

I. 2018 M. STRATEGINIO VEIKLOS PLANO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS PLĖTOJIMO PROGRAMOS (04.001) ĮGYVENDINIMAS

1) Svarbiausia informacija apie strateginio tikslo pasiekimo iššūkius ir galimybes

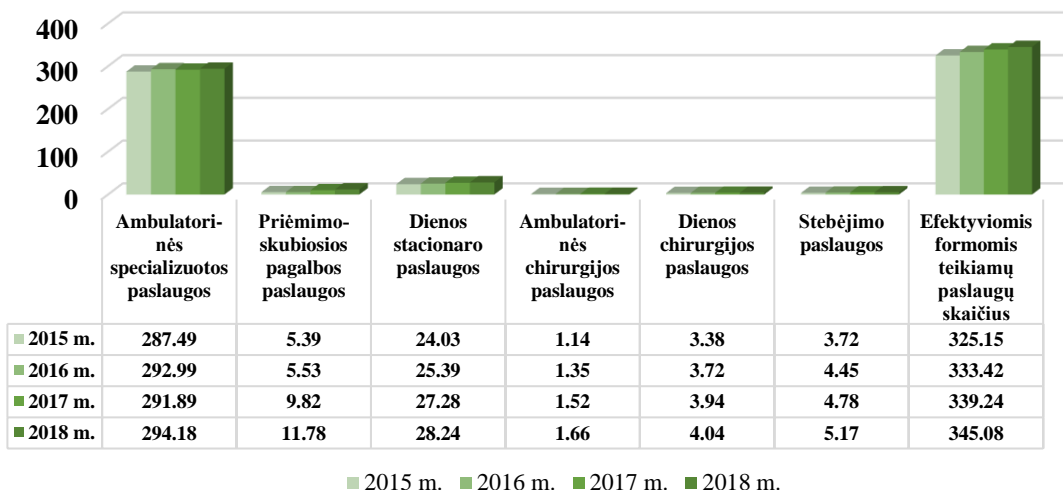
Įgyvendindama Sveikatos apsaugos ministerijos strateginį tikslą „Užtikrinti nemokamą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto kompensuojamą sveikatos priežiūrą“, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) vykdo Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programą. Šios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

Įgyvendinant strateginį tikslą, 2018 m. buvo atlikti šie pagrindiniai apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji) teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo darbai:

1. 2018 m. PSDF biudžeto lėšomis buvo pradėtos kompensuoti naujos specializuotos ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos – gydytojo geriatro išplėstinės konsultacijos, gydytojo specialisto ir slaugytojo konsultacijos pacientams, kuriems namuose atliekama dirbtinė plaučių ventiliacija, vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos specialistų komandos išplėstinės konsultacijos, skubiosios medicinos gydytojo paslaugos bei ambulatorinės specializuotos skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugos. Plečiamas dienos stacionaro paslaugų spektras – buvo pradėtos teikti naujos geriatrijos dienos stacionaro paslaugos, naujos dienos stacionaro paslaugos, teikiamos vaikams, pradėtos kompensuoti naujų vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos dienos stacionaro paslaugų bei dienos stacionaro specializuotų skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugų išlaidos. Ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtra yra svarbi tiek paslaugų teikėjams, nes jie, teikdami ekonomiškai efektyvias paslaugas, racionaliau naudoja žmogiškuosius išteklius ir infrastruktūrą, tiek pacientams. Pacientams sudaromos sąlygos paslaugas gauti greičiau ir arčiau jiems įprastos socialinės aplinkos.

Kasmet vis daugiau suteikiama ekonomiškai efektyvių paslaugų. Tai parodo didėjantis ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (žr. grafiką).

Ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, skaičius, tenkantis 100 gyventojų, 2015–2018 m.



■ 2015 m. ■ 2016 m. ■ 2017 m. ■ 2018 m.

2018 m. ir toliau buvo siekiama didinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) finansavimą, prioritetą teikiant naujoms PAASP paslaugoms, už kurias mokamas skatinamasis priedas, bei geriems darbo rezultatams. Tuo tikslu buvo pradėtos teikti naujos pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, už kurias mokamas skatinamasis priedas: savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinis vertinimas, pirminių psichologinių-psichoterapinių intervencijų atlikimas (gali būti atliekama individualiai, grupei asmenų ir šeimai) bei ankstyvasis alkoholio vartojimo rizikos įvertinimas. Taip pat PAASP įstaigoms buvo pradėtas mokėti skatinamasis priedas už gliukozės tolerancijos mėginio atlikimą nėščiajai ir nėščiosios kraujo tyrimą dėl hepatito B (HBsAg). Be to, siekiant įgyvendinti Antimikrobinėms medžiagoms atsparių mikroorganizmų plitimo prevencijos ir kontrolės 2017–2021 metų veiksmų plano¹ 3.5 priemonę ir skatinti šeimos gydytojus už racionalų antimikrobinių vaistų skyrimą vaikams, buvo pradėtas taikyti naujas PAASP gerų darbo rezultatų rodiklis – racionalus antimikrobinių vaistų skyrimas vaikams.

Lėšų, kurios skiriamos kaip skatinamasis priedas už kai kurias PAASP paslaugas, priedas už gerus darbo rezultatus, priedas už prirašytų prie šeimos gydytojo gyventojų aptarnavimą, priedas už gyventojų, turinčių specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, kaimo gyventojų aptarnavimą bei priedas, skiriamas toms PAASP įstaigoms, kurios yra akredituotos teikti šeimos gydytojo paslaugą, dalis sudarė 27,5 proc. lėšų, mokamų už PAASP paslaugas (buvo planuota 27,4 proc.).

Sumažinus aptarnaujamų gyventojų, prisirašiusių prie pirminės psichikos sveikatos centrų, normatyvą, buvo padidinta metinė prisirašiusiojo gyventojų psichikos sveikatos priežiūros bazinė kaina.

Buvo nustatytos naujos gyventojų, kuriems teikiamos PAASP paslaugos, amžiaus grupės ir perskaičiuota bei padidinta metinė vieno gyventojų PAASP bazinė kaina.

