nebūtų laikomi Lietuvos Respublikos piliečiai, kurie faktiškai Lietuvoje negyvena, neturi asmeninių, socialinių arba ekonominių interesų ir ne mažiau kaip 1 metus (12 mėn. iš eilės) Lietuvoje nedirbo ir neturėjo darbo santykių arba santykių, savo esme atitinkančių darbo santykius, negavo pajamų pagal autorinę sutartį, iš sporto ar atlikėjo veiklos, neturėjo meno kūrėjo statuso, nevykdė individualios arba individualios žemės ūkio veiklos, nebuvo įregistruoti kaip individualių įmonių savininkai, ūkinių bendrijų ar mažųjų bendrijų nariai, negavo Lietuvoje socialinių pašalpų, pensijų, invalidumo, bedarbio ar kitų išmokų, neteikė pagal

paslaugų kvitą žemės ūkio ir miškininkystės paslaugų, nebuvo priskirti valstybės lėšomis draudžiamų asmenų grupėms pagal Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalį ir dėl to privalomuoju sveikatos draudimu apdrausti nebuvo, taip pat nepriklausė asmenims, išvardytiems Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 5 dalyje. Tokie asmenys nedalyvautų privalomojo sveikatos draudimo sistemoje ir jiems nebūtų taikomos priverstinio išieškojimo procedūros. Šis projektas buvo suderintas su Vidaus reikalų ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Informacinės visuomenės plėtros komitetu prie Susisiekimo ministerijos ir „Sodra“, pateiktas derinti Teisingumo ministerijai. Projektas nebuvo priimtas – dėl Teisingumo ministerijos pastabų jis buvo grąžintas VLK.

### **Strateginis tikslas: užtikrinti nemokamą iš PSDF kompensuojamą sveikatos priežiūrą**

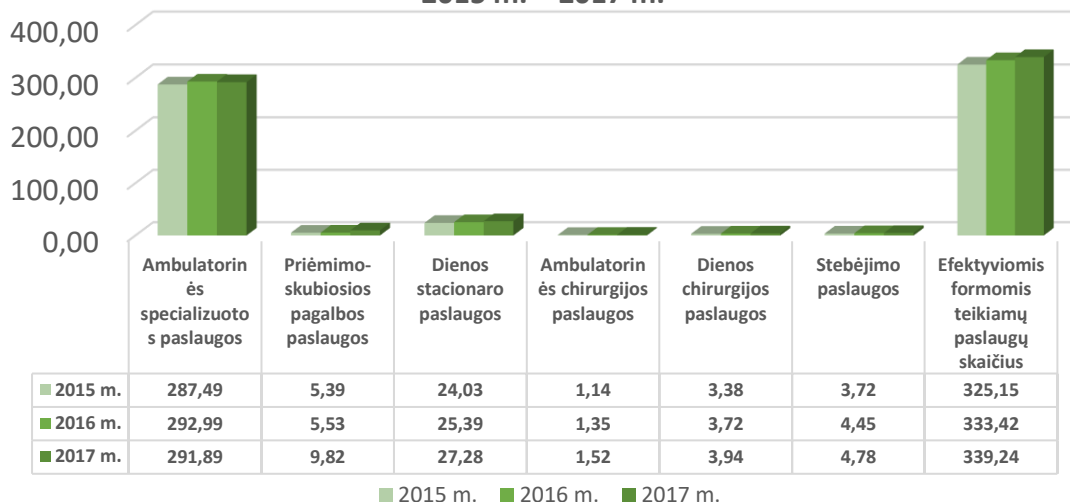
#### *1) Svarbiausia informacija apie strateginio tikslo pasiekimo iššūkius ir galimybes*

Įgyvendinant strateginį tikslą, 2017 m. buvo atlikti šie pagrindiniai apdraustiesiems teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo darbai:

1. PSDF biudžeto lėšomis buvo pradėtos kompensuoti naujos asmens sveikatos priežiūros paslaugos: pagalbinio apvaisinimo paslaugos; preimplantacinės genetikos tyrimai, ambulatorinės gydytojo nefrologo ir gydytojo vaikų nefrologo konsultacijos, kai atliekama peritonine dialize gydomų pacientų stebėseną, ambulatorinės slaugos specialisto konsultacijos, teikiamos namuose pacientams, gydomiems peritonine dialize, gydytojo specialisto konsultacijos, kurių metu naudojamos teleradiologijos priemonės, dienos stacionaro paslaugos – gastroenterologinės ar reumatologinės, ar dermatovenerologinės paslaugos, kai atliekama intraveninė biologinė terapija (šios paslaugos teikiamos suaugusiesiems ir vaikams), išplėstinės gydytojo oftalmologo konsultacijos, kai atliekamas optinės koherentinės tomografijos tyrimas. Buvo pradėtas mokėti priedas už kiekvieną aptarnaujamą gyventoją pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms, ankstesniais metais akredituotoms teikti šeimos gydytojo paslaugas, taip pat priedas už gyventojų, kuriems nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis, priežiūrą. Priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų sąrašas buvo papildytas naujomis paslaugomis ir jų bazinėmis kainomis.

