

# VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

## 2016 METŲ VEIKLOS ATASKAITA

2017-02-01

Vilnius

### I. STRATEGINIŲ POKYČIŲ ĮGYVENDINIMAS

#### **Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir sveikatos apsaugos ministro veiklos prioritetų įgyvendinimas**

Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – LRV) 2015 m. spalio 14 d. nutarimu Nr. 1087 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2016 metų veiklos prioritetų“ buvo patvirtinti LRV 2016 m. veiklos prioritetai ir jų įgyvendinimo pažangos lentelė. Prioritetų ir priemonių, už kurių įgyvendinimą 2016 metais tiesiogiai būtų atsakinga Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK), nebuvo numatyta.

Tačiau VLK, vykdydama jai pavestas funkcijas ir Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) strateginiame veiklos plane numatyto 4 strateginio tikslo „Užtikrinti nemokamą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo kompensuojamą sveikatos priežiūrą“ įgyvendinimo programą „Sveikatos draudimo sistemos plėtojimas“ (toliau – Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programa), netiesiogiai įgyvendino ketvirto LRV veiklos prioriteto „Švietimo, mokslo, kultūros ir sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo didinimas, viešojo saugumo stiprinimas“ (4.3 prioritentinė kryptis: sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo didinimas) nuostatas.

Vykdamas Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programą buvo įgyvendinamas **SAM strateginio veiklos plano 2.3 prioritetas „Sveikatos priežiūros finansavimo tobulinimas“:**

„2.3.3. Tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimą Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, plėtojant prieinamų ekonomiškai efektyvių sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei atsisakant perteklinių ir nepagrįstų stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų, skatinant šeimos gydytojus už kokybiškai atliktą darbą.“

Įgyvendinant šią priemonę, nuo 2016 m. sausio 1 d.:

- buvo pradėta mokėti už naujas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) skatinamąsias paslaugas – asmenų, priskiriamų rizikos grupei, skiepijimą gripo vakcina; A grupės beta hemolizinio streptokoko antigeno nustatymo greitojo testo atlikimą 2–7 metų vaikams, susirgusiems viršutinių kvėpavimo takų infekcinėmis ligomis; asmenų, kuriems taikomas pakaitinis gydymas metadonu, priežiūrą;

- buvo pradėta mokėti už naujas asmens sveikatos priežiūros (toliau – ASP) paslaugas, teikiamas gydytojo specialisto ir slaugytojo, t. y. gydytojo kardiologo ir slaugytojo konsultaciją, į kurią yra įtrauktas ir paciento, sergančio širdies nepakankamumu, mokymas, bei priklausomybės ligų gydymo paslaugas;

- buvo sumažintas maksimalus galimas psichologo aptarnaujamų gyventojų skaičius (nuo 40 tūkst. iki 20 tūkstančių). Taip pat buvo padidinta vieno gyventojų pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina;

- buvo pradėta papildomai mokėti atsižvelgiant į naują greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) gerų darbo rezultatų rodiklį – GMP darbo intensyvumą. Taip pat papildomai pradėta mokėti už GMP brigadų atliekamą pacientų pervežimą (išskyrus pervežimus iš ASP įstaigų) į perkutaninės koronarinės intervencijos (toliau – PKI) centrus dėl ūminio miokardo infarkto, esant ST segmento pakilimui, arba insulto gydymo centrus dėl ūminio galvos smegenų insulto, kai nuo iškviatimo vietos iki PKI centro arba insulto gydymo centro yra daugiau nei 50 km;

- buvo pradėta papildomai mokėti atsižvelgiant į naują šeimos gydytojų gerų darbo rezultatų rodiklį – Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos vykdymą.

Įgyvendinant šią priemonę, 2016 m. taip pat buvo plėtojamos ekonomiškai efektyvios ASP paslaugos – pradėtos teikti toliau nurodytos naujos specializuotos ambulatorinės paslaugos:

nuo 2016 m. balandžio 1 d.:

- PSDF biudžeto lėšomis pradėtos teikti gydytojo vaikų odontologo išplėstinės konsultacijos;

- PSDF biudžeto lėšomis pradėtos teikti gydytojo radiologo konsultacijos, kai atliekamas scintigrafijos tyrimas;

nuo 2016 m. gegužės 1 d.:

- PSDF biudžeto lėšomis pradėtos teikti gydytojo radiologo konsultacijos, kai atliekamas scintigrafijos tyrimas, naudojant radiofarmakologinį preparatą, bei radiologo ir onkologo radioterapeuto konsultacijos, kai taikomas gydymas radiofarmakologiniu preparatu;

- PSDF biudžeto lėšomis buvo pradėta mokėti už sporto medicinos gydytojo konsultacijas.