2018 m. buvo pradėtos teikti mirusio žmogaus audinių ir organų donorystės, šių audinių ir organų paėmimo bei ištyrimo, kai nustatoma negrįžtamai nutrūkusi kraujotaka ir kvėpavimas, paslaugos, taip pat buvo atliekami papildomi nauji laboratoriniai tyrimai, priskiriami ŽIV ligos stebėsenai. Buvo pradėta papildomai mokėti už suaugusiųjų ir vaikų parenterinės mitybos terapiją, taikomą stacionare aktyviojo gydymo metu.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa² ir siekiant efektyvaus PSDF biudžeto išteklių naudojimo, 2018 m. prioritetas buvo teikiamas ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai ir jų prieinamumui gerinti. Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugos – tai paslaugos, kurios palaipsniui keičia brangiai kainuojančias stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, t. y. nesudėtingos stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos keičiamos dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir atitinkamomis ambulatorinėmis paslaugomis, nebloginant šių paslaugų kokybės ir saugumo. 2018 m. buvo suteiktos 1 429 752 ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugos (kartu) bei 548 515 stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų. 2017 m. pakeitus priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašą³, 2018 m. kur kas daugiau buvo suteikta priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų (18,24 proc. daugiau nei 2017 m.). Taip pat 2018 m. daugiau buvo suteikta stebėjimo ir ambulatorinės chirurgijos paslaugų (atitinkamai 6,6 proc. ir 7,9 proc. daugiau nei 2017 m.). Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų bei stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų santykis – tai efektyvumo rodiklis, kurio reikšmė parodo didėjančią ambulatorinėmis sąlygomis

¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. liepos 7 d. įsakymas Nr. V-857 „Dėl Antimikrobinėms medžiagoms atsparių mikroorganizmų plitimo prevencijos ir kontrolės 2017–2021 metų veiksmų plano patvirtinimo“.

² Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.

³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 16 d. įsakymas Nr. V-1073 „Dėl Specialiųjų reikalavimų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos priėmimo-skubiosios pagalbos skyriui patvirtinimo“.

teikiamų paslaugų apimtį. 2018 m. numatyta šio rodiklio reikšmė buvo pasiekta – ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų buvo suteikta 2,6 karto daugiau nei stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų.

PAASP paslaugos yra orientuotos į pacientą – šeimos gydytojas yra atsakingas, kad liga būtų nustatyta kuo ankstyvesnės stadijos, kad kuo greičiau būtų nustatytos ligos priežastys ir skirtas reikiamas gydymas, t. y. siekiama, kad šeimos gydytojo paslaugos būtų gaunamos laiku. Siekiant pamatuoti, kaip užtikrinamas PAASP prieinamumas, apylinkių, kuriose šeimos gydytojo komandos paslaugos buvo suteiktos per 7 kalendorines dienas (ne skubiu atveju), dalis lyginama su bendru apylinkių skaičiumi. Siekiama, kad šio rodiklio reikšmė kasmet gerėtų. Buvo planuota, kad 2018 m. apylinkių, kuriose šeimos gydytojo komandos paslaugos suteikiamos per 7 kalendorines dienas, dalis sudarys 70 proc., tačiau šio rodiklio reikšmė 2018 m. buvo viršyta – ji siekia 78,5 proc., t. y. apylinkių, kuriose šeimos gydytojo paslaugos yra suteikiamos per 7 kalendorines dienas, palyginti su bendru apylinkių skaičiumi, daugėja, didžioji dalis šeimos gydytojų savo prirašytiems pacientams suteikia paslaugas per įstatyme numatytus terminus. Geresniems, nei laukta, rezultatams įtakos turėjo Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo⁴ nuostata, pagal kurią LNSS įstaiga privalo apdraustajam suteikti iš PSDF biudžeto lėšų apmokamą asmens sveikatos priežiūros paslaugą per nustatytą terminą (PAASP paslaugą – ne vėliau kaip per 7 kalendorines dienas, o sveikatos apsaugos ministro nustatytų ūmių būklių atveju ši paslauga turi būti suteikiama ne vėliau kaip per 24 valandas).

Vykdamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plane⁵ numatytą priemonę „Išsamios paciento sąnaudų apskaitos įdiegimas reprezentatyviose aktyviojo gydymo paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose“ siekiama gauti patikimus ir detalius stacionariųjų aktyviojo gydymo ir dienos chirurgijos paslaugų teikimo sąnaudų duomenis (didesniąją dalį – paciento lygmeniu), pagal kuriuos būtų skaičiuojamos giminingų diagnozių grupėms priskiriamų aktyviojo gydymo atvejų kainos, pagrįstos realiomis atskirų pacientų gydymo sąnaudomis.

2018 m. VLK, gyvendindama Detalios paciento lygio sąnaudų apskaitos (toliau – DPLSA) informacinės sistemos reprezentatyvioje ASPĮ grupėje diegimo projektą, parengė metodines duomenų kokybės gerinimo rekomendacijas, metodines duomenų kokybės užtikrinimo priemonių bei procedūrų praktinio įgyvendinimo rekomendacijas ir atliko DPLSA informacinės sistemos bandomąją eksploataciją iš viso 15-oje ASPĮ (2017 m. – 5-iose ASPĮ, 2018 m. – 10-yje ASPĮ). Nors DPLSA informacinė sistema buvo įdiegta, ši Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo priemonių plane numatyta priemonė nėra visiškai įvykdyta (ji įvykdyta 80 proc.), nes kol kas DPLSA informacinė sistema tik iš dalies galima naudotis pagal jos paskirtį ir tikslą – reprezentatyvios grupės ASPĮ šiuo metu dar nepateikia į DPLSA informacinę sistemą visų išsamių sąnaudų duomenų ir neužtikrina šių duomenų pateikimo reguliarumo. Tai lemia toliau išvardytos priežastys:

1) nemažą dalį duomenų, kurie turi būti įvedami į DPLSA informacinę sistemą, ASPĮ tenka rinkti rankiniu būdu – tai susiję su papildomu darbo krūviu ir išlaidomis;

2) ASPĮ neturi sąsajų su DPLSA informacine sistema, todėl negali pateikti reikiamų duomenų automatinio būdu (šie duomenys kaupiami ir tvarkomi ASPĮ turimose skirtingose informacinėse sistemose – darbo užmokesčio, buhalterinės apskaitos, turto valdymo ir t. t.);

3) ASPĮ įvedami į Elektroninę sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros (toliau – ESPBI) informacinę sistemą duomenys (medicininiai duomenys) nėra tinkami teikti DPLSA informacinei sistemai arba jai pateikiami netinkamu formatu (pvz., duomenys apie pacientui skirtus vaistus, atliktus laboratorinius tyrimus pateikiami tik epikrizės tekste). Jei šie

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 45 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 15-2, 15-3 straipsniais įstatymo Nr. XII-2538 2, 3 ir 5 straipsnių pakeitimo įstatymas (2017 m. gruodžio 19 d. įstatymas Nr. XIII-903).

