

# PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TARYBA

## POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2020-12-18 Nr. DT-12

Vilnius

Posėdis įvyko 2020 m. gruodžio 17 d. 15 val. nuotoliniu būdu per Microsoft Teams programą. Posėdžio įrašas saugomas Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) rinkmenų tarnybinėje stotyje.

Posėdžio pirmininkė Odeta Vitkūnienė.  
Posėdžio sekretorė Ligita Poškaitė-Balkauskė.

Dalyvavo 12 Privalomojo sveikatos draudimo tarybos (toliau – Taryba arba PSDT) narių: O. Vitkūnienė, A. Baravykas, A. Baublytė, G. Kacevičius, L. Kaveckienė, L. Labanauskas, D. Grėbliūnas, E. Paberalienė, L. Paškevičius, A. Urbonienė, R. Rastauskas, Z. J. Gavinavičius.

Dalyvavo valstybės institucijų atstovai: Sveikatos apsaugos ministerijos ir VLK atstovai.

### DARBOTVARKĖ:

1. Dėl Centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo keitimo.
2. Dėl Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašo ir bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos patvirtinimo.
3. Dėl kataraktos operacijos (ambulatorinės oftalmologinės chirurgijos paslaugos) bazinės kainos patvirtinimo.
4. Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašo pakeitimo.

Posėdžio pirmininkė informavo, kad darbotvarkę siūloma papildyti ketvirtu klausimu ir pasiūlė balsuoti dėl pritarimo papildytam posėdžio darbotvarkės projektui. Tarybos nariai bendru sutarimu pritarė.

1. SVARSTYTA. Dėl Centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo keitimo.

Pranešėja Vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos pirmininkė Ieva Greičiūtė-Kuprijanov, papildė VLK Centralizuotai apmokamų vaistų skyriaus vedėja Lina Reinartienė.

Į Sąrašą siūloma įtraukti naują medicinos pagalbos priemonę (toliau – MPP), skirtą vidutiniam šlapimo nelaikymui gydyti. Šios MPP funkcinė vertė yra 9 balai, jos įrašymas į Sąrašą Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) išlaidų nedidintų, nes priemonės pagal kainą konkuruotų vienoje Sąrašo eilutėje su dirbtiniu šlaplės sfinkteriu. Skyrimo sąlygos yra suderintos su Lietuvos urologų draugija. MPP atskiroje eilutėje, vidutiniam šlapimo nelaikymui gydyti, galėtų konkuruoti su šiuo metu Sąrašė įrašyta priemone – dirbtiniu šlaplės sfinkteriu – numatant šias skyrimo sąlygas: „Skiriamas, jei galimybės kitais būdais gydyti vidutinį šlapimo nelaikymą yra nepriimtinos arba negalimos dėl kontraindikacijų, pacientams po radikalios prostatektomijos, po spindulinio prostatos vėžio ar dubens onkologinių ligų gydymo (kai pacientas ne mažiau nei 2 metai po

onkologinės ligos gydymo, esant stabiliai onkologinės ligos eigai (nėra ligos progresijos požymių)), gerybinės prostatos hiperplazijos operacijų ar tarpvietės ir (ar) dubens traumų (įvertinus šlapimo pūslės raumens funkciją), esant šioms sąlygoms: vidutinio laipsnio šlapimo nelaikymui (3–4 įklotai per parą arba 24 valandų įklotas < 400 g), kai dėl to pacientui atsiranda didelių nepatogumų ir reikšmingai nukenčia gyvenimo kokybė. „Šią MPP, siekiant užtikrinti kokybiškas paslaugas, galėtų skirti ir implantuoti: „Universiteto ASPĮ, turinti licenciją teikti III lygio stacionarines suaugusiųjų urologijos paslaugas”.

