

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TARYBA

POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2016-07-14 Nr. DT-5

Vilnius

DARBOTVARKĖ:

1. Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo pakeitimo.
2. Dėl Lietuvos Respublikos 2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio.
3. Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“, išdėstymo nauja redakcija.

1. SVARSTYTA. Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo pakeitimo.

Pranešėjas Tomas Alonderis, SAM Farmacijos departamento Farmaekonomikos ir vaistų kainodaros skyriaus vedėjas, Ligu, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos narys, pristatė Ligu, vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo komisijos 2016 m. birželio 20 d., birželio 30 d. bei liepos 4 d. posėdžiuose priimtus sprendimus dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo pakeitimo. T. Alonderis informavo, kad įtraukus vaistinius preparatus *Ranibizumab*, *Aflibercept*, *Bevacizumab*, *Aflibercept*, *Obinutuzumab* į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą, metinės prognozuojamos PSDF biudžeto išlaidos didėtų 3,823 mln. eurų. Į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą įrašius vaistinį preparatą *Radžio Ra 223 dichloridą*, metinės prognozuojamos PSDF biudžeto išlaidos nedidės, nes vaisto gamintojas centralizuotiems pirkimams teiks tokią natūrinę nuolaidą, kad gydymo šiuo vaistiniu preparatu kaina būtų nedidesnė, nei šiuo metu kompensuojamų vaistų, skirtų prostatos vėžiui gydyti, kaina.

Tarybos nariai vienbalsiai pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA.

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

1.1. iš Rezervinio vaistų sąrašo įrašyti į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą 5 vaistinius preparatus (papildyti šį sąrašą 1.28, 1.29, 1.30 ir 1.31 papunkčiais):

1.28	Antineovaskulia rizuojantys vaistiniai preparatai geltonosios dėmės paburkimams,	Ranibizumab	H34.1–H34.9	Gydymą pradėti ir tęsti gali tik gydytojas oftalmologas, turintis gydymo šiuo vaistiniu preparatu	ASPI, turinti licenciją teikti III lygio stacionarines oftalmologijos paslaugas	150 – 200
------	--	-------------	-------------	---	---	-----------

	atsiradusiems dėl centrinės tinklainės venos okliuzijos, gydyti			patirties. Šis vaistinis preparatas skiriamas regos sutrikimui dėl geltonosios dėmės paburkimo, kurį sukėlė centrinės tinklainės venos nepraeinamumas, kai regėjimo aštrumas $\leq 0,5$. Vienam ligos atvejui kasmet tenka vidutiniškai 6 injekcijos		
1.29	Monokloniniai antikūnai gimdos kaklelio vėžiui gydyti	Bevacizumab	C53	Gydymą pradėti ir tęsti gali tik gydytojas onkologas chemoterapeutas, turintis gydymo šiuo vaistiniu preparatu patirties. Šis vaistinis preparatas skiriamas kartu su paklitakseliu ir cisplatina arba paklitakseliu ir topotekanu suaugusioms pacientėms, kurioms nustatyta persistuojanti, recidyvavusi ar metastazavusi gimdos kaklelio karcinoma	ASPI, turinti licenciją teikti II lygio stacionarines onkologijos chemoterapijos paslaugas	70
1.30	Antinavikiniai vaistiniai preparatai metastazavusiam gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžiui gydyti	Aflibercept	C18 – C20	Gydymą pradėti ir tęsti gali tik gydytojas onkologas chemoterapeutas, turintis gydymo šiuo vaistiniu preparatu patirties. Šis vaistinis preparatas	ASPI, turinti licenciją teikti II lygio stacionarines onkologijos chemoterapijos paslaugas	40–60

				skiriamas antraeiliam gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžiui gydyti su FOLFIRI po gydymo oksaliplatinos režimu, jei pagal ECOG funkcinės būklės įvertinimą būtų nuo 0 iki 1		
1.31	Monokloniniai antikūnai lėtinei limfocitinei leukemijai gydyti	Obinutuzumab	C91.1	Gydymą pradėti ir tęsti gali tik gydytojas hematologas, turintis gydymo šiuo vaistiniu preparatu patirties. Šis vaistinis preparatas skiriamas negydytiems pacientams, kurie dėl gretutinių ligų negali būti gydomi <i>Fludarabinu</i>	ASPI, turinti licenciją teikti III lygio stacionarines hematologijos paslaugas	43–63