Nuo 2016 m. spalio 3 d. pradėtos teikti gydytojo pulmonologo arba vaikų pulmonologo konsultacijos, kai atliekami bakteriologiniai tuberkuliozės tyrimai (tarp jų – ir pasėlio skystoje BACTEC MIGT terpėje tyrimas).

2016 m., atsisakant perteklinių ir nepagrįstų stacionarių ASP paslaugų, buvo plėtojamos dienos stacionaro paslaugos:

- nuo 2016 m. gegužės 1 d. PSDF biudžeto lėšomis buvo pradėta teikti nauja oftalmologijos dienos stacionaro paslauga;

- nuo 2016 m. liepos 1 d. buvo pradėta teikti nauja dienos stacionaro paslauga – vaikų hematologijos, kai atliekama kraujo komponentų transfuzija, paslauga.

Taip pat 2016 m. rugpjūčio mėn. buvo patvirtinta nauja skatinamoji paslauga – sergančio tuberkulioze asmens išgydymo paslauga (už šią paslaugą pradedama mokėti nuo 2017 m. sausio 1 d.). Už minėtą paslaugą bus mokama tuo atveju, jei bakteriologinių tyrimų (mikroskopijos, pasėlio), atliekamų dviem paskutiniais gydymo kurso mėnesiais, o dauginio atsparumo vaistams tuberkuliozės atveju – paskutiniais trimis mėnesiais, rezultatai bus neigiami (t. y. jei pacientas nebeišskirs tuberkuliozės mikobakterijų).

Nuo 2016 m. spalio 4 d. pradėjo galioti patikslinta fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo ambulatorinių konsultacijų išlaidų apmokėjimo tvarka, aiškiai įvardijanti medicininės reabilitacijos rūšis – į jas atsižvelgiama mokant už fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijas.

Be to, buvo patvirtintos naujos specializuotos ambulatorinės ASP paslaugos – gydytojo nefrologo ar gydytojo vaikų nefrologo konsultacija, kai atliekama peritonine dialize gydomų pacientų stebėseną, ir slaugos specialisto konsultacija, teikiama namuose pacientams, gydomiems peritonine dialize (įsigaliojo 2017 m. sausio 1 d.).

Eil. Nr.	Rodikliai, pagal kuriuos vertinamas prioriteto įgyvendinimas	2016 m.		
		planuota	įgyvendinta	įgyvendinta, proc.
1	Ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (vnt.)	313	330,9*	105,7**
2	Lėšų dalies, mokamos už skatinamąsias paslaugas, gerus darbo rezultatus, šeimos gydytojo darbą ir kaimo gyventojų aptarnavimą didėjimas, palyginti su lėšų dalimi, mokama už PAASP paslaugas (proc.)	27,0	27,0	100

\* Galutinius tikslius duomenis bus galima apskaičiuoti tik vasario mėnesį. Pažymėtina, kad dalis duomenų, pagal kuriuos apskaičiuojamos Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos vertinimo kriterijų reikšmės, gaunami iš privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ (toliau – informacinė sistema „Sveidra“), t. y. šie duomenys yra ASP įstaigų teikiami duomenys apie asmenis, kurie kreipėsi į šias įstaigas praėjusiais metais, jiems suteiktas paslaugas, taip pat ASP įstaigų duomenys apie panaudotas lėšas ir kt. Šiuos duomenis ASP įstaigos įveda į informacinę sistemą „Sveidra“ iki einamųjų metų vasario 1 dienos, bet iki vasario 10 dienos jie dar gali būti tikslinami. Tad pateiktos rodiklių reikšmės vėliau gali keistis.

\*\* Vertinimo kriterijaus planuota reikšmė viršyta, nes tais metais buvo pradėtos teikti naujos ekonomiškai efektyvios paslaugos – į ASP paslaugų, kurių išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, sąrašą buvo įrašytos gydytojų specialistų konsultacijos (sporto medicinos gydytojo, priklausomybės ligų gydymo, odontologijos, radiologijos, kai atliekami branduolinės medicinos tyrimai, konsultacijos, bei pulmonologo arba vaikų pulmonologo, kai atliekami bakteriologiniai tuberkuliozės tyrimai, konsultacijos) ir naujos dienos stacionaro (brachiterapijos, oftalmologijos, vaikų hematologijos) paslaugos.

