

VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

2014 METŲ VEIKLOS ATASKAITA

2015-02-01

Vilnius

I. STRATEGINIŲ POKYČIŲ ĮGYVENDINIMAS

Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir sveikatos apsaugos ministro veiklos prioritetų įgyvendinimas

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. spalio 9 d. nutarimu Nr. 931 buvo patvirtinti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. veiklos prioritetai ir jų įgyvendinimo pažangos lentelė. Prioritetų ir priemonių, už kurių įgyvendinimą 2014 metais tiesiogiai būtų atsakinga Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK), nebuvo numatyta.

Vis dėlto, įgyvendindama Sveikatos apsaugos ministerijos strateginio veiklos plano Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programą (toliau – Programa), VLK netiesiogiai vykdė uždavinius, atitinkančius Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos prioritetą „IV. Švietimo, mokslo, kultūros ir sveikatinimo politikos įgyvendinimas gerinant šių paslaugų kokybę ir prieinamumą“ (prioritetinė kryptis „4.5. Lietuvos gyventojų sveikos gyvensenos skatinimas“).

Vykdydama Programą, VLK dalyvavo įgyvendinant toliau nurodytas priemones, priskiriamas **Sveikatos apsaugos ministerijos strateginio veiklos plano V prioritetui „Tobulinti sveikatos priežiūros teisinį reguliavimą ir finansavimą“**:

1. „Teisiškai sureguliuoti gyvybiškai būtinos medicinos pagalbos teikimo užtikrinimą, reikiamo valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pasiskirstymą, o šiam tinklui dėl tam tikrų aplinkybių suteikti šios pagalbos negalint, jos teikimą ir kitose sveikatos priežiūros įstaigose.“

Įgyvendinant šią priemonę, buvo priimtas ir nuo 2015 m. sausio 1 d. įsigaliojo Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 2 ir 19 straipsnių pakeitimo įstatymas ir Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 8, 15, 21 ir 30 straipsnių pakeitimo įstatymas. Šių pakeitimų tikslas – atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimą, nustatyti, kokias asmens sveikatos priežiūros paslaugas apima vadinamosios gyvybės gelbėjimo ir išsaugojimo paslaugos (buvo nustatyta, kad gyvybės gelbėjimo ir išsaugojimo paslaugos – tai greitosios medicinos pagalbos paslaugos). Taip pat buvo nustatyta, kad šių paslaugų išlaidų apmokėjimas yra Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžetui valstybės priskirta funkcija.

2. „Nustatyti finansinius instrumentus, kaip valstybės biudžeto lėšomis būtų apmokama gyvybiškai būtina medicinos pagalba ir su ja susijusios veiklos.“

Vykdamas šią priemonę ir atsižvelgiant į valstybės biudžeto galimybes, 2015 m. PSDF biudžetui papildomai skirta iš valstybės biudžeto lėšų 2,9 mln. Eur naujai funkcijai vykdyti, t. y. gyvybės gelbėjimo ir išsaugojimo paslaugų (greitosios medicinos pagalbos paslaugų) išlaidoms apmokėti. Lėšų minėtų paslaugų išlaidoms apmokėti poreikis viršija iš valstybės biudžeto joms skiriamą sumą: 2015 m. šis poreikis siekia apie 45 mln. Eur. Tad valstybės biudžeto lėšų suma, skiriama gyvybės gelbėjimo ir išsaugojimo paslaugų išlaidoms apmokėti, kasmet turėtų būti didinama.

3. „Tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo PSDF lėšomis teisinį reguliavimą, sveikatos priežiūros įstaigų finansinį valdymą orientuojant į jų veiklos rezultatus.“

Įgyvendinant šią priemonę:

– už gerus šeimos gydytojo darbo rezultatus buvo pradėta mokėti atsižvelgiant į dar du naujus rodiklius – Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos vykdymą ir vaikų dantų profilaktinių tikrinimų intensyvumą: buvo parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos

apsaugos ministro 2014 m. sausio 8 d. įsakymas Nr. V-20 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“;

– buvo pradėta mokėti už naujas skatinamąsias paslaugas: tuberkulino mėginio atlikimą vaikams ir rizikos grupės vaikams, psichinę negalią turinčių pacientų slaugos paslaugas namuose (psichiatro ir psichikos slaugytojos teikiamas paslaugas mieste / kaime) ir moksleivių paruošimą mokyklai (gydytojo odontologo ir gydytojo odontologo padėjėjo paslaugas);

– buvo pradėta papildomai mokėti už greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) operatyvų darbą – GMP gerų darbo rezultatų operatyvumo rodiklis buvo išreikštas sąlyginiais vienetais ir nustatyta sąlyginio vieneto vertės apskaičiavimo ir mokėjimo GMP paslaugų teikėjams už gerus darbo rezultatus tvarka: buvo parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 20 d. įsakymas Nr. V-263 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“;

– ekonomiškai efektyviu būdu teikiamoms dienos chirurgijos paslaugoms vėl pradėta taikyti prioritetinio išlaidų apmokėjimo tvarka; taip pat ši prioritetinio išlaidų apmokėjimo tvarka pradėta taikyti atsiskaitant už naujas ambulatorinės chirurgijos paslaugas: buvo parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 10 d. įsakymas Nr. V-211 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“;

– teisės aktais buvo reglamentuota, kad teritorinių ligonių kasų nepaskirstytos lėšos gali būti panaudojamos viršsutartinėms dienos chirurgijos ir ambulatorinės chirurgijos paslaugų išlaidoms apmokėti: buvo parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. kovo 12 d. įsakymas Nr. V-347 „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“;

– dienos stacionaro paslaugos buvo papildytos vaikų ligų dienos stacionaro paslauga: buvo parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 6 d. įsakymas Nr. V-660 „Dėl Dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

– buvo nustatyta prioritetinio mokėjimo už insulto gydymą, kai taikoma trombolizė ar invazinė trombektomija, ir miokardo infarkto gydymą, kai atliekamas širdies vainikinių kraujagyslių stentavimas, tvarka: buvo parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. V-699 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“;

– teisės aktais buvo reglamentuota, kad teritorinių ligonių kasų nepaskirstytos lėšos gali būti panaudojamos ir insulto gydymo, kai taikoma trombolizė ar invazinė trombektomija, bei miokardo infarkto gydymo, kai atliekamas širdies vainikinių kraujagyslių stentavimas, paslaugų išlaidoms apmokėti: buvo parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 16 d. įsakymas Nr. V-701 „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“;

– buvo patvirtintos naujos gydytojų specialistų (reumatologo, vaikų reumatologo ir vaikų neurologo) konsultacijos, kurių metu atliekamos diagnostinės ir gydymosios intervencijos: buvo parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 4 d. įsakymas Nr. V-164 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“ ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gegužės 5 d. įsakymas Nr. V-533 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr.

V-436 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“;

– teisės aktais buvo reglamentuota mokėjimo už gydytojų specialistų konsultacijas, teikiamas ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, stebėjimo metu, tvarka: buvo parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 12 d. įsakymas Nr. V-689 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ pakeitimo“;

– buvo nustatyta mokėjimo už genetikos paslaugas (už šias paslaugas, priklausomai nuo genetinių tyrimų sudėtingumo ir brangumo, bus mokama kaip už gydytojų genetikų konsultacijas arba kaip už brangiuosius tyrimus), ŽIV ligos stebėjimo tyrimus bei hepatito C ligos stebėjimo tyrimus tvarka: buvo parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1459 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 4 d. įsakymo Nr. V-1132 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“ pakeitimo“ ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1460 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 17 d. įsakymo Nr. V-1198 „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“ pakeitimo“.

4. „Nustatyti didesnius privalomo kompensuojamųjų vaistų kainų mažinimo reikalavimus, siekiant mažinti vaistų kainas ir didinti gamintojų konkurenciją, tobulinti kompensuojamųjų vaistų kainų skaičiavimo tvarką.“

Vykdam šią priemonę, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. vasario 5 d. nutarimu Nr. 99 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimo Nr. 994 „Dėl Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ buvo įteisinti didesni privalomieji kompensuojamųjų vaistų kainų mažinimo reikalavimai, sumažintas didžiausias skirtumas tarp kiekvienos vaistų grupės pigiausio ir brangiausio vaistų kainų. Šių pakeitimų tikslas – ne tik mažinti generinių vaistų kainas, sudaryti sąlygas pacientams pasirinkti jiems tinkamiausią vaistą, taupyti PSDF biudžeto lėšas, didinti gamintojų konkurenciją, bet ir užtikrinti skaidresnę kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kainodarą.

5. „Parengti racionalaus vaistų vartojimo skatinimo priemonių planą, siekiant skatinti racionaliai vartoti vaistus.“

Priemonė įgyvendinta – buvo patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-1273 „Dėl Skatinimo racionaliai vartoti vaistus 2015–2017 m. priemonių plano patvirtinimo“. Racionalaus vaistų vartojimo skatinimas yra svarbi efektyvaus pacientų gydymo dalis.

Rodikliai, pagal kuriuos vertinamas prioriteto įgyvendinimas	2014 m.		
	Planuota	Įgyvendinta	Įvykdyta procentais
Lėšų dalies, mokamos už skatinamąsias paslaugas, gerus darbo rezultatus, šeimos gydytojo darbą ir kaimo gyventojų aptarnavimą, didėjimas, palyginti su lėšų dalimi, mokama už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas (proc.)	25,2	25,5	101,2

Patento nesaugomų vaistų vidutinės kompensuojamojo vaisto recepto kainos mažėjimas ne mažiau nei 2 proc. per metus: 2012 m. – 29,6 Lt, 2016 m. – mažiau nei 27,3 Lt	28,4	28,8	98,6
Receptinių vaistų vartojimo mažėjimas, vertinant antibiotikų suvartojimo vidutinių terapinių dozių skaičių 1000 gyventojų per dieną (DDD/1000gyv./per dieną) – 1 procentu kasmet	20,05	20,00	99,8

Svarbiausi 2014 m. atlikti darbai:

– įteisinta prisirašiusio prie asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ), teikiančios pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, gyventojų aptarnavimo šios įstaigos nedarbo metu kitoje ASPĮ išlaidų kompensacija (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 8 d. įsakymas Nr. V-20 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“);

– įteisintas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas namuose apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji), kurie nėra įrašyti į šios įstaigos aptarnaujamų gyventojų sąrašą, nustatyta šios paslaugos kaina (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. balandžio 10 d. įsakymas Nr. V-459 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“);

– skatinamosioms paslaugoms priskirtos naujos paslaugos: tuberkulino mėginio (Mantu mėginio) atlikimas 7 metų vaikams ir rizikos grupių vaikams, moksleivio paruošimas mokyklai (gydytojo odontologo ir gydytojo odontologo padėjėjo paslaugos) ir neįgalių pacientų, kuriems dėl psichikos ir elgesio sutrikimų nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis ar specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis, sveikatos priežiūros paslaugos namuose. Už šias paslaugas pradėta mokėti nuo 2014 m. lapkričio 1 d. (parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 9 d. įsakymas Nr. V-949 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“);

– pradėta taikyti du naujus rodiklius, į kuriuos atsižvelgiama mokant už gerus šeimos gydytojo darbo rezultatus – Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos vykdymą ir vaikų dantų profilaktinių tikrinimų intensyvumą (parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 8 d. įsakymas Nr. V-20 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“);

– nustatytas naujas GMP gerų darbo rezultatų rodiklis – operatyvumas. Už šio rodiklio vykdymą GMP įstaigoms buvo pradėta mokėti nuo 2014 m. liepos 1 dienos. Šiam tikslui papildomai buvo skirta 1,47 mln. Lt (parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 14 d. įsakymas Nr. V-870 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“);

– 2014 metais buvo plėtojama Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa – ji pradėta vykdyti Alytaus, Marijampolės, Telšių ir Utenos apskrityse. Šiuo metu ši programa vykdoma visoje Lietuvoje;

– skirtos papildomos lėšos (721,7 tūkst. Lt) skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai užtikrinti: Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninei VŠĮ Kauno klinikoms 2 kardiologinėms brigadoms finansuoti;

– prioriteto tvarka buvo atsiskaitoma už insulto gydymo, taikant trombolizę ar invazinę trombektomiją, ir miokardo infarkto (kai yra ST segmento pakilimas) gydymo, atliekant širdies vainikinių kraujagyslių stentavimą, paslaugas, taikant ne mažesnės kaip 0,93 Lt vertės balą (šiam tikslui 2014 m. papildomai iš viso skirta 6337,4 tūkst. Lt), už gimdymo paslaugas (šiam tikslui 2014 m. papildomai skirta 1479,1 tūkst. Lt) ir už vaikams (nuo 0 iki 3 metų) suteiktas stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas (šiam tikslui 2014 m. papildomai skirta 3188,4 tūkst. Lt);

– 2014 m. už ASPĮ suteiktas gydymo paslaugas buvo atsiskaitoma pagal didesnius jų įkainius – nuo sausio 1 d. padidėjo bazinių kainų balo vertė iki 0,93 lito (anksčiau ji buvo 0,89 lito). Tai svarbus ASPĮ finansinis palaikymas, kuris daugeliui jų leis sumažinti įsiskolinimus (dalis ASPĮ praėjusius metus baigė turėdamos nuostolių). Svarbu tai, kad nuo 2014 m. gimdymo paslaugos yra išskirtos į atskirą paslaugų grupę, kuriai taikoma prioritetinio finansavimo tvarka. Nauja tai, kad nepanaudotos lėšos šių paslaugų išlaidoms apmokėti galės būti skiriamos tik gimdymo paslaugų finansavimui – iki šiol to nebuvo;

– 2014 m. kovo 8 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo sudaryta Tarpinstitucinė derybų dėl vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių (toliau – MPP) kainų nustatymo komisija. Šiai komisijai buvo pavesta derėtis ne tik dėl centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų kainų ir jų tiekimo, bet ir dėl kompensuojamųjų, nekompensuojamųjų vaistų ir MPP kainų bei jų tiekimo užtikrinimo. 2014 m. buvo derėtasi su 7 vaistų gamintojais dėl 13 pavadinimų centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų. 2014 m. šių vaistų kainos vidutiniškai sumažėjo 11 proc. (2013 m. 13 proc.), o bendras teigiamas ekonominis efektas, pasiektas derantis dėl centralizuotai apmokamų vaistų, siekė 6,7 mln. litų. 2014 m. įvyko derybos su 15 vaistų gamintojais dėl 34 bendrinių pavadinimų kompensuojamųjų vaistų kainų sumažinimo. Bendras dvejų metų (2013 m. ir 2014 m.) teigiamas ekonominis efektas, pasiektas derantis dėl centralizuotai apmokamų vaistų, sudaro 13,54 mln. Lt;

– Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašas (A sąrašas) buvo papildytas naujais vaistais: akclidino bromidu ir glikopironio bromidu, skirtais lėtinei obstrukcinei plaučių ligai gydyti (patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 11 d. įsakymu Nr. V-799 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“), abirateronu prostatos piktybiniam navikui gydyti, perindoprilio, amlodipino ir indapamido deriniu arterinei hipertenzijai gydyti, telapreviru lėtiniam virusiniam C hepatitui gydyti (patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymu Nr. V-808 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“), fngolimodu išsėtinei sklerozei gydyti (patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 4 d. įsakymu Nr. V-850 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“ ir teriparatidu osteoporozėi gydyti (patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 30 d. įsakymu Nr. V-1027 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“). Prieš įrašant vaistus abirateroną, telaprevirą, fngolimodą ir teriparatidą į A sąrašą, buvo sudarytos 7 gydymo priemonių gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartys, kuriomis siekiama sumažinti PSDF biudžeto išlaidų, susijusių su naujų vaistų įrašymu į A sąrašą, didėjimą;

– VLK direktoriaus 2014 m. rugpjūčio 29 d. įsakymu Nr. 1K-226 „Dėl Rizikos vertinimu pagrįstos kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymo priežiūros rekomendacijų patvirtinimo“ buvo nustatyta, kad teritorinės ligonių kasos turėtų atrinkti ir patikrinti ASPĮ, priskiriamas didelės rizikos, susijusios su kompensuojamųjų vaistų ir MPP išrašymu, grupei. Tinkama tokių įstaigų atranka leis labiau sumažinti neracionalaus vaistų skyrimo ar neteisėto

kompensuojamųjų vaistų receptų išrašymo atvejų skaičių nei patikrinimai, atliekami (nedarant atrankos) mažos rizikos grupei priskiriamose ASPĮ;

– VLK direktoriaus 2014 m. liepos 23 d. įsakymu Nr. 1K-187 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2010 m. kovo 2 d. įsakymo Nr. 1K-40 „Dėl Vaistinėje būtinų turėti kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ buvo nustatyta, kad nuo 2014 m. lapkričio 1 d. į Vaistinėje būtinų turėti kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašus bus įrašomas didesnis vaistų ir MPP grupių skaičius;

– siekiant geriau susipažinti su Europos Sąjungos šalių privalomojo sveikatos draudimo sistemų organizavimo patirtimi, 2014 m. buvo:

- atlikta Europos Sąjungos (toliau – ES) šalyse įdiegtų mokėjimo už inovatyvias technologijas (už kurias mokama netaikant giminingų diagnozių grupių metodo) metodų apžvalga ir palyginimas. Buvo siekiama išnagrinėti, kaip ES šalys narės, skatindamos stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus taikyti moksliniais tyrimais pagrįstas pažangias sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei prieinamumą gerinančias naujoves, valdo ir kontroliuoja išlaidas inovatyvioms technologijoms finansuoti;

- atlikta ES šalyse vykdomų sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų kontrolės procedūrų apžvalga. Analizė parodė, kad daugelyje ES šalių yra patvirtinti tam tikri kokybės kriterijai, pagal kuriuos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai lyginami tarpusavyje, gydymo įstaigose veikia vidaus kokybės kontrolės sistemos, teisės aktai nustato prievolę paslaugų teikėjams pranešti apie nustatytus nepageidaujamus įvykius kompetentingoms tarnyboms, gydymo įstaigų ataskaitos skelbiamos viešai. Vykdamas finansinę paslaugų teikėjų kontrolę (įprastai tai atliekama naudojantis atitinkamomis informacinėmis sistemomis), elektroninės sąskaitos tikrinamos ir, jei nustatomos neatitiktys, nepriimamos apmokėti. Taip pat atliekama paslaugų kodavimo ir sisteminių klaidų bei tikslinė atitikties teisės aktų reikalavimams ir sveikatos priežiūros paslaugų sąrašui kontrolė. Kai kurios šalyse ne tik išieškoma nustatyta žala iš gydymo įstaigų, bet ir skiriamos baudos.

