

VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

**2021 METŲ STRATEGINIO VEIKLOS PLANO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS
PLĖTOJIMO PROGRAMOS (04.001) ĮGYVENDINIMO ATASKAITA**

2022-02-01 Nr. 8K-3

Vilnius

**SVARBIAUSIA INFORMACIJA APIE STRATEGINIO TIKSLO PASIEKIMO
IŠŠŪKIUS IR GALIMYBES**

Įgyvendindama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Sveikatos apsaugos ministerijos) strateginį tikslą „Užtikrinti privalomojo sveikatos draudimo 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 – sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą sieti su jų kokybe ir efektyvumu, gerinti paslaugų ir kompensuojamųjų vaistų prieinamumą, tobulinti sveikatos priežiūros finansavimo modelį, plėsti inovatyvių ir efektyvesnių gydymo būdų spektrą, tobulinti mokestinę sistemą ir kt. Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos vykdymas yra neatsiejamas nuo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto išteklių ir sveikatos sistemos finansinio tvarumo.

Atlikdama numatytus darbus, VLK siekia didinti apdraustųjų finansinę apsaugą, siekiant visuotinės šių asmenų aprėpties ir tobulinant privalomojo sveikatos draudimo įmokų sistemą, didinti kompensuojamos sveikatos priežiūros plėtrą, gerinti jos prieinamumą ir skatinti gydymo įstaigas gerinti paslaugų kokybę, didinti apdraustųjų informuotumą ir užtikrinti jų teises, plėtoti ligonių kasų veiklą ją modernizuojant ir siekiant efektyvumo.

Įgyvendinant strateginį tikslą, nepaisant neigiamų išorės veiksnių (COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos ir masinio užsieniečių antplūdžio), 2021 m. buvo atlikti šie pagrindiniai apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji) teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo darbai:

1. Pastaraisiais metais mūsų valstybėje prioritetine sritimi buvo laikomos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugos. 2021 m. šioms paslaugoms buvo skirta daugiau PSDF biudžeto lėšų: 2021 m. PAASP paslaugoms iš viso buvo skirta 328 mln. Eur, tai yra 4,5 mln. Eur (1,4 proc.) daugiau, nei buvo skirta 2020 metais. 2021 m. PAASP paslaugoms tenkanti lėšų dalis sudarė 19,3 proc. visų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų PSDF lėšų (t. y. 01 PSDF biudžeto išlaidų straipsnyje numatytų biudžeto ir rezervo lėšų).

PAASP paslaugos orientuotos į pacientą – šeimos gydytojas yra atsakingas, kad būtų nustatyta kuo ankstyvesnės stadijos liga, 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 planuojama, kad 2021 m. apylinkių, kuriose šeimos gydytojo komandos paslaugos suteikiamos per 7 kalendorines dienas, dalis sudarys 85 procentus. Rodiklio reikšmė 2021 m. buvo šiek tiek mažesnė – ji siekia 83 proc., tačiau didžioji dalis šeimos gydytojų savo prirašytiems pacientams suteikia paslaugas per įstatyme numatytus terminus. Planuota reikšmė nepasiekta dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos įtakos, bet palyginti su ikipandeminiu laikotarpiu, rodiklio reikšmė pagerėjo (2019 m. ji sudarė 81 proc.). Siekiant gerinti PAASP paslaugų prieinamumą, nuo 2021 m. įsigaliojo nuotolinės konsultacijos (šeimos gydytojas – gydytojas

specialistas), apmokėjimo modelis¹ ir šios paslaugos kaina². Nuotolinių konsultacijų dėka išaugo bendras pacientų apsilankymų ir jiems suteiktų šeimos gydytojų paslaugų skaičius. Gerėjant pandeminei situacijai laukimo eilės grįžta į įprastas vėžes, palaiapsniui mažėja nuotolinių konsultacijų ir didėja kontaktinių apsilankymų.

2021 m. lėšų, kurios skiriamos kaip skatinamasis priedas už kai kurias PAASP paslaugas, kaip priedas už gerus darbo rezultatus, priedas už prirašytų prie šeimos gydytojo gyventojų aptarnavimą, priedas už gyventojų, turinčių specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, priedas už kaimo gyventojų aptarnavimą bei priedas, mokamas toms PAASP įstaigoms, kurios yra akredituotos teikti šeimos gydytojo paslaugą, dalis sudarė 30,05 proc. lėšų, skiriamų už PAASP paslaugas.

2021 m. atsižvelgiant į 2020 m. atliktos gerų PAASP rezultatų rodiklių reikšmių skaičiavimo analizės rezultatus, parengta nauja gerų PAASP rezultatų rodiklių reikšmių skaičiavimo metodika ir pakeista apmokėjimo pagal gerų PAASP rezultatų rodiklius tvarka, kuri bus taikoma nuo 2022 m.³ Pakeistos metodikos esmė, nustatyti kiekvieno gerų rezultatų rodiklio reikšmės medianą ir taikant ją skatinti tik tas ASPĮ pasiekusias nustatytas reikšmes. ASPĮ bus vertinamos vieną kartą per metus, t. y. pasibaigus finansiniams metams. Iki šiol geri rezultatai buvo skaičiuojami du kartus per metus. Be to, skaičiuojat kiekvienam gerų PAASP rezultatų rodikliui tenkančią sąlyginių vienetų sumą bus atsižvelgiama į tikslinę (sergančiųjų/prisirašusiųjų) amžiaus grupę.

2021 m. liepos 4 d. paskelbus valstybės lygio ekstremaliają situaciją⁴ visoje šalyje dėl masinio užsieniečių antplūdžio, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimu⁵ VLK buvo pavesta nuo 2021 m. liepos 1 d. sumokėti ASPĮ už kiekvieną suteiktą pirminio sveikatos būklės vertinimo ir pakartotinio sveikatos būklės vertinimo paslaugą, suteiktą užsieniečiams, kurie nėra pateikę prašymo suteikti jiems prieglobstį Lietuvos Respublikoje. Siekiant įgyvendinti Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimus pabuvo patvirtintos dvi naujos (pirminio ir pakartotinio sveikatos būklės vertinimo paslauga, teikiama mobiliosios komandos) asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną.⁶

Įgyvendinat Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimus nuo 2021 m. rugsėjo 1 d. PAASP įstaigoms buvo pradėti mokėti skatinamieji priedai už PAASP paslaugos užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną (šeimos, pirminės psichikos ir

¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. lapkričio 10 d. įsakymas Nr. V-2569 „Dėl Nuotolinių gydytojo ir šeimos gydytojo komandos nario konsultacijų pacientui ir gydytojo konsultacijų gydytojui teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“.

² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gruodžio 30 d. įsakymas Nr. V-3064 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 17 d. įsakymas Nr. V-2869 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2021 m. liepos 2 d. nutarimas Nr. 517 „Dėl valstybės lygio ekstremaliosios situacijos paskelbimo ir valstybės lygio ekstremaliosios situacijos operacijų vadovo paskyrimo“.

⁵ Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. rugpjūčio 4 d. sprendimas Nr. 10V-24 „Dėl Užsieniečių, neteisėtai kirtusių Lietuvos Respublikos valstybės sieną, pirminio ir pakartotinio sveikatos būklės vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁶ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2021 m. rugpjūčio 5 d. įsakymas Nr. 1K-235 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2005 m. birželio 30 d. įsakymo Nr. 1K-81 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos programose numatytų paslaugų, už kurias mokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, klasifikatoriaus patvirtinimo“ pakeitimo“.

odontologinės pagalbos bei nėsčiųjų priežiūros paslaugos)⁷. Taip pat siekiant užtikrinti Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 1 dalies taikymą ir paskatinti ASPI, suteikusias būtinosios medicinos pagalbos paslaugas, nuo 2021 m. rugpjūčio 1 d. skatinamasis priedas už būtinosios medicinos pagalbos teikimą mokamas paslaugą suteikusiai įstaigai, nepriklausomai nuo to, ar asmuo apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu⁸.

Gerinant psichikos paslaugų prieinamumą bei kokybę 2021 m. buvo sumažintas prie vieno medicinos psichologo prirašytų gyventojų skaičius nuo 17 000 iki 10 000 bei diferencijuota vieno prirašyto gyventojų pirminės psichikos sveikatos priežiūros metinė bazinė kaina pagal medicinos psichologo aptarnaujamų gyventojų skaičių⁹.

Siekiant gerinti pirminės odontologinės pagalbos prieinamumą, nuo 2021 m. vasario mėnesio skatinamasis priedas už būtinosios pagalbos teikimą neprirašytam prie PAASP įstaigos gyventojui mokamas, jeigu odontologinė pagalba suteikiama bet kokio amžiaus draudžiamajam, neprirašytam prie PAASP įstaigos¹⁰.

2021 m. siekiant užtikrinti dviejų GMP budinčių brigadų darbą savivaldybėse, kuriose gyventojų skaičius vis mažėja, nuo 2021 m. spalio 1 d., GMP paslaugas teikiančioms įstaigoms, kurioms pagal aptarnaujamos savivaldybės statistinį gyventojų skaičių skiriamų PSDF biudžeto lėšų nepakakdavo dviejų GMP budinčių brigadų darbui užtikrinti, skiriamos papildomos lėšos iki dviejų GMP budinčių brigadų darbo organizavimui užtikrinti¹¹. Taip pat 2021 m. patikslinta, kad GMP įstaigoms teikiančioms GMP paslaugas, mokama pagal aptarnaujamos savivaldybės statistinį gyventojų skaičių, kurį nustatant suimtieji ir nuteistieji, atliekantys arešto, terminuoto laisvės atėmimo ir laisvės atėmimo iki gyvos galvos bausmes, priskiriami savivaldybės, kurioje yra jų suėmimo ar bausmės atlikimo vieta, gyventojams, tokiu būdu mažinant tos savivaldybės, kurioje yra šių asmenų deklaruota gyvenamoji vieta, gyventojų skaičių, o užsieniečiai, neteisėtai kirtę Lietuvos Respublikos valstybės sieną, priskiriami savivaldybės, kurioje jie yra apgyvendinti, gyventojams¹².