1.2. įrašyti į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą 1 vaistinį preparatą (papildyti šį sąrašą 1.32 papunkčiu):

1.32	Gydomieji radiofarmaciniai preparatai priešinės liaukos (prostatos) vėžiui gydyti	Radžio Ra 223 dichloridas	C61	Gydymą pradėti ir tęsti gali tik gydytojas onkologas radioterapeutas, turintis gydymo šiuo vaistiniu preparatu patirties. Šis vaistinis preparatas skiriamas kastracijai atsparaus priešinės liaukos vėžio gydymui pacientams, kuriems yra simptominių kaulų metastazių,	ASPI, teikianti branduolinės medicinos paslaugas ir turinti Radiacinės saugos centro leidimą atlikti branduolinės medicinos terapines procedūras vaistu, kuris turi alfa spindulio Ra 223, vadovaujantis Lietuvos higienos normos HN77:2002 Radiacinė sauga branduolinėje	62–89
------	---	---------------------------	-----	--	---	-------

				nėra žinomų vidaus organų metastazių ir yra kontraindikacijų chemoterapijai	medicinoje reikalavimais	
--	--	--	--	--	---------------------------------	--

2. Pavesti VLK užtikrinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimą šio nutarimo 1.30, 1.31 ir 1.32 papunkčiuose nurodytais vaistiniais preparatais nuo 2016 m. lapkričio 1 d.

2. SVARSTYTA. Dėl Lietuvos Respublikos 2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio.

Pranešėja V. Dagilytė, VLK Biudžeto planavimo skyriaus vedėja, laikinai vykdanči Ekonomikos departamento direktoriaus funkcijas, pristatė informaciją apie Lietuvos Respublikos 2015 metų Privalomojo draudimo fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinį. Aptarė PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų vykdymą, pateikė informaciją apie PSDF biudžeto rezervą bei pagrindines PSDF išlaidų sritis. 2015 m. PSDF biudžetą sudarė iš viso beveik 1,4 mlrd. eurų. Didžiąją pajamų dalį – apie 947,6 mln. eurų (t. y. apie 68 proc. visų pajamų) – sudarė mokesčių mokėtojų, t. y. draudėjų ir apdraustųjų mokamos privalomojo sveikatos draudimo (PSD) įmokos, kurias 2015 m. rinko „Sodra“ ir Valstybinė mokesčių inspekcija. Pernai jų į PSDF biudžetą buvo pervesta 72 mln. eurų daugiau nei 2014 metais. Pasak V. Dagilytės, 2015 m. augo ir valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis. Šios įmokos sudarė daugiau nei 401 mln. eurų (palyginti su 2014 m., metinė įmoka už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį padidėjo 5 proc. ir sudarė 244,60 euro).

Antroje vietoje pagal PSDF biudžeto išlaidų dydį – kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos priemonės (MPP). 2015 m. išduotų kompensuojamųjų vaistų ir MPP suma iš viso sudarė 213 mln. eurų, iš jų inovacinių vaistų išduota už 8 mln. eurų. Praėjusiais metais kompensuojamuosius vaistus ir MPP vartojo apie 1,16 mln. pacientų, t. y. apie 40 proc. visų Lietuvos gyventojų. Nemaža dalis PSDF lėšų panaudota prevencinių ir kitų sveikatos programų vykdymui. 2015 m. išlaidos sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo reikmėms siekė 69,5 mln. eurų.

Pasisakė Tarybos nariai: J. Kumpienė, J. Pundzius, L. Labanauskas, S. Gendvilis.

S. Gendvilis pasiteiravo dėl Rusijos kariškių pensininkų ir jų šeimos narių, nuolat gyvenančių Lietuvos Respublikoje, privalomojo sveikatos draudimo Lietuvoje.

V. Dagilytė atsakė, kad Rusijos Federacijos mokama įmoka už vieno iš tokių asmenų sveikatos priežiūros finansavimą yra tokia pati, kaip ir metinė Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmoka, mokama už vieną draudžiamąjį valstybės lėšomis. Didėjant Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokai, Rusijos Federacijos pervedama sumataip pat didėja.