Kasmet vis daugiau suteikiama ekonomiškai efektyvių paslaugų. Tai parodo didėjantis ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (žr. grafiką). 2017 m. 100 gyventojų teko 339,2 ekonomiškai efektyvios paslaugos. 2017 m. į kompensuojamų PSDF biudžeto lėšomis paslaugų sąrašą buvo įrašytos sporto medicinos gydytojo, priklausomybės ligų gydymo, odontologijos, radiologijos, kai atliekami branduolinės medicinos tyrimai, pulmonologo arba vaikų pulmonologo, kai atliekami bakteriologiniai tuberkuliozės tyrimai, konsultacijos, taip pat dienos stacionaro (brachiterapijos, oftalmologijos, vaikų hematologijos) paslaugos. Daugiau paslaugų suteikiama ambulatorinėmis sąlygomis ir dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo priemonių plane, patvirtintame Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 metų gruodžio 5 d. nutarimu Nr. 1290 „Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo priemonių plano patvirtinimo“, numatytų priemonių, kurias vykdant brangiai kainuojančios stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos keičiamos dienos stacionaro ar dienos chirurgijos paslaugomis: 2017 m., palyginti su 2014 m., buvo suteikta 4,72 proc. daugiau paslaugų ambulatorinėmis sąlygomis, t. y. 2014 m. buvo suteiktos 9 225 822 paslaugos ambulatorinėmis sąlygomis, o 2017 m. (preliminariais duomenimis) – 9 661 309 paslaugos. Viršijimas yra susijęs su 2015–2017 m. praplėtusiu ambulatorinėmis sąlygomis teikiamų paslaugų spektru (buvo pradėtos teikti 37 naujos gydytojų specialistų konsultacijos, naujos dienos stacionaro paslaugos). 2017 m. buvo suteikta daugiau priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų (palyginti su 2016 m. – 75,3 proc. daugiau), nes buvo pradėtos teikti naujos šios srities paslaugos, nustatytos naujos priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų kainos. Vis daugiau teikiama ir dienos chirurgijos paslaugų. Šios paslaugos visuomenei yra labiau priimtinos, nes suteikiamos per trumpesnę laiką, pacientai yra arčiau jiems įprastos socialinės aplinkos. Paslaugų teikėjai, teikdami ekonomiškai efektyvias paslaugas, racionaliau naudoja žmogiškuosius išteklius ir infrastruktūrą.

**Ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, skaičius, tenkantis 100 gyventojų, 2015 m. – 2017 m.**



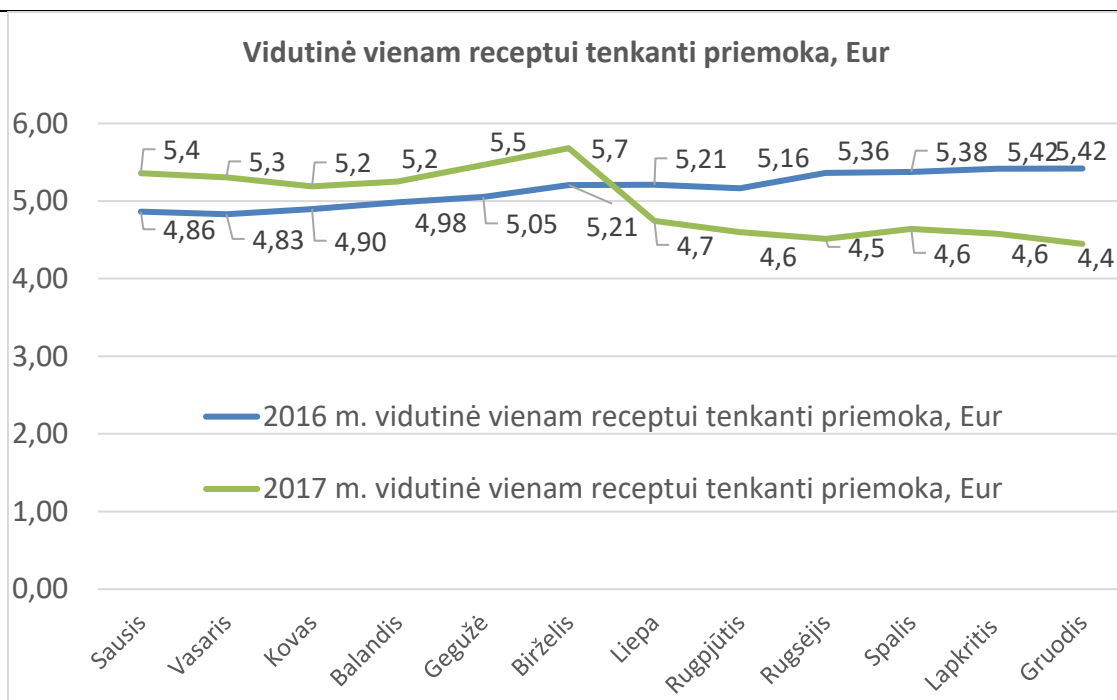
2. Buvo pradėtos kompensuoti šių naujų vaistų įsigijimo išlaidos: chorioninio gonadotropino ir alfa folitropino, skirtų moterų ir vyrų nevaisingumui gydyti (taikomas 100 proc. kompensavimo lygmuo), antitrombozinių vaistų – apiksabano, dabigatrano, rivaroksabano ir tikagrelolio (taikomas 80 proc. kompensavimo lygmuo), 22 įvairių grupių vaistų, skirtų pacientams, sergantiems bronhektazėmis, gydyti (taikomas 100 proc. kompensavimo lygmuo); elbasviro ir grazoprevido, skirtų lėtiniam virusiniam C hepatitui gydyti; onkologinių vaistų – sunitinibo, everolimuzo, skirtų kepenų piktybiniam navikui ir inkstų karcinomai gydyti; vaistų nuo antro tipo cukrinio diabeto – dapagliflozino ir empagliflozino.