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa¹³ ir siekiant efektyvaus PSDF biudžeto išteklių naudojimo, pastaraisiais metais prioritetas buvo teikiamas ir ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai bei jų prieinamumui gerinti. 2021 m. buvo suteiktos 1,38 mln. ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų (kartu) bei 409,5 tūkst. stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų. Pažymėtina, kad 2021 m. šių paslaugų buvo suteikta atitinkamai 19,9 proc. ir 1,8 proc. daugiau palyginti su 2020 m. (2020 m. šių paslaugų buvo suteikta atitinkamai 1,15 mln. ir 402 tūkst.).

⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. lapkričio 3 d. įsakymas Nr. V-2466 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. rugpjūčio 10 d. įsakymas Nr. V-2054 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. liepos 29 d. įsakymas Nr. V-1754 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 9 d. įsakymas Nr. V-771 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

¹¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. spalio 1 d. įsakymas Nr. V-2215 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

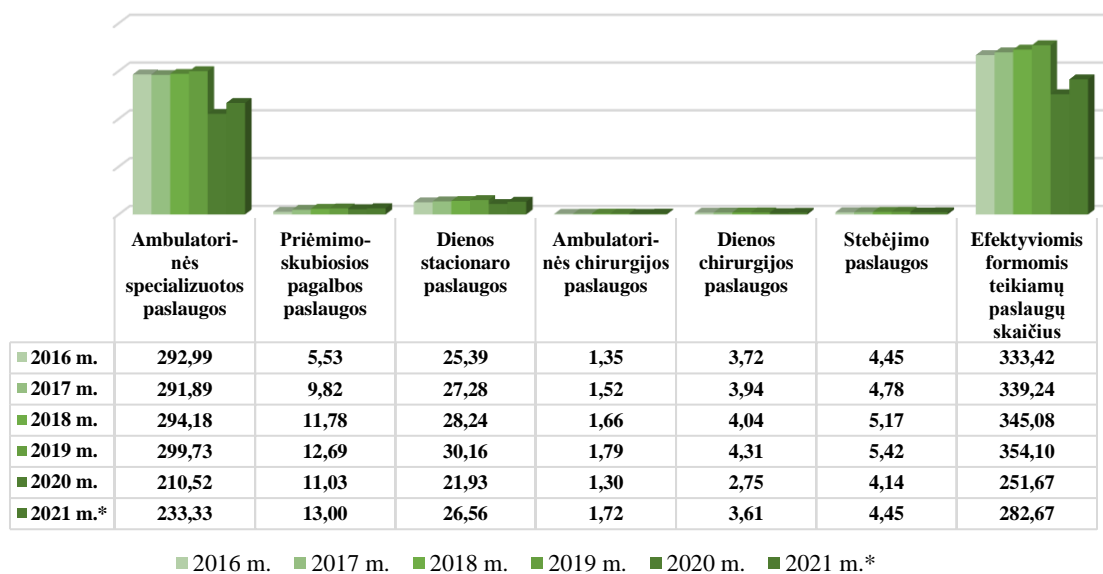
¹² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. rugpjūčio 6 d. įsakymas Nr. V-1815 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹³ Lietuvos Respublikos Seimo 2020 m. gruodžio 11 d. nutarimas Nr. XIV-72 „Dėl aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.

Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugos – tai paslaugos, kurios dėl savo efektyvumo ir palankių apmokėjimo iš PSDF biudžeto sąlygų 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. 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 teikiamų paslaugų apimtį. Ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtra yra svarbi tiek pacientams, tiek paslaugų teikėjams, nes jie, teikdami ekonomiškai efektyvias paslaugas, racionaliau naudoja žmogiškuosius išteklius ir infrastruktūrą. Pacientams sudaromos sąlygos paslaugas gauti greičiau ir arčiau jiems įprastos socialinės aplinkos.

Ekonomiškai efektyvių paslaugų, įskaitant ir ambulatorines specializuotas paslaugas, tai yra gydytojų specialistų paslaugas, kasmet suteikiama vis daugiau – tai parodo 2016–2021 m. didėjęs ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (žr. diagramą). Išskyrus 2020 m. dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos šių paslaugų suteikta mažiau, bet atnaujinus paslaugų teikimą 2021 m. jų pradėjo vėl daugėti.

Ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, skaičius, tenkantis 100 gyventojų, 2016–2021 m.



*preliminarūs duomenys

Be to, toliau buvo plečiamas ekonomiškai efektyvių paslaugų spektras: 1) praplėstas gydytojų specialistų sąrašas, kurie pagal savo kompetenciją gali teikti onkologijos dienos stacionaro paslaugas bei indikacijų sąrašas, kuomet šios paslaugos gali būti teikiamos dienos stacionare (papildyta gydytoju hematologu ir diagnozėmis pagal TLK-10-AM D45-41)¹⁴; 2) praplėstas dienos stacionaro indikacijų bei atliekamų intervencijų spektras, intervencijomis, kurios iki įsakymų įsigaliojimo buvo atliekamos tik stacionare (diagnozės A51-53 ir vaisto skyrimas injekcijos būdu į raumenis; diagnozės C44 ir L 57 intervencija fotodinaminė terapija; papildyta intervencija kraujagyslės prieigos prietaiso (nuolatinio centrinės venos

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 15 d. įsakymas Nr. V-810 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. spalio 29 d. įsakymo Nr. V-1173 „Dėl Onkologijos dienos stacionaro paslaugų teikimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

kateterio) priežiūros procedūrų atlikimas)¹⁵; 3) įvestos naujos gydytojo kardiologo konsultacijos, kai atliekamas farmakologinis krūvio mėginys, atliekant miokardo perfuzijos scintigrafijos ar magnetinio rezonanso tomografijos tyrimą, tai leidžia pacientus, turinčius sudėtingą širdies patologiją iširti jau ir ambulatoriškai ir nuspręsti dėl tolimesnės gydymo taktikos¹⁶; 4) praplėstas ambulatorinės chirurgijos intervencijų spektras (odos pažeidimo krioterapija, ryklės kauterizacija arba diatermija, viršutinių kvėpavimo takų ir virškinimo trakto viršutinės dalies endoskopinė lazerinė terapija ir t.t.)¹⁷.

Siekiant tinkamai apmokėti asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas, 2021 m. priimtas teisės aktas¹⁸, kuriuo nuo 2022 m., jeigu palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas gaunančiam pacientui teikiamos hemodializės, onkologijos dienos stacionaro, hematologijos, kai atliekama kraujo komponentų transfuzija, dienos stacionaro paslaugos, šios paslaugos bus apmokamos atskirai.

Siekiant užtikrinti asmenų simptominių gydymą pacientams, palaikomojo gydymo ir slaugos skyriuose susirgusiems COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), nustatyta, jog laikotarpis, kai COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sergančiam pacientui teikiamos simptominio gydymo paslaugos, neįskaičiuojamas į 120 (per kalendorinius metus) PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų dienų skaičių, o asmens slaugos paslaugos apmokamos atsižvelgiant į tai, kokią palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugą atitinka asmens būklė¹⁹.

Siekiant mažinti hospitalizaciją ir didinti ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį bei planuojant skatinimą už gerus darbo rezultatus, buvo pradėta vykdyti ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo stebėseną pagal tam tikrus VLK direktoriaus įsakymu²⁰ patvirtintus rodiklius. Šiuo įsakymu buvo patvirtintas ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašas bei ASPĮ veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių reikšmių skaičiavimo metodika. Vadovaujantis šiuo įsakymu, buvo parengta 2020 m. duomenų apie ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pasiektas veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių reikšmės suvestinė. Ši suvestinė skelbiama ligonių kasų interneto svetainėje²¹.

Planuojant stacionarinių paslaugų apmokėjimą susieti su gerų darbo rezultatų rodikliais, VLK direktoriaus įsakymu buvo sudaryta darbo grupė, kuri parengė stacionarines paslaugas teikiančių ASPĮ veiklos kokybės ir efektyvumo rodiklių sąrašą bei mokėjimo pagal šiuos rodiklius

¹⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. birželio 29 d. įsakymas Nr. V-1500 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 6 d. Įsakymo Nr. V-660 „Dėl Dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. lapkričio 30 d. įsakymas Nr. V-2720 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymu Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. lapkričio 8 d. įsakymas Nr. V-2503 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. liepos 25 d. įsakymo Nr. V-754 „Dėl Ambulatorinės chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-3012 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymo Nr. V-393 „Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. lapkričio 15 d. sprendimas Nr. V-2584 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. lapkričio 3 d. sprendimo Nr. V-2463 „Dėl pacientų, sergančių COVID-19 liga (koronaviruso infekcija), simptominio gydymo paslaugų organizavimo palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose“ pakeitimo“.

²⁰ VLK direktoriaus 2019 m. lapkričio 28 d. įsakymas Nr. 1K-264 „Dėl Stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo, šių rodiklių reikšmių skaičiavimo metodikos ir duomenų apie pasiektas šių rodiklių reikšmės suvestinės formos patvirtinimo“.

²¹

metodikos projektą, kurį pristatė SAM ir toliau tęsia šios metodikos tobulinimą. Taip pat 2021 m. VLK direktoriaus įsakymu sudaryta darbo grupė parengė naują stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo rodiklių reikšmių skaičiavimo metodiką²².

Siekiant gerinti dantų protezavimo paslaugų prieinamumą bei mažinti asmenų laukiančių kompensuojamųjų dantų protezavimo paslaugų eilę, kasmet buvo didinamos PSDF biudžeto lėšos. Skiriamų PSDF biudžeto lėšų padidėjo net 16,4 kartų (palyginimui 2006 m. skirta 2,5 mln. eurų, o 2021-aisiais – net 40,9 mln. eurų). Taigi gerokai padidintas finansavimas sudarė galimybę sutrumpinti dantų protezavimo laukimo eilę, o galiausiai ir ją panaikinti.