⁵ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. kovo 13 d. nutarimas Nr. 167 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plano patvirtinimo“.

duomenys būtų įvedami į ESPBI informacinę sistemą tinkamu formatu (nurodomi atskiruose langeliuose), juos būtų galima, padarius atitinkamas sąsajas, efektyviai perduoti iš ESPBI informacinės sistemos į DPLSA informacinę sistemą. Taip pat ASPĮ nėra visiškai pasiruošusios teikti (ir dalis jų neteikia) tam tikrų medicininių duomenų į ESPBI informacinę sistemą, nes tam pirmiausia reikia adaptuoti jų informacines sistemas (tam atlikti būtini tam tikri veiklos pokyčiai, atitinkama ASPĮ darbuotojų kvalifikacija ir kt.).

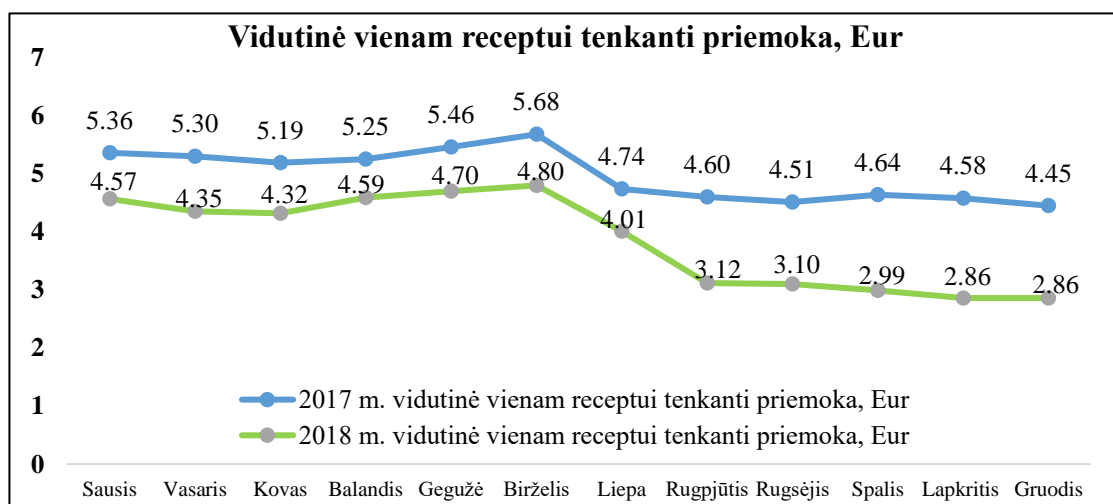
VLK pagal kompetenciją numatė veiksmus šiai priemonei įgyvendinti 2019 metais.

2. 2018 m. buvo pradėti kompensuoti nauji 42 bendrinių pavadinimų vaistai, skirti moterų ir vyrų nevaisingumui, bronhektazėms, lėtiniam virusiniam C hepatitui, onkologinėms ligoms, antrojo tipo cukriniam diabetui ir dar daugeliui kitų ligų gydyti.

Atlikus 2017 m. kompensuojamųjų vaistų suvartojimo analizę, buvo atskirai įvertintas ir receptinių generinių kompensuojamųjų vaistų suvartojimas. Bendras kompensuojamųjų vaistų suvartojimas buvo vertinamas pagal vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių (angl. *Defined Daily Dose* – DDD) skaičių. Iš viso 2017 m. buvo suvartota 601 kompensuojamųjų vaistų DDD. Tai rodo, kad 2017 m. daugiau nei pusė Lietuvos gyventojų kasdien gydėsi kompensuojamaisiais vaistais. 2017 m. PSDF biudžeto lėšomis buvo sumokėta už 54 proc. visų suvartotų vaistų DDD ir net už 63 proc. visų suvartotų receptinių vaistų DDD. 2017 m. 1 000 gyventojų teko 301 suvartotų generinių kompensuojamųjų vaistų DDD. 2017 m. suvartotų generinių kompensuojamųjų vaistų DDD dalis, palyginti su bendru suvartotų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiumi, sudarė 51,2 proc. (padidėjo 2,4 proc., palyginti su 2016 m.).

Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo masto kompensuojamųjų vaistų skiriama vis daugiau, jų vartojimas didėja. 2018 m. už kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones PSDF biudžeto lėšomis buvo sumokėta 247,7 mln. Eur, arba 14,75 mln. Eur daugiau negu 2017 m. Pacientų sumokėtų priemonių suma 2018 m. sudarė 40,2 mln. Eur, t. y. 15 mln. Eur mažiau nei 2017 m. (2017 m. priemonių suma sudarė 55,2 mln. Eur).

Pažymėtina, kad mažėja ir pacientų priemonių už kompensuojamuosius vaistus dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų suma. 2018 m. ši dalis sudarė 14 proc., tai yra sumažėjo 5,1 proc. (2017 m. ši dalis sudarė 19,1 proc.). 2018 m. vidutinė vienam receptui tenkanti priemonė sumažėjo nuo 4,99 Eur (2017 m. duomenimis) iki 3,90 Eur (2018 m. duomenimis), t. y. per metus vidutinė priemonė sumažėjo apie 22 proc. (žr. grafiką).