2017 m. į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą buvo įrašytas ir pradėtas pirkti naujas vaistinis preparatas *Pertuzumab* agresyviai krūties vėžiui gydyti.

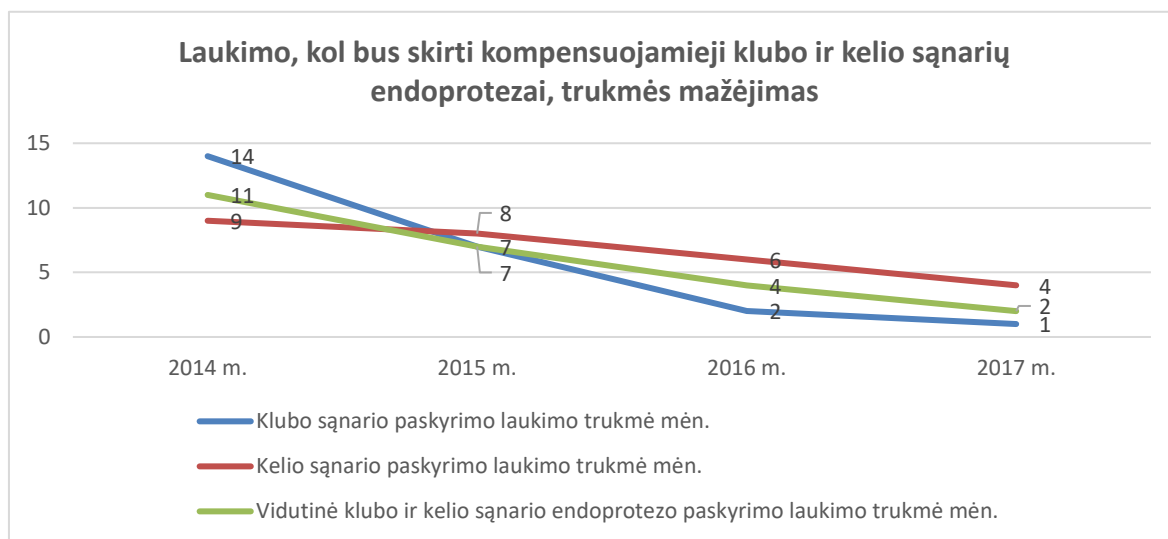
2017 m. Lietuva pirmą kartą kartu su Latvija įsigijo vaikams skirtą vakciną nuo pneumokokinės infekcijos. Pirkimo procedūras vykdė VLK. Buvo nupirkta 2 metų abiejų šalių šio vakcinos poreikiui tenkinti reikalingas jos kiekis. Teigiamas šio pirkimo ekonominis efektas – 15 procentų sumažėjusi vakcinos kaina.

Atlikus 2016 m. kompensuojamųjų vaistų suvartojimo analizę, buvo atskirai įvertintas ir receptinių generinių kompensuojamųjų vaistų suvartojimas. Bendras kompensuojamųjų vaistų suvartojimas buvo vertinamas pagal vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių (angl. *Defined Daily Dose* – DDD) skaičių. Iš viso 2016 m. buvo suvartotos 583 kompensuojamųjų vaistų DDD. Tai rodo, kad 2016 m. daugiau nei pusė Lietuvos gyventojų kasdien gydėsi kompensuojamaisiais vaistais. 2016 m. PSDF biudžeto lėšomis buvo sumokėta už 55 proc. visų suvartotų vaistų DDD ir net už 63 proc. visų suvartotų receptinių vaistų DDD. 2016 m. 1000 gyventojų teko 285 suvartotų generinių kompensuojamųjų vaistų DDD; tais metais suvartotų generinių kompensuojamųjų vaistų DDD dalis, palyginti su bendru suvartotų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiumi, sudarė 48,8 procento.

Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo masto vis daugiau skiriama kompensuojamųjų vaistų, didėja jų vartojimas, o kartu – ir priemokos. 2017 m. pacientų priemokų už kompensuojamuosius vaistus dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų suma, sudarė 19,1 proc. ir, palyginti su 2016 m., sumažėjo 0,9 proc. (2016 m. – 20 proc.). 2017 m. vidutinė vienam receptui tenkanti priemoka sumažėjo nuo 5,4 Eur (sausio mėn. duomenimis) iki 4,4 Eur (gruodžio mėn. duomenimis), t. y. per metus vidutinė priemoka sumažėjo apie 18 procentų. Iš viso pernai Lietuvos gyventojai už kompensuojamuosius vaistus primokėjo 3 mln. eurų mažiau nei užpernai (žr. grafiką).



2017 m. 17 proc. daugiau, nei buvo planuota, sumažėjo laukimo, kol bus skirti kompensuojamieji klubo ir kelio sąnarių endoprotezai, trukmė, palyginti su praėjusiais metais (vietoj 2017 m. tikėtinos 3,2 mėn. vidutinės laukimo trukmės buvo pasiekta 2,5 mėn. vidutinė laukimo trukmė), nes PSDF biudžeto lėšomis buvo nupirkta daugiau sąnarių endoprotezų ir atlikta daugiau endoprotezavimo operacijų (žr. grafiką).

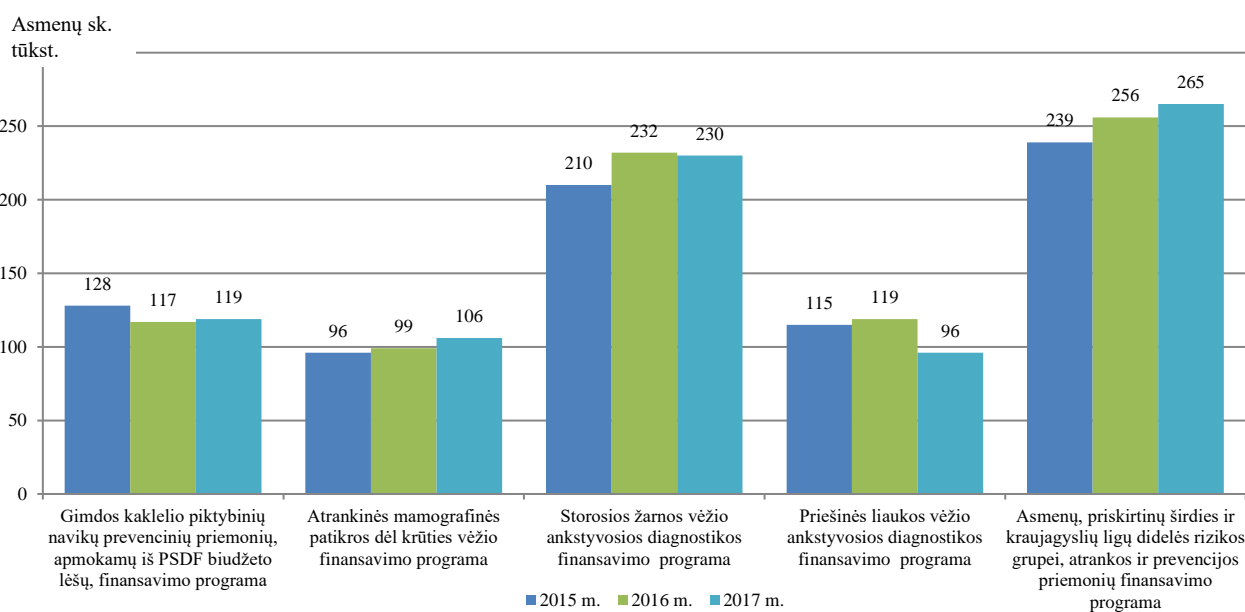


3. 2017 m. buvo pradėtos kompensuoti naujų ortopedijos techninių priemonių (toliau – OTP), gaminamų ne tik pagal užsakymą, bet ir serijiniu būdu, gamybos ir pritaikymo išlaidos, taip pat klausos aparatų ir akių protezų įsigijimo išlaidos, pradėtos kompensuoti blauzdos (žemiau kelio) protezų su vakuuminio tvirtinimo sistema ir šlaunies (aukščiau kelio) protezų su hidrauliniu kelio sąnariu bei aktyvia pėda gamybos ir pritaikymo išlaidos.