Atitinkamai, įrašius pirmiau minimą MPP į Sąrašą, keistusi 2.7. Sąrašo eilutėje įrašyto dirbtinio šlaplės sfinkterio skyrimo sąlygos: „Skiriamas, jei galimybės kitais būdais gydyti reikšmingą šlapimo nelaikymą yra nepriimtinos arba negalimos dėl kontraindikacijų, pacientams po radikalių prostatektomijos, esant šioms sąlygoms: 1. Pacientas ne mažiau nei 2 metai po radikalių prostatektomijos esant stabiliai onkologinės ligos (C61) eigai (nėra ligos progresijos požymių) ir esant: 1) sunkaus laipsnio įtampos šlapimo nelaikymui (N39.3) (kuris įvardijamas kaip > 4 nešiojamų įklotų per parą arba nevalingai ištekiančio šlapimo kiekis  $\geq$  400g), kai dėl to pacientui atsiranda didelių nepatogumų ir reikšmingai nukenčia gyvenimo kokybė; 2) vidutinio laipsnio įtampos šlapimo nelaikymui (N39.3) (3–4 įklotai per parą arba 24 valandų įklotas < 400 g), kai dėl to pacientui atsiranda didelių nepatogumų ir reikšmingai nukenčia gyvenimo kokybė ir tokio šlapimo nelaikymo dėl silpno detruzoriaus ir šlapimo susilaikymo rizikos negalima gydyti pošlapliniais raiščiais ar hidrauline sistema. 2. Po nesėkmingo įtampos šlapimo nelaikymo gydymo pošlapliniais raiščiais (C61, N39.3) ar hidrauline sistema, kai išlieka vidutinio-sunkaus laipsnio šlapimo nelaikymas, onkologinė liga stabili, vargina dideli nepatogumai ir reikšmingai nukenčia gyvenimo kokybė bei nebesitikima, kad pakartotinė pošlaplinio raiščio ar hidraulinės sistemos operacija bus veiksminga. Numatant implantuoti dirbtinį sfinkterį būtina įsitikinti, kad pacientas pats geba suvokti ir po implantavimo sugebės savarankiškai atlikti pasišlapinimui reikalingas smulkias valdymo manipuliacijas pirštais.“ Tokiu atveju dirbtinis šlaplės sfinkteris, nekonkuruodamas su kitomis priemonėmis, galėtų būti skiriamas tik esant sunkaus laipsnio įtampos laipsnio šlapimo nelaikymui ir vidutinio laipsnio įtampos šlapimo nelaikymui, kai šlapimo susilaikymo rizikos negalima gydyti pošlapliniais raiščiais ar hidrauline sistema.

Taip pat, siekiant užtikrinti kokybiškas paslaugas, turi būti suvienodintos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, galinčios skirti ir implantuoti dirbtinius šlaplės sfinkterius: „Universiteto ASPĮ, turinti licenciją teikti III lygio stacionarines suaugusiųjų urologijos paslaugas”. Šiuo metu dirbtinius šlaplės sfinkterius implantuoja 2 gydymo įstaigų (VšĮ VUL Santaros klinikų ir LSMUL Kauno klinikų) specialistai, todėl pakeitus kriterijus, pagal kuriuos aukščiau minėtos MPP būtų skiriamos gydymo įstaigoms, faktinių pasikeitimų nebus. Siūloma numatyti, kad VLK šiomis priemonėmis būtų įpareigota aprūpinti nuo 2021 m. gegužės mėn.

Pasisakė Tarybos nariai: L. Kaveckienė, L. Paškevičius.

PSDT posėdžio pirmininkė O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pagal Tarybos narių pastabas iki posėdžio pakoreguotam nutarimo projektui.

12 Tarybos narių balsavus už, pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA pritariti pakoreguotam PSDT nutarimui „Dėl Centralizuotai perkamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo keitimo“.

2. SVARSTYTA. Dėl Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašo ir bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos patvirtinimo.

Pranešėja VLK Kainų skyriaus vedėja Violeta Kutraitė.

VLK, siekdama tobulinti aktyviojo gydymo stacionariųjų paslaugų apmokėjimą pagal giminingų diagnozių grupių (toliau – DRG) metodą ir vadovaudamasi Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymu Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos tvirtinimo“ (toliau – Metodika), perskaičiavo normatyvines gydymo trukmes ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientus (toliau – DRG kainų koeficientai) bei bazinę aktyviojo gydymo atvejo kainą, pagal kurią, taikant atitinkamus DRG kainų koeficientus, bus nustatomos faktinės aktyviojo gydymo atvejų kainos. Šiomis kainomis asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPĮ) bus apmokamos aktyviojo gydymo paslaugos, suteiktos nuo 2021 m. sausio 1 d. Rezultatai buvo gauti panaudojus 65-ųjų aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPĮ 2019 m. duomenis apie sąnaudas, susietas su sąnaudų grupėmis pagal DRG metodą. Duomenis ASPĮ pateikia vienodu formatu, t. y. pagal aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPĮ sąnaudų apskaitos modelį, patvirtintą sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 12 d. įsakymu Nr. V-786 „Dėl Aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo patvirtinimo“.