Nuo 2018 m. liepos mėnesio vidurio, siekiant įgyvendinti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas atsisakyti pacientų diskriminavimo pagal ligas ir užtikrinti socialinį teisingumą, buvo nustatyti aukštesni vaistų kompensavimo lygiai. Kardiologinėms ligoms gydyti skirtų vaistų kompensavimo lygis – 80 proc. – buvo pakeistas 90 proc. lygiu. O infekcinėms ir parazitinėms ligoms, endokrininėms, mitybos ir medžiagų apykaitos ligoms, nervų ir virškinimo sistemos ligoms, jungiamojo audinio ir skeleto-

raumenų sistemos ligoms, urogenitalinės sistemos ir kai kurioms kitoms ligoms gydyti skirtų vaistų, kurių bazinės kainos iki šiol buvo kompensuojamos 90 proc., pradėtas taikyti 100 proc. kompensavimo lygis. Dėl šių vaistų bazinių kainų kompensavimo pokyčių pernai Lietuvos gyventojai už kompensuojamuosius vaistus primokėjo 15 mln. eurų mažiau nei užpernai.

2018 m. į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą⁶ (toliau – Sąrašas) buvo įrašytos naujos indikacijos, pagal kurias buvo pradėtas kompensuoti vaistas *Bevacizumab* (skiriamas dėl kiaušidžių ir kiaušintakių piktybinių navikų). Taip pat 2018 m. buvo papildytos vaistų *Bortezomib* ir *Obinutuzumab* skyrimo sąlygos: vaistas *Bortezomib* gali būti skiriamas ne tik kaip antraeilis vaistas, kaip buvo iki 2018 m., bet ir kaip pirmaeilis vaistas daugybinei mielomai gydyti, o vaistas *Obinutuzumab* buvo pradėtas kompensuoti ir tais atvejais, kai skiriamas folikulinei limfomai gydyti. Į Sąrašą buvo įrašytas naujas vaistinis preparatas *Secukinumab* ankiloziniam spondilitui gydyti. Tai pirmasis kompensuojamasis vaistas ankiloziniam spondilitui gydyti, kuris skiriamas po gydymo pirmaeiliais biologinės terapijos vaistais. Nuo 2018 m. II ketvirčio gydymo įstaigos aprūpinamos nauju, į Sąrašą įrašytu vaistu *Trasatuzumabo* emtansine krūties vėžiui gydyti.

2017 m. pabaigoje Sąrašas buvo papildytas vaistu *Ramucirumab* skrandžio vėžiui arba gastroezofaginės jungties adenokarcinomai gydyti. Šiuo vaistu gydymo įstaigos aprūpinamos nuo 2018 m. II ketvirčio.

2018 m. pirmą kartą buvo nupirktos šios naujos medicinos pagalbos priemonės: sunkiam vyrų šlapimo nelaikymui gydyti skirti dirbtiniai šlaplės sfinkteriai ir sunkios formos epilepsijai gydyti skirtos klajoklio nervo stimuliacijos terapijos sistemos.

2018 m. 27 proc. daugiau, nei buvo planuota, sumažėjo laukimo, kol bus skirti kompensuojamieji klubo ir kelio sąnarių endoprotezai, trukmė, palyginti su praėjusiais metais (vietoj 2018 m. tikėtinos 2 mėn. vidutinės laukimo trukmės buvo pasiekta 1,13 mėn. vidutinė laukimo trukmė), nes PSDF biudžeto lėšomis buvo nupirkta daugiau sąnarių endoprotezų ir atlikta daugiau endoprotezavimo operacijų. Rodiklio reikšmės viršijimui įtakos turėjo ir tai, kad Eilių ir atsargų valdymo informacinė sistema leido operatyviau skirti sąnario endoprotezą kitam asmeniui tais atvejais, kai asmuo, kuriam jis skiriamas, atsisako operacijos (tai lėmė greitesnis apsikeitimas informacija).

2018 m. toliau buvo vykdomos derybos dėl vienintelio gamintojo vaistų kainų. Vidutiniškai centralizuotai apmokamų vienintelio gamintojo vaistų kainos sumažėjo 5 proc., o teigiamas ekonominis efektas sudarė 2 mln. eurų.

2018 m. buvo pradėtos kompensuoti 2 naujos vakcinės vaikams – tai vakcina nuo B tipo meningokokinės infekcijos ir nuo rotavirusinės infekcijos. Taip pat buvo papildyta asmenų, kurie gali būti skiepijami vakcina nuo pneumokokinės infekcijos, grupė – tai asmenys, sergantys lėtine obstrukcine plaučių liga.

2018 m. viduryje buvo pradėtos kompensuoti dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatų nuomos išlaidos pacientams, gydomiems namuose, o 2018 m. antrąjį pusmetį – insulino pompų nuomos išlaidos.

3. 2018 m. ir toliau buvo gerinamas ortopedijos techninių priemonių kompensavimas. 2018 m. siekiant suvienodinti visų ortopedijos techninių priemonių (toliau – OTP) kompensavimo tvarką, pacientams, kuriems nustatyta klausos ar regos negalia, teisės aktais buvo leista savo lėšomis įsigyti klausos aparatus ir akių protezus – jų įsigijimo išlaidos vėliau jiems kompensuojamos. 18 metų ar vyresniems apdraustiesiems, kuriems kompensuojamieji klausos aparatai buvo skiriami abiem ausims, kompensuojama ne daugiau kaip 50 proc. antrajai ausiai skirto klausos aparato bazinės kainos.

⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymas Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“.

Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti apmokėjimo tvarkos aprašas⁷ (toliau – Aprašas) buvo išdėstytas nauja redakcija. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 9, 15, 21 straipsnių pakeitimo ir Įstatymo papildymo 9-1 straipsniu įstatyme įtvirtinus OTP kompensavimo principą, buvo atsisakyta „valstybės paramos“ sąvokos. Aprašo pavadinimas buvo pakeistas pavadinimu „Ortopedijos techninių priemonių kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašas“, taip pat buvo nustatyti šie nauji OTP poklasių pavadinimai:

- 1) Galūnių protezų (buvo protezinių sistemų (rankų ir kojų kartu);
- 2) Krūtų protezų;
- 3) Pagal užsakymą individualiai gaminamų įtvarų (buvo individualiai gaminamų įtvarinių sistemų);
- 4) Serijiniu būdu gaminamų įtvarų (buvo serijiniu būdu gaminamų įtvarinių sistemų);
- 5) Pagal užsakymą individualiai pagamintos sudėtingos ortopedinės avalynės (buvo pagal užsakymą pagamintos sudėtingos ortopedinės avalynės);
- 6) Pagal užsakymą individualiai pagamintos nesudėtingos ortopedinės avalynės ir batų įdėklų (buvo pagal užsakymą pagamintos nesudėtingos ortopedinės avalynės ir batų įdėklų);
- 7) Kraujotakos sistemų gydomųjų priemonių (vaikams po nudegimų);
- 8) Klausos aparatų (su individualiais ar standartiniais ausies įdėklais);
- 9) Akies protezų (buvo akių protezų).

