

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TARYBA

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2021- Nr. DT-
Vilnius

Posėdis įvyko 2021 m. gruodžio 21 d. 13 val. nuotoliniu būdu per Microsoft Teams programą. Posėdžio įrašas saugomas Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) rinkmenų tarnybinėje stotyje.

Posėdžio pirmininkas Aurimas Pečkauskas.
Posėdžio sekretorė Ligita Poškaitė-Balkauskė.

Dalyvavo 10 Privalomojo sveikatos draudimo tarybos (toliau – Taryba arba PSDT) narių: G. Kacevičius, V. Kalinauskas, E. Kvedaraitė, M. Labašauskaitė, E. Neciunskienė, K. Nemaniūtė-Gagė, K. Norvainytė, A. Pečkauskas, A. Raulušaitienė, A. Seibutis.

Dalyvavo posėdžio svečiai: LMA akad. prof. Limas Kupčinskas (LSMU KK Gastroenterologijos klinika), Egidijus Žekas (UAB Roche Lietuva), Saulius Zakarevičius, Gediminas Ruša (SIA Novartis).

Posėdžio pirmininkui pasiūlius balsuoti dėl pateikto darbotvarkės projekto, Tarybos nariai pritarė bendru sutarimu.

DARBOTVARKĖ:

1. Dėl nuomonės apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įtrauktų į kompensuotinių privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, įrašymą į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą pateikimo.
2. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimo nuo 2022 m. sausio 1 d.
3. Dėl Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašo bei Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašo papildymo ir bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos patvirtinimo.
4. Dėl gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos paslaugų ir jų bazinių kainų patvirtinimo.

1. SVARSTYTA. Dėl nuomonės apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įtrauktų į kompensuotinių privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, įrašymą į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą pateikimo.

Pranešėja VLK direktoriaus pavaduotoja Tatjana Golubajeva (pranešimas pridedamas prie protokolo).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9² straipsnio 1 dalis nustato, kad naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios galėtų būti apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, ir šio fondo biudžeto lėšomis jau apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių teikimo sąnaudos padidėjo dėl organizacinių pakeitimų ir (ar) diegiamų naujų technologijų, vertina Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas (toliau – Komitetas) šio įstatymo ir sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Komitetas

vertina paraiškas dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurios galėtų būti apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, išdėsto jas prioriteto tvarka ir siūlo sveikatos apsaugos ministrui jas įrašyti (arba jų neįrašyti) į PSDF biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą.

Paraiškos Komitetui teikiamos iki kiekvienų metų kovo 1 dienos ir iki rugsėjo 1 dienos. Vadovaujantis Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto darbo reglamento 42 punktu, Komiteto narių pasirašytas protokolas, kuriame nurodomas galutinis Komiteto sprendimas siūlyti sveikatos apsaugos ministrui įrašyti paraiškoje nurodytas paslaugas į PSDF biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, perduodamas VLK (ji turi pateikti išvadą dėl galimybių apmokėti paslaugas PSDF biudžeto lėšomis) ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybai (ji turi pateikti nuomonę dėl paslaugų įrašymo į nurodytą sąrašą).

Komiteto sprendimu (2021 m. gruodžio 6 d. protokolas Nr. V2-10/2021) nutarta 2021 m. II pusmečio Kompensuotinių PSDF biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą teikti VLK ir Tarybai, išdėstant šiame sąrašė nurodytas paslaugas tokia prioriteto tvarka:

Eil. Nr.	Asmens sveikatos priežiūros paslauga	Paraiškos pateikimo data	Bendra vertinimo balų suma / maksimalus galimas balas	Preliminarus metinis papildomų PSDF biudžeto lėšų poreikis (tūkst. Eur)
1.	Psichoterapijos dienos stacionaro paslauga	2021 m. rugpjūčio 30 d.	5,5 / 25	1 798,3
2.	Patikra dėl hepatito C viruso infekcijos	2021 m. rugpjūčio 30 d.	3,5 / 25	1 110,3
3.	Gimdos kaklelio medžiagos paėmimo aukštos rizikos žmogaus papildomos viruso toliau – AR ŽPV) tyrimui ir gimdos kaklelio citologinio tepinėlio tyrimui atlikti (kai AR ŽPV rezultatas teigiamas) bei rezultatų įvertinimo paslauga, AR ŽPV testo atlikimo paslauga, gimdos kaklelio citologinio tepinėlio skystojoje terpėje ištyrimo (kai AR ŽPV rezultatas teigiamas) paslauga, gydytojo akušerio ginekologo konsultacija, kai atliekama kolposkopija (šios paslaugos įtraukiamos į Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programą)	2021 m. rugpjūčio 31 d.	1,25 / 25	2 741,3