Atsižvelgiant į tai, 2021 m. įsigaliojo nauja dantų protezavimo paslaugų teikimo ir mokėjimo už šias paslaugas tvarka²³, užtikrinanti, kad pacientas minėtas paslaugas galėtų gauti paprasčiau ir greičiau, o duomenys apie šių paslaugų teikimą ir apmokėjimą būtų kaupiami ir saugojami Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinėje sistemoje (ESPBI) bei Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos Dantų protezavimo paslaugų posistemyje (EVIS DP). Taip pat nustatyta, kad paslaugos teikiamos tik tose gydymo įstaigose, kurios dėl dantų protezavimo paslaugų yra sudariusios sutartį su bet kuria teritorine ligonių kasa (toliau – TLK). Taigi pacientui nebereikia pildyti atskirų prašymų ir laukti pranešimų iš TLK, asmuo iš karto informuojamas apie teisę gauti kompensuojamas dantų protezavimo paslaugas ir gali pasirinkti gydymo įstaigą.

Nebelikus eilės, prasmės neteko ir ankščiau buvusi galimybė dantis protezuotis savo lėšomis, vėliau už tai gaunant iš TLK kompensaciją, kadangi asmuo, kuriam nustatomas minėtų paslaugų poreikis, šią teisę įgyja iš karto. Taigi nuo 2021 m. sausio 1 d. dantų protezavimo paslaugų išlaidos apmokamos gydymo įstaigai, kuri yra sudariusi sutartį su viena iš TLK dėl šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo.

Nuo 2021 m. lapkričio 1 d., asmenims, kuriems nustatyta tvarka buvo suteiktos ir kompensuotos PSDF biudžeto lėšomis dantų protezavimo paslaugos ir nepaėjus 3 metams buvo taikytas gydymas dėl burnos, veido, žandikaulių onkologinės ligos, po kurio nebeužtikrinama minimali kramtymo funkcija, suteikta galimybė gauti kompensuojamąsias dantų protezavimo paslaugas nelaukiant 3 metų termino pabaigos. Ši nuostata taikoma asmenims, kuriems sukako senatvės pensijos amžius, taip pat kurie pripažinti nedarbingais arba iš dalies darbingais bei tiems, kuriems buvo taikytas pakartotinis gydymas dėl burnos, veido ir žandikaulių onkologinės ligos²⁴.

Iki 2021-ųjų gruodžio iš PSDF kompensuojamas dantų protezavimo paslaugas gavo daugiau nei 50 tūkst. šalies gyventojų. Taip pat pastaraisiais metais gerokai išaugo paslaugų prieinamumas pacientams, nes gerokai daugiau protezuojančių dantis įstaigų sudarė sutartis su ligonių kasomis. 2006-aisias jų buvo tik 83, o 2021 m. jų buvo jau 963, o tai net 11,6 karto daugiau.

2021 m., kaip ir ankstesniais metais, didelis dėmesys buvo skiriamas prevencinėms programoms. VLK duomenimis, šiuo metu Lietuvoje yra daugiau nei 1,4 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, tai gimdos kaklelio, krūties, storosios žarnos, priešinės liaukos vėžio ir širdies ir kraujagyslių ligų ankstyvosios diagnostikos prevencinės programos. PSDF biudžeto lėšomis

²² VLK direktoriaus 2021 m. spalio 29 d. įsakymas Nr. 1K-332 „Dėl Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo rodiklių reikšmių skaičiavimo metodikos patvirtinimo“.

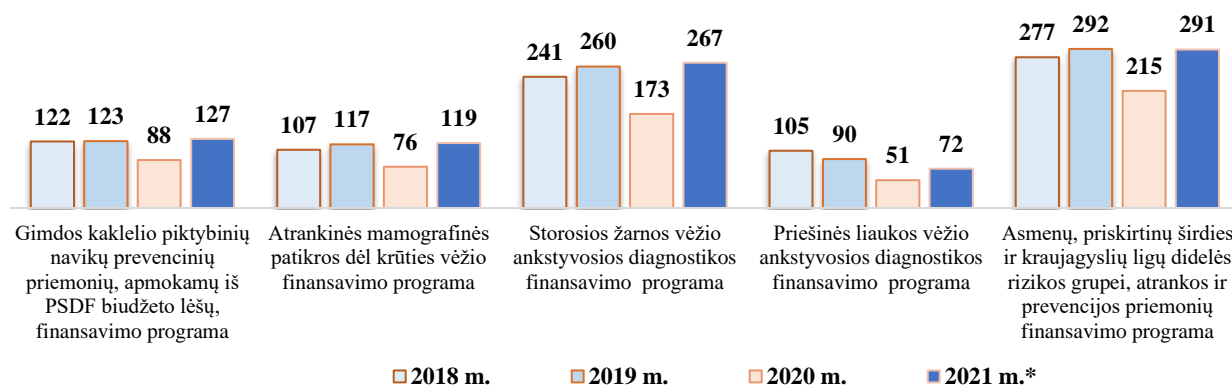
²³ Dantų protezavimo paslaugos teikiamos vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. lapkričio 6 d. įsakymu Nr. V-2541 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymo Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

²⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. spalio 22 d. įsakymas Nr. V-2389 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymo Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

minėtų programų paslaugos apmokamos tam tikro amžiaus moterims ir vyrams, draustiems privalomuoju sveikatos draudimu, nustatytu periodiškumu. Šių paslaugų teikimas organizuojamas per pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros įstaigas.

Dėl COVID-19 (koronaviruso) ligos paplitimo šalyje 2020 m. prevencinių programų paslaugas gavusių asmenų skaičius mažėjo, atitinkamai mažėjo ir paslaugų kiekis lyginant su 2019 m. Palyginimui 2020 m. prevencinėse programose sudalyvavo nuo 26 iki 43 proc. mažiau asmenų nei 2019 m. Tačiau jau 2021 m., remiantis preliminariais privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ (toliau – „Sveidra“) duomenimis, stebimas didesnis asmenų aktyvumas ir šių paslaugų augimas, kuris beveik pasiekė buvusį prieš pandemiją lygį (žr. diagramą). Palyginus su 2020 m. ir 2021 m. preliminarinius duomenis, asmenų gavusių prevencinių programų paslaugas 2021 m. skirtingose programose buvo didesnis ir siekė nuo 35 iki 67 proc.

2019–2021 m. prevencinėse programose numatytas paslaugas gavusių asmenų skaičius (tūkst.)



*preliminarūs duomenys

Preliminariais duomenimis, pagal Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programą 2021 m. sveikatą patitinkino 127 tūkst. moterų, t. y. apie 44 proc. daugiau nei 2020 m. ir 3 proc. daugiau nei 2019 m. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje numatytas paslaugas gavo 119 tūkst. moterų, t. y. apie 57 proc. daugiau nei 2020 m. ir 2 proc. daugiau nei 2019 m. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje – paslaugas 2021 m. gavo 267 tūkst. asmenų, t. y. net 54 proc. daugiau nei 2020 m. ir 3 proc. daugiau nei 2019 m. Pagal Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą pernai patitinkino 72 tūkst. vyrų – 41 proc. daugiau nei 2020 m., bet 20 proc. mažiau nei 2019 m. Taip pat padaugėjo gyventojų, paslaugas gavusių pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą, skaičius. Pernai pagal šią programą patitinkino 291 tūkst. asmenų, t. y. apie 35 proc. daugiau nei 2020 m. ir tik 0,3 proc. mažiau nei 2019 metais.

Nuo 2021 m. liepos 1 d. buvo atskirta informavimo apie krūties piktybinių navikų ankstyvąją diagnostiką paslauga ir siuntimo atlikti mamografijos tyrimą paslauga²⁵. Atskyrus šias paslaugas užtikrinamas tikslesnis duomenų gavimas apie programoje dalyvaujančių moterų skaičių ir suteiktų paslaugų kiekį. Be to, atskyrus šias paslaugas ir jas atskirai apmokant, šeimos gydytojai yra labiau motyvuojami informuoti apie prevencines programas, o tai skatina daugiau moterų įtraukti į profilaktinę patikrą dėl krūties vėžio.

Toliau besitęsiant COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijai nuo 2021 m. vasario 26 d. įsigaliojo Medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo po persirgtos COVID-19 ligos indikacijų sąrašas, o nuo 2021 m. gegužės 27 d. pradėtos taikyti psichosocialinės reabilitacijos

²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-1437 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugšėjo 23 d. įsakymo Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“.

paslaugos po persirgtos COVID-19 ligos.²⁶ Taip pat buvo patikslintos pirmojo etapo ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo ir apmokėjimo nuostatos (patikslinta apmokėjimo tvarka kai paslaugos teikiamos grupei žmonių ir kai pirmojo etapo paslaugos suteikiamos ne visa apimtimi)²⁷.

2021 m. pakeista medicininės reabilitacijos apmokėjimo tvarka, kuri įsigalioja nuo 2022 sausio 1 d.²⁸ Išskirta visiškai nauja – prioritetingos stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugų grupė – jai priskirtos stacionarinės reabilitacijos paslaugos, kurias labai svarbu suteikti laiku (stacionarinės reabilitacijos III paslaugos, stacionarinės reabilitacijos II paslaugos vaikams, stacionarinės reabilitacijos II paslaugos suaugusiems po infarkto, insulto, traumų, endoprotezavimo), numatant atskirą apmokėjimą už suteiktas šios grupės paslaugas. Be to, siekiant pagerinti ne tik stacionariųjų, bet ir ambulatorinių bei psichosocialinių medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumą, numatyta gydymo įstaigų suteiktas viršsutartines reabilitacijos paslaugas metų pabaigoje apmokėti prioriteto tvarka pagal PSDF biudžeto galimybes. 2021 metų pabaigoje nuspręsta atsisakyti medicininės reabilitacijos paslaugų skyrimo pagal siuntimams planuojamas lėšas (kvotas).²⁹ Bei patvirtintas naujas Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų išlaidų planavimo tvarkos aprašas³⁰, įsigaliojans nuo 2022 m.

Nuo 2021 m. birželio 8 d. papildytas Brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašas, patvirtintas SAM 2005 m. balandžio 27 d. įsakymu 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“ nauju tyrimu Epidermio augimo faktoriaus receptoriaus (EGFR) ištyrimas naviko audiniuose ir organizmo skysčiuose.