Taip pat nuo 2018 m. vaikams skiriama didesnė nei 36 dydžio ortopedinė avalynė bus kompensuojama mokant suaugusiųjų avalynės kainą, kuri priklausomai nuo avalynės tipo gali būti iki 2,5 karto didesnė nei vaikiškos avalynės bazinė kaina.

Atsisakius 95 procentų OTP kompensavimo lygmens, visiems pacientams, kurie turėjo mokėti 5 procentų priemoką, OTP pradėtos kompensuoti 100 procentų.

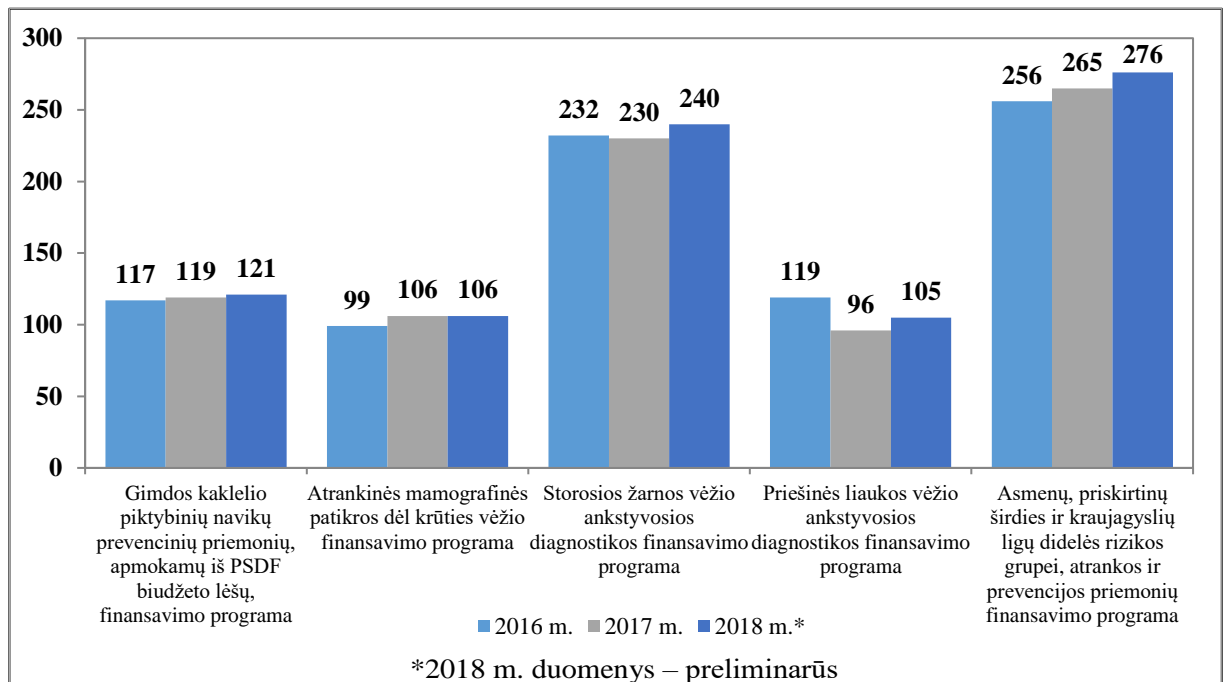
2018 m. teisės aktuose buvo numatyta galimybė pacientams, sergantiems cukriniu diabetu ar reumatoidiniu artritu, per metus gauti ne vieną, o dvi avalynės poras, todėl gerokai padidėjo išduodamos sudėtingos ortopedinės avalynės skaičius, taip pat nuo metų pradžios nuolat didėjo laukiančiųjų ortopedinės avalynės eilėje skaičius (per pirmus 10 mėnesių 2017 m. buvo išduota 12 tūkst. vienetų ortopedinės avalynės, per tą patį laikotarpį 2018 m. – 14 tūkst.). Atsižvelgiant į tai, numatytos minėtos laukimo eilės mažėjimo kriterijaus reikšmės (6 proc.) pasiekti nebuvo galimybės. Siekiant sustabdyti laukiančiųjų ortopedinės avalynės eilės didėjimą, 2018 m. ketvirtą ketvirtį šiai eilei mažinti papildomai buvo skirta 300 tūkst. Eur iš sutaupytų atitinkamų poklasių lėšų. 2018 m. gruodžio 31 d. duomenimis, laukiančiųjų ortopedinės avalynės eilėje skaičius sumažėjo iki 598 asmenų (palyginti su 2018 m. spalio 31 d., kai eilėje buvo 1 122 apdraustieji).

4. Didelis dėmesys buvo skiriamas prevencinėms programoms. VLK duomenimis, šiuo metu Lietuvoje yra daugiau nei 1,5 mln. žmonių, kurie pagal savo amžių gali gauti prevencinėse programose numatytas paslaugas, t. y. nemokamai išsirtinti dėl vėžio ir kitų sunkių ligų. Pasitikrinti sveikatą pagal prevencines programas – tai geriausias būdas aptikti ankstyvosios stadijos ligą. Pagal šias programas paslaugas gali gauti atitinkamo amžiaus sulaukę asmenys, kuriems susirgti yra didžiausia tikimybė. Laiku užkirtus kelią ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas, išvengiama didesnių gydymo išlaidų. Lietuvoje vykdomos 5 prevencinės programos, pagal kurias gali pasitikrinti moterys nuo 25 m. iki 75 m. ir vyrai nuo 40 m. iki 75 m. dėl dažnų ir didelį pavojų sveikatai keliančių ligų.