Veiklos efektyvumo pokyčiai

Viena iš ligonių kasų (VLK ir teritorinės ligonių kasos kartu) veiklos efektyvumo kryptį yra tinkamas personalo politikos formavimas ir įgyvendinimas. 2014 m. buvo patvirtinti penki ligonių kasų žmogiškųjų išteklių valdymo politikos įgyvendinimo tvarkos aprašai, susiję su žmogiškųjų išteklių planavimu, naujų darbuotojų adaptacija, karjeros planavimu, veiklos ir kompetencijos vertinimu. Reglamentuota ligonių kasų žmogiškųjų išteklių valdymo politika sudaro prielaidas efektyviau valdyti žmogiškuosius išteklius, mažinti darbuotojų kaitą, didinti jų veiklos rezultatyvumą ir kryptingai kelti darbuotojų kvalifikaciją.

2014 m. VLK taip pat įgyvendino šias Sveikatos apsaugos ministerijos strateginiame veiklos plane numatytas priemones, priskiriamas atitinkamoms veiklos efektyvumo didinimo kryptims:

1. „Didinti sveikatos stiprinimo veiklą: skatinti nevyriausybinės organizacijas aktyviai dalyvauti formuojant bei įgyvendinant sveikatos politiką, didinti visuomenės informuotumą, skleidžiant informaciją apie sveiką gyvenseną, profilaktines programas ir kitas su sveikatos stiprinimu susijusias veiklas.“

Pastaruosius kelerius metus iš eilės organizuojama VLK tarptautinė konferencija jau spėjo tapti tradiciniu metiniu renginiu, sulaukiančiu itin didelio visuomenės susidomėjimo. Kaip ir kasmet, 2014 m. gegužės 8 d. VLK organizuotoje konferencijoje dalyvavo ne tik aukščiausi valstybės vadovai, užsienio svečiai, bet ir daugiau kaip 300 gydymo įstaigų, medikų ir pacientų organizacijų atstovų, ligonių kasų darbuotojai iš visos Lietuvos, kaimyninių Estijos bei Latvijos ligonių kasų vadovai. Joje lankėsi Seimo nariai, Seimo darbuotojai, „Sodros“, Valstybinės mokesčių inspekcijos, Sveikatos apsaugos ministerijos, Finansų ministerijos ir kitų ministerijų atstovai, kiti besidomintieji Lietuvos sveikatos sistemos pokyčiais.

2014 m. VLK tarptautinėje konferencijoje buvo analizuojami aktualūs sveikatos sistemos klausimai. Konferencijos tema – „Lietuvos sveikatos sistema: ar galime būti efektyvesni?“ – aktuali ne tik Lietuvai, bet ir daugeliui Europos šalių, kuriose taip pat siekiama efektyviau naudoti sveikatos apsaugai skiriamus viešuosius finansus. Pranešimus skaitė VLK direktorius Algis Sasnauskas (laikiniai nušalintas nuo pareigų), VLK Draudimo plėtros departamento direktorius Gintaras Kacevičius (šiuo metu einantis VLK direktoriaus pareigas) ir svečiai iš užsienio – Dr. Tamas Evetovits (PSO Europos regiono biuro atstovas), Marina Karanikolos (Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorijos bei Londono higienos ir atogrąžų medicinos mokyklos mokslinė bendradarbė) ir Dr. Ewout van Ginneken (Berlyno technologijų universiteto Sveikatos priežiūros vadybos departamento ir PSO Sveikatos sistemų bendradarbiavimo centro mokslinis bendradarbis).

VLK platina įvairią informaciją sveikatos temomis. Itin daug dėmesio skiriama visuomenės informavimui apie vykdomas prevencines programas. 2014 m. per naujienų agentūrą BNS buvo paskelbta ir kitais kanalais išplatinta (siunčiama el. paštu įvairioms institucijoms, savivaldybėms, respublikinei, regioninei spaudai, gydymo įstaigoms, pacientų organizacijoms ir kt.) 18 pranešimų apie mūsų šalyje vykdomas ligų prevencijos programas, jų naudą, gyventojai buvo raginami kreiptis į savo šeimos gydytoją dėl sveikatos patikrinimo. VLK atstovai apie prevencijos programas ne kartą pasakojo įvairiose radijo ir televizijos laidose.

Dar viena 2014 m. naujovė: siekiant paskatinti šalies gyventojus kreiptis į šeimos gydytoją dėl paslaugų, numatytų ligų prevencijos programose, buvo pradėta vykdyti socialinė akcija „Aplenk ligą“. Pažymėtina, kad 2014 m. spalio mėnesį VLK ir Lietuvos tautinis olimpinis komitetas pasirašė bendradarbiavimo sutartį dėl socialinių akcijų organizavimo. 2014 m. gruodžio 12 d. prasidėjusioje socialinėje akcijoje „Aplenk ligą“ dalyvavo žinomi sportininkai: Andrėjus Zadneprovskis, Edvinas Krungolcas, Laura Asadauskaitė, Donata Vištartaitė, Ieva Serapinaitė bei Vladislavas Sosnovskij. Jie kvietė žmones aktyviau rūpintis savo ir artimųjų sveikata, nemokamai išsitiirti dėl vėžio, sveikai gyventi ir nebūti abejingiems gerai savijautai. Apie akcijos pradžią buvo skelbiama per radiją, TV kanalus, internetą, spaudą.

2014 m. VLK buvo organizuotos 2 fotografijų parodos ligų prevencijos tema: „Sužinok, suprask, pasitikrink“ ir „Iš meilės tėčiui“. Kilnojamosios fotografijų parodos „Sužinok, suprask, pasitikrink“ tikslas – paskatinti moteris nemokamai išsitiirti dėl gimdos kaklelio vėžio. Paroda buvo organizuota bendradarbiaujant su Vilniaus universiteto Onkologijos institutu, Vilniaus visuomenės sveikatos biuru bei visuomenine organizacija „Išmokime gyventi su vėžio liga“.

Kilnojamosios fotografijų parodos „Iš meilės tėčiui“ tikslas – paskatinti vyrus nemokamai išsitiirti dėl prostatos vėžio bei dar kartą priminti tėvams, seneliams, kokie jie reikalingi savo vaikams, savo šeimai, kaip svarbu, kad jie kuo ilgiau būtų sveiki, o susirgę gautų reikiamą gydymą ir kuo greičiau pasveiktų. Paroda organizuota bendradarbiaujant su Lietuvos sergančiųjų prostatos vėžiu draugija.

2. „Didinti vaikų skiepavimo apimtį ir skatinti visuomenės ir sveikatos priežiūros specialistų teigiamą požiūrį į skiepus.“

2014 m. VLK informavo visuomenę apie VLK centralizuotai perkamas vakcinas nuo užkrečiamųjų ligų – nuo tuberkuliozės, hepatito B, kokliušo, difterijos, stabligės, poliomielite, B tipo *Haemophilus influenza* infekcijos, tymų, epideminio parotito, raudonukės, pneumokokinės infekcijos, kvietė tėvelius nepamiršti paskiepyti vaikų ir priminė, kad už vaikų skiepimą mokėti nereikia.

2014 m. VLK, gerokai anksčiau nei įprastai nupirkusi nemokamos sezoninės gripo vakcinos, įvairiais žiniasklaidos kanalais apie tai informavo visuomenę. Be to, buvo atkreiptas dėmesys į tai, kad minėta vakcina bus galima paskiepyti daugiau žmonių nei ankstesniais metais, nes vakcinų buvo nupirkta daugiau (jas pavyko įsigyti už mažesnę kainą). Taip pat buvo pranešta, kad sezonine gripo vakcina nemokamai skiepijami rizikos grupėms priklausantys žmonės, kuriems kyla didžiausias pavojus susirgti gripu.

II. STRATEGINIO VEIKLOS PLANO ĮGYVENDINIMO REZULTATAI

Strateginis tikslas (04) – užtikrinti nemokamą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto kompensuojamą sveikatos priežiūrą.

Efekto kriterijų įgyvendinimas 2014 m.

Vertinimo kriterijaus kodas	Efekto vertinimo kriterijaus pavadinimas ir mato vienetas	Planuota reikšmė	Pasiekta reikšmė	Įvykdyta (procentais)
E-04-01	Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerėjimas, mažinant vartojimo netolygumus (vnt.)	0,1 (planuota reikšmė – 7,93 vnt.)	1,2 (laukiama reikšmė – 9,27 vnt.)	85,5
E-04-02	PSDF biudžeto tvarumo užtikrinimas (procentais)	100	100	100
E-04-03	PSDF biudžeto pajamos, palyginti su BVP to meto kainomis (procentais)	4,1	3,8	92,7

* Rodiklio reikšmė apskaičiuota remiantis Finansų ministerijos naujausiomis (2014 m. rugsėjo mėn. paskelbtomis) ekonominių rodiklių projekcijomis, nes 2015 m. sausio mėn. Lietuvos statistikos departamentas dar nepateikė 2014 m. BVP duomenų.

Komentaras: vertinimo kriterijaus „E-04-01 Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerėjimas, mažėjant vartojimo netolygumams (vnt.)“ reikšmė skaičiuojama atsižvelgiant į hospitalizacijos rodiklį: nustatomas skirtumas tarp didžiausio ir mažiausio atitinkamų šalies savivaldybių hospitalizacijos rodiklių (hospitalizacijos atvejų skaičius, tenkantis šimtui gyventojų).

2013 m. didžiausias hospitalizacijos rodiklis buvo Šiaulių rajono savivaldybės, mažiausias – Vilniaus rajono savivaldybės. 2014 m. Šiaulių rajono savivaldybės hospitalizacijos rodiklis pagerėjo ir sumažėjo atotrūkis nuo Vilniaus rajono savivaldybės hospitalizacijos rodiklio. Tad didžiausias hospitalizacijos rodiklis 2014 m. buvo jau kitos savivaldybės – Zarasų. Tai lėmė spartus Zarasų savivaldybės gyventojų mažėjimas, jų amžiaus struktūros pokyčiai (gyventojų senėjimas). Pažymėtina, kad 2014 m. buvo nustatyta hospitalizacijos rodiklio mažėjimo šalies mastu tendencija, tačiau Zarasų savivaldybę šis procesas aplenkė – jos hospitalizacijos rodiklis 2014 m. padidėjo. Tad 2014 m. hospitalizacijos rodiklių skirtumas tarp atskirų šalies savivaldybių, t. y. Zarasų savivaldybės ir Vilniaus rajono savivaldybės (kurios hospitalizacijos rodiklis, ir taip mažiausias tarp šalies savivaldybių, 2014 m. dar sumažėjo), šiek tiek padidėjo.

Toliau pateikiama išsami informacija apie Programos įgyvendinimą.

I veiklos sritis: geriau tenkinti gyventojų poreikius. Gerinti sveikatos priežiūros kokybę ir prieinamumą, tobulinant sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą, skatinti ligų prevenciją.

1. Tobulinti sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą.

1.1. Tobulinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų sistemą.

Įgyvendinant šią priemonę, buvo nustatyta:

– atsiskaitymo tarp ASPĮ tvarka, taikoma tuo atveju, kai prisirašę prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugas teikiančios įstaigos gyventojai aptarnaujami šios įstaigos nedarbo metu kitoje ASPĮ (2014 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 8 d. įsakymas Nr. V-20 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“);

– atsiskaitymo tarp ASPĮ tvarka, taikoma tuo atveju, kai viena iš įstaigų suteikia PAASP paslaugas kitos įstaigos aptarnaujamiems apdraustiems gyventojams jų namuose (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. balandžio 10 d. įsakymas Nr. V-459 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“).

Taip pat 2014 m. sąlyginiais vienetais buvo įvertinti gerų darbo rezultatų rodikliai – Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos vykdymo ir vaikų dantų profilaktinių tikrinimų intensyvumo (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 8 d. įsakymas Nr. V-20 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo“). Numatytas mokėjimas už šių rodiklių vykdymą.

Nuo 2014 m. lapkričio 1 d. PAASP paslaugas teikiančioms įstaigoms buvo pradėta mokėti už naujas PAASP skatinamąsias paslaugas: tuberkulino mėginio (Mantu mėginio) atlikimą 7 metų vaikams ir rizikos grupių vaikams, moksleivio paruošimą mokyklai (gydytojo odontologo ir gydytojo odontologo padėjėjo paslaugos) bei neįgalių pacientų, kuriems dėl psichikos ir elgesio sutrikimų nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis ar specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis, sveikatos priežiūros paslaugas namuose.

1.2. Plėtoti ekonomiškai efektyvių formų specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

2014 m. buvo plėtojamos ekonomiškai efektyvios ir pacientams priimtinos sveikatos priežiūros paslaugos. Vis dažniau paprastesnės operacijos ir procedūros buvo atliekamos gydymo įstaigose, teikiančiose dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugas. Dienos stacionaro paslaugas teikiančių įstaigų skaičius pastaraisiais metais didėja: 2012 m. šias paslaugas teikė 77 įstaigos, 2013 m. – 87, o 2014 m. – 97 įstaigos. Tuo tarpu dienos chirurgijos paslaugų teikėjų skaičius beveik nesikeitė, pavyzdžiui, 2012 m. 76 įstaigos turėjo licencijas teikti šias paslaugas, 2013 m. – 75, o 2014 m. – 77 įstaigos.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. kovo 12 d. įsakymu Nr. V-347 „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“ teritorinių ligonių kasų nepaskirstytos lėšos gali būti naudojamos viršsutartinėms dienos chirurgijos ir ambulatorinės chirurgijos paslaugų išlaidoms apmokėti.

2014 m., siekiant pagerinti gydytojų specialistų teikiamų paslaugų prieinamumą ir kokybę, buvo patvirtintos naujos gydytojo reumatologo, vaikų reumatologo ir vaikų neurologo konsultacijos, kurių metu atliekamos diagnostinės ir gydymosi intervencijos (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 4 d. įsakymas Nr. V-164 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 pakeitimo“ ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gegužės 5 d. įsakymas Nr. V-533 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 pakeitimo“).