2021 m., siekiant pereiti prie objektyviomis sąnaudomis grįstos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos, buvo tikrinta, kad ASPI teikiami duomenys sveikatos priežiūros paslaugų kainai apskaičiuoti būtų teisingi. Atrankos būdu įvertinta pasirinktų ASPI duomenų apie sąnaudas, įtrauktas į Sąnaudų apskaitos modelį, atitiktis atitinkamos ASPI buhalterinės apskaitos duomenims. Atsižvelgiant į vertinimo išvadose nurodytus Sąnaudų apskaitos modelio pildymo netikslumus, teikiamos rekomendacijos ASPI dėl Sąnaudų apskaitos modelio pildymo.

Nuo 2021 m. taikomas iš esmės pakeistas TLK ir ASPI sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sudarymo principas – ASPI (išskyrus įstaigas, teikiančias PAASP paslaugas) sutartį sudaro dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, teikimo visiems Lietuvos gyventojams su ta TLK, kurios veiklos zonoje yra ASPI buveinė.

²⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021-02-25 įsakymas Nr. V-389 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 16 d. įsakymo Nr. V-383 „Dėl Vaikų ir suaugusiųjų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“;

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gegužės 26 d. įsakymas Nr. V-1212 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 16 d. įsakymo Nr. V-383 „Dėl Vaikų ir suaugusiųjų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

²⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-1000 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymo Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ pakaitimo“.

²⁸ Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-2818 „Dėl Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

²⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-3020 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymo Nr. V-1019 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų išlaidoms kompensuoti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pripažinimo netekusiu galios“.

³⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-3019 „Dėl Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų išlaidų planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Siekiant tobulinti TLK ir ASPĮ sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tvarką bei PSDF biudžeto lėšų planavimo ASPĮ suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti reglamentavimą, VLK direktoriaus įsakymu buvo sudaryta darbo grupė, kuriai pavesta atlikti teisės aktų, susijusių su sutartinių sumų planavimu, analizę ir jos pagrindu tobulinti teisės aktus. Pažymėtina, kad šios darbo grupės užduotis – parengti teisės aktų pakeitimus, įvertinus naują sutarčių sudarymo tvarką (kai ASPĮ sudaro sutartį su viena TLK). Buvo pakeisti pagrindiniai teisės aktai, reglamentuojantys TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymą ir sutartinių sumų planavimą³¹. Patikslinti kai kurie sutartinių sumų planavimo principai, o atsižvelgiant į pasikeitusias paslaugų teikimo tendencijas bei siekiant išlaikyti ASPĮ finansinį stabilumą, nuo 2021 m. rugsėjo 1 d. pakeistas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymas Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“, kuriame numatyta galimybė po sutarties pasirašymo įstaigos prašymu kartą per metus perskirstyti numatytą sumą ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (specializuotoms ambulatorinėms, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, skubiosios medicinos pagalbos, stebėjimo, ambulatorinės chirurgijos) ar slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms apmokėti, atitinkamai sumažinant sutartinę sumą stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms.

Siekiant atiteityje patobulinti PSDF biudžeto lėšų paskirstymo formules, atsižvelgiant į gydymo įstaigų bei jų teikiamų paslaugų pertvarką, 2021 m. buvo atlikta PSDF biudžeto išlaidų pagal regionų TLK aptarnavimo zonas analizė. Buvo išanalizuoti 2013–2020 m. metų duomenys pagal regionų TLK aptarnavimo zonas, savivaldybes, ASPĮ, prirašytų asmenų amžiaus grupes, pagal TLK-10-AM nurodytas ligų/būklių grupes ir kt. Analizės metu nustatyti PSDF išlaidų grupių pokyčiai ir skirtumai tarp TLK aptarnavimo zonų ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pagal PSDF mokėtinas sumas už asmens sveikatos priežiūros ambulatorines ir stacionarines paslaugas, centralizuotai perkamus vaistus ir medicinos pagalbos priemones, ortopedinės technikos priemones bei iš PSDF kompensuojamąsias sumas už kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones. Vizualizacija, atlikta naudojantis Power BI įrankiu.

Tai pat buvo surinkti informacinės sistemos „Sveidra“ duomenys apie 2019 m. valstybės biudžeto lėšomis draudžiamiesiems asmenims suteiktas ambulatorines, stacionarines (ilgalaikio gydymo, reabilitacijos, transplantacijos), aktyvaus gydymo paslaugas, išrašytus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP) ir centralizuotai perkamus vaistus bei išduotas ortopedijos technikos priemones. Gauta, kad mokama PSDF biudžeto suma už šios draudžiamųjų grupės asmenis 2019 m. buvo 1,1 mlrd. Eur (neįtraukiant išlaidų už asmenų prirašymą), o gautos valstybės biudžeto įmokos siekė tik 562 mln. Eur. Šioje

³¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymas Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymas Nr. V-1011 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotoms ambulatorinėms, skubiosios medicinos pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, papildomai apmokamoms, stebėjimo ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymas Nr. V-1018 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidoms apmokėti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymas Nr. V-1020 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos, ambulatorinių slaugos paslaugų namuose ir sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugų išlaidoms apmokėti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. rugpjūčio 29 d. įsakymas Nr. V-833 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms skiriamų lėšų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. spalio 20 d. įsakymas Nr. V-1170 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų prevencinėms programoms vykdyti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

draudžiamųjų grupėje nagrinėjama metais buvo apie 1,77 mln. asmenų (didžiąją dalį jų (apie 48 proc.) sudaro pensininkai bei vaikai (apie 35 proc.)). Didžiausios išlaidos buvo skiriamos stacionarinio aktyvaus gydymo paslaugoms (apie 41,5 proc.). Analizės duomenų vizualizacija taip pat buvo atlikta naudojantis *Power BI* įrankiu.

2021 m. tebesitęsiant COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijai, VLK toliau vykdo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo valstybės lygio ekstremaliosios situacijos, paskelbtos Lietuvos Respublikos teritorijoje, sąlygomis stebėseną pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. birželio 17 d. įsakymu Nr. V-1504 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo esant Lietuvos respublikos teritorijoje paskelbtai valstybės lygio ekstremaliajai situacijai organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ patvirtintus rodiklius. Informacija nuolat atnaujinama ligonių kasų interneto svetainėje³².

2. 2021 m. buvo parengtas TLK ir vaistinių sutarčių dėl kompensuojamųjų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sudarymo tvarkos aprašo pakeitimo projektas. Įsakymu³³ nustatyta, kad sutartis su vaistinėmis dėl kompensuojamųjų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sudaro tik viena TLK – taip mažinama administracinė našta vaistinėms ir ūkio subjektams, parduodantiems (išduodantiems) kompensuojamąsias MPP. Sutartys nuo 2022 m. bus sudaromos trejiems metams (iki šiol sutartys buvo sudaromos vienu metų laikotarpiui). 2021 m. pradžioje TLK sudarė su vaistinėmis ir optikomis 293 sutartis, o metų pabaigoje dėl 2022 m. kompensuojamųjų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tik Kauno TLK su visomis Lietuvos vaistinėmis sudarė 117 sutarčių. Taigi vaistinėms sutarčių sudarymo administracinė našta sumažėjo 7,5 karto, nes joms nebereikia sudaryti kelių sutarčių su skirtingomis TLK ir sudaroma viena sutartis 3 metų laikotarpiui.

2021 m. buvo pradėti kompensuoti 17 naujų bendrinių pavadinimų vaistų, skirtų migrenai, reumatoidiniam artritui, opiniam kolitui, nestabiliai krūtinės anginai, onkologinėms ligoms ir dar daugeliui kitų ligų gydyti.

Atlikus 2020 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 2019 m. buvo suvartota 632 kompensuojamųjų vaistų DDD, o 2020 m. – 664 kompensuojamųjų vaistų DDD, t. y. suvartotų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičius padidėjo apie 5 proc., palyginti su 2019 m. suvartotu šių vaistų DDD skaičiumi. 2020 m. suvartotų generinių kompensuojamųjų vaistų DDD dalis, palyginti su bendru suvartotų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiumi, sudarė 63,9 proc., t. y. ši dalis padidėjo, palyginti su siekiamu rodikliu (59 proc.). Vien tik generinių kompensuojamųjų vaistų vartojimas 2020 m. (DDD 424), palyginti su 2019 m. (DDD 327), padidėjo 29,7 proc. Tam įtakos turėjo tai, kad pandemijos metu gyventojai labiau pasitikėjo vaistinėmis ir daugiau įsigijo jiems pasiūlytų generinių vaistų. Taip pat gydytojai vis dažniau skyrė biopanašius vaistus pacientams gydyti.

VLK įgyvendino tam tikras priemones, siekdama, kad būtų daugiau išrašoma kompensuojamųjų generinių vaistų: buvo sudaromos vaistų, priskiriamų biopanašių vaistų grupėms (eritropoetinių ir tumoro nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių grupėms), reitingų eilės pagal mažiausią gydymo kainą; buvo patvirtintas TLK vykdomos stebėsenos rodiklis, t. y. kompensuojamųjų biopanašių vaistų – tumoro nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių (ATC kodas pagal IV lygį yra L04AB) – išrašymo rodiklis, pagal kurį 2021 m. 63 proc. suaugusiųjų vartojo biopanašius vaistus iš tumoro nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių grupės; TLK pranešimuose, susitikimuose su gydytojais, Šiaulių TLK vaistų komiteto pranešimuose buvo skatinamas

³²<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZTgzMTE0NGU0OTVmZC00MzFmLWE1YTEtYTcxOThlMjNiNzI0IiwidCI6IjA3ZTZlZTMlLTkyMTQ0NDc5MzY5LTgwNzY3NjY5LTZlZCIsImMiOiJ9>

³³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. rugsėjo 20 d. įsakymu Nr. V-2121 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 10 d. įsakymo Nr. V-209 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir vaistinių sutarčių dėl kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

racionalus generinių vaistų vartojimas. TLK atliko patikrinimus vaistinėse, kuriose išduotų atitinkamų grupių pigiausių vaistų dalis, palyginti su bendru išduotų tų pačių grupių kompensuojamųjų vaistų skaičiumi, yra mažiausia, ir apie patikrinimų rezultatus informavo VLK.