Nuo 2017 m. visos ortopedijos įmonės apie laukiančiųjų eiles privalo teikti informaciją per Ortopedijos informacinę sistemą vietoj anksčiau teiktų popierinių ataskaitų. Ortopedijos įmonės privalo nurodyti konkrečius asmenis, laukiančius eilėje, o ne bendrą jų skaičių. Tai skatina įmones teikti tikslesnius duomenis. 2017 m. laukiančiųjų OTP užsakymų priėmimo eilė, palyginti su 2016 m., gerokai sumažėjo: nuo 296 laukiančiųjų 2016 m. iki 80 laukiančiųjų 2017 m.

4. Didelis dėmesys skiriamas ir prevencinėms programoms. Nemaža gyventojų dalis jau pasitikrino savo sveikatą pagal šias programas. Laiku užkirtus kelią ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas,

išvengiama didesnių gydymo išlaidų. 2017 m. Europos Komisija paskelbė vėžio atrankinės patikros programų įgyvendinimo Europos Sąjungos (toliau – ES) šalyse ataskaitą. Šioje ataskaitoje buvo paminėta, kad Lietuvoje vykdomos ES rekomenduojamos krūties, gimdos kaklelio ir storosios žarnos vėžio atrankinės patikros programos buvo įvertintos kaip atitinkančios ES Tarybos rekomendaciją dėl šių programų įgyvendinimo ES šalyse. Nuo 2007 m., kai buvo paskelbta pirmoji prevencinių programų įgyvendinimo ES šalyse 2007 m. ataskaita, Lietuva padarė didelę pažangą: per šį laikotarpį buvo įdiegtos ir sėkmingai vykdomos visos ES rekomenduojamos vėžio prevencijos programos – krūties, gimdos kaklelio, storosios žarnos. Žmonės aktyviai dalyvauja įgyvendinant prevencines programas, pavyzdžiui, pagal Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą sveikatą pasitikrino 46–56 proc. 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 2018 m. pradžios pagal šią programą bent vieną kartą pasitikrino daugiau kaip 781 tūkst. asmenų). 2017 m. duomenimis, Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytas paslaugas gavo 230 tūkst. asmenų. Taip pat gana aktyviai vykdomos ir kitos prevencinės programos (žr. grafiką).



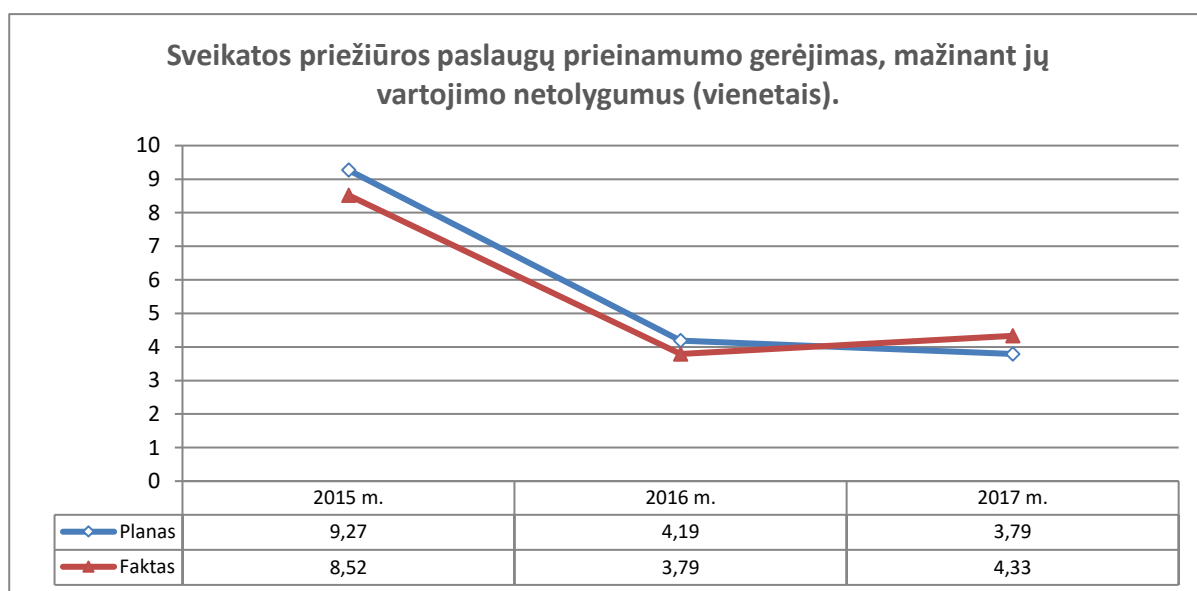
Pagal Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto, lėšų, finansavimo programą pernai sveikatą pasitikrino 119 tūkst. moterų. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje numatytas paslaugas 2017 m. gavo 106 tūkst. moterų, t. y. apie 7 proc. daugiau nei 2016 metais. Pagal Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą pernai pasitikrino 96 tūkst. vyrų, t. y. apie 18 proc. mažiau nei 2016 metais. Šis pokytis įvyko pakoregavus programoje nustatytą tikslinės populiacijos amžiaus ribą ir diferencijavus pasitikrinimų pagal šią programą periodiškumą. Taip pat aktyviai žmonės dalyvavo vykdant Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą. Pernai pagal šią programą pasitikrino 265 tūkst. asmenų, t. y. apie 4 proc. daugiau nei 2016 metais.