2014 m. buvo reglamentuota mokėjimo už gydytojų specialistų konsultacijas, teikiamas vykdant ilgalaikį pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, stebėjimą, tvarka (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 12 d. įsakymas Nr. V-689 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ pakeitimo“).

Siekiant mažinti hospitalizaciją, buvo nustatyti stacionarinių paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo iš PSDF biudžeto reikalavimai, taikomi pakartotinės hospitalizacijos ir ilgalaikių

stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų teikimo atvejais (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 12 d. įsakymas Nr. V-689 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ pakeitimo“).

2014 m. buvo parengtas Genetikos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo indikacijų ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tvarkos aprašas, kuriame pateikiamas Genetikos asmens sveikatos priežiūros paslaugų, už kurias mokama PSDF biudžeto lėšomis, sąrašas ir atitinkamų genetinių tyrimų sąrašai, šių paslaugų teikimo indikacijos, genetinių tyrimų skyrimo tvarka ir genetikos paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarka (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-1458 „Dėl Genetikos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo indikacijų ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“).

ASPI ir vaistinių kontrolės procedūros

Siekiant gerinti VLK ir teritorinių ligonių kasų vykdomą įstaigų bei įmonių veiklos priežiūrą, 2014 m. VLK ir teritorinių ligonių kasų atliekamai ASPI, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su VLK ar teritorinėmis ligonių kasomis, kontrolei buvo priskirtos naujos veiklos priežiūros sritys – įstaigų ir įmonių konsultavimas ir veiklos duomenų, kaupiamų privalomojo sveikatos draudimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ (toliau – „Sveidra“), stebėseną. VLK direktoriaus 2014 m. sausio 21 d. įsakymu Nr. 1K-10 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ kontrolės tvarka buvo išdėstyta nauja redakcija.

2014 m. taip pat buvo peržiūrėti ir įvertinti kontrolės procedūrų stebėsenos ir kokybės rodikliai (VLK direktoriaus įsakymu 2014 m. vasario 28 d. Nr. 1K-45). Į šių rodiklių sąrašą buvo įtraukti nauji rodikliai, numatyti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. gegužės 4 d. nutarime Nr. 511 „Dėl Institucijų atliekamų priežiūros funkcijų optimizavimo“. 2014 m. buvo peržiūrėtas ir patobulintas rizikos vertinimo metodo taikymas vykdant teritorinių ligonių kasų kontrolės procedūras.

Vadovaujantis teisingumo ir ūkio ministrų 2012 m. rugsėjo 12 d. įsakymu Nr. 1K-235/4-892 patvirtintomis Rizikos vertinimu pagrįstos ūkio subjektų veiklos priežiūros gairėmis, VLK direktoriaus 2014 m. rugpjūčio 29 d. įsakymu Nr. 1K-226 „Dėl Rizikos vertinimu pagrįstos kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymo priežiūros rekomendacijų patvirtinimo“ buvo nustatytos rizikos vertinimu pagrįstos kompensuojamųjų vaistų ir MPP išrašymo priežiūros rekomendacijos. Šiomis rekomendacijomis naudojasi teritorinės ligonių kasos atliktamos rizikos, susijusios su kompensuojamųjų vaistų ir MPP išrašymu, vertinimą ir planuojamos ASPI bei vaistinių veiklos patikrinimus.

Įstaigų ir įmonių konsultavimas laikomas prioritetine jų veiklos priežiūros, kurią atlieka VLK ir teritorinės ligonių kasos, dalimi. 2014 m. teritorinių ligonių kasų specialistai iš viso suteikė 162 168 konsultacijas įstaigoms bei įmonėms, aiškindami teisės aktų nuostatas, reglamentuojančias asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, jų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tvarką, kompensuojamųjų vaistų išrašymo, išdavimo ir jų įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarką, konsultavo stacionariųjų ir dienos chirurgijos paslaugų kodavimo ir medicinos apskaitos dokumentų formų pildymo klausimais. 2014 m. teritorinės ligonių kasos įvykdė 4803 kitas metodinės pagalbos įstaigoms priemones (taikė prevencines priemones, konsultavo įstaigas seminaruose, skelbė informacinius pranešimus interneto svetainėse ir kt.).

Taip pat 2014 m. teritorinės ligonių kasos pradėjo vykdyti įstaigų bei įmonių veiklos duomenų, kaupiamų „Sveidroje“, stebėseną pagal 3 naujus stebėsenos rodiklius. Vykdydamos stebėseną, teritorinės ligonių kasos patikrino 84 081 įstaigos statistines korteles (forma Nr. 066/a-LK), iš jų 1518 statistinių kortelių duomenis įstaigos turėjo patikslinti. Stebėsenos duomenų pagrindu teritorinės ligonių kasos inicijavo 81 planinę ir 15 neplaninių kontrolės procedūrų.

2014 m. teritorinės ligonių kasos per metus atliko 1351 ASPI, vaistinių ir kitų įmonių bei įstaigų, sudariusių sutartis su VLK ar teritorinėmis ligonių kasomis, kontrolės procedūrą. Bendras 2014 m. nustatytos žalos PSDF biudžetui dydis viršijo 2 808 682 litus (813 450,58 euro). 2014 m. teritorinėms ligonių kasoms užbaigus kontrolės procedūras, kai kurioms įmonėms ir įstaigoms buvo taikomos atitinkamos poveikio priemonės. Bendras taikytų baudų dydis sudarė 19 446,89 lito (5 632,21 euro).

2014 m. teritorinių ligonių kasų atliktų kontrolės procedūrų suvestinė

Teritorinė ligonių kasa	Atliktų kontrolės procedūrų skaičius	Planinės kontrolės procedūrų skaičius	Neplaninės kontrolės procedūrų skaičius	Kontrolės procedūrų, kurių metu nustatyta žala PSDF biudžetui, skaičius	Kontrolės procedūrų, kurių metu nenustatyta žalos PSDF biudžetui, skaičius	Nustatyta žala PSDF biudžetui, Lt (Eur)
Vilniaus	290	154	136	157	133	753 751,56 Lt (218 301,54 Eur)
Kauno	447	219	228	309	138	1 028 280,47 Lt (297 810,61 Eur)
Klaipėdos	199	116	83	86	113	474 695,61 Lt (137 481,35 Eur)
Šiaulių	203	176	27	117	86	185 812,54 Lt (53 815,03 Eur)
Panevėžio	212	161	51	106	106	366 141,99 Lt (106 042,05 Eur)
Iš viso	1351	826	525	775	576	280 8682,16 Lt (813450,58 Eur)

Išsami metinė ASPI, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su VLK ar teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos priežiūros ataskaita skelbiama VLK interneto svetainėje.

1.3. Tobulinti vaistų įsigijimo išlaidų kompensavimą: mažinti vaistų kainas, skatinti racionalų vaistų vartojimą ir kokybišką vaistų skyrimą.

2014 m. PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir MPP sudarė apie 16 proc. visų PSDF biudžeto išlaidų. Įgyvendinant įvairias priemones kompensuojamųjų vaistų kainoms mažinti, buvo siekiama, kad pacientų priemokos sudarytų ne daugiau kaip 19 procentų bendros kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų sumos. 2014 m. paciento priemokos už šiuos vaistus sudarė 20 proc. bendros kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų sumos. Tai parodo, kad pacientai dažnai pasirenka seniau gydytojo jiems skirtus patento nesaugomus buvusius originalius vaistus, kurių priemoka yra didesnė, nors rinkoje yra ir pigesnių generinių tos pačios veikliosios medžiagos kompensuojamųjų vaistų. Nors 2014 m. buvo pradėtos kompensuoti naujų brangesnių vaistų įsigijimo išlaidos, pacientų priemokos už juos nėra didesnės nei vaistų, kurių įsigijimo išlaidos seniau pradėtos kompensuoti.

Sudarant vaistinėje būtinų turėti kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų MPP sąrašus, VLK direktoriaus įsakymo pakeitimu buvo nustatyta sąlyga, kad į šiuos sąrašus bus įrašomas didesnis vaistų ir MPP grupių skaičius. Todėl gydytojai ir vaistininkai toliau bus skatinami pasiūlyti pacientui efektyvius generinius vaistus už mažiausią kainą, pasirenkant juos iš vaistinėje būtinų turėti kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų MPP sąrašų. Sėkmingą šių priemonių įgyvendinimą patvirtina nuolat po truputį didėjantis kompensuojamųjų generinių vaistų receptų skaičius, palyginti su bendru kompensuojamųjų vaistų receptų skaičiumi (išrašoma daugiau kaip

50,6 proc. kompensuojamųjų generinių vaistų receptų, palyginti su bendru kompensuojamųjų vaistų receptų skaičiumi; 2013 m. šis skaičius sudarė 50 proc.). Atsižvelgiant į tai, kad 2014 m. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo pakeista kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptų rašymo tvarka, t. y. gydytojams buvo leista ant vieno recepto blanko išrašyti didesnę vaistų ir MPP kiekį (iki 6 mėn. laikotarpiui), 1,6 proc. sumažėjo išrašytų receptų skaičius, tačiau padidėjo viename recepte išrašytas vaistų kiekis. 2015 m. numatoma skaičiuoti kompensuojamųjų generinių vaistų pakuočių skaičiaus pasiskirstymo rodiklį, nes tai tiksliau parodys generinių kompensuojamųjų vaistų vartojimo tendencijas.

VLK pranešimuose žiniasklaidai, pasisakymuose radijo laidose pacientai buvo skatinami pasirinkti generinius vaistus (pigescius nei patentiniai vaistai, tačiau to paties efektyvumo). Tikimasi, kad, įgyvendinus Racionalaus vaistų vartojimo skatinimo priemonių plane numatytas priemones, pacientai pradės rinktis pigescius generinius, tačiau ne mažiau efektyvius vaistus.

Lietuvoje nemažėja pacientų, sergančių sunkiausių negalių sukeliančiomis ligomis. Dažniausiai tai lemia piktybiniai navikai, kraujotakos sistemos ligos, psichikos ir elgesio sutrikimai, todėl 2014 m. buvo didesnė lėtinių ligų gydymo išlaidų kompensuojamoji dalis, palyginti su 2013 metais. Siekiant, kad faktinės PSDF biudžeto išlaidos naujiems vaistams nebūtų didesnės negu buvo prognozuojama įtraukiant šiuos vaistus į kompensuojamųjų vaistų sąrašus, VLK 2014 m. sudarė 82 sutartis su 27 vaistų gamintojais dėl 59 pavadinimų vaistų. Pagal 2014 m. PSDF biudžeto išlaidas kompensuojamiesiems vaistams, dėl kurių yra sudarytos PSDF biudžeto išlaidų valdymo sutartys, planuojama, kad 2015 m. vaistų gamintojų sugrąžintų PSDF biudžeto lėšų suma sudarys apie 40 mln. litų.

Ligonių kasose toliau vertinama kompensuojamųjų vaistų skyrimo kokybė pagal pasirinktus rodiklius. Šiai stebėsenai vykdyti naudojami „Sveidroje“ sukaupti duomenys apie išduotus kompensuojamuosius vaistus. Stebėseną pagal nustatytus vaistų skyrimo kokybės rodiklius leidžia įvertinti atskirą gydytoją, gydymo įstaigą ar regioną. 2014 m. buvo pasirinktas vaisto ivabradino skyrimo stebėsenos rodiklis (vaistą ivabradiną vartojančiųjų skaičius, tenkantis 10 000 suaugusių prisirašiusių teritorinės ligonių kasos veiklos zonos savivaldybėse, yra didesnis negu 60 pacientų), pagal kurį buvo atliktos kontrolės procedūros tose ASPĮ, kurių gydytojų minėto vaisto skyrimo rodiklio reikšmė buvo didesnė nei Lietuvos vidurkis. Teritorinių ligonių kasų atliktos tikslinės kontrolės procedūros leido sumažinti minėto stebėsenos rodiklio reikšmę (vidurkį) Lietuvos mastu iki 50 pacientų. Tai sudarė sąlygas ASPĮ įvertinti savo veiklą, palyginti su kitų ASPĮ veikla.

Siekiant gydytojams ir pacientams pateikti kokybišką ir aktualią informaciją, visi Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtinti ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašai skelbiami VLK interneto svetainėje.

2014 m. buvo įvertinti vaistai pemetreksedas ir natalizumabas, skiriami retoms ligoms ir būklėms gydyti (remiantis įrodymais pagrįstos medicinos principais bei atsižvelgiant į vaistų terapinę ir farmakoekonominę vertę), ir pritarta šių vaistų perkėlimui į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašą (A sąrašas).

Viena iš VLK funkcijų yra netiesioginis (per ASPĮ) apdraustųjų aprūpinimas vaistais ir MPP, kurių įsigijimo išlaidos centralizuotai apmokamos PSDF biudžeto lėšomis. Kasmet VLK nuperka vis daugiau vaistų uždegiminėms sąnarių (reumatoidiniam, juveniliniam, psoriatiniam artritui, ankilozuojančiam spondilitui), žarnyno (Crohn'o ligai, opiniam kolitui), odos (psoriazei) ligoms gydyti. 2014 m. VLK centralizuotai apmokėjo 3 pavadinimų 4 gamintojų biologinės terapijos vaistų, kuriais galės būti gydoma apie 1200 pacientų nuo minėtų ligų, įsigijimo išlaidas – tai beveik 5 kartus daugiau nei 2008 metais. Vieno paciento, sergančio reumatoidiniu artritu, 1 metų gydymo kaina 2014 m. sumažėjo 44 proc., palyginti su 2013 metais.

2014 m. buvo parengtas ir 2014 m. kovo 18 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo patvirtintas Centralizuotai iš PSDF lėšų apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašas (viešai paskelbtas Teisės aktų registre), kurį rengiant buvo vadovaujama naujais 2013 m. patvirtintais kriterijais. Pagal šį sąrašą kompensuojamos brangių daugiausia onkologinėms ligoms gydyti skirtų vaistų kainos, neįskačiuotos į stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos kainą. Sąraše nurodomi vaistinių preparatų grupių ir bendriniai vaistų pavadinimai, liga

pagal TLK-10-AM, kuriai gydyti gali būti skiriamas vaistinis preparatas, vaistinio preparato skyrimo sąlygos, ASPI, kurioms gali būti tiekiami centralizuotai apmokami vaistai, ir preliminarus numatomų gydyti pacientų skaičius.

Siekiant tobulinti vaistų ir MPP, už kuriuos VLK moka centralizuotai, įsigijimo procesą ir efektyviau naudoti jiems skirtas lėšas, buvo parengtas ir 2014 m. balandžio 18 d. patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-488 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo sudarymo ir keitimo, šių preparatų ir priemonių įsigijimo ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo šiais preparatais ir priemonėmis tvarkos aprašo patvirtinimo“. Šiuo įsakymu VLK buvo įpareigota minėtame 2014 m. sąraše nurodytus vaistus surašyti į kitą – nuolatinį – sąrašą, kuris nebus kasmet keičiamas. VLK šį pavedimą įvykdė – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymu Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų sąrašo patvirtinimo“ buvo patvirtintas nuolatinis Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų sąrašas. Šiuo nuolatinio sąrašo sudarymu buvo siekiama išvengti ASPI aprūpinimo centralizuotai apmokamais vaistais ir MPP pertrūkių.

2014 m. per Centrinės perkančiosios organizacijos elektroninį katalogą (CPO LT) buvo vykdomas sąnarių endoprotezų bei jiems skirtų pagalbinių priemonių pirkimas (buvo sudarytos galimybės įsigyti net 20 su endoprotezavimu susijusių prekių: įvairių tipų klubo ir kelio sąnarių endoprotezų, pulsuojančiųjų kaulo plovimo sistemų, specialaus protezams tvirtinti skirto cemento, švirkštų šiam cementui ir kt.). 2014 m. pabaigoje VLK centralizuotai apmokėjo sąnarių endoprotezų įsigijimo išlaidas. Naudojimas CPO LT katalogu leidžia taupyti laiką – greičiau nupirkti sąnarių endoprotezus ir paskirstyti juos ASPI.