Įvertinus ankstesnių Komiteto sprendimų įgyvendinimo eigą, šių metų PSDF biudžeto vykdymo rezultatus ir ateinančių metų PSDF biudžeto galimybes, numatoma, kad užteks lėšų lentelėje nurodytoms paslaugoms apmokėti.

Pasisakė Tarybos nariai: E. Neciunskienė, K. Norvainytė, A. Seibutis, A. Raulušaitienė.

Pasisakė posėdžio svečiai: akad. prof. Limas Kupčinskas.

PSDT pirmininkas A. Pečkauskas pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

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

NUTARTA pritarti pateiktam PSDT nutarimui „Dėl nuomonės apie asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įtrauktų į kompensuotinių privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, įrašymą į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų paslaugų sąrašą pateikimo“.

2. SVARSTYTA. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimo nuo 2022 m. sausio 1 d.

Pranešėja VLK Ekonomikos departamento direktorė Simona Adamkevičiūtė (pranešimas pridedamas prie protokolo).

Lietuvos Respublikos Seimo 2021 m. gruodžio 14 d. posėdžio metu patvirtintame 2022 metų PSDF biudžeto rodiklių įstatymo projekte yra numatytos lėšos asmens sveikatos priežiūros finansavimui didinti dėl 2021 m. lapkričio 15 d. Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvinės sutarties Nr. S-234 (toliau – Sutartis) nuostatų, susijusių su gydymo įstaigų darbuotojų pagrindinio darbo užmokesčio pastoviosios dalies padidinimu, įgyvendinimo, taip pat lėšos brangstantiems energetiniams ištekliams ir augančiai minimaliajai mėnesinei algai, kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ) darbuotojų darbo užmokesčiui (tų darbuotojų, kuriems darbo užmokestis mokamas nesivadovaujant Sutartimi) iš dalies kompensuoti. Iš viso šiems tikslams papildomai numatyta 111 mln. Eur.

ASPĮ, sudariusioms sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis, už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas PSDF biudžeto lėšomis mokama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintomis bazinėmis kainomis, taikant atitinkamą bazinių kainų balo vertę. Pažymėtina, kad pagal Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymą tiek asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, tiek šių bazinių kainų balo vertės yra taikomos visoms ASPĮ vienodai, nepriklausomai nuo jų steigimo būdo, dalyvavimo įgyvendinant Sutarties nuostatas ir pan. Siekiant sudaryti galimybes ASPĮ gauti daugiau PSDF biudžeto lėšų (ateinančių metų PSDF biudžeto projekte numatytus 111 mln. Eur), už paslaugas, suteiktas nuo 2022 m. sausio 1 d., turėtų būti atsiskaitoma indeksuotomis (padidintomis) asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų balo vertėmis.

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 6 dalyje ir 25 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, sąrašą ir bazines kainas nustato Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Balo vertė – neatsiejama PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų dalis.

Tarybai pateiktas siūlymas pritarti, kad, įsigaliojus Lietuvos Respublikos 2022 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projektui, nuo 2022 m. sausio 1 d. toliau išvardytų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų (dydžių) balo vertės ir šių paslaugų finansavimas būtų didinami taip:

Eil. Nr.	Paslaugos	Nuo 2021-09-01 galiojanti balo vertė*, Eur	Siūlomas balo vertės didinimas, proc.	Siūloma balo vertė nuo 2022-01-01, Eur
1.	Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugų (PAASP paslaugų metinės bazinės kainos, skatinamojo priedo, mokamo už PAASP paslaugas, priedo už gerus PAASP rezultatus,	1,179	6,30	1,253

	priedo už kiekvieną aptarnaujamą kaimo gyvenamųjų vietovių ir miestų, kurių gyventojų skaičius neviršija 3 tūkstančių, gyventoją, priedo už kiekvieną prirašytą prie šeimos gydytojo (ši nuostata netaikoma, jeigu paslaugas teikia vidaus ligų ar vaikų ligų gydytojas) gyventoją, priedo už gyventoją, turinčio specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, priedo, mokamo PAASP įstaigai, akredituotai teikti šeimos gydytojo paslaugas, bei priedo, mokamo už Europos Sąjungos apdraustųjų valstybiniu sveikatos draudimu, ASPĮ pateikusių S2 arba E112 formas, apsilankymą pas šeimos gydytoją dėl PAASP paslaugų)			
2.	Greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugų (GMP paslaugų bazinių kainų, skatinamojo priedo, mokamo už GMP paslaugas, priedo už gerus GMP rezultatus ir klasterinės funkcijos užtikrinimo organizacinio priedo)	1,176	6,03	1,247
3.	Slaugos paslaugų (slaugos ir palaikomojo gydymo, ambulatorinių slaugos paslaugų namuose, paliatyviosios pagalbos, sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų)	1,170	5,96	1,240
4.	Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (išskyrus dienos chirurgijos paslaugas ir kataraktos operacijas (ambulatorinės oftalmologinės chirurgijos paslaugas))	1,192	6,52	1,270
5.	Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dienos chirurgijos paslaugų, kataraktos operacijų (ambulatorinės oftalmologinės chirurgijos paslaugų)	1,149	5,42	1,211
6.	Ambulatorinėmis sąlygomis atliekamų brangiųjų tyrimų ir procedūrų	1,148	5,42	1,210
7.	Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų	1,161	5,91	1,230
8.	Pagal prevencines programas teikiamų paslaugų	1,182	6,52	1,259
9.	Dantų protezavimo paslaugų	1,162	5,86	1,230
10.	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų pagal 2015–2025 metų transplantacijos programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-1462 „Dėl 2015–2025 metų transplantacijos programos patvirtinimo“	1,136	5,42	1,198
11.	Skubios konsultacinės sveikatos priežiūros paslaugų	–	6,52	–

*Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-1010 „Dėl balo vertės patvirtinimo“ (teisės akto redakcija, galiojanti nuo 2021-09-17)

Pasisakė Tarybos nariai: A. Seibutis, A. Raulušaitienė, K. Norvainytė.

PSDT pirmininkas A. Pečkauskas pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

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

NUTARTA pritarti pateiktam PSDT nutarimui „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo didinimo nuo 2022 m. sausio 1 d.“.

3. SVARSTYTA. Dėl Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašo bei Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašo papildymo ir bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos patvirtinimo.

Pranešėja VLK Ekonomikos departamento Kainų skyriaus vedėja Violeta Kutraitė (pranešimas pridedamas prie protokolo).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 6 dalyje ir 25 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, sąrašą ir bazines kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

VLK, siekdama tobulinti aktyviojo gydymo stacionariųjų paslaugų apmokėjimą pagal giminingų diagnozių grupių (toliau – DRG) metodą ir vadovaudamasi Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo 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 2022 m. sausio 1 d.

Rezultatai buvo gauti panaudojus 66-ių aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPĮ 2020 m. duomenis apie sąnaudas, susietas su sąnaudų grupėmis pagal DRG metodą. Duomenis ASPĮ pateikė vienodu formatu, t. y. pagal aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPĮ sąnaudų apskaitos modelį, patvirtintą sveikatos apsaugos ministro įsakymu. Vykdamas sveikatos apsaugos ministro pavedimą ir siekiant tiksliau detalizuoti kai kurių brangių medicinos pagalbos priemonių kainas, į Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašą įrašomos šios medicinos pagalbos priemonės (toliau – MPP) ir jų kainos:

- 1) į 4 eilutės „B04 / Vaistais impregnuotos dalelės, skirtos intraarterinei chemoembolizacijai atlikti, arba periferinės embolizacijos priemonė“ skiltį „Ligos kodas pagal TLK-10-AM“ įrašomas ligos kodas N40 *Priešinės liaukos (prostatos) hiperplazija*;
- 2) žmogaus fibrinogenas ir šio vaistinio preparato kaina – 826,58 balo (1 000,99 euro);
- 3) hiperterminės intraperitoninės chemoterapijos priemonės ir šių priemonių kaina – 1 737,41 balo (2 104 euro);
- 4) kepenų (pirminių ir antrinių navikų) mikrobangų abliacijos priemonės ir šių priemonių kaina – 1 589,55 balo (1 924,95 euro);
- 5) paviršinės piktybinių navikų (odos ir poodžio) elektrochemoterapijos priemonės ir šių priemonių kaina – 1 431,05 balo (1 733 euro);
- 6) kitų piktybinių navikų (išskyrus paviršinius) elektrochemoterapijos priemonės ir šių priemonių kaina – 3 134,60 balo (3 796 euro);
- 7) radioaktyvumu žymėtos mikrosferos kepenų neoperabilių piktybinių navikų radioembolizacijai atlikti ir šių priemonių kaina – 11 826,59 balo (14 322 euro);
- 8) implantai, naudojami kelio ar peties artroskopinių rekonstrukcinių operacijų metu, ir šių priemonių kaina – 344,34 balo (417 eurų);
- 9) daugiasluoksnė besirezorbuojanti membrana, naudojama klubo, kelio ir čiurnos artroskopinių operacijų metu, ir jos kaina – 1 075,14 balo (1 301,99 eurai);
- 10) krūties implantas, plėtiklis ir jų kaina – 338,56 balo (410 eurų);
- 11) asmens apsaugos priemonės, reikalingos gydant COVID-19 ligą (koronaviruso infekcija) sergančius pacientus, kuriems netaikoma didelės tėkmės (angl. *High flow*) deguonies terapija ar dirbtinė plaučių ventiliacija (DPV) COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) gydymo skyriuose, ir

šių priemonių kaina – 33,58 balo (40,67 euro) (į šią kainą įskaičiuotas ir papildomiems šių skyrių medicinos personalo etatams tenkantis darbo užmokestis);

12) asmens apsaugos priemonės, reikalingos gydant COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergančius pacientus, kuriems taikoma didelės tėkmės (angl. *High flow*) deguonies terapija COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) gydymo skyriuose arba COVID-19 ligai (koronaviruso infekcijai) gydyti skirtame reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuje, ir šių priemonių kaina – 73,64 balo (89,18 euro) (į šią kainą įskaičiuotas ir papildomiems šių skyrių medicinos personalo etatams tenkantis darbo užmokestis);

13) asmens apsaugos priemonės, reikalingos gydant COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergančius pacientus, kuriems taikoma invazinė dirbtinė plaučių ventiliacija (DPV) ir (ar) ekstrakorporinė membranų oksigenacija (EKMO) COVID-19 ligai (koronaviruso infekcijai) gydyti skirtame reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuje, ir šių priemonių kaina – 109,12 balo (132,14 euro) (į šią kainą įskaičiuotas ir papildomiems šio skyriaus medicinos personalo etatams tenkantis darbo užmokestis).

Įrašomoms į Sąrašą MPP Nr. 1, 4, 5, 6 ir 7, kurias įvertino Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas, lėšos yra numatytos 2022 m. PSDF biudžete, t. y. 1 377 tūkst. eurų. Siekiant tiksliau detalizuoti MPP Nr. 2, 3, 8, 9 kainas, šios priemonės įrašomos į sąrašą – jų panaudojimas turės įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai. Atkreiptinas dėmesys į tai, kad 2015 m. išbraukus kai kurias MPP iš centralizuotai perkamų vaistų ir MPP sąrašo, šioms MPP numatytos lėšos buvo įskaičiuotos į ASPĮ sutartines sumas. 2016 m. įskaičiavus MPP skirtas lėšas į ASPĮ sutartinę sumą stacionarinėms paslaugoms, kiekvienais paskesniais metais sutartinės lėšos ASPĮ stacionarinėms paslaugoms apskaičiuojamos atsižvelgiant į įskaičiuotas lėšas minėtoms MPP įsigyti. Įrašomoms į sąrašą MPP Nr. 10–13 reikalingos lėšos yra numatytos 2022 m. PSDF biudžete, t. y. 18 233 tūkst. eurų. Iš jų 18 060 tūkst. eurų, padidėjus 2022 m. PSDF biudžeto lėšoms 10,4 proc., palyginti su 2021 m., ir esant šalyje ekstremaliajai situacijai, skiriami ASPĮ už įsigyjamas asmens apsaugos priemones ir papildomus medicinos personalo etatus, reikalingus gydant COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergančius pacientus šiai ligai gydyti skirtuose skyriuose.