5. 2017 m. buvo pagerintas VLK ir teritorinių ligonių kasų (toliau – TLK, VLK ir TLK kartu – ligonių kasos) teikiamų paslaugų prieinamumas. Įdiegus Eilių valdymo informacinės sistemos Ambulatorinio gydymo deguonimi posistemį, Dantų protezavimo posistemį ir Kochlearinių implantų posistemį, į elektroninę erdvę IV brandos lygiu (tai bendradarbiavimo lygis, kuris reiškia, kad internetinėje erdvėje galima atlikti visus su administracine paslauga, teikiama apdraustiesiems, susijusius veiksmus) buvo perkeltos 3 ligonių kasų aptarnaujamiems gyventojams teikiamos paslaugos (duomenys apie ambulatorinio gydymo deguonimi ir dantų protezavimo paslaugų bei klausos implantų kompensavimą). Šiuo metu iš 19 ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų 1 paslauga yra perkelta į elektroninę erdvę I brandos lygiu, 4 paslaugos – II brandos lygiu, 2 paslaugos

– III brandos lygiu, 7 paslaugos – IV brandos lygiu, 5 paslaugos – V brandos lygiu. Taip pat buvo parengta ligonių kasų lankytojų 2016 m. apklausa apie administracinių paslaugų teikimą pagal vieno langelio principą vertinimo ataskaita: buvo nustatyta, kad ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų atitiktis vartotojų poreikiams siekia 90 procentų. 2016 m. apklausoje atsakymus, kad yra labai patenkinti ar patenkinti ligonių kasų teikiamomis paslaugomis, pateikė 96,6 proc. visų respondentų;

2) Informacija apie strateginio tikslo pažangai matuoti nustatytų efekto vertinimo kriterijų planuotas ir pasiektas reikšmes

**1 efekto vertinimo kriterijus: sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerėjimas, mažinant vartojimo netolygumus (vienetais). Pagal šį kriterijų matuojamas Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerėjimas, sąlygotas sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo netolygumų atskirose Lietuvos savivaldybėse mažinimo.**

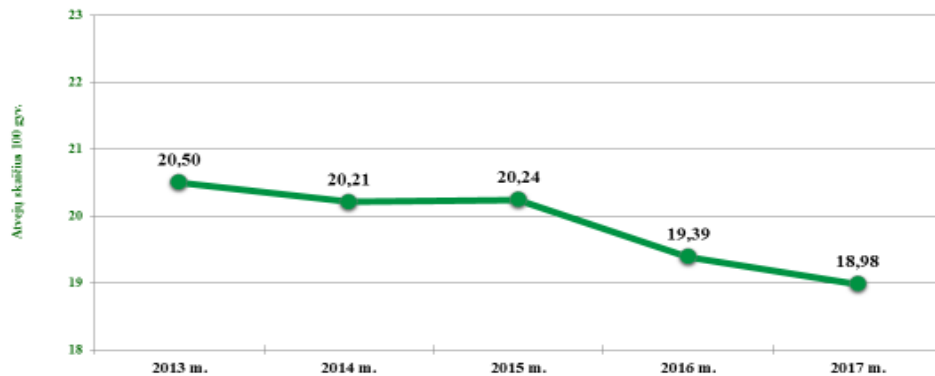


2016 m. planuota sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerėjimo, mažinant jų vartojimo netolygumus, kriterijaus reikšmė 4,19 (vnt.) buvo viršyta – ji siekė 3,79 (vnt.). Tai nulėmė sumažėjęs atotrūkis tarp įvairių savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ), teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Dauguma įstaigų pradėjo rinktis efektyvesnį stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo būdą – šias paslaugas pradėjo teikti dienos chirurgijos ir dienos stacionaro sąlygomis.

2017 m. planuota šio kriterijaus reikšmė buvo 3,79 (vnt.), pasiekta reikšmė – 4,33 (vnt.). Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 metų gruodžio 5 d. nutarimu Nr. 1290 „Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo priemonių plano patvirtinimo“ patvirtintą planą ir šiame plane numatytas kryptis buvo siekiama atsisakyti perteklinių aktyviojo gydymo lovų, specializuotas paslaugas keisti slaugos, ilgalaikio gydymo, geriatijos ar paliatyviosios pagalbos paslaugomis. Pasiektai šio rodiklio reikšmei įtakos turėjo Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo priemonių plano įgyvendinimo laikotarpiu savivaldybių priimti sprendimai dėl stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų struktūros pokyčių.