1.4. Gerinti ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimą.

Viena iš VLK funkcijų – užtikrinti ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimą. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymo Nr. V-234 „Dėl Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarkos patvirtinimo“ 24¹ punktu, ataskaitinio laikotarpio kiekvieno poklasio ortopedijos techninių priemonių (toliau – OTP) bazinių kainų balo vertė negali būti didesnė nei 0,89 lito. Toliau pateikiami duomenys apie 2014 m. atskiriems poklasiams priskiriamų OTP bazinių kainų balo vertės vidurkį:

Eil. Nr.	OTP poklasiai	2014 m. vidutinė balo vertė
1	Rankų protezinės sistemos	0,88
2	Kojų protezinės sistemos	0,81
3	Protezai (kiti, ne galūnių, protezai)	0,69
4	Viršutinių galūnių įtvarinės sistemos (nešiojamosios)	0,46
5	Apatinių galūnių įtvarinės sistemos	0,34
6	Stuburo įtvarinės sistemos	0,55
7	Kraujotakos sistemos gydomosios priemonės	0,89
8	Ortopedinė avalynė	0,49

VLK vykdo ortopedijos įmonių kontrolę – tikrinama, ar įmonės laikosi OTP skyrimą reglamentuojančių teisės aktų reikalavimų. 2014 m. apibendrinus ortopedijos įmonių tikrinimų rezultatus, buvo nutarta sumažinti dalies OTP skyrimo indikacijų sąrašus. Tai buvo patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 3 d. įsakymu Nr. V-645 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, ir jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“. Įsigaliojus šiam

įsakymui, kai kurių OTP buvo skiriama kur kas rečiau: pvz., kelio įtvarų (priskiriamų KA3-4 tipų grupei) 2014 m. liepos–gruodžio mėnesiais buvo išduota tris kartus mažiau nei per tuos pačius 2013 m. mėnesius, o krūtinės-juosmens įtvarų (priskiriamų KR0-5-4 tipų grupei) – beveik 2 kartus mažiau.

Į 2014 metų prioritetinių TLK vykdomos kontrolės krypčių ir stebėsenos rodiklių sąrašą, patvirtintą VLK direktoriaus 2013 m. gruodžio 4 d. įsakymu Nr. 1K-276 „Dėl 2014 metų prioritetinių teritorinių ligonių kasų vykdomos kontrolės krypčių ir stebėsenos rodiklių sąrašo tvirtinimo“, yra įtrauktas ir OTP išrašymo pagrįstumo rodiklis (vieno gydytojo išrašytas OTP, išskyrus protezines sistemas, kiekis – 135 OTP arba vienam gydytojo išrašytų OTP vertė balais yra 76 500 balų per ketvirtį). Atsižvelgdama į stebėsenos rodiklius, VLK kreipėsi į ASPI, sudariusias sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, dėl vidaus auditų atlikimo, jei jose dirbantys gydytojai išrašė daugiau OTP, nei numatyta stebėsenos rodiklyje.

Taip pat dėl gydytojų, kurių išrašytų OTP vertė (balais) viršija stebėsenos rodiklyje numatytą balų sumą ir kurie pagal Medicinos elektroninės tobulinimo administravimo sistemos (METAS) posistemio duomenis dirba keliose ASPI, buvo kreiptasi į Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybą prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir Valstybinę darbo inspekciją prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos su prašymu patikrinti, ar pagal pridedamą sąrašą nurodytų gydytojų darbo laiko trukmė nepažeidžia teisės aktų reikalavimų, ir apie patikrinimų rezultatus informuoti VLK.

1.5. Plėtoti prevencines programas.

Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 patvirtintoje Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programoje daug dėmesio skiriama ligų prevencijai. Laiku ligai užkirtus kelią, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas ir išvengiama didesnių gydymo išlaidų.

Lietuvoje vykdomos šešios prevencinės programos, iš kurių 4 yra skirtos onkologinių ligų ankstyvajai diagnostikai, t. y. gimdos kaklelio, krūties, storosios žarnos ir priešinės liaukos vėžio nustatymui. Taip pat šalyje vykdoma Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programa ir Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programa.

Siekiant pagerinti ankstyvųjų storosios žarnos vėžio stadijų nustatymą ir sumažinti mirtingumą nuo šios ligos, 2009 m. birželio 23 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-508 buvo patvirtinta Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Programoje numatytos paslaugos teikiamos kas dveji metai 50–74 m. asmenims. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gruodžio 19 d. įsakymu Nr. V-1215 ir 2014 m. gegužės 30 d. įsakymu Nr. V-633 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymo Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“ ši programa buvo pradėta vykdyti Alytaus apskrityje (nuo 2014 m. sausio 1 d.), Telšių, Marijampolės ir Utenos apskrityse (nuo 2014 m. liepos 1 d.). Nuo 2014 m. liepos 1 d. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa buvo pradėta vykdyti visoje Lietuvoje. Nuo Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos vykdymo pradžios (2009 m.) kasmet daugėja žmonių, pasitikrinančių dėl galimo storosios žarnos vėžio. 2013 m. šioje programoje numatytomis paslaugomis pasinaudojo daugiau nei 141 tūkst. žmonių, o 2014 m. I–III ketvirčiais – daugiau nei 157 tūkst. žmonių. Tikimasi, kad susidomėjimas šia programa bus didelis ir dauguma tikslinės grupės asmenų pasinaudos galimybe nemokamai išsitiirti.

2014 m. iš PSDF biudžeto lėšų (kartu su rezervo lėšomis) prevencinėms programoms vykdyti buvo skirta daugiau nei 42 mln. Lt (iš jų onkologinėms programoms – 26 mln. Lt).

1.6. Užtikrinti reikiamą sveikatos programų ir kitų sveikatos draudimo išlaidų finansavimą.

PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos įvairios sveikatos programos. 2014 m. sveikatos programoms finansuoti ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti buvo skirta 221,5 mln. Lt

iš PSDF biudžeto ir PSDF biudžeto rezervo lėšų. Iš jų 40 587,3 tūkst. Lt buvo skirta penkioms prevencinėms programoms vykdyti: Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, finansavimo programai – 5058,9 tūkst. Lt, Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai – 6427,1 tūkst. Lt, Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai – 14 583,1 tūkst. Lt, Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai – 6189,2 tūkst. Lt, Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai – 8329,0 tūkst. litų. Taip pat buvo skirtos lėšos Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastųjų išlaidų finansavimo programai vykdyti (56 249,0 tūkst. Lt), Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programai įgyvendinti (1967,4 tūkst. Lt), dantų protezavimo paslaugoms (30 113,4 tūkst. Lt), skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai (17 257,3 tūkst. Lt), kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti (4129,6 tūkst. Lt), Priklausomybės ligų gydymo programai vykdyti (1813,7 tūkst. Lt), Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti (16 086,0 tūkst. Lt) bei kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti (53 252,6 tūkst. Lt).

Dalis kitoms sveikatos draudimo išlaidoms numatytų lėšų skiriama Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti. VLK, pagal kompetenciją įgyvendindama socialinės apsaugos sistemas koordinuojančius Europos Parlamento ir Tarybos reglamentus, užtikrinančius Europos Sąjungos apdraustųjų teisę į sveikatos priežiūrą, laisvai judant Europos ekonominės erdvės šalyse ir Šveicarijos Konfederacijoje, PSDF biudžeto lėšomis apmoka:

- Lietuvos apdraustiesiems Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse ir Šveicarijos Konfederacijoje (toliau – ES šalys) suteiktų būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas,

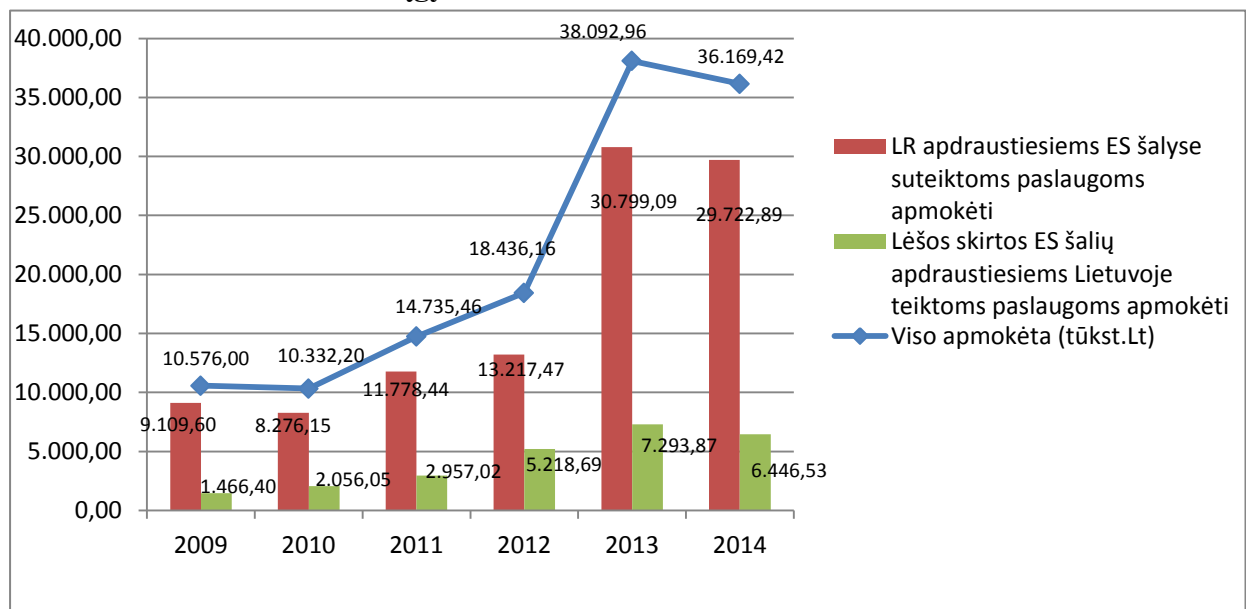
- Lietuvos apdraustiesiems, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka siunčiamiems tirtis, konsultuotis ir (ar) gydytis į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas,

- Lietuvos apdraustiesiems, persikėlusius gyvenanti į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas,

- Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose ASPĮ suteiktų ES šalių apdraustiesiems sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas ir išrašytų kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidas. Šias PSDF biudžeto išlaidas vėliau kompensuoja ES šalių privalomąjį sveikatos draudimą įgyvendinančios įstaigos.

ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti 2014 m. VLK išleido 36 162 tūkst. litų:

PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti dinamika 2009–2014 m.



2014 m. PSDF biudžeto lėšomis VLK apmokėjo 9466 ES šalių tarnybų pateiktas standartizuotas sąskaitas (E125 ir E127 formos pažymas), taip pat kompensavo apdraustųjų išlaidas būtinosios medicinos pagalbos paslaugoms ES šalyse gauti pagal 473 pagrįstus prašymus. Lietuvos apdraustųjų sveikatos priežiūros išlaidoms ES šalyse apmokėti VLK išleido 29 722,89 tūkst. litų.

2014 m. PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti struktūra

Išlaidos pagal:	Sąsk. / prašymų sk. (vnt.)	Suma (Lt)	Bendros šių išlaidų sumos dalis (proc.)
E125 formos pažymas*	9380	28.986.458,94	97,52
E127 formos pažymas**	86	442.031,32	1,49
Apdraustųjų prašymus	473	294.396,23	0,99
		29.722.886,49	100,00

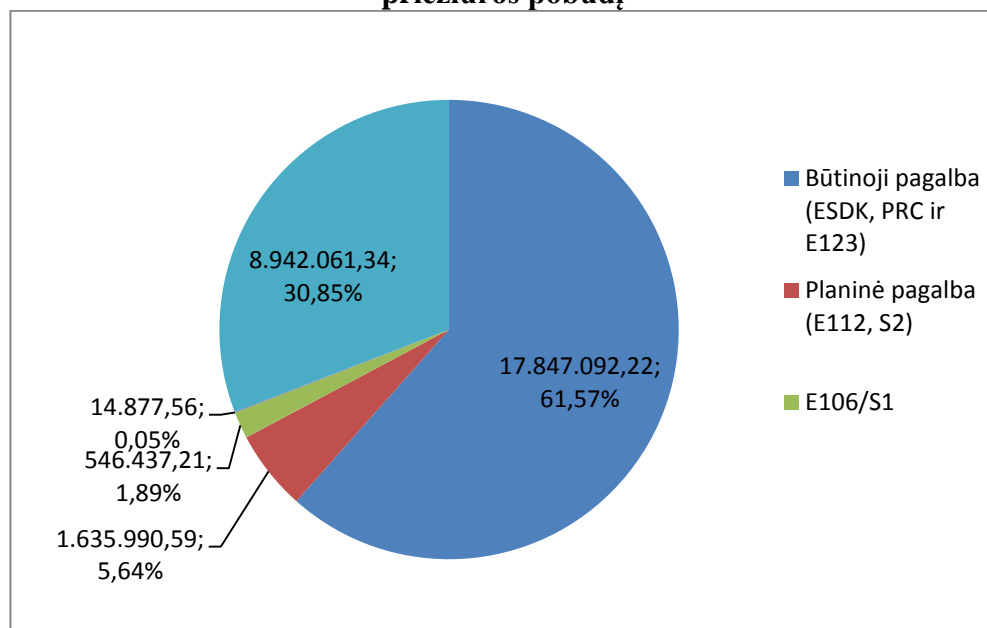
* Sąskaitos, kuriose nurodoma suma apskaičiuojama pagal faktines sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas.

** Sąskaitos, kuriose nurodoma suma apskaičiuojama pagal Europos Komisijos Socialinės apsaugos koordinavimo administracinės komisijos patvirtintus fiksuotus dydžius.

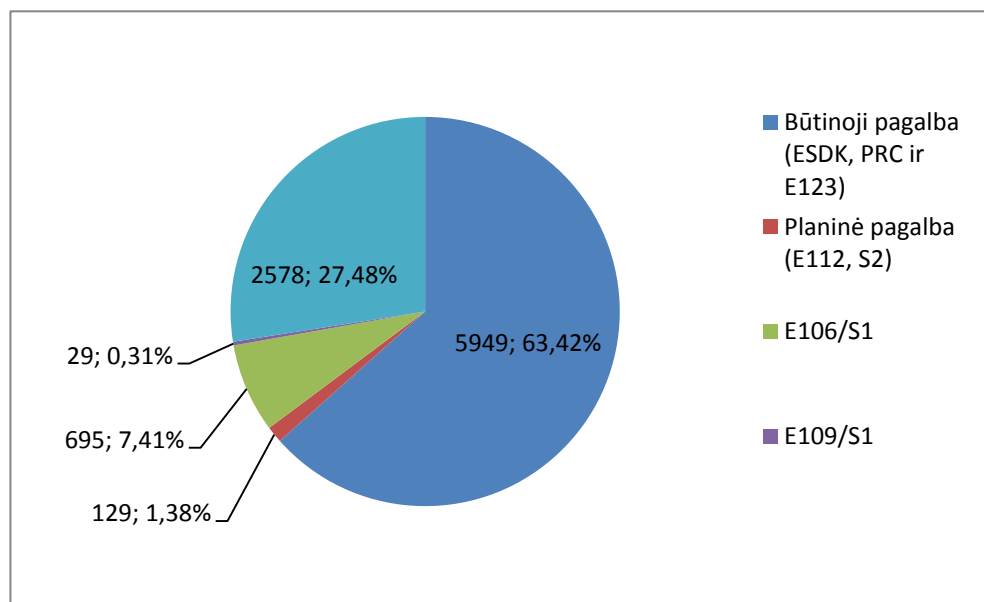
Didžiąją dalį PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti (97,52 proc. bendros šių išlaidų sumos) sudaro VLK apmokėtos sąskaitos (E125 formos pažymos), pagrįstos faktinėmis išlaidomis. 2014 m. daugiausia sąskaitų (E125 formos pažymų) buvo gauta iš Vokietijos (48 proc. visų apmokėtų sąskaitų), iš Lenkijos (11 proc.) bei iš Estijos, Ispanijos ir Švedijos (po 5 proc.). Iš kitų ES šalių gautos sąskaitos tesudaro 26 proc. visų apmokėtų sąskaitų. Daugiausia PSDF biudžeto lėšų VLK skyrė Vokietijoje (48,8 proc. sumos), Švedijoje (10,5 proc. sumos) ir Prancūzijoje (6,55 proc. sumos) Lietuvos apdraustiesiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti. PSDF biudžeto lėšos, skirtos kitose ES šalyse Lietuvos apdraustiesiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, sudaro 34,15 proc. bendros pagal ES šalių pateiktas sąskaitas sumokėtos sumos.