Preliminariais 2018 m. privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenimis, Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytas paslaugas gavo 240 tūkst. asmenų, t. y. apie 4 proc. daugiau nei 2017 metais. Taip pat gana aktyviai vykdomos ir kitos prevencinės programos (žr. grafiką).

⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. lapkričio 2 d. įsakymas Nr. V-1202 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymo Nr. V-234 „Dėl Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

2016–2018 m. prevencinėse programose numatytas paslaugas gavusių asmenų skaičius (tūkst.)



Pagal Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto, lėšų, finansavimo programą pernai sveikatą pasitikrino 121 tūkst. moterų, t. y. apie 2 proc. daugiau nei 2017 metais. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje numatytas paslaugas 2018 m. gavo 106 tūkst. moterų. Pagal Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą pernai pasitikrino 105 tūkst. vyrų, t. y. apie 9 proc. daugiau nei 2017 metais. Taip pat aktyviai šalies gyventojai dalyvavo vykdant Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą. Pernai pagal šią programą pasitikrino 276 tūkst. asmenų, t. y. apie 4 proc. daugiau nei 2017 metais.

5. 2018 m. ir toliau buvo gerinamas VLK ir teritorinių ligonių kasų (toliau – TLK, VLK ir TLK kartu – ligonių kasos) teikiamų administracinių paslaugų prieinamumas. 2018 m. sukūrus Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos Dantų protezavimo posistemį, kuriame formuojama bendra centralizuota dantų protezavimo išlaidų kompensavimo eilė, buvo įdiegta pacientui skirta personalizuota paslauga – informacinių technologijų priemonėmis sužinoti prognozuojamą dantų protezavimo, kurio išlaidos bus apmokėtos PSDF biudžeto lėšomis, datą. paslauga teikiama IV brandos lygiu. Atsižvelgiant į VLK teikiamų administracinių paslaugų pobūdį ir sąlygas, šiuo metu nėra galimybių daugiau šių paslaugų perkelti į elektroninę erdvę IV brandos lygiu.

2018 m. pagal anoniminės ligonių kasų asmenų aptarnavimo kokybės vertinimo apklausos rezultatus buvo parengta 2017 m. asmenų aptarnavimo kokybės vertinimo apklausos būdu ataskaita. Buvo įvertinta, kad ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų kokybė siekia 79,3 procento.

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

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

- auganti privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma, susijusi su šalies vidutinio darbo užmokesčio didėjimu ir nedarbo lygio mažėjimu;

- auganti valstybės biudžeto įmokų už apdrauosius, draudžiamus valstybės lėšomis, suma, kurios dydį lemia didėjanti metinė valstybės biudžeto įmoka, mokama už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį.

2. Priimami politiniai sprendimai didinti sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas, taip siekiant sudaryti galimybes ASPĮ už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas gauti daugiau lėšų ir šias lėšas panaudoti jų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti. Šiems sprendimams įgyvendinti tiek 2017 m., tiek 2018 m. buvo skirtos papildomos PSDF biudžeto rezervo lėšos (2017 m. buvo skirta 24,6 mln. Eur, 2018 m. – 80 mln. eurų). Šių sprendimų vykdymo tęstinumui užtikrinti tiek 2017 m., tiek 2018 m. PSDF biudžetuose buvo numatytos papildomos planinės lėšos. Šiais metais ir toliau ieškoma būdų didinti ASPĮ gaunamas lėšas už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

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

1. Nepakankamas valstybės biudžeto asignavimų, skiriamų valstybės priskirtoms PSDF biudžetui funkcijoms vykdyti, dydis (šios lėšos 2018 m. sudarė 29,3 mln. Eur, nors lėšų poreikis visoms valstybės priskirtoms PSDF biudžetui funkcijoms vykdyti 2018 m. sudarė apie 87 mln. Eur). Apie nepakankamą valdžios sektoriaus skiriamų lėšų dydį pasisakė Pasaulio sveikatos organizacija. Ji atkreipė dėmesį į tai, kad valstybė sveikatos apsaugai skiria per mažai lėšų ir užkrauna pernelyg didelę sveikatos sistemos finansavimo našą gyventojams.

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

Nutarimo projekte numatyta, kad neturintys asmeninio, socialinio arba ekonominio intereso ir negyvenantys Lietuvoje asmenys iš Draudžiamųjų registro būtų išregistruojami nuo šio fakto nustatymo datos: nuolatiniiais gyventojais nebūtų laikomi Lietuvos Respublikos piliečiai, kurie ne mažiau kaip 1 metus (12 mėnesių iš eilės) privalomuoju sveikatos draudimu nebuvo draudžiami, nes Lietuvoje neturėjo darbo santykių arba santykių, savo esme atitinkančių darbo santykius, negavo pajamų pagal autorinę sutartį, negavo pajamų iš sporto ar atlikėjo veiklos, negavo tantjemų arba atlygio už veiklą stebėtojų taryboje ar valdyboje, paskolų komitete, mokamo vietoj tantjemų arba kartu su tantjemomis, neturėjo meno kūrėjo statuso, nevykdė individualios veiklos, įskaitant individualią žemės ūkio veiklą, nebuvo užregistruoti kaip individualių įmonių savininkai, ūkinių bendrijų ar mažųjų bendrijų nariai, nebuvo mažosios bendrijos vadovai, negavo Lietuvoje socialinių pašalpų, pensijų, invalidumo, bedarbio ar kitų išmokų, neteikė pagal paslaugų kvitą žemės ūkio ir miškininkystės paslaugų, nepateko į valstybės lėšomis draudžiamų asmenų grupes pagal Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalį ir nepriklausė asmenims, išvardytiems Sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 5 dalyje ir 17 straipsnio 11 dalyje. Tokie asmenys nedalyvautų privalomojo sveikatos draudimo sistemoje ir jiems nebūtų taikomos priverstinio išieškojimo procedūros.