J. Zinkevičiūtė teiravosi apie odontologijos paslaugų kainų skirtumus privačiose gydymo įstaigose ir poliklinikose. Kaip pavyzdį paminėjo, kad ta pati dantų gydymo paslauga odontologijos klinikoje „Denticija“ kainuoja 400 eurų, o poliklinikoje – 9 eurai.

V. Zaksas atsakė, kad Sveikatos sistemos įstatymu nustatyta, kad gydymo įstaigos, nepriklausančios Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai (toliau – LNSS), pačios nustato paslaugų kainas. Teigė, kad kalbant apie odontologinę pagalbą, pirmiausia reikėtų kalbėti apie pirminę odontologinę sveikatos priežiūrą. Kiekvieno prirašyto Lietuvos vaiko pirminei odontologinei priežiūrai kasmet skiriama apie 13,5 Eur, o suaugusiojo apie 11 Eurų. Iš viso pirminei odontologinei priežiūrai išleidžiama apie 31,5 mln. Eur. SAM ministro įsakymas nustato pirminės odontologinės pagalbos apimtį. Tai tokios paslaugos, kaip dantų rovimas ir nesudėtingas gydymas, tačiau už medžiagas (išskyrus vaikus), moka patys pacientai. Pasak V. Zaksos, bent jau odontologo darbas apdraustiems PSD asmenims, kurie kreipiasi į LNSS įstaigas, turėtų būti nemokamas. Iki šiol buvo patvirtintos kelios skirtingos specialistų-odontologų paslaugos (ortodontų, veido žandikaulio chirurgų konsultacijos ir t. t.), tačiau gydytojo odontologo konsultacijos sąrašė nebuvo. Šiuo metu SAM pateiktas projektas, kuriuo bus įteisinta gydytojo odontologo konsultacija.

V. Zaksas paminėjo, kad dantų protezavimas šiuo metu vykdomas pagal socialines grupes. Už dantų protezavimą PSDF lėšomis apmokama vaikams, pensininkams ir neįgaliesiems asmenims. Už paslaugas mokama tik iki tam tikros sumos, kuri nustatyta sveikatos apsaugos ministro įsakymu. Už implantavimą arba brangesnes medžiagas pacientui tenka primokėti. V. Zaksas atkreipė dėmesį, kad Lietuvoje trūksta specialistų. Daugelis specialistų nenori dirbti su įvairiomis socialinėmis grupėmis nustatytomis kainomis. Įvairiose šalyse yra labai skirtingi draudimai dėl odontologinės pagalbos: kai kuriose šalyse yra tik privatus draudimas arba draudimas dėl tam tikrų susirgimų, dar kitose šalyse yra atskiri draudimai dėl odontologinių ligų.

Tarybos nariai vienbalsiai pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA.

Pritarti Lietuvos Respublikos 2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkiniui.

3. SVARSTYTA. 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“ (nauja redakcija).

Pranešėja Žadvilė Abeliėnė, VLK direktoriaus pavaduotoja, pristatė Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (toliau – Aprašas), pakeitimą.

Ž. Abeliėnė paminėjo, kad Aprašu sveikatos apsaugos ministras įgyvendina Sveikatos draudimo įstatymo 26 straipsnio 2 dalyje įtvirtintą pareigą nustatyti teritorinių ligonių kasų ir įstaigų sutarčių sudarymo tvarką. Aprašas reguliuoja tik sutarčių sudarymo procedūrą ir nenustato jokių naujų sutarčių sudarymo ar nesudarymo sąlygų.

Ž. Abeliėnė paminėjo, kad Aprašo pristatymo metu bus paminėtos tik svarbiausios naujovės sutarčių sudarymo procese ir informavo apie supaprastintą įstaigoms dokumentų pateikimą, pratęstą terminą šiems dokumentams pateikti, taip pat apie įtvirtintą galimybę ne tik pateikti dokumentus, bet ir derėtis elektroninių ryšių priemonėmis. Informavo, kokios nuostatos, prieštaraujančios įstatymams, naikinamos Apraše. Paminėjo apie tai, kad teritorinės ligonių kasos siunčia sutarties projektus, parengtus pagal VLK direktoriaus įsakymu patvirtintas Standartines sutarties sąlygas, taip pat, kad Apraše tiksliai apibrėžtas sutarties įsigaliojimo momentas bei atkreipė dėmesį į tai, kad į Aprašą įtraukiamas visiškai naujas skyrius, kuriame įtvirtinamas sutarčių pratęsimas, galiojimo sustabdymas, galiojimo sustabdymo panaikinimas ir sutarčių nutraukimas.