Siekiant didesnio kompensuojamų MPP prieinamumo apdraustiesiems, didinamas TLK ir ūkio subjektų sutarčių dėl kompensuojamųjų MPP įsigijimo išlaidų kompensavimo sudarymo mastas. 2021 m. TLK sudarė 44 sutartis su ūkio subjektais (įskaitant optikas) dėl kompensuojamųjų MPP įsigijimo išlaidų kompensavimo. Parengti teisės aktų pakeitimai, pagal kuriuos nuo 2022 m. sutartis dėl kompensuojamųjų akinių lęšių išlaidų apmokėjimo optikos sudarys su VLK ir akinių lęšių įsigijimo išlaidos bus kompensuojamos pagal gydytojų išrašytus siuntimus (ne pagal receptus, kaip buvo anksčiau).

Nuolat didėjant slaugai naudojamų kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių poreikiui, 2021 m. siekta didinti jau kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių kiekį. 2021 m. VLK vykdė vidutinio metinio suvartojamų kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių, skirtų šlapimo ir išmatų nelaikymui (arba inkontinencijai) koreguoti, vienetų skaičiaus, tenkančio vienam apdraustajam, naudojančiam šias MPP, pokyčio stebėseną. Buvo siekiama, kad šis rodiklis didėtų 6 proc., tačiau 2021 m. jis padidėjo 15 proc. Tam įtakos turėjo, kad nuo 2021 m. liepos 1 d. buvo padidintas leidžiamas išrašyti kompensuojamųjų MPP kiekis asmenims, kuriems nustatytas didelis šlapimo nelaikymo laipsnis (iki 60 vnt. per mėnesį sauskelnių)³⁴. Kasmet PSDF biudžeto lėšomis kompensuojant vis daugiau apdraustųjų slaugai reikalingų priemonių ir numatomą šių priemonių kompensuojamo vienetų skaičiaus didinimą, rodiklio reikšmė didės, o tai reikš ir didėjantį slaugos prieinamumą bei mažėjančias namų ūkių išlaidas.

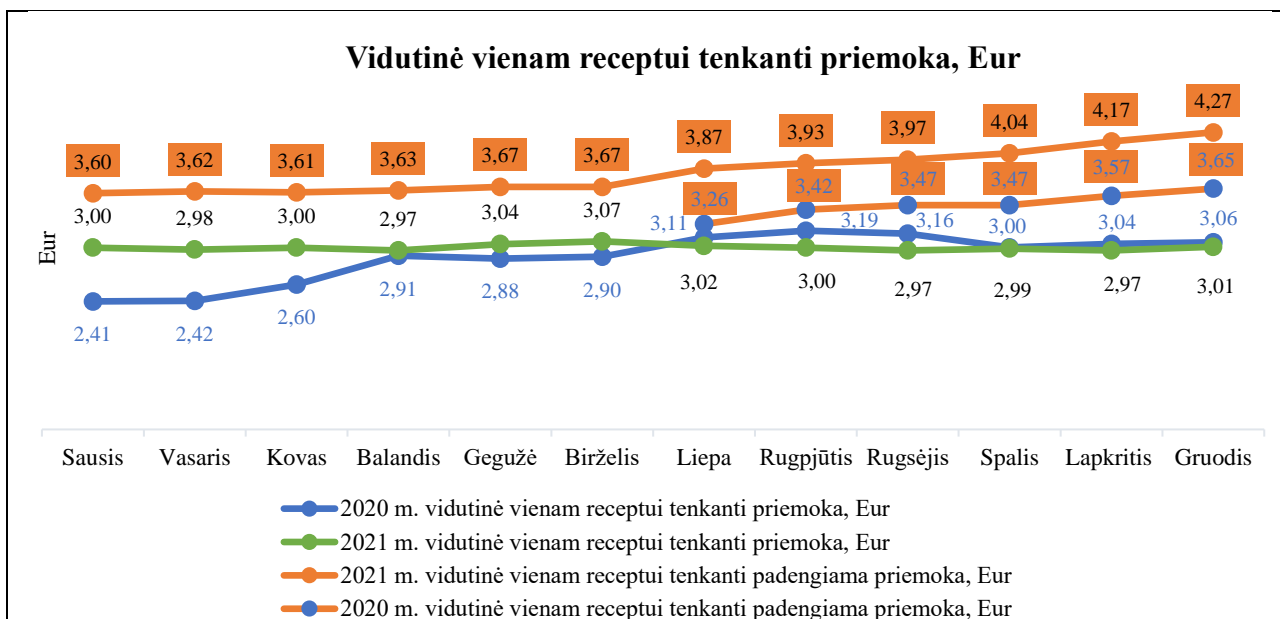
Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo masto kompensuojamųjų vaistų ir MPP skiriama vis daugiau, jų vartojimas didėja. Pagal 2021 m. PSDF biudžeto prisiimtus įsipareigojimus, kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, įskaitant valstybės biudžeto lėšomis apmokamą paciento priemokos sumą, lėšų suma sudarė 385,5 mln. Eur (31 mln. Eur daugiau nei 2020 metais). Bendra apskaičiuota pacientų priemokų suma 2021 m. sudarė 33,3 mln. Eur, t. y. 4,4 mln. Eur daugiau nei 2020 m. (2020 m. priemokų suma sudarė 28,9 mln. Eur).

Pažymėtina, kad 2021 m. labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, t. y. 75 metų ir vyresniems pacientams, mažas pajamas gaunantiems asmenims virš 65 metų bei neįgaliesiems, sudaryta galimybė gauti kompensuojamuosius vaistus ir MPP nemokant paciento priemokos. Priemokoms padengti PSDF biudžetui skiriami valstybės biudžeto asignavimai sudarė 15,7 mln. Eur.

Siekiant įgyvendinti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas – atsisakyti pacientų diskriminavimo pagal ligas ir užtikrinti socialinį teisingumą – 2021 m. visų A sąraše esančių kompensuojamųjų vaistų bazinės kainos buvo kompensuojamos 100 procentų. Tik 20 bendrinių pavadinimų B sąrašo vaistų bazinės kainos liko kompensuojamos 50 procentų. Mažėja pačių pacientų sumokėtų priemokų už kompensuojamuosius vaistus ir MPP dalis (ji sudarė 17,6 mln. Eur), palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų suma. 2021 m. ši dalis sudarė 4,2 proc., tai yra sumažėjo apie 1,6 proc. (2020 m. ši dalis sudarė 5,8 proc.).

2021 m. gruodžio mėn. vidutinė vienam receptui tenkanti paciento priemoka sudarė 3,01 Eur, o vidutinė vienam receptui tenkanti valstybės biudžeto lėšomis padengiama paciento priemoka 2021 m. gruodžio mėn. siekė 4,27 Eur (žr. diagramą).

³⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 2 d. įsakymas Nr. V-692 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. spalio 6 d. įsakymo Nr. 529 „Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) patvirtinimo“ pakeitimo“.



Vidutinės vienam receptui tenkančios priemokos sumos pokyčio beveik nėra. Tačiau didėjo valstybės biudžeto lėšomis padengiama priemokos suma, tenkanti vienam receptui, 19 proc. (nuo 3,60 Eur vienam receptui sausio mėnesį iki 4,27 Eur vienam receptui gruodžio mėnesį), nes gyventojams išrašomas didesnis kompensuojamųjų vaistų ir MPP kiekis viename recepte, gyventojai už vaistus ir MPP nieko neprimoka, todėl neskatinami įsigyti mažiau kainuojančio vaisto ar MPP. Kadangi 2021 m. vaistų ir MPP priemokos yra padengiamos valstybės biudžeto lėšomis, 2021 m. Lietuvos gyventojai už kompensuojamuosius vaistus primokėjo 4,47 mln. Eur mažiau nei 2020 metais.

2021 m. išrašytų receptų skaičius sudarė 9,96 mln. vnt., t. y. 2 proc. daugiau nei 2020 m. (2020 m. receptų skaičius sudarė 9,8 mln. vnt.), iš jų 99,9 proc. receptų išrašyta elektroniniu būdu.

2021 m. PSDF biudžete labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais buvo numatyta 10,4 mln. Eur. Pagal 2021 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma sudarė 11 mln. Eur, buvo sumokėta 10,4 mln. Eur, t. y. 16,9 proc. daugiau nei 2020 m., kai ši suma siekė 8,9 mln. Eur. Kreditinis įsiskolinimas gydymo įstaigoms pagal pateiktas paraiškas apmokėti labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo ir gydymo nenumatytais atvejais išlaidas 2021 m. gruodžio 31 d. sudarė apie 658 tūkst. eurų.

VLK organizuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudarytos Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijos veiklą ir, vadovaudamasi jos sprendimais, išduoda garantinius raštus, pagal kuriuos kompensuojamos labai retų būklių gydymo išlaidos. 2021 m. VLK išdavė 483 garantinius raštus pagal ASPĮ prašymus kompensuoti 270 pacientų (iš jų – 110 nauji pacientai), kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas. Naujų pacientų gydymui pagal šiais metais išduotus garantinius raštus buvo skirta apie 4,43 mln. eurų, šios išlaidos padidėjo 2,3 karto palyginus su 2020 m. (1,95 mln. Eur). Didžiausia dalis lėšų retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamais sergantiesiems ypač retomis metabolinėmis ligomis, spinaline raumenų atrofija, Diušeno raumenų distrofija ir kitomis labai retomis onkologinėmis ligomis.

2021 m. pradėtos centralizuotai pirkti hidraulinės sistemos vidutiniam vyrų šlapimo nelaikymui gydyti. Planuojama, kad minėtomis MPP per metus preliminariai bus gydoma 20 pacientų. 2021 m. buvo skirta didesnė lėšų suma kateterizavimo būdu implantuojamiems aortos ir plaučių arterijos vožtuvams įsigyti – šių priemonių poreikis augantis, todėl 2021 m. joms įsigyti skirta 4 mln. Eur, tai yra beveik 3 mln. daugiau lyginant su 2020 metais.

2021 m. toliau buvo vykdomos derybos dėl vienintelio gamintojo vaistų kainų. Centralizuotai apmokamų vienintelio gamintojo gaminamų vaistų kainos vidutiniškai sumažėjo 6 proc., o teigiamas ekonominis efektas sudarė 1,221 mln. eurų.