61,57 proc. lėšų, skirtų Lietuvos apdraustųjų sveikatos priežiūros faktinėms išlaidoms ES šalyse padengti, buvo panaudota atsiskaitant už būtinąją medicinos pagalbą, o 38,43 proc. šių lėšų buvo skirta planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti, iš jų: 5,64 proc. lėšų – apdraustiesiems, siunčiamiems gydytis ir (ar) išsitiirti į užsienį (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugpjūčio 16 d. įsakymu Nr. V-727 patvirtinto Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis Europos ekonominei erdvei priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašo nustatyta tvarka), suteiktų planinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms kompensuoti ir 32,79 proc. lėšų – apdraustųjų, gyvenančių kitose ES šalyse, sveikatos priežiūros išlaidoms gyvenamojoje šalyje apmokėti:

2014 m. kitų ES šalių kompetentingosioms įstaigoms skirtų lėšų už Lietuvos apdraustiesiems ES šalyse suteiktą būtinąją ir planinę mediciną pagal sveikatos priežiūros pobūdį



2014 m. apmokėtų kitų ES šalių kompetentingų įstaigų pateiktų sąskaitų (E 125 formos pažymų) už Lietuvos apdraustiesiems ES šalyse suteiktą būtinąją ir planinę mediciną pagal sveikatos priežiūros pobūdį



Rūpindamasi kitų ES šalių apdraustaisiais, laikinai atvykusiais į Lietuvą, VLK kasmet PSDF biudžeto lėšomis apmoka jiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas. ES šalių apdraustieji, kreipdamiesi į ASPĮ, turi pateikti Europos sveikatos draudimo kortelę (toliau – ESDK), E112, E106, E109 arba E121 formos pažymą. 2014 m. ES šalių apdraustiesiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti VLK išleido 6446,53 tūkst. litų.

Savo ruožtu VLK 2014 m. pateikė sąskaitas ES šalių apdraustųjų kompetentingoms įstaigoms už tų šalių apdraustiesiems Lietuvoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, kurių išlaidos buvo apmokėtos PSDF biudžeto lėšomis:

– už 2013 m. II pusmetį kitų ES šalių apdraustųjų gautą sveikatos priežiūrą (ESDK ir E112

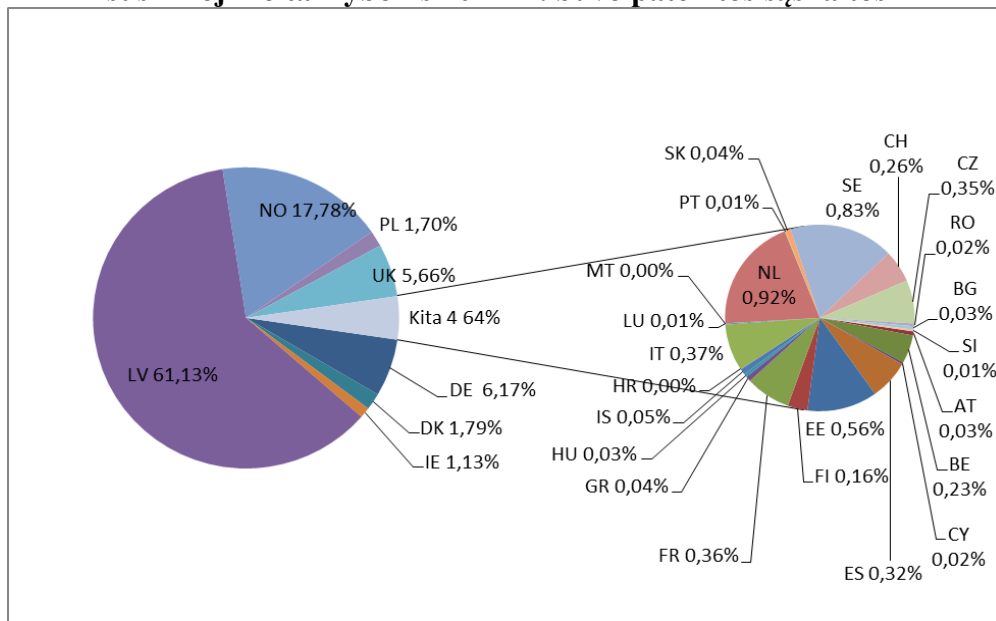
formos pažymos pagrindu);

– už 2014 m. 1–10 mėnesiais kitų ES šalių apdraustųjų gautą sveikatos priežiūrą (ESDK ir E112 formos pažymos pagrindu);

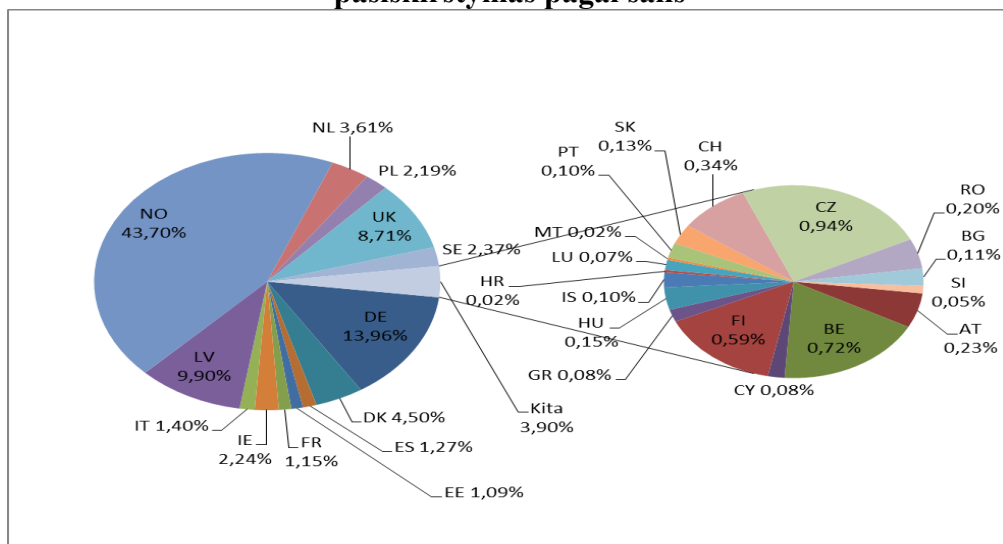
– už 2013 m. Lietuvos Respublikoje gyvenusių ES šalių apdraustųjų gautą sveikatos priežiūrą (E106, E109, E121 formos pažymų pagrindu).

2014 m. ES šalių apdraustųjų kompetentingoms įstaigoms buvo pateiktos 6153 sąskaitos. Pagal šias sąskaitas kompensuotina suma siekia 6317,63 tūkst. litų. Daugiausia sąskaitų buvo pateikta Norvegijos (43,7 proc.), Vokietijos (13,96 proc.) ir Latvijos (9,90 proc.) susižinojimo tarnyboms. Šių šalių susižinojimo tarnybos turės kompensuoti ir didžiausią PSDF biudžeto išlaidų, tenkančių ES šalių apdraustųjų sveikatos priežiūrai Lietuvoje, dalį: Latvija – 61,13 proc., Norvegija – 17,78 proc., o Vokietija – 6,17 proc. visos kompensuotinos sumos:

Kompensuotinos PSDF biudžeto lėšų, skirtų kitų ES šalių apdraustųjų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms Lietuvoje apmokėti, sumos pasiskirstymas pagal ES šalis, kurių susižinojimo tarnyboms 2014 m. buvo pateiktos sąskaitos



2014 m. ES šalių susižinojimo tarnyboms pateiktų sąskaitų (E125 formos pažymų) už kitų ES šalių apdraustiesiems Lietuvoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas pasiskirstymas pagal šalis

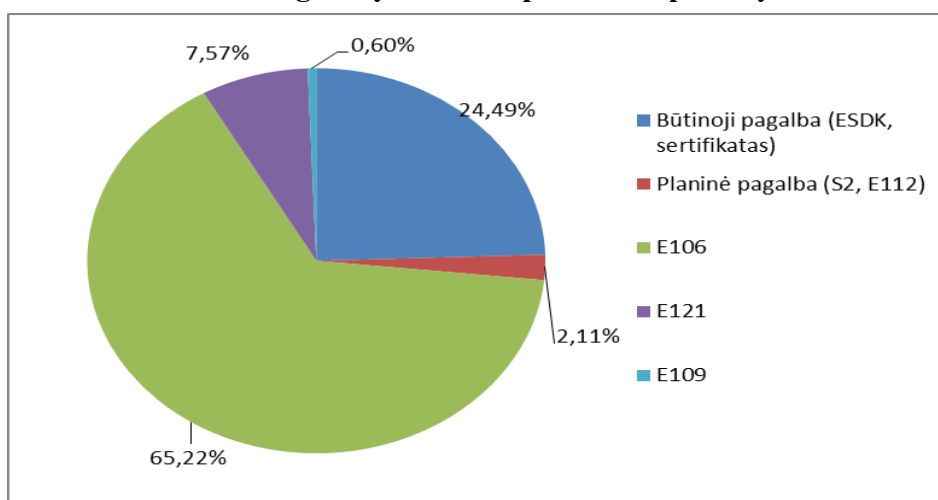


Sąskaitos, pagal kurias kompensuojamos ES šalių apdraustiesiems Lietuvoje suteiktos būtinosios medicinos pagalbos paslaugos, sudaro 24,49 proc. visų ES šalių apdraustųjų kompetentingoms įstaigoms pateiktų sąskaitų. Pagal likusiąją sąskaitų dalį kompensuojamos ES šalių apdraustiesiems suteiktos planinės medicinos pagalbos išlaidos:

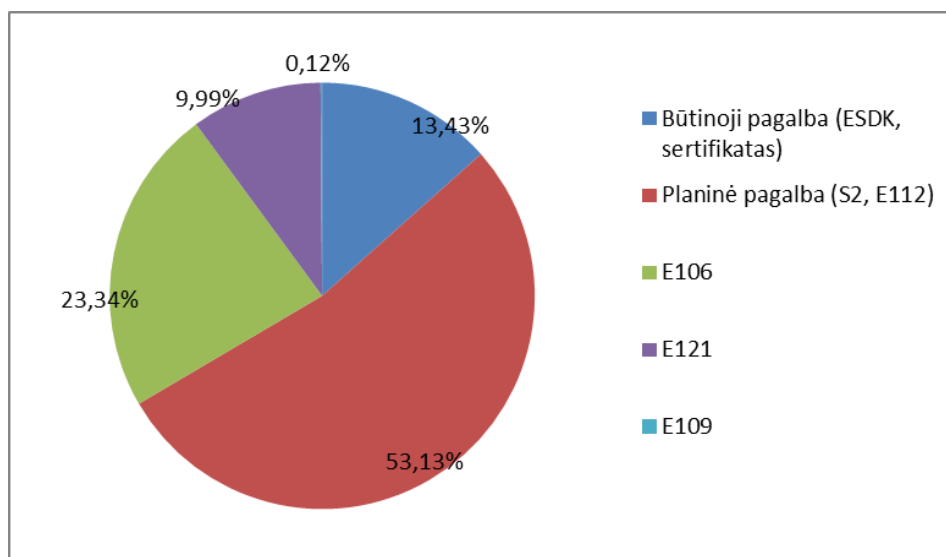
– pagal 65 proc. šių sąskaitų kompensuojamos kitų ES šalių apdraustųjų, gyvenančių Lietuvoje, sveikatos priežiūros, gaunamos E106, E109 ir E121 formos pažymų pagrindu, išlaidos;

– pagal 2,11 proc. šių sąskaitų kompensuojamos kitų ES šalių apdraustųjų, atvykusių gauti tam tikrų planinių gydymo (ištirimo) paslaugų į Lietuvos Respubliką, šių paslaugų išlaidos. Nors dėl šios priežasties buvo išduota palyginti nedaug sąskaitų, jose nurodyta kompensotina suma sudaro 53,13 proc. bendros sumos pagal visas ES šalių apdraustųjų kompetentingoms įstaigoms pateiktas apmokėti sąskaitas.

2014 m. kitų ES šalių kompetentingoms įstaigoms pateiktų sąskaitų (E125 formos pažymų) už šių šalių apdraustiesiems Lietuvoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas pasiskirstymas, atsižvelgiant į sveikatos priežiūros pobūdį



2014 m. kompensotinos sumos pagal ES šalių apdraustųjų kompetentingoms įstaigoms pateiktas sąskaitas už šių šalių apdraustiesiems Lietuvoje suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas pasiskirstymas, atsižvelgiant į sveikatos priežiūros pobūdį



1.7. Tobulinti giminingų diagnozių grupių metodo taikymą aktyviojo gydymo stacionariųjų paslaugų išlaidoms apmokėti.

Nuo 2012 m. buvo pereita prie naujos aktyviojo gydymo (stacionaro ir dienos chirurgijos) paslaugų klasifikacijos ir jų išlaidų apmokėjimo, taikant giminingų diagnozių grupių metodą. Jo esmė: mediciniais ir ekonominiais kriterijais pagrįstas atveju, kai pacientams taikomas aktyvusis gydymas, klasifikavimas, priskiriant šiuos atvejus tam tikroms kategorijoms (giminingų diagnozių grupėms). Pagrindinis tikslas – užtikrinti teisingą (proporcingą realioms sąnaudoms) ir skaidrų ligoninių teikiamų paslaugų išlaidų apmokėjimą ir turėti priemonę ligoninių veiklos lyginamajai analizei atlikti (lyginant šalies ASPĮ arba Lietuvos ir užsienio ASPĮ).

Siekiant išvengti ligoninių veiklos sutrikimų ir pritarus Privalomojo sveikatos draudimo tarybai, buvo apsispręsta giminingų diagnozių grupių metodą diegti laipsniškai, todėl 2012 m. ligoninių sutartinės sumos išliko tokios pačios kaip 2011 metais. Šios nuostatos buvo laikomasi ir 2013 metais. 2014 m. jau pasireiškė giminingų diagnozių grupių metodo taikymo įtaka ligoninių uždirbamoms lėšoms. Apie 11,59 proc. ligoninių uždirbtų lėšų buvo susijusios su minėto metodo taikymu atsiskaitant už aktyviojo gydymo paslaugas, iš jų:

- dienos chirurgijos paslaugoms teko 6,21 proc. šių lėšų,
- klasterinėms paslaugoms (infarktams, insultams) – 1,51 proc. šių lėšų,
- gimdymams – 3,87 proc. šių lėšų,

Planuojant ligoninių 2015 m. sutartinės sumas, didesniu mastu bus taikomas giminingų diagnozių grupių metodas ir labiau bus atsižvelgiama į pacientų srautų pasikeitimus. Vis dėlto ir toliau bus laikomasi laipsniško giminingų diagnozių grupių metodas diegiamo principo.

Esminė sąlyga, leidžianti pateisinti lūkesčius, siejamus su giminingų diagnozių grupių metodo taikymu, – tikslūs šioms grupėms priskiriami kainų koeficientai (kainos turi būti proporcingos sąnaudoms). Šiuo metu taikomi koeficientai yra apskaičiuoti kombinuotu būdu: Lietuvos ligoninių (67) faktinės sąnaudos priskiriamos atitinkamoms sąnaudų grupėms pagal tarptautinę kainos sąnaudų (Australijos AR-DRG klasifikavimo sistema) struktūrą. Šiuo būdu gauti rezultatai tenkina tik iš dalies. Aktyviojo gydymo paslaugų kainų disproporcijos kol kas išlieka, nes ligoninių registruojami sąnaudų duomenys yra nepakankamai detalūs atskirų paslaugų savikainai nustatyti ir ligoninių veiklos efektyvumui patikimai įvertinti.