Pasisakė Tarybos nariai: J. Kumpienė, J. Pundzius, L. Labanauskas, S. Gendvilis.

J. Kumpienė pasiteiravo, ar Apraše liko nuostata, jog derybų metu asmens sveikatos priežiūros įstaigoms mokama ne daugiau kaip 50 proc. 1/2 praėjusių metų sutartinės metinės lėšų sumos.

Ž. Abeliėnė atsakė, kad pagal Aprašo IV skyriaus 19 p. praėjusių kalendorinių metų sutartis gali būti pratęsiama ir pratęsimo laikotarpiu už apdraustiesiems suteiktas kompensuojamąsias paslaugas mokama ne daugiau kaip 1/12 praėjusių metų pradinės sutarties metinės lėšų sumos.

J. Kumpienė paprašė argumentuoti, ar tikslinga atsisakyti tos nuostatos, kuria išbraukiama 50 proc. sumažintos 1/12 praėjusių metų sutartinės lėšų sumos, jeigu iki tam tikro laiko nepasirašoma nauja sutartis.

Ž. Abeliėnė atsakė, kad tikslinga atsisakyti sutarties derybų metu mokamos 50 proc. 1/12 sutartinės metinės lėšų sumos, kadangi įstaiga pratęsimo laikotarpiu teikia tas pačias paslaugas tomis pačiomis teisės aktų nustatytomis sąlygomis ir todėl įstaigai neturėtų būti 50 proc. sumažinamas apmokėjimas už jas.

Pasak SAM viceministrės J. Sabalienės, kartais kai kurios gydymo įstaigos atsisako teikti paslaugas arba praranda licencijas. Gali būti, kad kitais metais gydymo įstaiga teks žymiai mažiau paslaugų arba kitokio profilio paslaugas ir pagal paslaugų apimtį, ir pagal bazines kainas. Iškelė

klausimą, kaip bus tada, jeigu sutartis nesudaroma, tačiau įstaigai ir toliau mokama 1/12 praėjusių metų sutartinės metinės lėšų sumos. Gydomo įstaigos faktinės pajamos gali būti mažesnės negu buvo praėjusiais metais. Teiravosi, ar nebus prarasti pinigai, jeigu gydymo įstaiga nepasirašys sutarties su TLK, ar tokia įstaiga galės gauti finansavimą – 1/12 praėjusių metų pradinės sutarties metinės lėšų sumos.

Ž. Abalienė pažymėjo, kad pirmiausia sutartys pratęsimos, tik toms įstaigoms, kurios pateikė prašymus sudaryti sutartį ateinantiems kalendoriniams metams ir sutartys pratęsimos atsižvelgiant į teisės aktų reikalavimus bei pateiktus prašymus. O sutarties pratęsimas visada turi terminą, kuriam pasibaigus baigiasi derybos su gydymo įstaiga. Jeigu sudaroma nauja sutartis – sutarties pratęsimas baigiasi. Sutarties pratęsimas taip pat baigiasi, jeigu su gydymo įstaiga nauja sutartis nesudaroma.

J. Pundzius pasiūlė derybų metu, kol bus sudaryta nauja sutartis, sudaryti preliminarią sutartį. Preliminarioje sutartyje būtų nurodyta kompensuoti 1/12 praėjusių metų sutartinės metinės lėšų sumos, tačiau paskui būtų suskaičiuojama, kiek paslaugų buvo suteikta, neviršijant sutarties reikalavimų. Preliminarioje sutartyje abi šalys galėtų susitarti dėl konkretaus derybų termino. Ž. Abalienė atsakė, kad didėtų administracinė našta tiek teritorinėms ligonių kasoms, tiek įstaigoms, nes būtų sudaromos net trys sutartys, kurios turėtų derėti tarpusavyje.

Pasak L. Labanausko, yra gydymo įstaigų, kurios pasirašo sutartis su visomis teritorinėmis ligonių kasomis ir pasiteiravo, ar sutartis bus laikoma pasirašyta, jeigu gydymo įstaiga su keturiomis pasirašė, o su viena teritorine ligonių kasa sutarties nepasirašo.