2021 m. vidutinė aktyviojo gydymo atvejo kaina (toliau – vidutinė kaina) prognozuojama pagal 2019 m. aktyviojo gydymo atvejų struktūrą (DRG klinikinį sudėtingumą ir DRG profilius) ir 2019 m. pacientams gydyti skirtų kraujo komponentų, vaistų, MPP bei procedūrų kiekį. Prognozuojama, kad 2021 m. vidutinė kaina sudarys 1149,86 euro ir už 2020 m. prognozuotą vidutinę kainą bus didesnė 10 proc., iš kurių 9 proc. teks asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų indeksavimui dėl sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčio didinimo nuo 2020 m. balandžio 1 d. Faktinė vidutinė kaina priklauso nuo einamojo laikotarpio aktyviojo gydymo atvejų struktūros ir tuo laikotarpiu pacientams gydyti skirtų kraujo komponentų, vaistų, MPP bei procedūrų kiekio. Perskaičiuotos bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos pasikeitimą lemia šios priežastys:

1) didėja svertinis aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičius, kuris apskaičiuojamas DRG kainų koeficientus dauginant iš atvejų ir lovardienų skaičiaus;

2) didėja brangiau apmokamų aktyviojo gydymo atvejų skaičius, priklausomai nuo klinikinio jų sudėtingumo, t. y. šie atvejai dažniau priskiriami DRG, kurių paskutinis kodo simbolis yra A;

3) didėja aktyviojo gydymo atvejų, priskiriamų DRG, kurių paskutinis kodo simbolis yra Z, skaičius. Apie 90 proc. Z grupės atvejų yra priskiriami chirurginiam profiliui, kurio vidutinis DRG kainos koeficientas didėja 2,4 proc. (nuo 1,90 iki 1,95), palyginti su 2020 m.;

4) didėja visų DRG profilių, t. y. chirurginio, terapinio ir kito vidutinis DRG kainos koeficientas;

5) didėja lėšų suma, kuri ASPĮ yra mokama papildomai per priemokas už pacientui atliktas hemodializes, kraujo komponentų panaudojimą, parenterinį maitinimą, brangias MPP, atliktas intervencinės radiologijos procedūras ir pan. Priemokoms skirta suma didėja net 22,14 proc. ir sudaro 6,7 proc. (arba 48,4 mln. eurų) viso biudžeto, skirto aktyviajam gydymui.

Pagal Metodiką apskaičiuota bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina 2021 metais sudaro 674,54 balo, neįvertinus balo vertės – 1 balas lygus 1,09 euro dėl sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčio didinimo. Ši kaina yra nustatyta pagal PSDF biudžeto lėšas, skirtas aktyviojo gydymo paslaugoms apmokėti 2021 metais, bei prognozuojamą svertinį aktyviojo gydymo atvejų ir lovardienų skaičių. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu tvirtinama bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina sudaro 674,54 balo, o skaičiuojant DRG kainas, kuriomis bus kompensuojamos 2021 m. suteiktos aktyviojo gydymo paslaugos, bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina sudarys 735,25 euro, įvertinant tai, kad nuo 2020 m. balandžio 1 d. stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bei dienos chirurgijos paslaugų bazinių kainų 1 balo vertė yra lygi 1,09 euro. Taip pat yra numatoma, kad nuo 2021 m. sausio 1 d. dėl ilgalaikio turto nusidėvėjimo sąnaudų įskaičiavimo į bazines kainas preliminariai bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina turėtų didėti dar 2 proc. ir sudaryti 749,95 euro.

Pasisakė Tarybos nariai: L. Paškevičius, G. Kacevičius, O. Vitkūnienė, R. Rastauskas, L. Labanauskas.

Tarybos narys L. Paškevičius paprašė teikiant medžiagą pateikti ir lyginamąjį variantą.

PSDT posėdžio pirmininkė O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

12 Tarybos narių balsavus už, bendru sutarimu pritarta nutarimo projektui.

NUTARTA pritarti pateiktam PSDT nutarimui „Dėl Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašo ir bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos patvirtinimo“.

3. SVARSTYTA. Dėl kataraktos operacijos (ambulatorinės oftalmologinės chirurgijos paslaugos) bazinės kainos patvirtinimo.

Pranešėja VLK Kainų skyriaus vedėja Violeta Kutraitė.