Siekiant valdyti išlaidas centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP, nuo 2019 m. pradėtos sudarinėti išlaidų valdymo sutartys, pagal kurias 2021 m. gamintojai į PSDF biudžetą grąžino 2,1 mln. eurų.

3. 2021 m. toliau buvo tobulinamas ortopedijos techninių priemonių kompensavimas, siekiant užtikrinti geresnę šių priemonių kokybę ir gerinti jų prieinamumą pacientams.

2020 m. gruodžio 3 d. buvo pasirašytas įsakymas³⁵, pagal kurį nuo 2021 m. sausio 1 d. ortodontiniai aparatai kompensuojami taip pat, kaip ortopedijos techninės priemonės. Siekiant didinti ortodontinių aparatų prieinamumą, ortodontiniai aparatai (ortodontiniai teineriai, greitojo plėtimo aparatai, dvižandikauliniai funkcijų aparatai (abiejų žandikaulių veido kaukė), viršutinio žandikaulio veido kaukės, viršutinio žandikaulio distaliniai tempimo aparatai, ortodontiniai minisraigai skeletinei atramai) buvo įtraukti į kompensuojamųjų medicinos priemonių sąrašą ir apskaičiuotos šių ortodontinių aparatų bazinės kainos³⁶.

Siekiant gerinti apdraustųjų aprūpinimą technologiškai pažangesniais, naujesnės kartos klausos aparatais, pakeisti funkcijų techniniai aprašymai, įtvirtinant aukštesnius reikalavimus, ir perskaičiuotos ir patvirtintos klausos aparatų vaikams ir didžiausią klausos negalią turintiems suaugusiems bazinės kainos³⁶. 2021 metais pradėti kompensuoti nauji protezai – mioelektriniai dilbio (žemiau alkūnės) protezai.

Siekiant, kad ortopedijos techninės priemonės būtų išduodamos asmenims, kuriems jos būtinos bei pagerėtų išduodamų priemonių kokybė, 2021 metais VLK kartu su TLK atliko 32 kontrolės procedūras (patikrintos visos galūnių protezus gaminančios ortopedijos įmonės, ortopedijos įmonės pagal rizikos vertinimo rezultatus priskirtos aukščiausiai rizikos grupei ir visos ortopedijos įmonės bent vieną kartą per trejus metus).

Prieš sudarant su ortopedijos įmonėmis ir ūkio subjektais 2022 m. sutartis dėl apdraustųjų aprūpinimo ortopedijos techninėmis priemonėmis ir medicinos priemonėmis, 2021 m. buvo įvertinti apdraustųjų aprūpinimo ortopedijos techninėmis priemonėmis ir medicinos priemonėmis sutarties šalies patikimumo reikalavimai.

2021 m. priimtas sprendimas³⁷ nuo 2022 m. atskirti ortopedijos technikos priemones ir medicinos priemones (kraujotakos sistemos gydomosios priemonės, klausos aparatai, akių protezai, ortodontiniai aparatai bei akinių lęšiais) į du atskirus bazinių kainų sąrašus. Didinant kompensuojamų akinių lęšių prieinamumą, buvo įvertintos ir pagerintos akinių lęšių skyrimo sąlygos ir 2021 m. parengtas sveikatos apsaugos ministro įsakymo³⁸ projektas dėl akinių lęšių kompensavimo tvarkos pakeitimo. Nuo 2022 m. sausio 1 d. akinių lęšiai kompensuojami taip pat, kaip medicinos priemonės ir įrašyti į PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų medicinos priemonių ir jų bazinių kainų sąrašą³⁷.

4. Siekiant sudaryti galimybę efektyviau naudoti brangią medicinos įrangą slaugant pacientą namuose, palengvinti paciento finansinę naštą, leidžiant sumažinti kai kurių ligoninių užimtumą ir sudaryti galimybę efektyviau naudoti PSDF biudžeto lėšas, 2021 m. buvo kompensuojamos šių medicinos priemonių nuomos išlaidos: insulino pompų su glikemijos

³⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gruodžio 3 d. įsakymas 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“.

³⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. rugsėjo 14 d. įsakymas Nr. V-2078 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

³⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 17 d. įsakymas Nr. V-2879 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

³⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. spalio 20 d. įsakymas Nr. V-2365 „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“.

duomenų įvertinimo, naudojant diagnostines juosteles gliukozės kiekiui nustatyti, funkcija; insulino pompų su glikemijos įvertinimo, naudojant nuolatinio gliukozės matavimo jutiklį, ir insulino išvirkštimo sustabdymo, esant mažai glikemijai, funkcija; deguonies aparatų; dirbtinės plaučių ventilacijos (toliau – DPV) aparatų, veikiančių invaziniu arba neinvaziniu būdu, kai naudojamas tracheostominis vamzdelis; DPV aparatų, veikiančių neinvaziniu būdu, kai naudojama kaukė arba kaniulės; nešiojamųjų gyvybinių funkcijų stebėjimo aparatų; DPV aparatų, veikiančių adaptuotos palaikomosios ventilacijos (angl. *Adaptive Servo-Ventilation* – ASV) režimu, skiriamą centrinei miego apnėjai gydyti, kai kiti gydymo metodai neefektyvūs; DPV aparatų, veikiančių invaziniu arba neinvaziniu būdu per kaukę arba kandiklį, išorinių automatinų infuzinių pompų ilgalaikiai opioidinių analgetikų infuzijai atlikti su užrakavimo funkcija (apsauga nuo paciento savavališko vaistų dozės reguliavimo).

5. 2021 m. ir toliau buvo gerinamas ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų prieinamumas. Ligonų kasų teikiamų administracinių paslaugų kokybė gerėja, nuosekliai kuriant ir diegiant pažangias technologijas, teikiant elektronines paslaugas.

2021 m. įdiegta informacijos saugos ir kibernetinio saugumo mokymų platforma, sistemingai organizuojami ir vyksta VLK darbuotojų mokymai.

2021 m. buvo sukurtas ir įdiegtas EVIS Labai retoms būklėms gydyti skirtų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų kompensavimo posistemis – sudaryta galimybė gydymo įstaigoms atsisakyti popierinių dokumentų ir visą informaciją pateikti per posistemį.

Tai pat įdiegta IT infrastruktūros monitoringo sistema Zabbix, leidžianti realiu laiku matyti infrastruktūros būklę ir reaguoti į atsiradusias problemas, kad būtų užtikrinamas nepertraukiamas, stabilus ir tinkamas elektroninių paslaugų tiekimas.

Įgyvendintas asmens autentifikavimo pagal telefono numerį procesas, kai paklausėjas kreipiasi VLK bendruoju telefono numeriu (asmuo, pageidaujantis, kad jo asmens duomenys būtų teikiami telefonu, ir jo tapatybė būtų nustatyta pagal telefono numerį, turi būti pateikęs nustatytos formos prašymą). Šis funkcionalumas suteikia galimybę teikti besikreipiantiems asmenims informaciją telefonu susijusią su asmens duomenimis privalomojo sveikatos draudimo klausimais ir tvarkyti autentifikuotų paklausėjų konsultavimo duomenis. Neautentifikuotam asmeniui bendru konsultacijų centro telefonu teikiama bendro pobūdžio informacija. Parengtas Asmens duomenų teikimo telefonu tvarkos aprašas³⁹.

Siekdami centralizuoti elektroninių paklausimų tvarkymą ir užtikrinti atitinkamo proceso priežiūrą bei kontrolę, nuo 2021-11-01 elektroninis gyventojų aptarnavimas (funkcijų rinkinys) atskirtas nuo Draudžiamųjų registro skyriaus ir organizuotas kaip atskiras struktūrinis padalinys – Elektroninių paslaugų skyrius.

2021 m. buvo įgyvendinti pakeitimai Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registre (toliau – Draudžiamųjų registras) palengvinantys duomenų tvarkymą ir kontrolę: įdiegtas automatizuotas duomenų skaitmeninimo ir draudimo laikotarpių formavimo tvarkymo vedlys, sumažinta draudžiamųjų teikiamų duomenų apimtis, kai tokie gyventojai kreipiasi į TLK dėl privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis (atsisakant reikalavimų teikti informaciją, kurią VLK jau turi arba gauna automatinio būdu iš kitų susijusių, registru valstybės institucijų ir (arba) informacinių sistemų)⁴⁰ ir kita.

Siekiant optimizuoti ir efektyvinti VLK veiklos procesus 2021 m. buvo įdiegta LEAN vadybos sistema (nustatyti darbo su VLK veiklos procesais principai) ir veiklos tobulinimo idėjų (Kaizen) teikimo sistema (nustatytos idėjų teikimo priemonės ir tvarka).

³⁹ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2021 m. rugpjūčio 5 d. įsakymas Nr. 1K-236 „Dėl asmens duomenų teikimo telefonu tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁴⁰ Lietuvos Respublikos vyriausybės 2021 m. liepos 21 d. nutarimas. Nr. 574 „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“.

2021 m. pagal VLK ir Informacinės visuomenės plėtros komiteto pasirašytą jungtinės veiklos sutartį buvo tęsiamas VLK valdomų duomenų atvėrimas. Suinventorinti 33 duomenų rinkiniai, kurių didžioji dalis per 2022 m. bus atverta visuomenei.

Pagrindiniai **teigiami** išorės veiksniai, turėję įtakos Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programai įgyvendinti:

1) Kasmet, net ir pandemijos metu, didėjusios PSDF biudžeto pajamos, sudariusios sąlygas išlaikyti PSDF biudžeto tvarumą. Pajamų didėjimą daugiausia lemia:

- Auganti privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma, susijusi su šalies vidutinio darbo užmokesčio didėjimu (vidutinis darbo užmokestis *bruto* 2017 m. III ketv. sudarė 842,7 Eur, 2018 m. III ketv. – 927,8 Eur, 2019 m. III ketv. – 1 306,3 Eur, 2020 m. III ketv. – 1454,8 Eur, 2021 m. III ketv. – 1598,1 Eur⁴¹) ir nedarbo lygio mažėjimu. Pažymėtina, kad 2019 m. buvo stebimas žemiausias nedarbo lygis nuo 2010 m., tačiau 2020 m. nedarbo lygis žymiai išaugo, kuris po truputį 2021 m. sumažėjo. 2021 m. sausį registruoto nedarbo lygio rodiklio reikšmė sudarė 16,1 proc., tai yra per metus padidėjo 8,7 proc.⁴². Užimtumo tarnybos prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis iki 2022 m. sausio 1 d. nedarbo lygis siekė 10,2 proc.⁴³. Tačiau net ir išaugusio nedarbo sąlygomis PSDF biudžetui pervadama dirbančiųjų įmokų suma, remiantis operatyviniais 2021 m. duomenimis, buvo 236 mln. Eur (16,1 proc.) didesnė nei 2020 metais.