Ž. Abalienė atsakė, kad tuomet ir bus laikoma, kad įstaiga nėra sudariusi sutarties su konkrečia viena teritorine ligonių kasa ir įstaiga negalės gauti kompensavimo už suteiktas paslaugas tiems apdraustiesiems, kurie yra prisirašę prie įstaigų, esančių tos teritorinės ligonių kasos veiklos zonoje.

R. Mažeika pažymėjo, kad teisės aktų reikalavimai turi būti taikomi vienodai visoje Lietuvoje ir visos teritorinės ligonių kasos privalo jais vadovautis. Kaip pavyzdį paminėjo Vyriausybės nutarimu patvirtintus paslaugų apmokėjimo kriterijus ir kaip konkretų pavyzdį pateikė akušerijos paslaugas. Jeigu suskaičiuojama, kad ligoninėje yra mažesnis rodiklis, negu nustatyta Vyriausybės nutarimu, tai visos teritorinės ligonių kasos nesudarys sutarties dėl šių paslaugų teikimo.

Atsižvelgdamas į 2016 m. liepos 13 d. gautą Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos, Lietuvos ligoninių asociacijos, Nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos kreipimąsi dėl Aprašo 23 punkto, J. Pundzius pasiūlė šį punktą formuluoti nurodant, kad sutartis be raštiško teritorinės ligonių kasos įspėjimo dėl atitinkamų kompensuojamųjų paslaugų teikimo gali būti nutraukta, jeigu gydymo įstaiga nevykdo įsipareigojimo sutartyje teikti kompensuojamąsias paslaugas, išbraukiant žodžius – „nustatytomis sąlygomis“.

S. Gendvilis atkreipė dėmesį, kad, atsižvelgus į teisėkūros principus, rengiant Aprašą galima buvo įtraukti ir paslaugų teikėjus. Tada nebūtų iškilę tokių klausimų, kokie iškilo dabar. Paminėjo, kad kritikuotinas atskiros deklaracijos / pasižadėjimo pagrįstumas, nes ji yra perteklinė. Įstaigos vadovas pasirašo sutartį, kurioje yra nustatytos visos sąlygos.

Ž. Abalienė dėl to, kad deklaracija /pasižadėjimas yra perteklinė, paaiškino, kad sutartis kalendoriniams metams sudaroma tik patvirtinus PSDF biudžetą, o tai visada būna einamųjų metų pavasariį, tuo tarpu prašymus sudaryti sutartį ateinantiems kalendoriniams metams pateikia iki lapkričio 1 d. Tad yra svarbu paimti pasižadėjimą anksčiau nei sudaryta sutartis, kad įstaiga susipažintų su paslaugų teikimo reikalavimais, kad užtikrintų privalomą skaičių specialistų bei žinotų kokius įsipareigojimus ji privalės vykdyti jau sudarius sutartį.

Ž. Abalienė pritarė, kad Aprašo 23 punkto nuostata gali būti skaitoma dviprasmiškai, todėl sutiko ją tikslinti nustatant, kad sutartis be raštiško teritorinės ligonių kasos įspėjimo gali būti nutraukta, jeigu gydymo įstaiga iš esmės nevykdo įsipareigojimo sutartyje teikti kompensuojamąsias paslaugas, o ne kitaip, kaip buvo suprasta, kad nevykdo šio įsipareigojimo *nustatytomis sąlygomis*. Iš 23 punkto formuluotės turi būti išbraukti žodžiai „nustatytomis sąlygomis“. Tikslintina nuostata bus taikoma tuomet, kai įstaiga, sudariusi sutartį su teritorine

ligonių kasa dėl paslaugų, kurių išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, iš viso šių paslaugų neteikia, tai yra nevykdo pagrindinio sutart.

J. Pundzius paprašė pakoreguotą Aprašą suderinti su socialiniais partneriais, visuomeninėmis organizacijomis, PSDT nariais ir paskelbti viešai. Pasiūlė Aprašui iš esmės pritarti.

Tarybos nariai vienbalsiai pritarė nutarimo projektui.

Privalomojo sveikatos draudimo
tarybos pirmininkė

Janina Kumpienė

Privalomojo sveikatos draudimo
tarybos sekretorė

Ramunė Dumbravienė