Vadovaujantis minėtu planu, siektinas Lietuvos hospitalizacijos rodiklis 2017 m. gruodžio 31 d. turėjo būti 19,4 atvejo 100 gyventojų. Šis tikslas buvo pasiektas (žr. grafiką). Tiek įgyvendinant minėtą planą, tiek tolesnėje perspektyvoje numatyta didinti ASPĮ veiklos efektyvumą ir siekti optimalaus paslaugų pasiskirstymo tarp įstaigų (ypač kreipiant dėmesį į racionalių jų pasiskirstymą apskrityse), todėl taip skaičiuojamo šio rodiklio nuo 2018 m. atsisakoma.

2013 – 2016 m. hospitalizacijos atvejų skaičius 100 gyventojų



\*gyventojų skaičius pagal Statistikos departamento duomenis

Šaltinis: informacinis sistema SVEIKĖL4 duomenys

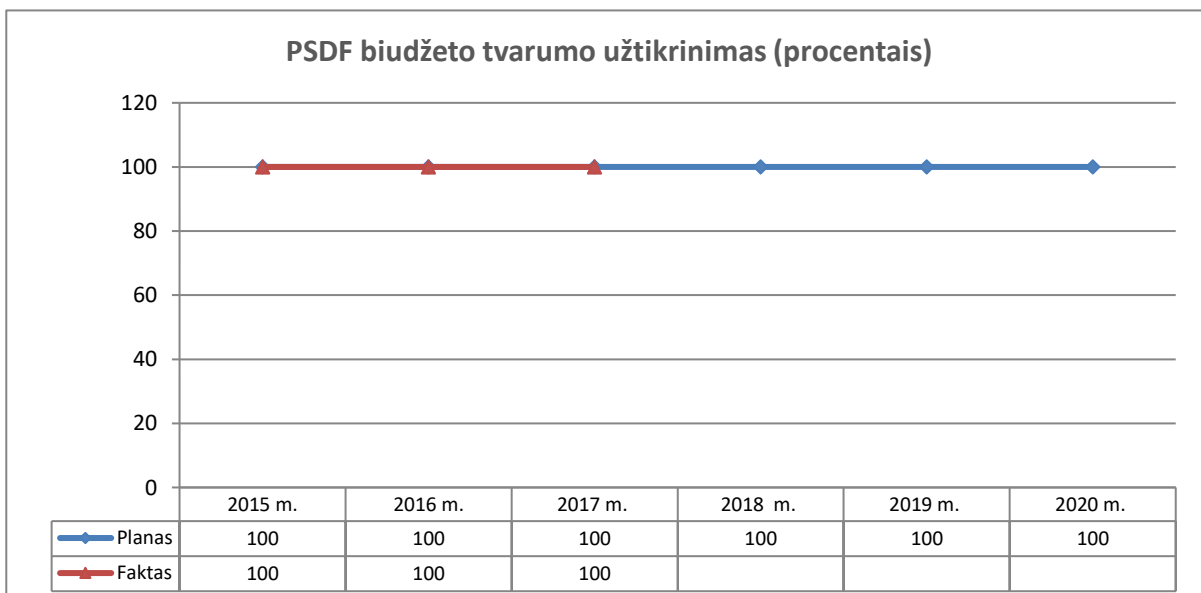
**2 efekto vertinimo kriterijus: Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarumo užtikrinimas (procentais).** Jis parodo, ar administruojant PSDF biudžetą suvaldomi išteklių srautai. PSDF biudžeto tvarumo išsaugojimas parodo tinkamą asignavimų administravimą ir valdymą esant bet kokiai ekonominei, politinei, socialinei padėčiai, įskaitant sunkmečio laikotarpius valstybėje. PSDF biudžeto tvarumą siekiama užtikrinti atliekant šiuos veiksmus:

1) einamųjų metų PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų analizės atlikimas ir pateikimas Sveikatos apsaugos ministerijai (ne rečiau kaip kartą per mėnesį). Ši analizė leidžia tiek Sveikatos apsaugos ministerijai, tiek ligonių kasoms priimti PSDF biudžeto ir sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo valdymo sprendimus;

2) einamųjų metų PSDF biudžeto kasinių išlaidų kontrolės vykdymas (kiekvieną darbo dieną). Ši kontrolė yra svarbus PSDF biudžeto išlaidų ir išteklių srautų valdymo įrankis. Ataskaitinio laikotarpio PSDF biudžeto kasinės išlaidos negali viršyti atitinkamame išlaidų straipsnyje numatytų PSDF biudžeto lėšų. Vienas iš kasdieninės šių išlaidų kontrolės įrankių yra PSDF biudžeto vykdymo plano sudarymas;

3) einamųjų metų PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų plano vykdymo prognozavimas ir ateinančių metų PSDF biudžeto lėšų planavimas. Pastarasis yra ypač svarbus siekiant iš anksto numatyti PSDF biudžeto lėšų panaudojimo tendencijas ir atitinkamai pasirengti galimiems ekonominiams svyravimams. Tik tvarus PSDF biudžetas leidžia užtikrinti, kad pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugos būtų visada pasiekiamos ir jų išlaidos būtų kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis.