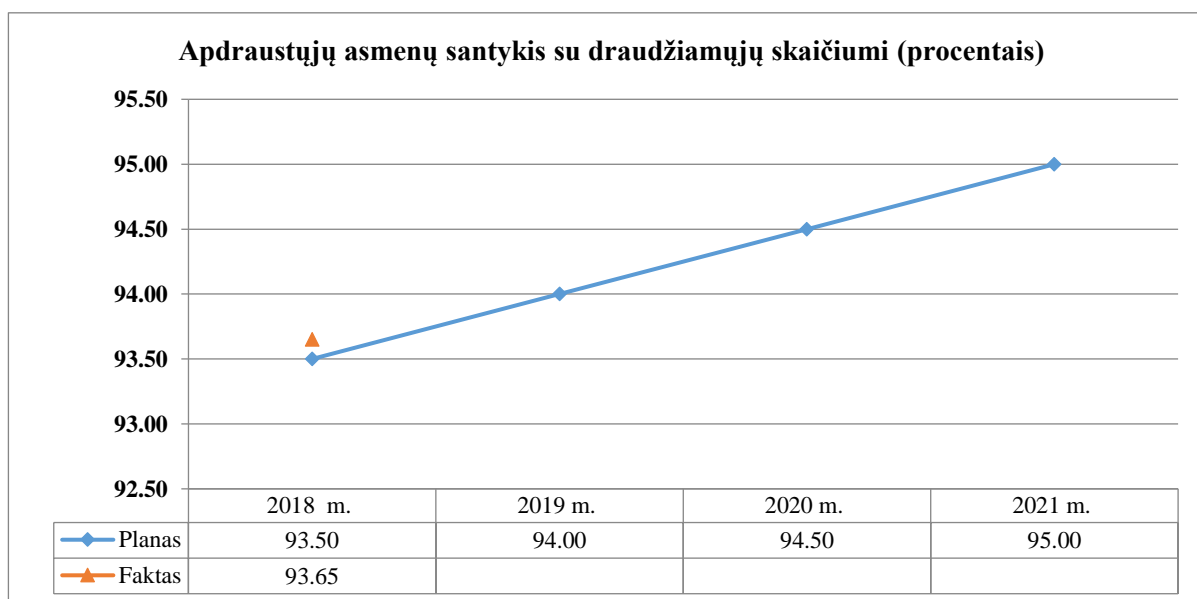
2) Informacija apie strateginio tikslo pažangai matuoti nustatytų efekto vertinimo kriterijų planuotas ir pasiektas reikšmes

1 efekto vertinimo kriterijus: apdraustųjų asmenų santykis su draudžiamųjų skaičiumi (procentais). Vertinimo kriterijus parodo, kaip keičiasi apdraustųjų ir draudžiamųjų

privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – draudžiamieji) skaičiaus santykis. Siekiama, kad santykinis apdraustųjų skaičius didėtų, t. y., kad, įgyvendinant Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymą, kuo didesnė dalis populiacijos būtų apdrausta privalomuoju sveikatos draudimu ir, įvykus draudimui įvykiui, galėtų gauti PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas.

Organizacinėmis, teisinėmis ir informacinių technologijų priemonėmis didinant apdraustųjų santykinį skaičių, gerėja Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme numatytų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas privalomojo sveikatos draudimo sistemos dalyviams, nes apdraustieji Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka moka arba už juos yra mokamos šio įstatymo nustatyto dydžio įmokos.

Šio 2018 m. nustatyto apdraustųjų ir draudžiamųjų santykį išreiškiančio kriterijaus siektina reikšmė (93,5 proc.) buvo nežymiai viršyta – apdraustieji sudarė 93,65 proc. bendro draudžiamųjų skaičiaus.



VLK ir toliau sieks tikslinti draudžiamųjų, įregistruotų į Draudžiamųjų registrą, aibę ir užtikrinti, kad Lietuvos piliečiai, faktiškai ne gyvenantys Lietuvoje, nepatektų į draudžiamųjų sąrašus ir jiems nebūtų taikomos priverstinio išieškojimo procedūros.

2 efekto vertinimo kriterijus: PSDF biudžeto tvarumo užtikrinimas (procentais). Vertinimo kriterijus parodo, ar administruojant PSDF biudžetą suvaldomi finansinių išteklių srautai. O tai ir yra efektyvaus lėšų valdymo ir šio biudžeto tvarumo pamatas.

2018 m. VLK pavyko užtikrinti PSDF biudžeto tvarumą, todėl planuota vertinimo kriterijaus reikšmė, kaip ir ankstesniais metais, buvo 100 procentų.

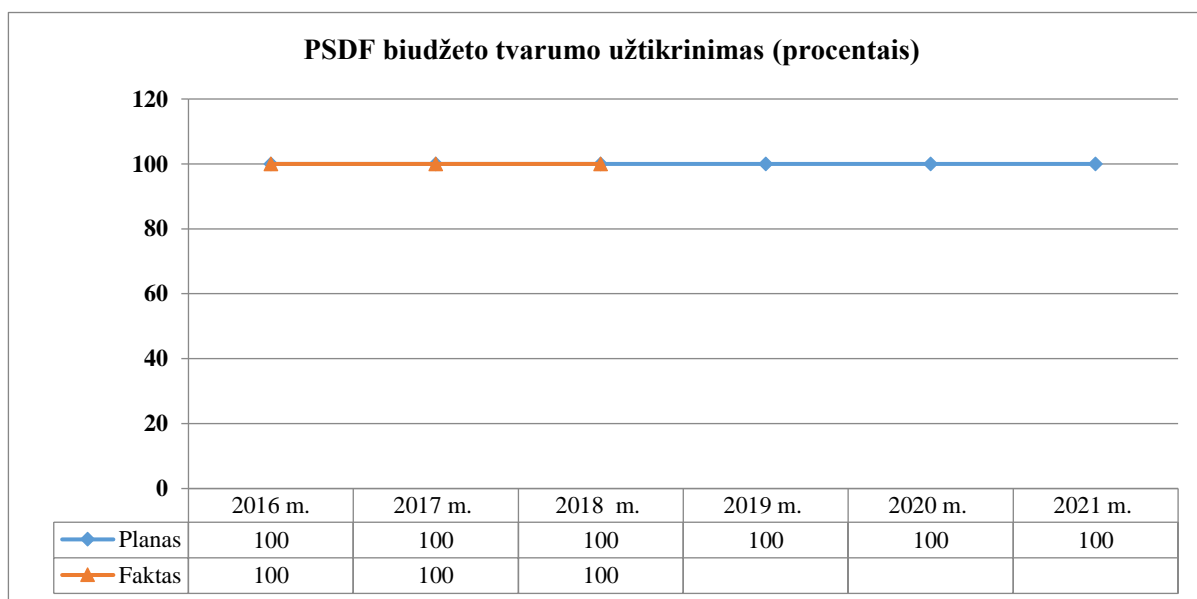
PSDF biudžeto tvarumas buvo užtikrinamas:

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

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

3) prognozuojant einamųjų metų PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų plano vykdymą ir planuojant ateinančių metų PSDF biudžeto lėšas. Planavimas yra ypač svarbus siekiant iš anksto

numatyti PSDF biudžeto lėšų panaudojimo tendencijas ir atitinkamai pasirengti galimiems ekonominiams svyravimams. Tik tvarus PSDF biudžetas leidžia užtikrinti, kad pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugos būtų visada pasiekiamos ir jų teikimo išlaidos būtų kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis.



2018 m. buvo atlikti šie pagrindiniai darbai, susiję su PSDF biudžeto planavimu, vykdymu ir apskaita:

1) buvo parengtas, suderintas su atsakingomis institucijomis ir pateiktas Lietuvos Respublikos Seimui 2017 m. PSDF biudžeto konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys⁸. Šiame rinkinyje pateikiami faktiniai 2017 m. PSDF biudžeto pajamų bei išlaidų duomenys, nurodomi svarbiausi VLK 2017 m. veiklos pokyčiai ir finansinės veiklos rezultatai;

2) buvo parengtas metinio PSDF konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio statistinis priedas, kuris yra sudėtinė 2017 m. PSDF biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio dalis;

3) buvo parengtos ketvirtinės 2018 m. PSDF biudžeto vykdymo ataskaitos (2018 m. I ketvirčio, I pusmečio ir 9 mėnesių), kuriose pateikiama informacija apie ataskaitinio laikotarpio (metų ketvirčiais) PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų plano vykdymą. Ši informacija skelbiama viešai VLK interneto svetainėje. PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų operatyvinė apskaita ir analizė atliekama kas mėnesį. Šios apskaitos ir analizės duomenys leidžia operatyviai įvertinti PSDF biudžeto pajamų surinkimą, taip pat išlaidų plano vykdymą. Jais remiasi Sveikatos apsaugos ministerija ir ligonių kasos, priimdamos reikiamus sprendimus dėl PSDF biudžeto valdymo ir sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo;

4) buvo paskirstytos 2018 m. PSDF biudžeto lėšos, patvirtintos PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu, pagal detalesnes išlaidų eilutes, metų ketvirčius ir TLK. Metų ketvirčiais paskirstytas PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas siekiama subalansuoti. Tokiu būdu užtikrinamas nenutrūkstamas sveikatos priežiūros išlaidų apmokėjimas, atsižvelgiant į gautas einamojo laikotarpio pajamas. PSDF biudžeto lėšos paskirstomos visoms TLK taikant vienodas teisės aktais patvirtintas formules ir principus bei tokius pačius statistinius rodiklius. TLK joms skirtų PSDF biudžeto lėšų pagrindu sudaro sutartis su ASPI ir vaistinėmis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų ir kompensuojamųjų vaistų bei MPP apmokėjimo. Atsižvelgiant į sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir lėšų panaudojimo tendencijas, 2018 m. buvo parengti PSDF biudžeto lėšų paskirstymo pakeitimo projektai ir VLK direktoriaus įsakymai dėl papildomų PSDF lėšų

⁸ Lietuvos Respublikos Seimo 2018 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-54 „Dėl Lietuvos Respublikos 2017 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio patvirtinimo“.

skyrimo, įskaitant PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšas, kurios buvo skirtos sveikatos apsaugos ministro įsakymais;

5) buvo parengtas ir pateiktas Sveikatos apsaugos ministerijai 2019–2021 m. PSDF biudžeto prognozės projektas;

6) buvo parengtas 2019 m. PSDF biudžeto projektas⁹. Planuojamos 2019 m. PSDF biudžeto pajamos sudaro apie 2,1 mlrd. Eur ir, palyginti su 2018 m. patvirtintu PSDF biudžetu, didėja 16,7 proc., arba 0,3 mlrd. Eur;

7) buvo parengtas PSDF finansinių rizikų, įvertinant jų pasireiškimo tikimybę, ir priemonių (veiksmų) joms šalinti, sąrašas;

8) buvo parengti ir pateikti Sveikatos apsaugos ministerijai siūlymai dėl papildomų PSDF biudžeto pajamų pritraukimo, tobulinant apmokestinimą privalomojo sveikatos draudimo įmokomis, taip pat buvo atlikta asmenų, kurių žemės ūkio valdos ar ūkio ekonominis dydis yra ne didesnis kaip 2 ekonominio dydžio vienetai, sumokamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų ir PSDF išlaidų šių asmenų sveikatos priežiūrai analizė.

Informacija apie asignavimų, skirtų programai įgyvendinti, panaudojimą:

1 lentelė. Strateginį tikslą įgyvendinančios programos ir ataskaitinių metų asignavimų panaudojimas

Progra- mos kodas	Programos pavadinimas	Asignavimų panaudojimas (tūkst. Eur)				
		patvirtintas planas	patikslintas planas*	faktiškai panaudota	panaudota dalis, palyginti su patikslintu planu (proc.)**	panaudota dalis, palyginti su visais asignavimais (proc.)
04.001	Sveikatos draudimo sistemos plėtojimas	1 763 809		1 607 701***		95
	<i>Iš jų ES ir kita tarptautinė finansinė parama</i>					
	<i>Iš jų ES ir kita tarptautinė finansinė parama</i>					

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

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

*** Pateikta preliminarinė faktinė 2018 m. PSDF biudžeto išlaidų suma, neįvertinus 2018 m. skirtų PSDF biudžeto rezervo lėšų panaudojimo.

⁹ Lietuvos Respublikos 2019 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymas (2018 m. gruodžio 11 d. Nr. XIII-1718).