2013 m. VLK užsakymu buvo atlikta galimybių studija, kuria grindžiamas siūlymas įdiegti dalinę aktyviojo gydymo sąnaudų apskaitą paciento lygiu reprezentatyvioje ligoninių grupėje (15 ligoninių). Sveikatos apsaugos ministerijai sutikus, VLK inicijavo šio projekto įgyvendinimą. 2014 m. buvo paskelbtas atviras konkursas dėl dalinės aktyviojo gydymo sąnaudų apskaitos paciento lygiu įdiegimo ir nustatytas šio konkurso laimėtojas (šiuo metu su laimėtoju sudaroma sutartis). Darbus numatoma pradėti 2015 m. I ketvirtį, projekto trukmė – 3 metai.

2014 m. buvo siekiama, kad visos šalies stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas teikiančios ASPĮ, naudodamosi TLK-10-AM, Medicininių intervencijų klasifikacija ir Kodavimo standartais, vienodu būdu priskirtų aktyviojo gydymo atvejus atitinkamoms giminingų diagnozių grupėms. Tuo tikslu ASPĮ ir teritorinių ligoninių kasų atstovams buvo suorganizuota 18 kodavimo mokymų 8 temomis.

2014 m. buvo patikrinti 83 ASPĮ duomenys, naudojant automatinius ir neautomatinius tikrinimo metodus. Parengta klinikinio kodavimo metodinė medžiaga (4 klinikinio kodavimo biuleteniai ir cukrinio diabeto kodavimo rodyklė, skelbiami VLK svetainėje). Buvo atliktos 5 duomenų analizės pagal Kodavimo standartų ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymų reikalavimus ir 2 išsamesnės teminės analizės – išgyvenamumo po kraujodaros kamieninių ląstelių transplantacijos ir jai tenkančių PSDF biudžeto išlaidų analizė (remiamasi transplantacijos operacijų, atliktų 2006 m. ir 2012 m., duomenimis) bei 2013 m. vienos dienos / paros hospitalizavimo atvejų analizė.

Taip pat 2014 m. buvo nustatyta 13 klinikinio kodavimo stebėsenos rodiklių, kurie taikomi tikrinant ASPĮ teikiamus duomenis (apie paciento nudegimo plotą, nėštumo trukmę, gimdymus, dauginius sužalojimus, hipertenzinę inkstų ligą, kai yra inkstų nepakankamumas, navikų morfologiją, metastazinius navikus, kai nėra pirminio naviko, insulto padarinius bei seno miokardo

infarkto, kaip pagrindinės diagnozės, etiologiją ir simptomus). Buvo sukurtas automatinis dienos chirurgijos duomenų tikrinimo algoritmas (pagal jį periodiškai tikrinami minėti duomenys).

1.8. Užtikrinti PSDF biudžeto tvarumą.

Valstybės funkcijų (taip pat ir sveikatos apsaugos) vykdymas yra neatsiejamas nuo atitinkamų finansinių išteklių. Svarbiausias sveikatos sektoriaus finansavimo šaltinis yra PSDF biudžetas. Kiekvienai valstybei vienas didžiausių iššūkių – išlaikyti tvarius biudžetus, t. y. suvaldyti išteklių srautus arba užtikrinti finansinį biudžeto tvarumą. 2014 m. PSDF biudžeto tvarumas buvo užtikrinamas:

1) atliekant einamųjų metų PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų analizę. Ši analizė leidžia tiek Sveikatos apsaugos ministerijai, tiek ligonių kasoms priimti reikiamus PSDF biudžeto valdymo ir sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo sprendimus;

2) vykdant einamųjų metų PSDF biudžeto kasinių išlaidų kontrolę (kiekvieną darbo dieną). Ataskaitinio laikotarpio PSDF biudžeto kasinės išlaidos negali viršyti pagal atitinkamą išlaidų straipsnį skirtų PSDF biudžeto lėšų;

3) rengiant einamųjų metų PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų plano vykdymo prognozę ir planuojant ateinančių metų PSDF biudžeto lėšas. Tai padeda iš anksto numatyti PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų plano vykdymo tendencijas ir tinkamai pasirengti galimiems ekonominiams svyravimams.

Siekiant objektyviai įvertinti šalies privalomojo sveikatos draudimo sistemos būklę bei privalomojo sveikatos draudimo poveikį Lietuvos visuomenei ir valstybei, VLK atlieka sistemine PSDF biudžeto ir privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo stebėseną pagal tam tikrus rodiklius. 2014 m. buvo apskaičiuotos šių rodiklių reikšmės ir šalinami jų skaičiavimo metu išryškėję trūkumai. Pastebėta, kad minėti rodikliai gali būti taikomi tiktai Lietuvai, t. y. šių rodiklių pagrindu sunku atlikti lyginamąją įvairių ES šalių sveikatos sistemų analizę.

Todėl privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklių sąrašas, kurį sudarė 182 rodikliai, buvo papildytas tarptautiniais Pasaulio sveikatos organizacijos, Europos bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos, Europos Sąjungos statistikos tarnybos „Eurostat“ ir tarptautinės sveikatos vertintojų kompanijos „Health Consumer Powerhouse“ rodikliais (58 rodikliai). Iš sąrašo buvo pašalinti neinformatyvūs, besidubliuojantys, nebeaktualūs rodikliai. Atnaujintas rodiklių sąrašas (apimantis 89 rodiklius) buvo patvirtintas 2014 m. spalio 22 d. VLK direktoriaus įsakymu Nr. 1K-281 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo funkcionavimo rodiklių sąrašo patvirtinimo“.

2015 m. planuojama privalomojo sveikatos draudimo sistemą įvertinti pagal 90 proc. atnaujintų šios sistemos funkcionavimo rodiklių. Numatoma jų skaičiavimo pagrindu parengti privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo vertinimo ataskaitą ir ją pristatyti VLK vadovybei.

2. Gerinti visuomenės informavimą

2.1. Veiksmingiau informuoti visuomenę apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą, plėtoti dialogą ir bendradarbiavimą su ligonių kasų partneriais, pacientų ir medikų organizacijomis, skatinti ligų prevenciją.

2014 m. ligonių kasos siekė didinti visuomenės informuotumą apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą, jo garantuojamą asmens sveikatos priežiūrą ir ligonių kasų veiklą. Šiuo tikslu 2014 m. ligonių kasos įgyvendino toliau išvardytas visuomenės informavimo priemones:

– sistemingai rengė ir platino pranešimus spaudai apie VLK kuruojamų sričių aktualijas per nacionalinės ir regioninės žiniasklaidos priemones, televizijos ir radijo stotis, naujienų portalus, pacientų ir medikų organizacijas, savivaldybes, teritorines ligonių kasas (šios platina informaciją per regioninę spaudą) ir kitas valstybės institucijas (Sveikatos apsaugos ministeriją, Lietuvos Respublikos Vyriausybę, Seimo Sveikatos reikalų komitetą ir kt.). 2014 m. buvo paskelbti 192 informaciniai pranešimai žiniasklaidai. Be šių buvo skelbiami ir TLK pranešimai aktualiomis temomis;

– 2014 m. buvo pradėta įgyvendinti socialinė akcija „Aplenk ligą“. Šios akcijos tikslas — informuoti žmones apie tai, kokias sveikatos priežiūros paslaugas jie gali gauti nemokamai pagal prevencines programas, skatinti jomis naudotis. Kviečiant pasitikrinti pagal ligų prevencijos programas, buvo pasitelkti Lietuvoje žinomi sportininkai. Apie akcijos pradžią buvo informuojama radijo ir televizijos, spaudos žiniasklaidos priemonėmis.

2014 m. daugiau dėmesio buvo skiriama darbui su žiniasklaida. Radijo, televizijos, spaudos ir interneto žiniasklaidos priemonių atstovams (pagal jų paklausimus) nuolat buvo teikiami komentarai ir informacija apie VLK kuruojamų sričių aktualijas. Be to, jie buvo kviečiami į ligonių kasų organizuojamus renginius, pavyzdžiui, į VLK tarptautinę konferenciją „Lietuvos sveikatos sistema: ar galime būti efektyvesni?“, į akciją „Aplenk ligą“.

2014 m. daugiau dėmesio buvo skiriama darbui su tam tikromis visuomenės grupėmis, pavyzdžiui, atlikėjais: VLK atstovai dalyvavo festivalio „Vilnius Music Week 2014“ konferencijoje, taip pat Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacijos (POLA) renginyje, kuriame skaitė pranešimą apie privalomojo sveikatos draudimo naudą ir teikiamas galimybes.

Privalomojo sveikatos draudimo klausimais buvo šviečiamas jaunimas. VLK kuravo projekto „Moksleiviai – į Vyriausybę“ dalyvius ir supažindino juos su ligonių kasų veikla.

2014 m. gegužės 1 d. startavo nauja VLK interneto svetainė, buvo plėtojamas VLK profilis socialiniame tinkle „Facebook“, pritraukiama vis daugiau naujų jo lankytojų ir gerbėjų: buvo organizuojamos viktorinos privalomojo sveikatos draudimo temomis ir apdovanojami viktorinų nugalėtojai. Buvo plėtojamas bendradarbiavimas su ligonių kasų partneriais, pacientų ir medikų organizacijomis: jiems buvo pateikiama naujausia aktuali informacija, kviečiama dalyvauti ligonių kasų organizuojamuose renginiuose. Buvo parengta ir išleista metinė VLK veiklos apžvalga „Ligonių kasos: 2013 m. veiklos apžvalga“. Ši apžvalga skelbiama ir VLK interneto svetainėje.

2.2. *Organizuoti visuomenės nuomonės tyrimus.*

2014 m. VLK tęsė 2009 m. pradėtus vykdyti visuomenės nuomonės tyrimus, kurių tikslas – įvertinti visuomenės informuotumą apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą ir ligonių kasas. Nuo 2009 m. šis tyrimas atliekamas vieną kartą per metus.

Atsižvelgiant į naujus poreikius, numatyta atlikti 3 mažesnės apimties visuomenės nuomonės tyrimus: 1) visuomenės informuotumo ir pasitikėjimo privalomuoju sveikatos draudimu ir ligonių kasomis; 2) korupcijos; 3) informuotumo apie prevencines programas. Šiais tyrimais siekiama nustatyti, kokios informacijos apie Lietuvos sveikatos sistemą visuomenei stinga, identifikuoti gyventojų pasitikėjimą ir pasitenkinimą lemiančius veiksnius, imtis priemonių (pagal ligonių kasų kompetenciją), padėsiančių draudžiamiesiems geriau suprasti, kaip funkcionuoja privalomojo sveikatos draudimo sistema, ieškoti veiksmingų korupcijos prevencijos sveikatos sistemoje priemonių ir jas įgyvendinti.

Ligonių kasos, tyrimais nustačiusios, kad visuomenė nepakankamai žino, kaip veikia privalomojo sveikatos draudimo sistema ir kokių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, įgyvendina atitinkamas visuomenės informavimo priemones. Tyrėjų vertinimu, geriau apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą informuota visuomenė labiau ja pasitiki.

Tyrimo rezultatai kasmet analizuojami, pristatomi įvairių renginių metu suinteresuotosioms šalims: VLK ir teritorinėms ligonių kasoms, Sveikatos apsaugos ministerijai ir jai pavaldžių įstaigų (taip pat ir gydymo įstaigų) darbuotojams, visuomeninių organizacijų (pacientų, medikų) atstovams. Pagal tyrimo medžiagą VLK darbuotojai rengia ir skelbia straipsnius, skaito pranešimus kitų institucijų renginiuose.

Tiek tyrimo rezultatų viešinimo, tiek visuomenės informavimo apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą tikslas – atskleisti privalomojo sveikatos draudimo sistemos teikiamą naudą, laikantis nuostatos, kad nuolat tobulinama šiandieninė privalomojo sveikatos draudimo sistema garantuoja kiekvienam draudžiamajam sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir aukštą jų kokybę.

2014 m. VLK užsakymu tyrimą atliko visuomenės nuomonės ir rinkos tyrimų bendrovė „Baltijos tyrimai“. Jų atliktas tyrimas rodo, kad Lietuvos gyventojai vis labiau pasitiki šalies sveikatos apsaugos sistema ir supranta privalomojo sveikatos draudimo, garantuojančio nemokamą gydymą susirgus, naudą. Žmonės labiau rūpinasi savo sveikata, tad daugiau domisi ir sveikatos priežiūros naujovėmis, pokyčiais. Gerėja ir informuotumas apie PSDF lėšomis finansuojamą sveikatos priežiūrą, kompensuojamuosius vaistus ir MPP. Taip pat gerėja ir informuotumo apie ligonių kasų veiklą rodikliai. Pavyzdžiui, 2014 m. pabaigoje atliktas tyrimas rodo, kad informuotumas apie ligonių kasų veiklą, funkcijas padidėjo 5 proc. per metus.

II veiklos sritis: didinti veiklos efektyvumą. Gerinti ligonių kasų veiklos valdymą ir teikiamų administracinių paslaugų kokybę.

1. Didinti administracinių paslaugų prieinamumą gyventojams.

1.1. Užtikrinti ligonių kasų administracinių paslaugų, teikiamų pagal vieno langelio principą, kokybę ir tolygų jų prieinamumą.

Nuo 2013 m. ligonių kasose gyventojai aptarnaujami ir informuojami pagal vieno langelio principą. Ligonų kasų administracinės paslaugos teikiamos (žodžiu, raštu, vienu telefono numeriu, el. paštu ar asmeniškai atvykus į VLK ar teritorinę ligonių kasą) naudojantis gyventojų aptarnavimo ir informavimo, taikant vieno langelio principą, sistema ir vienoda informacine medžiaga – konsultavimo žinių baze. Naudojimas šia nuolatos atnaujinama konsultavimo žinių baze leidžia išvengti situacijų, kai konsultantai pateikia gyventojams skirtingus atsakymus į tuos pačius klausimus, padeda VLK ir teritorinių ligonių kasų konsultantams greičiau suteikti reikiamą informaciją. Siekiant užtikrinti kokybišką gyventojų aptarnavimą, buvo pradėtas rengti konsultavimo žinių bazės kūrimo ir valdymo reglamentas.

Konsultavimo informacinės sistemos duomenimis, iš viso 2014 m. interesantams buvo suteikta 534 941 konsultacija (į 164 316 paklausimų buvo atsakyta telefonu, į 5383 paklausimus – el. paštu, 365 242 gyventojai kreipėsi asmeniškai, į 573 paklausimus buvo atsakyta raštu). Į ligonių kasas gyventojai dažniausiai kreipiasi šiais klausimais: dėl draustumo – 32,1 proc., dėl ESDK išdavimo – 30,9 proc., dėl dantų protezavimo išlaidų kompensavimo – 16,8 proc., dėl reabilitacijos ir sveikatos priežiūros paslaugų teikimo – 6,8 proc. visų besikreipusiųjų.

Siekdama palaikyti grįžtamąjį ryšį ir gerinti gyventojų aptarnavimo bei jiems teikiamų administracinių paslaugų kokybę, VLK kasmet atlieka asmenų, įvairiais klausimais besikreipiančių į ligonių kasas, apklausą. 2014 m. ši apklausa buvo atliekama lapkričio 10–21 dienomis. Jos tikslas – nustatyti, kaip paslaugų gavėjai (asmenys, kurie kreipiasi į teritorines ligonių kasas) vertina teritorinių ligonių kasų teikiamas administracines paslaugas. 2014 m. pagrindinių teritorinių ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų vertinimo rodiklių reikšmės, palyginti su 2013 m. duomenimis, padidėjo: paslaugų kokybės suvokimo indeksas (PSI) buvo 4,57 (2013 m. – 4,52), išvestinis paslaugų kokybės suvokimo indeksas (IPSI) – 4,48 (2013 m. – 4,36), korupcijos suvokimo indeksas (KSI) – 9,46 (2013 m. – 9,03), o bendras gyventojų aptarnavimo efektyvumo koeficientas (BAEK) siekė 0,98 (2013 m. – 0,95). Tai yra labai aukštas įvertinimas (galimas šio koeficiento maksimumas yra vienetą), kurį bus stengiamasi išlaikyti ir ateityje.