PSDF biudžeto tvarumo užtikrinimas (procentais)



2017 m. buvo atlikti šie pagrindiniai darbai, susiję su PSDF biudžeto planavimu, vykdymu ir apskaita:

1) buvo parengtas, suderintas su atsakingomis institucijomis ir pateiktas Lietuvos Respublikos Seimui 2016 m. PSDF biudžeto konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys, kuriame pateikiami faktiniai 2016 m. PSDF biudžeto pajamų bei išlaidų duomenys, nurodomi svarbiausi VLK 2016 m. veiklos pokyčiai ir finansinės veiklos rezultatai. 2016 m. PSDF biudžeto metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys buvo patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 2017 m. lapkričio 16 d. nutarimu Nr. XIII-748 „Dėl Lietuvos Respublikos 2016 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio patvirtinimo“;

2) buvo parengtos ketvirtinės 2017 m. PSDF biudžeto vykdymo ataskaitos (2017 m. I ketvirčio, I pusmečio ir 9 mėnesių ataskaitos), kuriose pateikiama informacija apie ataskaitinio laikotarpio (metų ketvirčio) PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų plano vykdymą. Ši informacija skelbiama viešai VLK interneto svetainėje. PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų operatyvinė apskaita ir analizė atliekama kas mėnesį. Šios apskaitos ir analizės duomenys leidžia operatyviai įvertinti PSDF biudžeto pajamų surinkimą, taip pat išlaidų plano vykdymą. Jais remiasi Sveikatos apsaugos ministerija ir ligonių kasos priimdamos reikiamus sprendimus dėl PSDF biudžeto valdymo ir sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo;

3) buvo paskirstytos 2017 m. PSDF biudžeto lėšos, patvirtintos PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu, pagal detalesnes išlaidų eilutes, metų ketvirčius ir TLK. Metų ketvirčiais paskirstytas PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas siekiama subalansuoti. Tokiu būdu užtikrinamas nenutrūkstamas sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimas, atsižvelgiant į gautas einamojo laikotarpio pajamas. PSDF biudžeto lėšos paskirstomos TLK pagal vienodai visoms TLK taikomas teisės aktais patvirtintas formules ir principus bei nustatytus statistinius rodiklius. TLK joms skirtų PSDF biudžeto lėšų pagrindu sudaro sutartis su gydymo įstaigomis ir vaistinėmis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų ir kompensuojamųjų vaistų bei MPP išsigijimo išlaidų apmokėjimo. Atsižvelgiant į sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir lėšų panaudojimo tendencijas, 2017 m. buvo parengti PSDF biudžeto lėšų paskirstymo pakeitimo projektai ir VLK direktoriaus įsakymai dėl papildomų PSDF lėšų skyrimo, įskaitant sveikatos apsaugos ministro įsakymais skirtas PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšas;

4) buvo parengtas ir pateiktas Sveikatos apsaugos ministerijai 2018–2020 m. PSDF biudžeto prognozės projektas;

5) buvo parengtas 2018 m. PSDF biudžeto projektas. Jis buvo patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo priimtu 2018 m. PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu. Planuojamos 2018 m. PSDF biudžeto pajamos sudaro apie 1,8 mlrd. Eur ir, palyginti su 2017 m. patvirtintu PSDF biudžetu, didėja 12 proc., arba 189,3 mln. Eur.

### 3) Informacija apie asignavimų, skirtų programai įgyvendinti, panaudojimą:

- 1 lentelė. Strateginių tikslų įgyvendinančios programos ir ataskaitinių metų asignavimų panaudojimas

Programos kodas	Programos pavadinimas	Asignavimų panaudojimas (tūkst. Eur)				
		Patvirtintas planas	Patikslintas planas*	Faktiškai panaudota	Panaudota dalis, palyginti su patikslintu planu (proc.)**	Panaudota dalis, palyginti su visais asignavimais (proc.)
04.001	Sveikatos draudimo sistemos plėtojimas	1 574 487		1 532 523***		97,3
	<i>Iš jų ES ir kita tarptautinė finansinė parama</i>					
	<i>Iš jų ES ir kita tarptautinė finansinė parama</i>					

\* Plano patikslinimai, dėl kurių atsiranda daugiau nei 5 proc. pokytis, palyginti su patvirtintu planu, trumpai paaiškinami po lentele.

\*\* Asignavimų panaudojimo nuokrypiai, jei jie yra didesni nei 10 proc., trumpai paaiškinami po lentele.

\*\*\* Pateikta preliminarinė faktinė 2017 m. PSDF biudžeto išlaidų suma, neįvertinus 2017 m. skirtų PSDF biudžeto rezervo lėšų panaudojimo.