- Auganti valstybės biudžeto įmokų už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, suma, kurios dydį lemia didėjanti metinė valstybės biudžeto įmoka, mokama už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį (2017 m. metinė įmoka už vieną apdraustąjį, draudžiamą valstybės lėšomis, sudarė 283,3 Eur, 2018 m. – 321,4 Eur, 2019 m. – 373,1 Eur, 2020 m. – 438 Eur, 2021 m. – 464,9 Eur).

- Nuosekliai didinama minimali mėnesinė alga, nuo kurios taip pat mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos (2017 m. minimali mėnesinė alga buvo 380 Eur, 2018 m. – 400 Eur, 2019 m. – 555 Eur, 2020 m. – 607 Eur, 2021 m. – 642 Eur).

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 2017–2021 m. buvo skirtos papildomos PSDF lėšos (2017 m. buvo skirta 24,6 mln. Eur, 2018 m. – 99,5 mln. Eur, 2019 m. – 41,2 mln. Eur, 2020 m. – 130 mln. Eur, 2021 m. – 26,2 mln. Eur).

Pagrindiniai **neigiami** išorės veiksniai, turėję įtakos Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programai įgyvendinti, buvo susiję su Covid-19 pandemijos ir masinio migrantų antplūdžio sukelta rizika PSDF biudžeto tvarumui (rizika nesubalansuoti PSDF biudžeto ir neužtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo):

1. Dėl Covid-19 pandemijos 2021 m. VLK nuolat vertino ASPĮ ir TLK sutarčių vykdymo rodiklius ir, reaguodama į pokyčius, teikė siūlymus sveikatos apsaugos ministrui, kurių pagrindu buvo priimami sprendimai dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo. Atsiskaitymo už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas principai leido užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą gyventojams. Iki 2021 m. balandžio 1 d., ASPĮ buvo mokama, su tam tikromis išimtimis, 1/12 sutartinės sumos tik pasiekus ne mažesnę sutarčių įvykdymo lygį, nei patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimais⁴⁴, o nuo 2021 m. balandžio 1 d. suteiktų

⁴¹ <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=6c52a9da-57f1-44b0-8853-e9245196a9b9#/>

⁴² https://osp.stat.gov.lt/documents/10180/7212425/LDR_2020-12.pdf

⁴³ <https://uzt.lt/?mode=normal>

⁴⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-3004, 2021 m. sausio 26 d. įsakymas Nr. V-154, 2021 m. balandžio 1 d. įsakymas Nr. V-674, 2021 m. balandžio 15 d. įsakymas Nr. V-814, 2021 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-998.

asmens sveikatos priežiūros (toliau – ASP) paslaugų apmokėjimui taikomos Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių teikimas atnaujinamas, apmokėjimo tvarkos aprašo nuostatos⁴⁵. Mokant už ASP paslaugas ir toliau vertinamas ASPĮ dalyvavimas COVID-19 ligos gydyme, tačiau iš anksto numatytos paslaugų teikimo siektinos reikšmės, kurios nustatytos įvertinus ataskaitinį laikotarpį regione užimtų COVID-19 lovų skaičių, tenkantį 100 000 prirašytų gyventojų, ir suskirsčius ASPĮ į tris grupes (COVID-19 ASP įstaigų grupė, ASP įstaigos, teikiančios aktyviojo stacionarinio gydymo paslaugas ir nepriskiriamos COVID-19 ASP įstaigų grupei, kitos ASP įstaigos). Atitinkamos grupės ASP įstaigai mokama 1/12 jai numatytos sutartinės sumos arba už faktiškai suteiktas ASP paslaugas, pagal suteiktų paslaugų sumą (proc.) ir siektinas reikšmes.

2. 2021 m. Lietuvos sveikatos draudimo sistema susidūrė su dar vienu iššūkiu – migrantų krize Lietuvoje, kai pasienyje su Baltarusija į Lietuvos Respublikos teritoriją pradėjo masiškai plūsti nelegalūs imigrantai. PSDF biudžetas susidūrė su papildoma finansine, o sveikatos draudimo sistemos dalyviai – su papildoma administracine našta. Siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugas migrantams Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimais⁴⁶ nuo 2021 m. liepos 1 d. VLK buvo pavesta organizuoti užsieniečiams, kurie nėra prieglobsčio prašytojai (įskaitant nepilnamečius asmenis, tačiau išskyrus nelydimus nepilnamečius asmenis), faktiškai ASPĮ suteiktų paslaugų išlaidas apmokėti PSDF biudžeto lėšomis (įstatymų nustatyta tvarka kompensuojant valstybės biudžeto lėšomis, skirtomis ekstremaliosioms situacijoms likviduoti ir jų padariniams šalinti). Tokios išlaidos 2021 m. PSDF biudžete nebuvo nenumatytos, todėl jos galėjo būti apmokamos nebent šio fondo rezervo lėšomis. Privalomojo sveikatos draudimo tarybai pritarus, užsieniečiams, neteisėtai kirtusiems Lietuvos Respublikos valstybės sieną, vadovaujantis valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo sprendimais suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos apmokėtos PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšomis, o šios lėšos turi būti kompensuotos (atkurtos) Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto (rezervo) ar kitomis lėšomis. Atsižvelgiant į Europos Komisijos ir Valstybės sienos apsaugos tarnybos prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos 2021 m. rugsėjo 28 d. pasirašytą „Skubus atsakas į neproporcingą trečiųjų šalių piliečių antplūdį į Lietuvą iš Baltarusijos“ finansavimo sutartį Nr. HOME/2021/AMIF/AG/EMAS/TF1/LT/0002 (su visais pakeitimais ir papildymais), planuojama 2021 m. liepos–2022 m. gegužės mėnesiais PSDF biudžeto rezervo išlaidas kompensuoti didžiąja dalimi Europos Komisijos skirtomis lėšomis.

⁴⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-997 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių teikimas atnaujinamas, apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2021 m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-1344, 2021 m. spalio 14 d. įsakymas Nr. V-2294, 2021 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-3006.

⁴⁶ Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos operacijų vadovo 2021 m. liepos 11 d. sprendimas Nr. 10V-4 „Dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo užsieniečiams“; Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro–valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2021 m. rugpjūčio 4 d. sprendimas Nr. 10V-24 „Dėl Užsieniečių, neteisėtai kirtusių Lietuvos Respublikos valstybės sieną, pirminio ir pakartotinio sveikatos būklės vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

INFORMACIJA APIE ASIGNAVIMŲ, SKIRTŲ PROGRAMAI ĮGYVENDINTI, PANAUDOJIMĄ

1 lentelė. Strateginį tikslą įgyvendinančios programos ir Lietuvos Respublikos atitinkamų metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatyme patvirtintų asignavimų panaudojimas

Programos kodas	Programos pavadinimas	Asignavimų panaudojimas (tūkst. Eur)			
		Asignavimų planas	Asignavimų planas*, įskaitant patikslinimus ataskaitiniam laikotarpiui	Panaudota Asignavimų***	Panaudota asignavimų nuo asignavimų, nurodytų asignavimų plane, įskaitant patikslinimus ataskaitiniam laikotarpiui, dalis (proc.)**
1	2	3	4	5	6
04.001	Sveikatos draudimo sistemos plėtojimas (valstybės biudžeto lėšos)	904 351,0	941 524,0	941 524,0***	100***
<i>Iš jų ES ir kita tarptautinė finansinė parama</i>		–	–	–	–
PSDF		1 573 818,0	1 645 664,0	1 455 458,0***	88***
Iš viso		2 478 169,0	2 587 188,0	2 396 982,0***	93***

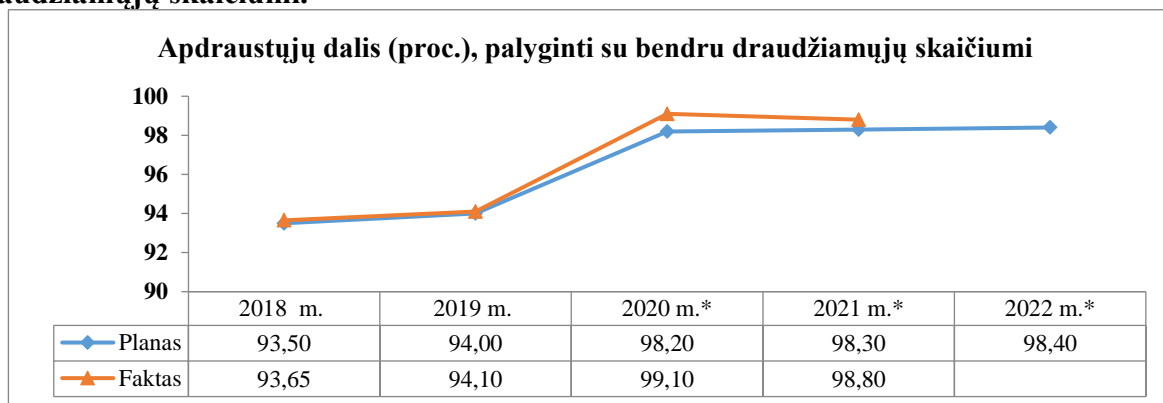
* Jeigu asignavimų plane, įskaitant patikslinimus ataskaitiniam laikotarpiui, asignavimai didėja ar mažėja daugiau nei 5 proc. lyginant su asignavimais, nurodytais asignavimų plane, to priežastys trumpai paaiškinamos po lentele. Paaiškinimai pateikiami dėl patikslintų asignavimų programos lygiu.

** Jeigu asignavimų panaudojimo procento nuokrypiai viršija 10 proc., jie ir jų priežastys trumpai paaiškinami po lentele.