Kataraktos operacija, atliekama ambulatorinėmis sąlygomis, pagal šios paslaugos teikimo būdą yra analogiška stacionaro ir dienos chirurgijos sąlygomis atliekamoms kataraktos operacijoms, todėl PSDT pritarė (2015 m. kovo 3 d. PSDT nutarimas Nr. DT-2/2), kad nuo 2015 m. balandžio 1 d. būtų suvienodintos apmokėjimo sąlygos asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teikiančioms kataraktos operacijos paslaugą tiek ambulatorinėmis, tiek dienos chirurgijos bei stacionaro sąlygomis. Pagal informacinės sistemos SVEIDRA duomenis 2020 m. sausio–spalio mėn. iš viso buvo atlikta 15 941 kataraktos operacija, iš jų: stacionaro sąlygomis – 609 operacijos, dienos chirurgijos sąlygomis – 8 842 operacijos, ambulatorinėmis sąlygomis – 6 490 operacijų.

Vadovaujantis Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo Metodikos 13 punktu ir siekiant suvienodinti apmokėjimo sąlygas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, teikiančioms šią paslaugą, mokėtina suma už kataraktos operaciją (ambulatorinės oftalmologinės chirurgijos paslaugą) prilyginama mokėtinai sumai už vidutinės trukmės aktyviojo gydymo atvejį, priskiriamą giminingų diagnozių grupei C16Z „Lęšiuko procedūros“, t. y. 426,44 euro, kuri galios 2021 metais. Atsižvelgiant į balo vertę, sveikatos apsaugos ministro įsakymu tvirtinama kataraktos operacijos ambulatorinėmis sąlygomis bazinė kaina nuo 2021 m. sausio 1 d. bus 380,75 balo, o mokėtina suma sudarys 426,44 euro – tai atitinka kataraktos operacijos, atliekamos stacionaro ir dienos chirurgijos sąlygomis, kainą eurais.

Pasisakė Tarybos nariai: L. Paškevičius, O. Vitkūnienė.

PSDT posėdžio pirmininkė O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

12 Tarybos narių balsavus už, pritarta nutarimo projektui.

NUTARTA pritarti pateiktam PSDT nutarimui „Dėl kataraktos operacijos (ambulatorinės oftalmologinės chirurgijos paslaugos) bazinės kainos patvirtinimo“.

4. SVARSTYTA. Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašo pakeitimo.

Pranešėjas VLK Ortopedijos kompensavimo skyriaus vedėjas Giedrius Baranauskas.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9<sup>1</sup> str. 3 d. nustatyta, kad PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašą nustato sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs VLK ir PSDT nuomones. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gruodžio 3 d. įsakymu Nr. V-2789 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymo Nr. V-234 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių kompensavimo privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ patvirtinta ortodontinių aparatų išlaidų kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis tvarka. Nuo 2021 m. sausio 1 d. Ortodontinių aparatų skyrimo ir kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 30 d. įsakymu Nr. V-520 „Dėl Ortodontinių aparatų skyrimo ir kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Aprašas), bus pripažintas netekusiu galios, todėl nuo 2021 m. sausio 1 d., siekiant išlaikyti tą patį paslaugos prieinamumą vaikams, kuriems reikalinga ortodontinių anomalijų korekcija, būtų tikslinga ortodontinę plokštelę kiekvienam žandikauliui ir breketų sistemą (kartu su jau galiojančiomis bazinėmis kainomis ir skyrimo sąlygomis) įrašyti į OTP sąrašą. Vadovaujantis Aprašu ortodontiniai aparatai yra skiriami vaikams iki 18 metų. Ortodontinių aparatų išlaidų kompensavimui 2021 metais iš PSDF biudžeto planuojama skirti 1 600 tūkst. eurų.

G. Baranauskas pristatė, kad nutarime siūloma keisti bazines kainas ir diagnozes bei pasiūlė Tarybos nariams balsuoti už pakoreguotą nutarimo projektą.

Pasisakė Tarybos nariai: L. Kaveckienė, L. Paškevičius, O. Vitkūnienė.

PSDT posėdžio pirmininkė O. Vitkūnienė pasiūlė balsuoti dėl pritarimo posėdžio metu pakoreguotam nutarimo projektui.

12 Tarybos narių balsavus už, pritarė pakoreguotam nutarimo projektui.

NUTARTA pritariti pateiktam PSDT nutarimui „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašo pakeitimo“.

Posėdžio pirmininkė  
Odeta Vitkūnienė

Posėdžio sekretorė  
Ligita Poškaitė-Balkauskė