Pagal Metodiką apskaičiuota bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina 2022 m. sudaro 675,86 balo – ji didėja 0,2 proc., palyginti su 2021 m. Ši kaina nustatyta pagal PSDF biudžeto lėšas, skirtas aktyviojo gydymo paslaugoms apmokėti 2022 m., bei prognozuojamą svertinį aktyviojo gydymo atvejų ir lovodienių skaičių.

Sveikatos apsaugos ministro įsakymu tvirtinama bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina 2022 m. sudaro 675,86 balo, o skaičiuojant DRG kainas, kuriomis bus kompensuojamos 2022 m. suteiktos aktyviojo gydymo paslaugos, bazinė aktyviojo gydymo atvejo kaina sudarys 818,47 euro, įvertinant tai, kad nuo 2022 m. sausio 1 d. stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų bei dienos chirurgijos paslaugų bazinių kainų 1 balo vertė bus lygi 1,211 euro.

Pasisakė Tarybos nariai: A. Seibutis, E. Neciunskienė, G. Kacevičius.

PSDT pirmininkas A. Pečkauskas pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

9 Tarybos nariams balsavus už, bendru sutarimu pritarta nutarimo projektui.

NUTARTA pritarti pateiktam PSDT nutarimui „Dėl Normatyvinės gydymo trukmės ir giminingų diagnozių grupėms priskiriamų kainų koeficientų sąrašo bei Medicinos pagalbos priemonių, vaistų, procedūrų ir kraujo komponentų kainų, turinčių įtakos faktinei aktyviojo gydymo atvejo kainai, sąrašo papildymo ir bazinės aktyviojo gydymo atvejo kainos patvirtinimo“.

4. SVARSTYTA. Dėl gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos paslaugų ir jų bazinių kainų patvirtinimo.

Pranešėja VLK Ekonomikos departamento Kainų skyriaus vedėja Violeta Kutraitė (pranešimas pridedamas prie protokolo).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 6 dalyje ir 25 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš PSDF biudžeto, sąrašą ir bazines kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi VLK ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2020 m. spalio 8 d. įsakymu papildė Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos prevencinę programą (toliau – Gimdos kaklelio vėžio programa) 4-iomis naujomis paslaugomis. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas 2021 m. gruodžio 6 d. protokolu Nr. V2-10/2021 pritarė Gimdos kaklelio vėžio programos papildymui 4-iomis naujomis paslaugomis.

VLK apskaičiavo įrašomų į Gimdos kaklelio vėžio programą paslaugų bazines kainas:

- 1) gimdos kaklelio medžiagos paėmimo AR ŽPV (aukštos rizikos žmogaus papildomos virusas) tyrimui ir gimdos kaklelio citologinio tepinėlio tyrimui atlikti (kai AR ŽPV rezultatas teigiamas) bei rezultatų įvertinimo paslaugos bazinė kaina – 5,21 balo;
- 2) AR ŽPV testo atlikimo paslaugos (į paslaugos bazinę kainą yra įskaičiuota mėginio paėmimo rinkinio kaina) bazinė kaina – 27,52 balo;
- 3) gimdos kaklelio citologinio tepinėlio skystojoje terpėje ištyrimo (kai AR ŽPV rezultatas teigiamas) paslaugos bazinė kaina – 13,82 balo;
- 4) gydytojo akušerio ginekologo konsultacijos, kai atliekama kolposkopija, bazinė kaina – 29,83 balo.

Paslaugų Nr. 2 ir Nr. 3 bazinės kainos buvo apskaičiuotos vadovaujantis Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika. Duomenis apie šių paslaugų teikimo sąnaudas pateikė 6 asmens sveikatos priežiūros įstaigos, t. y. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė ir VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė.