*** Pateikta preliminarini faktinė 2021 m. PSDF biudžeto išlaidų suma, neįvertinus 2021 m. skirtų PSDF biudžeto rezervo lėšų panaudojimo.

INFORMACIJA APIE STRATEGINIO TIKSLO PAŽANGAI MATUOTI NUSTATYTŲ EFEKTO VERTINIMO KRITERIJŲ PLANUOTAS IR PASIEKTAS REIKŠMES

1 efekto vertinimo kriterijus: apdraustųjų dalis (proc.), palyginti su bendru draudžiamųjų skaičiumi.



*Pastaba: 2020 m. buvo pakeista šio rodiklio reikšmės skaičiavimo tvarka.

Vertinimo kriterijus parodo, kaip keičiasi apdraustųjų dalis, palyginti su bendru draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu skaičiumi. Siekiama, kad apdraustųjų skaičius didėtų, t. y. kad, įgyvendinant Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymą, kuo daugiau asmenų būtų apdrausta privalomuoju sveikatos draudimu ir, įvykus draudiminiam įvykiui, galėtų gauti PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas.

Organizacinėmis, teisinėmis, informacinių technologijų ir visuomenės informavimo priemonėmis didinant apdraustųjų skaičių, efekto vertinimo kriterijaus reikšmė kasmet nuosekliai didėja: 2018 m. ji sudarė 93,65 proc., 2019 m. – 94,1 proc., 2020 m. – 99,1 proc. Išskyrus 2021 m. kai reikšmė nežymiai sumažėjo ir sudarė 98,8 procento. Tačiau 2021 m. nustatyta apdraustųjų

ir draudžiamųjų santykių parodančio kriterijaus siektina reikšmė (98,3 proc.) buvo viršyta 0,5 procento.

Prie didėjančios apdraustųjų aprėpties prisidėjo veiksmingesnis visuomenės informavimas apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą. Visuomenei informuoti ligonių kasos naudojami įvairiomis visuomenės informavimo priemonėmis ir informacijos viešinimo kanalais: interneto svetaine, socialiniais tinklais, žiniasklaida, socialine reklama, leidiniais ir kt. 2021 m. balandžio mėn. pradėjo veikti nauja ligonių kasų interneto svetainė www.ligoniukasa.lrv.lt. Šioje svetainėje lankytojams pateikiama išsami informacija apie privalomąjį sveikatos draudimą ir visus su juo susijusius klausimus. Naujoji interneto svetainė veikia portale „Mano Vyriausybė“. Ji sukurta VLK ir penkių TLK – Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio – interneto svetainių pagrindu. Visa informacija apie ligonių kasų veiklą pateikiama viename interneto tinklalapyje. Šioje svetainėje pateikiama suprantama, aiški, kokybiška, patikima, saugi informacija, ji greitai surandama ir lengvai prieinama. Nuo 2021 m. rugsėjo mėn. ši svetainė ėmė veikti ir anglų kalba. 2021 m. ligonių kasų interneto svetainėje www.ligoniukasa.lrv.lt buvo paskelbta 217 šviečiamojo pobūdžio pranešimų lietuvių kalba, ir 76 pranešimai anglų kalba apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą, paslaugas, apmokamas iš PSDF, ESDK, prevencines programas, medicininę reabilitaciją ir kt. Apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamas galimybes buvo sukurta ir paskelbta 21 trumpas filmukas bei 11 infografikų. Siekiant informuoti jaunimą apie privalomojo sveikatos draudimo naudą, ligonių kasų socialinė reklama buvo atspausdinta ant sąsiuvinių viršelių (tiražas – 100 000 vnt.), kurie skirti vyresniųjų klasių moksleiviams (9–12 kl.).

Tai pat vykdomas tęstinis projektas „Žinoti sveika“, pagal šį projektą sukurti vaizdo įrašai viešinami ne tik daugelyje Lietuvos ASPI, ligonių kasų interneto svetainėje, bet ir socialinėse paskyrose, transliuojami TLK gyventojų aptarnavimo skyrių, vaistinių ekranuose ir kt. Per metus į šio projekto vykdymą buvo įtraukta per 100 naujų įstaigų.

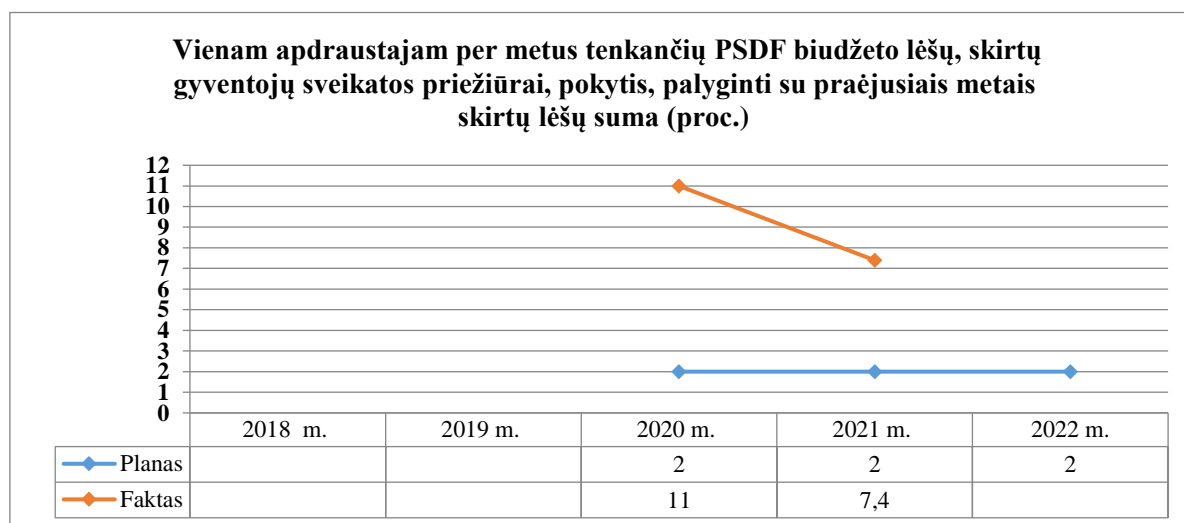
Siekiant matuoti ir vertinti visuomenės informuotumą bei pasitikėjimą privalomojo sveikatos draudimo sistema ir ligonių kasomis bei įvertinti kitus rodiklius, susijusius su ligonių kasų veikla, buvo atlikti ir paviešinti 2 visuomenės nuomonės tyrimai. *Šalies gyventojų informuotumo ir pasitikėjimo PSD sistema bei ligonių kasomis sociologinis tyrimas*⁴⁷ parodė, kad daugiau nei pusė Lietuvos gyventojų (62 proc.) yra gerai informuoti apie šalyje veikiančią privalomojo sveikatos draudimo sistemą ir pasitiki ligonių kasomis. 69 proc. apklaustųjų teigė girdėję apie galimybę sužinoti, kiek kainavo jų gydymas, ir gauti tų duomenų suvestinę. Be to, tyrimas parodė, kad per penkerius pastaruosius metus pasitikėjimas ligonių kasomis išaugo apie 15 procentų. *Šalies gyventojų informuotumo ir išitraukimo į ligų prevencijos programas sociologinis tyrimas*⁴⁸ parodė, kad net 8 iš 10 Lietuvos gyventojų (arba 83 proc.) yra girdėję apie ligonių kasų finansuojamas prevencines programas, pusė apklaustųjų kurioje nors iš jų yra dalyvavę. Geriausiai žinomos yra gimdos kaklelio ir krūties vėžio prevencinės programos (žino 65 proc. apklaustųjų). 60 proc. respondentų teigė girdėję apie širdies ir kraujagyslių ligų, 59 proc. – priešinės liaukos (prostatos) vėžio, 58 proc. – storosios žarnos vėžio prevencinę programą.

Organizacinėmis, teisinėmis, informacinių technologijų ir visuomenės informavimo priemonėmis didinant apdraustųjų 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.

⁴⁷https://ligoniukasa.lrv.lt/uploads/ligoniukasa/documents/files/Ataskaita%20-%20VLK%20PSD%20202107_su%20palyginimais.pdf

⁴⁸ https://ligoniukasa.lrv.lt/uploads/ligoniukasa/documents/files/Ataskaita%20-%20VLK%20Prevencija%20202107_su%20palyginimais.pdf

2 efekto vertinimo kriterijus: vienam apdraustajam per metus tenkančių PSDF biudžeto lėšų, skirtų gyventojų sveikatos priežiūrai, pokytis, palyginti su praėjusiais metais skirtų lėšų suma (procentais).



Efekto kriterijus (E-04-02) pasirinktas kaip sveikatos priežiūros kompensavimo užtikrinimo rodiklis. Siekiama, kad šio kriterijaus reikšmė didėtų. Lietuvoje turi būti didinama Lietuvos valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai dalis. Ji šiuo metu yra viena mažiausių Europos Sąjungoje (Lietuvoje valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai sudaro apie 70 proc. visų išlaidų sveikatai, o Pasaulio sveikatos organizacija rekomenduoja, kad ši dalis turėtų sudaryti apie 80 proc.). Didėjančios gyventojų sveikatos priežiūrai skiriamos lėšos padeda užtikrinti ne tik prieinamų, saugių, kokybiškų valstybės kompensuojamų paslaugų teikimą, bet ir sveikatos priežiūros finansinį tvarumą: sveikatos priežiūros teikėjai laiku gauna nepertraukiamą apmokėjimą, teisingą darbo sąnaudas ir kvalifikaciją atitinkantį atlygį. 2021 m. preliminariais duomenimis, palyginti su 2019 m. faktiniais duomenimis, PSDF biudžeto lėšų dalis, tenkanti vieno apdraustojo sveikatos priežiūrai, sudarė 794 Eur (pagal 2020 m. atitinkamus faktinius duomenis – 739 Eur). Šis pokytis (preliminariais duomenimis) – 3,7 karto didesnis, nei buvo planuota. Labiausiai (apie 45 proc.), palyginti su 2020 m., 2021 m. padidėjo PSDF biudžeto išlaidų medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui dalis.

Direktorius

Gintaras Kacevičius