1.2. Ligonų kasų tvarkomų eilių valdymo sistemos diegimas.

Siekiant gerinti ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų prieinamumą ir kokybę, 2014 m. buvo sukurta PSDF biudžeto išlaidų centralizuotai perkamiems sąnarių endoprotezams ir jų priedams apskaitos, sąnarių endoprotezų ir kompensacijų, skiriamų pacientams už savo lėšomis įsigytus endoprotezus, laukimo eilių valdymo informacinė sistema ir pradėta jos bandomoji eksploatacija. Ši sistema užtikrina skaidresnį VLK sprendimų skirti nemokamus endoprotezus arba kompensacijas pacientams, savo lėšomis įsigijusiems endoprotezus, priėmimą. Taip pat ši sistema suteikia pacientams galimybę lengviau ir greičiau gauti reikiamą informaciją viešajame portale apie prašymo skirti nemokamą sąnario endoprotezą arba kompensaciją nagrinėjimo eigą, geresnį pacientų, laukiančių nemokamo sąnario endoprotezo ar kompensacijos, eilės administravimą,

užtikrina greitesnę ir mažiau darbo sąnaudų reikalaujantį gydymo įstaigų ataskaitų, kuriose nurodomi duomenys apie atliktas operacijas ir panaudotus sąnarių endoprotezus, pateikimą VLK.

2. Gerinti ligonių kasų veiklos rezultatyvumą.

2.1. Optimizuoti ir automatizuoti finansų valdymo sistemą.

2014 m. buvo atnaujintas Finansų valdymo ir apskaitos informacinės sistemos (toliau – FVAIS) projekto įgyvendinimas ir įsigytas papildomas SAP (angl. „Systems Applications and Products in Data Processing“) programinės įrangos licencijų paketas (angl. *SAP Application Professional User* – 64 vnt., *SAP Application Limited Professional User* – 26 vnt.).

Taip pat 2014 m., įvykdžius FVAIS modernizavimo, susijusio su euro įvedimu, paslaugų viešųjų pirkimų procedūras, buvo pasirašyta sutartis dėl šių paslaugų teikimo. 2015 m. numatoma plėtoti FVAIS ir parengti tolesnės FVAIS plėtros (antrojo etapo) techninę užduotį.

2.2. Sukurti PSDF biudžeto lėšų naudojimo kontrolei skirtas informacines sistemas.

2014 m. PSDF biudžeto lėšų naudojimo kontrolės informacinė sistema buvo kuriama naudojantis Duomenų analizės ir visuomenės informavimo posistemės priemonėmis.

2015 m. planuojama užbaigti visus numatytus Duomenų analizės ir visuomenės informavimo posistemės plėtojimo darbus, taip pat ir PSDF biudžeto lėšų naudojimo kontrolei skirtų ataskaitų formavimo funkcijos diegimą.

2.3. Tobulinti ir vystyti informacines valdymo sistemas.

Vykdam šią priemonę, 2014 m. VLK buvo įdiegta informacinė Dokumentų valdymo sistema, leidžianti jos naudotojui patogiai, greitai ir saugiai valdyti dokumentų rengimo, derinimo, vizavimo, pasirašymo, siuntimo, archyvavimo procesus. Šios sistemos įdiegimas VLK ir visose teritorinėse ligonių kasose sudarė galimybę visiškai pereiti prie elektroninių dokumentų, pasirašomų kvalifikuotu elektroniniu parašu, naudojimo. Tai leidžia VLK mažinti administravimo išlaidas ir užtikrinti greitą keitimąsi dokumentais (informacija).

2.4. Tobulinti veiklos valdymo ir planavimo bei personalo išteklių valdymo sistemą.

Atsižvelgiant į Viešojo valdymo tobulinimo 2012–2020 metų programą, kurioje nustatomos tolesnės Lietuvos viešojo valdymo pokyčių kryptys ir numatomos efektyvesnio ir labiau visuomenės poreikius tenkinančio viešojo valdymo gairės, VLK siekia į rezultatus orientuoto institucijos valdymo. Visa VLK veikla ir jos valdymas organizuojami vadovaujantis veiklos planais ir įdiegto ISO 9001 standarto reikalavimais. 2014 m. buvo numatyti ir atlikti vidaus auditai, kurių metu buvo įvertinti atitinkami veiklos procesai, pateiktos pastabos ir šių procesų gerinimo rekomendacijos. Neatitinkčių užregistruota nebuvo. Audituojant VLK veiklos procesus, buvo numatyta įvertinti ligonių kasų veiklos tęstinumo ir rizikos valdymo sistemą reglamentuojančius dokumentus. 2014 m. šie dokumentai buvo išnagrinėti ir įvertinta jų atitiktis vykdomai veiklai, tinkamumas ir aktualumas, atlikta dabartinės situacijos analizė ir, remiantis jos rezultatais, buvo priimti atitinkami sprendimai dėl ligonių kasų veiklos tęstinumo bei rizikos valdymo sistemos organizacinės struktūros. Taip pat 2014 m. buvo atliktas informacinių sistemų rizikos vertinimas, kurio metu buvo identifikuoti galimi pavojai ir parengta informacijos saugos rizikos įvertinimo ataskaita bei rizikos tvarkymo planas.

2014 m. užsitęsus ligonių kasų veiklos atitiktis ISO 27001 ir ISO 20000 standartams patikros paslaugų viešojo pirkimo procedūroms, pasibaigė ligonių kasų sertifikatų, patvirtinančių jų veiklos atitiktį šiems standartams, galiojimo laikas. Tačiau 2014 m. pabaigoje buvo pradėtos naujo ligonių kasų veiklos sertifikavimo pagal ISO 27001 ir ISO 20000 standartų reikalavimus paslaugų viešojo pirkimo procedūros.

Ankstesniais metais VLK įgyvendino ES lėšomis finansuojamą Ligoninių kasų veiklos valdymo tobulinimo projektą ir Ligoninių kasų viešųjų paslaugų ir veiklos tobulinimo, vadovaujantis visuotinės kokybės vadybos principais, projektą. Įgyvendinant šiuos projektus, buvo įdiegta ligonių kasų projektų valdymo sistema. Taip pat VLK, vykdydama ES lėšomis finansuojamus projektus,

įdiegė kompiuterizuotą veiklos rezultatų prognozavimo modelį (tai programinė įranga, leidžianti prognozuoti tam tikrų privalomojo sveikatos draudimo sistemos rodiklių pokyčius). Šis modelis buvo panaudotas rengiant 2014–2016 m. VLK programą. Įvertinusi įgyvendintų projektų naudingumą, VLK mano, kad ir ateityje būtų tikslinga pasinaudoti 2014–2020 m. ES struktūrinės paramos lėšomis veiklos efektyvumui didinti.

Tobulindama ligonių kasų veiklos planavimą, 2014 m. VLK įvertino teritorinių ligonių kasų vykdomų funkcijų panašumus bei apimtį. Atsižvelgiant į tai, buvo parengtas unifikuotas teritorinių ligonių kasų privalomų darbų ir veiklos vertinimo rodiklių sąrašas, nustatyti siekiami ateinančio ataskaitinio laikotarpio rezultatai. Tai leis objektyviau įvertinti teritorinių ligonių kasų veiklos planų įgyvendinimo ataskaitose pateikiamus duomenis, palyginti teritorinių ligonių kasų veiklos rezultatus. Minėto sąrašo pagrindu teritorinės ligonių kasos parengė savo 2015 m. veiklos planus. Taip pat 2014 m., siekiant suvienodinti metinių veiklos planų įgyvendinimo masto (procentais) skaičiavimą, buvo nustatytas vienodas visų ligonių kasų veiklos planų įgyvendinimo masto skaičiavimo būdas.

PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO REZULTATAI

Vertinimo kriterijaus kodas	Vertinimo kriterijaus pavadinimas ir mato vienetas	Vertinimo kriterijų reikšmės		
		Metinis planas	Įvykdyta	Įvykdyta procentais
01	1 tikslas (Įgyvendinti solidarumo, teisumo ir visuotinio principus privalomojo sveikatos draudimo srityje)			
R-04.001-01-01	Prioritetinių paslaugų (specializuotų ambulatorinių, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo) skaičiaus, tenkančio 100 gyventojų, didėjimas (procentais)	0,1 (planuota reikšmė 299 vnt.)	4,8 (laukiama reikšmė 313 vnt.)	104,7
R-04.001-01-02	Lėšų dalies, mokamos už skatinamąsias paslaugas, gerus darbo rezultatus, šeimos gydytojo darbą ir kaimo gyventojų aptarnavimą didėjimas, palyginti su lėšų dalimi, mokama už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas (procentais)	25,2	25,5	101,2
R-04.001-01-03	Mažėjanti pacientų priemokų už kompensuojamuosius vaistus dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų suma (procentais)	19	20	95,0
R-04.001-01-04	Vienintelio gamintojo gaminamų vaistų, vartojamų stacionare, įsigijamų centralizuotai, kainų mažėjimas, palyginti su praėjusiais metais (procentais)	3,1	11	354,8
R-04.001-01-05	Ligonių kasų lankytojų pasitenkinimo teikiamomis paslaugomis didėjimas (procentais)	57	98	171,9

R-04.001-01-06	Visuomenės informuotumo apie ligonių kasų veiklą didėjimas (procentais)	1	5	500,0
R-04.001-01-07	Visuomenės informuotumo apie Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programą, didėjimas (procentais)	1	0	0,0
R-04.001-01-08	„Vieno langelio“ principo įgyvendinimo mastas (procentais)	65	65	100,0
01-01	Užtikrinti draudžiamiesiems privalomuoju sveikatos draudimu valstybės nustatytą sveikatos priežiūrą			
P-04.001-01-01-01	Dienos stacionaro paslaugų skaičiaus, tenkančio 10 000 gyventojų, didėjimas (vienetais)	1 (planuota reikšmė 1902 vnt.)	338 (laukiama reikšmė 2240 vnt.)	117,8
P-04.001-01-01-02	Ambulatorinės reabilitacijos dalies visoje reabilitacijos paslaugų struktūroje didėjimas (procentais)	33,5	33,1	98,8
P-04.001-01-01-03	Planinių kontrolės procedūrų skaičiaus didėjimas, palyginti su bendru kontrolės procedūrų skaičiumi (procentais)	70	61	87,1
P-04.001-01-01-04	Kompensuojamųjų generinių vaistų receptų skaičiaus didėjimas, palyginti su bendru kompensuojamųjų vaistų receptų skaičiumi (procentais)	51,5	50,6	98,3
P-04.001-01-01-05	Nepertraukiamas ASPĮ aprūpinimas centralizuotai apmokamais vaistais ir MPP (procentais)	90	90	100,0
P-04.001-01-01-06	Pacientų, laukiančių klubo ir kelio sąnario pirminių endoprotezavimo operacijų, eilės pagal metinį vidurkį mažėjimas, palyginti su praėjusiais metais (procentais)	2	0	0,0
P-04.001-01-01-07	Centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių apskaitos bei kompensacijos laukimo eilių valdymo informacinės sistemos sukūrimas ir įdiegimas (procentais)	75	25	33,3
P-04.001-01-01-08	Ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo efektyvumo didėjimas (procentais)	2	6,2	310,0
P-04.001-01-01-09	AR-DRG klasifikavimo sistemos 6.0 versijos, naudojamos stacionarinių paslaugų teikimo išlaidoms apmokėti, licencijos	1	1	100,0

	pratęsimas arba klasifikavimo sistemos naujos versijos įsigijimas (vienetais)			
P-04.001-01-01-10	Stebimų Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklių skaičius, palyginti su bendru Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklių skaičiumi (procentais)	80	60	75,0
P-04.001-01-01-11	Personalo valdymo politikos įgyvendinimas ir ligonių kasų darbuotojų kompetencijų modelio įdiegimas (procentais)	100	100	100,0
P-04.001-01-01-12	Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto planavimo ir lėšų paskirstymo bei konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio parengimo nustatytu laiku užtikrinimas (procentais)	100	100	100,0
P-04.001-01-01-13	E. paslaugomis (įskaitant viešąsias elektronines paslaugas) besinaudojančių asmenų skaičiaus didėjimas (procentais)	1	1	100,0
P-04.001-01-01-14	Unikalių VLK interneto svetainės lankytojų skaičius (vienetais)	210 000	210 000	100,0
P-04.001-01-01-15	Informacinių pranešimų skaičius per metus (vienetais)	80	192	240,0
P-04.001-01-01-16	Kvalifikacijos kėlimo valandų skaičius, vidutiniškai tenkantis vienam VLK darbuotojui (vienetais)	11	19	172,7
P-04.001-01-01-17	VLK ir TLK darbuotojų pasitenkinimo didėjimas (indekso pokytis)	0,1	0,1	100,0

Nepasiektų arba viršytų vertinimo kriterijų reikšmių priežastys

2014 m. VLK įgyvendino visas Programoje, priskiriamoje Sveikatos apsaugos ministerijos 2013–2015 m. strateginiam veiklos planui, numatytas priemones.

Daugumos 2014 m. VLK vykdomoje Programoje numatytų vertinimo kriterijų planuojamos reikšmės buvo pasiektos. Kai kurių kriterijų planuojamų reikšmių pasiekti nepavyko arba jos buvo labai viršytos dėl toliau nurodomų priežasčių.

Rezultato vertinimo kriterijai

R-04.001-01-03 Mažėjanti pacientų priemonių už kompensuojamuosius vaistus dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų suma (procentais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė nebuvo pasiekta, nes pacientai dažnai pasirenka seniau gydytojo jiems skirtus patento nesaugomus buvusius originalius vaistus, kurių priemoka yra didesnė, nors rinkoje yra ir pigesnių generinių tos pačios veikliosios medžiagos kompensuojamųjų vaistų.

R-04.001-01-04 Vienintelio gamintojo gaminamų vaistų, vartojamų stacionare, įsigijamų centralizuotai, kainų mažėjimas, palyginti su praėjusiais metais (procentais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė buvo viršyta, nes Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo papildytos Tarpinstitucinės derybų dėl vaistinių preparatų ir MPP kainų nustatymo komisijos funkcijos, t. y. buvo nustatyta, kad ši komisija derybas vykdo ne tik dėl centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų kainų ir jų tiekimo užtikrinimo, bet ir dėl kompensuojamųjų, nekompensuojamųjų vaistų ir MPP kainų bei jų tiekimo užtikrinimo. Tai lėmė didesnę kainų kritimą, nei buvo prognozuojama. Pasiektas bendras teigiamas ekonominis efektas, susijęs su centralizuotai apmokamais vaistais, sudarė 6,7 mln. litų.

R-04.001-01-05 Ligonių kasų lankytojų pasitenkinimo teikiamomis paslaugomis didėjimas (procentais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė buvo gerokai viršyta, nes 2013 m. keitėsi kriterijaus reikšmės skaičiavimo metodika (vietoj indekso buvo pasirinktas kriterijaus reikšmės skaičiavimas procentais). 2013 m. gegužės pradžioje, kai buvo parengtas 2014–2016 m. VLK programos projektas, šio kriterijaus reikšmė ir jos didėjimas buvo planuojami nežinant pradinės (startinės) šio kriterijaus reikšmės.

R-04.001-01-06 Visuomenės informuotumo apie ligonių kasų veiklą didėjimas (procentais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė buvo viršyta dėl 2014 m. taikytų itin efektyvių visuomenės informavimo priemonių – sistemingai rengiamų ir platinamų pranešimų spaudai apie VLK kuriamų sričių aktualijas per nacionalinės ir regioninės žiniasklaidos priemones, televizijos ir radijo stotis, naujienų portalus, pacientų ir medikų organizacijas, savivaldybes, teritorines ligonių kasas ir kitas valstybės institucijas. Taip pat 2014 m. daugiau dėmesio buvo skiriama darbui su žiniasklaida.

R-04.001-01-07 Visuomenės informuotumo apie Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programą, didėjimas (procentais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė nebuvo pasiekta, nes, priėmus sprendimą taikyti kitokį tyrimo atlikimo metodą, visuomenės informuotumo apie Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programą tyrimas buvo atidėtas iki 2015 metų.

Produkto vertinimo kriterijai

P-04.001-01-01-01 Dienos stacionaro paslaugų skaičiaus, tenkančio 10 000 gyventojų, didėjimas (vienetais).

Komentaras: vertinimo kriterijaus reikšmė buvo viršyta, nes dienos stacionaro paslaugos buvo papildytos vaikų ligų dienos stacionaro paslauga (patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 6 d. įsakymu Nr. V-660 „Dėl Dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“).