Paslaugos Nr. 2 bazinės kainos struktūra:

- 1) darbo užmokesčio fondas ir draudėjo įmokos – 17,5 proc. (6,08 euro);
- 2) vaistai, reagentai – 67,5 proc. (23,37 euro);
- 3) tvarsliaiva ir kitos vienkartinės priemonės – 8,8 proc. (3,04 euro);
- 4) bendrosios ir administracinės bei ūkinės sąnaudos, tenkančios paslaugai – 6,2 proc. (2,16 euro).

Paslaugos Nr. 3 bazinės kainos struktūra:

- 1) darbo užmokesčio fondas ir draudėjo įmokos – 31,1 proc. (5,41 euro);
- 2) vaistai, reagentai – 52,8 proc. (9,18 euro);
- 3) tvarsliaiva ir kitos vienkartinės priemonės – 5,1 proc. (0,89 euro);
- 4) bendrosios ir administracinės bei ūkinės sąnaudos, tenkančios paslaugai – 11 proc. (1,92 euro).

Vadovaujantis metodika, paslaugos Nr. 1 bazinė kaina prilyginama šiuo metu galiojančiai gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslaugos bazinei kainai – 5,21 balo, o paslaugos Nr. 4 bazinė kaina – akušerio ginekologo konsultacijos (kai atliekamas echoskopinis ir (ar) kolposkopinis tyrimas, ir (ar) biopsija, ir (ar) ekscizija, ir (ar) ekstirpacija, ir (ar) ektomija, ir (ar) rafija, ir (ar) rezekcija, ir (ar) tomija, ir (ar) drenavimas, ir (ar) incizija, ir (ar) ligacija, ir (ar) polipektomija, ir (ar) mikrobiologinis tyrimas) bazinei kainai – 29,83 balo, kadangi pagal turinį, teikimo būdą ir sąnaudas šios paslaugos yra analogiškos.

Atsižvelgiant į tai, kad nuo 2022 m. sausio 1 d. paslaugų, teikiamų pagal prevencines programas, bazinių kainų 1 balo vertė turėtų būti lygi 1,259 euro, mokėtinos sumos už šias paslaugas sudarytų:

- 1) už gimdos kaklelio medžiagos paėmimo AR ŽPV tyrimui ir gimdos kaklelio citologinio tepinėlio tyrimui atlikti (kai AR ŽPV rezultatas teigiamas) bei rezultatų įvertinimo paslaugą – 6,56 euro;

- 2) už AR ŽPV testo atlikimo paslaugą (į paslaugos bazinę kainą yra įskaičiuota mėginio paėmimo rinkinio kaina) – 34,65 euro;
- 3) už gimdos kaklelio citologinio tepinėlio skystojoje terpėje ištyrimo (kai AR ŽPV rezultatas teigiamas) paslaugą – 17,40 euro;
- 4) už gydytojo akušerio ginekologo konsultaciją, kai atliekama kolposkopija – 37,56 euro.

Minėtoms naujoms paslaugoms, kurios įsigalioja nuo 2022 m. sausio 1 d., iš PSDF biudžeto metams prireiks apie 3 mln. eurų. Šios lėšos 2022 m. PSDF biudžeto projekte numatytos. Gimdos kaklelio vėžio programoje numatyta, kad moterims nuo 25 iki 34 (imtinai) metų paslaugos teikiamos kas 3 metus, o moterims nuo 35 iki 59 metų (imtinai) – kas 5 metus, todėl iš PSDF biudžeto šiems ciklams prireiks apie 13,7 mln. eurų.

Pasisakė Tarybos nariai: E. Neciunskienė.

PSDT pirmininkas A. Pečkauskas pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

9 Tarybos nariams balsavus už, bendru sutarimu pritarta nutarimo projektui.

NUTARTA pritarti pateiktam PSDT nutarimui „Dėl gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos paslaugų ir jų bazinių kainų patvirtinimo“.

Posėdžio pirmininkas
Aurimas Pečkauskas

Posėdžio sekretorė
Ligita Poškaitė-Balkauskė