P-04.001-01-01-03 Planinių kontrolės procedūrų skaičiaus didėjimas, palyginti su bendru kontrolės procedūrų skaičiumi (procentais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė nebuvo pasiekta, nes buvo atlikta daug neplaninių kontrolės procedūrų. Dalis kontrolės procedūrų buvo inicijuotos stebėsenos, atliekamos pagal naujai nustatytą kontrolės kryptį, duomenų pagrindu. 2014 m. atlikus „Sveidros“ duomenų analizę, buvo pastebėta, kad daugelyje ASPI kompensuojamieji vaistai išrašomi neapdraustiems asmenims, todėl buvo pradėtos vykdyti neplanuotos kontrolės procedūros.

P-04.001-01-01-04 Kompensuojamųjų generinių vaistų receptų skaičiaus didėjimas, palyginti su bendru kompensuojamųjų vaistų receptų skaičiumi (procentais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė nebuvo pasiekta, nes Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo pakeista kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptų rašymo tvarka, leidžianti gydytojui viename recepto blanke išrašyti didesnę vaistų ir MPP

kiekį (iki 6 mėn. laikotarpiui). Todėl 1,6 proc. sumažėjo išrašytų receptų skaičius, tačiau padidėjo vidutinė vienam receptui tenkanti kompensuojamoji suma.

P-04.001-01-01-06 Pacientų, laukiančių klubo ir kelio sąnario pirminių endoprotezavimo operacijų, eilės pagal metinį vidurkį mažėjimas, palyginti su praėjusiais metais (procentais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė nebuvo pasiekta, nes 2014 m. neprognozuotai padidėjo pacientų prašymų įtraukti į laukiančiųjų klubo ir kelio sąnario pirminių endoprotezavimo operacijų eilę skaičius. Buvo gautas 10 461 naujas prašymas įtraukti į šią eilę – tai daugiausia prašymų per 5 paskutinius metus (beveik 22 proc. viršijamas per paskutinius 5 metus gautų prašymų vidurkis – 8594 prašymai).

Tuo tarpu nemokamo endoprotezo paskyrimo laukimo trukmė 2014 m. sutrumpėjo 9,5 proc., palyginti su 2013 m. (nuo 12,7 mėnesio 2013 m. iki 11,5 mėnesio 2014 m.), o 2014 m. atliktų pirminių klubo ir kelio sąnarių operacijų skaičius padidėjo iki 6392 operacijų (2013 m. buvo atliktos 5042 operacijos), t. y. operacijų skaičius padidėjo 26,8 procento. Įvertinus tai, ši rodiklio ateityje numatoma keisti.

P-04.001-01-01-07 Centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių apskaitos bei kompensacijos laukimo eilių valdymo informacinės sistemos sukūrimas ir įdiegimas (procentais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė nebuvo pasiekta, nes Centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių apskaitos bei kompensacijos laukimo eilių valdymo informacinės sistemos sukūrimo ir diegimo projektas buvo pradėtas vykdyti pavėluotai dėl užtrukusios šios informacinės sistemos sukūrimo ir įdiegimo paslaugų pirkimo procedūros. Be to, vykdant minėto projekto I etapo darbus, paaiškėjo, kad turi būti atlikti ir papildomi anksčiau nenumatyti darbai. Todėl 2014 m. buvo sukurta tik viena iš numatytų septynių Centralizuotai perkamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių apskaitos bei kompensacijos laukimo eilių valdymo informacinės sistemos posistemių – PSDF biudžeto išlaidų centralizuotai perkamiems sąnarių endoprotezams ir jų priedams apskaitos ir kompensacijų, skiriamų pacientams už savo lėšomis įsigytus endoprotezus, laukimo eilių valdymo informacinė sistema.

P-04.001-01-01-08 Ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo efektyvumo didėjimas (procentais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė nebuvo pasiekta, nes 2014 metais buvo taikomas naujas šio vertinimo kriterijaus skaičiavimo metodas ir siektina vertinimo kriterijaus reikšmė buvo planuojama nežinant tikslių pradinių duomenų. Be to, planuojamos šio vertinimo kriterijaus reikšmės pasiekimas priklauso ne tik nuo VLK, bet ir nuo ortopedijos įmonių, išduodančių pacientams OTP. Siekdamas išsikvoti didesnę rinkos dalį, šios įmonės gali didinti OTP išdavimą, tikėdamosi ateityje turėti ekonominės naudos.

P-04.001-01-01-10 Stebimų Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklių skaičius, palyginti su bendru Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklių skaičiumi (procentais).

Komentaras: 2014 m. buvo numatyta apskaičiuoti 80 proc. privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklių reikšmes. Pradėjus jas skaičiuoti, išryškėjo nemažai šių rodiklių trūkumų (dalis rodiklių buvo neinformatyvūs, dalies reikšmių nebuvo galima apskaičiuoti, buvo sunku juos palyginti su kitų ES šalių rodikliais). Dėl šių priežasčių 2014 m. VLK vadovybė nustatė, kad turi būti parengtas visiškai naujas privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklių sąrašas (patvirtintas 2014 m. spalio 22 d. VLK direktoriaus įsakymu Nr. 1K-281 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklių sąrašo patvirtinimo“), todėl senų rodiklių skaičiavimas buvo sustabdytas.

P-04.001-01-01-15 Informacinių pranešimų skaičius per metus (vienetais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė buvo viršyta, nes, atsižvelgiant į VLK gaunamus paklausimus, buvo parengta daugiau informacinių pranešimų šių paklausimų keliamomis temomis. Taip pat 2014 m. padaugėjo ir žiniasklaidos prašymų pateikti įvairią informaciją.

P-04.001-01-01-16 Kvalifikacijos kėlimo valandų skaičius, vidutiniškai tenkantis vienam VLK darbuotojui (vienetais).

Komentaras: planuojama šio vertinimo kriterijaus reikšmė buvo viršyta, nes 2014 m. įvyko iš anksto nenumatyti ilgalaikiai vadovybės anglų kalbos kursai bei keli profesiniai mokymai (priskiriami klinikinio kodavimo ir informacinių technologijų sritims).

PROGRAMOS ASIGNAVIMŲ PANAUDOJIMAS

Asignavimai	Patvirtinti (patikslinti) asignavimai, tūkst. litų	Panaudoti asignavimai, tūkst. litų*	Panaudoti asignavimai procentais
Iš viso asignavimų programai (1+2)	4 425 052	4 503 088	101,8
Iš jų pagal finansavimo šaltinius:			
1. Lietuvos Respublikos valstybės biudžetas	1 396 749	1 396 749	100
iš jo:			
1.1. bendrojo finansavimo lėšos			
1.2. Europos Sąjungos ir kitos tarptautinės finansinės paramos lėšos			
1.3. tikslinės paskirties lėšos ir pajamų įmokos			
2. Kiti šaltiniai (Europos Sąjungos finansinė parama projektams įgyvendinti ir kitos teisėtai gautos lėšos)	3 028 303	3 106 339	102,6

* 2014 m. už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas buvo mokama ne tik PSDF biudžeto, bet ir PSDF biudžeto rezervo lėšomis.

III. VYRIAUSYBĖS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS

VLK vykdoma Programa prisideda prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“ nuostatų įgyvendinimo, taip pat – prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimu Nr. 228 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“, vykdymo. 2014 m. priemonių, už kurių įgyvendinimą tiesiogiai būtų atsakinga VLK, nebuvo numatyta. Tačiau netiesiogiai VLK prisidėjo prie toliau išvardytų vyriausybinių priemonių įgyvendinimo.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos priemonės

- **281 priemonė.** Sumažinsime vaistų ir medicininės paskirties priemonių bei medžiagų, medicininės įrangos ir instrumentų kainas. Didinsime medicininių prekių viešųjų pirkimų efektyvumą ir skaidrumą. Tobulinsime Centralizuotai perkamų vaistų sąrašo sudarymo tvarką, aiškiau reglamentuodami vaistų įtraukimą į šį sąrašą, įvesdami periodinį vaistų sąrašo patikrinimą, tiksliai fiksuodami sprendimų dėl vaistų įtraukimo į sąrašą priėmimo momentą.

Vykdam šią priemonę, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. vasario 5 d. nutarimu Nr. 99 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. rugsėjo 13 d. nutarimo Nr. 994 „Dėl Ambulatoriniam gydymui skiriamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš PSDF biudžeto lėšų, bazinių kainų apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ buvo įteisinti griežtesni privalomieji kompensuojamųjų vaistų

kainų mažinimo reikalavimai, sumažintas didžiausias skirtumas tarp pigiausio ir brangiausio vaistų, priskiriamų vienai vaistų grupei, kainų. Šių pakeitimų tikslas – ne tik mažinti generinių vaistų kainas, sudaryti sąlygas pacientams pasirinkti jiems tinkamiausią vaistą, taupyti PSDF biudžeto lėšas, didinti vaistų gamintojų konkurenciją, bet ir užtikrinti kompensuojamųjų vaistų ir MPP kainodaros skaidrumą.

Nuo 2013 m. vykdomos derybos dėl vienintelio gamintojo gaminamų vaistinių preparatų maksimalių priimtinių kainų. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. kovo 6 d. įsakymu Nr. V-326 buvo sudaryta Tarpinstitucinė derybų dėl vaistinių preparatų ir MPP kainų nustatymo komisija. Šiai komisijai buvo pavesta derėtis ne tik dėl centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų kainų ir jų tiekimo užtikrinimo, bet ir dėl kompensuojamųjų, nekompensuojamųjų vaistų ir MPP kainų bei šių vaistų ir MPP tiekimo. 2014 m. buvo derėtasi su 7 vaistų gamintojais dėl 13 pavadinimų centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų. 2014 m. vaistų kainos vidutiniškai sumažėjo 11 proc., o bendras teigiamas ekonominis efektas, susijęs su centralizuotai apmokamais vaistais, siekė 6,7 mln. litų.

2013 m. spalio 25 d. nauja redakcija buvo išdėstyta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 159, kuriame buvo nustatyti vaistų įtraukimo į Centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą kriterijai. Į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų sąrašą gali būti įrašyti vaistiniai preparatai, jei: jie skiriami stacionare ir (arba) dienos stacionare; jie skiriami mažiau kaip 500 pacientų per metus; aktyviojo (stacionarinio) gydymo šiais vaistiniais preparatais atveju kaina yra didesnė negu 15 socialinių bazinių išmokų dydžių (1950 litų); jų terapinė vertė yra didelė (ne mažiau kaip 9 balų). Taip pat minėtu įsakymu buvo nustatyta, kad turi būti sudaromas ir rezervinis centralizuotai apmokamų vaistų sąrašas.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos 2012–2016 m. įgyvendinimo prioritetinės priemonės

- **162 priemonė.** Įvertinti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos vykdomųjų ir privalomąjį sveikatos draudimą vykdančiųjų subjektų sutartinius teisinius santykius, nustatyti, kad apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu turimų finansinių išteklių apimtimi būtų garantuotas valstybės laiduojamas ir iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigose, o šioms negalint suteikti reikalingo masto paslaugų, nustatyti privačių paslaugų teikėjų patekimo į Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą kriterijus, sutarčių su jais sudarymo tvarką ir sąlygas.

Vykdam šią priemonę, Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto 2014 m. birželio 11 d. sprendimu Nr. 111-S-13 buvo sudaryta darbo grupė Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 9, 15, 17, 21, 26, 27, 33, 35, 39 straipsnių ir V skyriaus pavadinimo pakeitimo įstatymo projektui XIIP-1490, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 15¹, 17, 29, 39 ir 45 straipsnių pakeitimo, Įstatymo papildymo 19¹ straipsniu įstatymo projektui XIIP-1491 ir Sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-1367 63 ir 65 straipsnių pakeitimo įstatymo projektui XIIP-1492 patobulinti. 2015 m. sausio 1 d. įsigaliojo Sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 2 ir 19 straipsnių pakeitimo įstatymas Sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 8, 15, 21 ir 30 straipsnių pakeitimo įstatymas. Šių pakeitimų tikslas – atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatas, nustatyti, kokias paslaugas apima vadinamosios gyvybės gelbėjimo ir išsaugojimo paslaugos (nustatyta, kad šios paslaugos – tai greitosios medicinos pagalbos paslaugos). Taip pat buvo numatyta, kad šių paslaugų išlaidų apmokėjimas yra valstybės priskirta PSDF biudžetui funkcija.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, kokybės užtikrinimas, naudojantis turimais finansiniais ištekliais:

2014 m. liepos 1 d. įsigaliojo Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimas Nr. 370 „Dėl Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo patvirtinimo“, kuriuos buvo patvirtintas Apmokamų iš PSDF biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašas (toliau – Sąrašas).

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 11 d. įsakymu Nr. V-961 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymo Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ buvo pakeista teritorinių ligonių kasų ir ASPĮ sutarčių sudarymo tvarka: buvo nustatyta, kad ASPĮ prieš sutarčių sudarymą turi pateikti ligonių kasoms deklaracijas, patvirtinančias, kad įstaigoje teikiamos paslaugos atitinka Sąraše numatytus kriterijus. Taip pat buvo numatyta, kad sutartis sudaroma tik dėl tų kompensuojamųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurios atitinka Sąraše nustatytus kriterijus.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, prieinamumo užtikrinimas:

VLK direktoriaus 2014 m. vasario 6 d. įsakymu Nr. 1K-23 buvo patvirtintos Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sutarties standartinės sąlygos, įpareigojančios ASPĮ, PSDF biudžeto lėšomis teikiančių bet kurios rūšies asmens sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinti apdraustiesiems nemokamą (valstybės laiduojamą) sveikatos priežiūrą sutartyje nustatytais sąlygomis.

IV. PLANUOJAMI ARTIMIAUSIO LAIKOTARPIO VEIKLOS PRIORITETAI

1. Tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimą PSDF lėšomis, ASPĮ veiklą orientuojant į rezultatus, t. y. mažinti hospitalizacijos atvejų skaičių, plėtoti prioritетines paslaugas.

2. Patvirtinti naujas gydytojų specialistų – akušerio-ginekologo, dermatovenerologo, kardiologo, oftalmologo, otorinolaringologo, ortopedo traumatologo – konsultacijas, kurių metu atliekamos diagnostinės ir gydamosios intervencijos.

3. Pradėti mokėti už naujas skatinamąsias paslaugas – vaikų paruošimą darželiui (gydytojo, slaugytojo paslaugas).

4. Pradėti taikyti naują gerų darbo rezultatų rodiklį – Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos vykdymo rodiklį.

5. Užtikrinti geresnį vaistų prieinamumą, sumažinti senų generinių vaistų kainas ir sutaupytas PSDF biudžeto lėšas skirti inovatyviems vaistams, įgyvendinant Vaistų kompensavimo ir kainodaros tobulinimo ir jų prieinamumo gerinimo priemonių plano nuostatas.

6. Užtikrinti racionalų vaistų skyrimą ir vartojimą, įgyvendinant Racionalaus vaistų vartojimo skatinimo priemonių plane numatytas priemones.

7. Atnaujinti įdiegtas klasifikacijų (TLK-10-AM, ACHI) ir Kodavimo standartų versijas, koreguoti TLK-10-AM, ACHI ir Kodavimo standartų elektroninį vadovą.

8. Sukurti iš ES šalių gaunamų ir VLK bei teritorinių ligonių kasų išduodamų E formos pažymų (dokumentų, skirtų socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti) tvarkymo informacinę sistemą. Kuriamą programinę įrangą bus skirta E formos pažymų išdavimui, registravimui ir iš kitų ES šalių gaunamų E formos pažymų registravimui bei verifikavimo procesui automatizuoti.

9. Diegti „Sveidroje“ registruojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų duomenų automatinius kontrolės mechanizmus.

10. Parengti privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo apžvalgą, remiantis 2014 m. atnaujintu šios sistemos funkcionavimo rodiklių sąrašu.

11. Aktyviai informuoti visuomenę (bendra informacija apie privalomąjį sveikatos draudimą, prevencines programas ir pan.), inicijuoti ir vykdyti informavimo bei socialinės reklamos priemones, apimančias įvairias visuomenės grupes.

Draudimo plėtros departamento direktorius,
laikinais vykdantis direktoriaus funkcijas

Gintaras Kacevičius