### **Svarbiausi 2016 m. atlikti darbai ir pasiekti rezultatai:**

– balandžio mėn. buvo patvirtinta nauja ambulatorinių slaugos paslaugų namuose išlaidų apmokėjimo tvarka;

– įgyvendinant Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą, buvo patvirtinta ir nuo 2016 m. lapkričio 1 d. įsigaliojo nauja stacionarinė ilgalaikė (atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę) ASP paslauga, nepertraukiamai teikiama pacientams po aktyviojo stacionarinio gydymo respublikos, regiono ar rajono lygmens ASP įstaigose;

– nuo 2016 m. lapkričio 1 d. pasikeitė Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš PSDF biudžeto tvarkos aprašas. Šiame apraše nustatyta: 1) terminas, per kurį asmeniui turi būti atlikti visi dantų protezavimo darbai (3 metai); 2) terminas, kada pakartotinai gali būti suteiktos dantų protezavimo paslaugos (praėjus 3 metams nuo dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo); 3) maksimalus terminas, kuriam gali būti sustabdytas dantų protezavimas (iki 1 metų); 4) vaikų dantų protezavimo indikacijos ir technologijos, naudojamos protezuojant vaikų dantis; 5) reikalavimas, kad asmuo, kuris pakeitė deklaruotą gyvenamąją vietą, į kitos savivaldybės laukiančiųjų dantų protezavimo paslaugų sąrašą būtų įrašomas pagal vienintelį kriterijų – jo prašymo užregistravimo į PAASP įstaigos Asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą datą. Minėti pakeitimai leis sumažinti laukiančiųjų dantų protezavimo eiles;

– nuo 2016 m. sausio 1 d. pacientams, sergantiems labai retomis ligomis, gerinamas gydymo išlaidų kompensavimo prieinamumas: 1) Farmacijos įstatymu patvirtinus konkrečius ir aiškius labai retos sveikatos būklės kriterijus, VLK įgyvendina SAM Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijos priimtus sprendimus, ASP įstaigoms kompensuodama retų sveikatos būklių gydymo išlaidas pagal išduotus garantinius raštus; 2) gydytojų specialistų draugijų siūlymu, vaistai, dėl kurių į SAM Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisiją dažnai kreipiasi ASP įstaigos, buvo įrašyti į Labai retoms būklėms gydyti skirtų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą, taip siekiant trumpinti sprendimo dėl jų įsigijimo išlaidų kompensavimo garantijos suteikimo priėmimo laiką. Į minėtą sąrašą buvo įtraukti šie vaistai: antilimfocitinis imunoglobulinas, skirtas sunkios formos idiopatinei aplazinei anemijai gydyti, zidovudinas (injekcijos, geriamoji skysta forma), skirti naujagimių ir nėščiąjų žmogaus imunodeficito viruso ligos profilaktiniam gydymui, ir pazireotidas, skirtas hipofizinei Kušingo (Cushing) ligai gydyti. Tai leido minėtų vaistų įsigijimo išlaidas kompensuoti paprastesniu būdu – iš karto, kai tik gaunamas ASP įstaigos prašymas ir reikiami dokumentai, VLK išrašo garantinius raštus dėl individualių pacientų gydymo išlaidų kompensavimo. Šio prašymo neturi svarstyti SAM Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisija; 3)

SAM buvo pateikti 2 siūlymai įtraukti į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) šiuos vaistus, kurių įsigijimo išlaidos iki 2016 m. buvo kompensuojamos pagal VLK išduodamus garantinius raštus kaip vaistų, skiriamų retoms ligoms gydyti: vaistą riluzolą, skiriamą šoninei amiotrofini sklerozei gydyti, ir vaistą vigabatriną, skiriamą ypač sunkios formos vaikų epilepsijai gydyti. Nuo 2016 m. gegužės 25 d. minėti vaistai yra skiriami išrašant kompensuojamųjų vaistų receptus;

- buvo nustatytas naujas vaistų skyrimo stebėsenos rodiklis (siekiama jo reikšmė – vaikų, kuriems buvo išrašyti kompensuojamųjų antibiotikų (jų ATC kodas pagal II lygį – J01) receptai, skaičius, tenkantis 100 vaikų, prirašytų prie PAASP įstaigos, turėtų būti mažesnis nei 40 procentų), padėsiantis gydytojui įvertinti savo veiklą ir palyginti ją su kolegų veikla, taip pat ASP įstaigos administratoriams palyginti įstaigą su kitomis ASP įstaigomis. Šis rodiklis taikomas ne tik įstaigos, bet ir savivaldybės bei teritorinių ligonių kasų (toliau – TLK) veiklos zonos mastu. Pacientams yra svarbu, kad antibiotikai būtų paskirti tik infekcinių ligų gydymui, kai yra reikalingi, o nebūtų skiriami virusinių susirgimų gydymui;

- buvo patvirtinta Ortopedijos techninių priemonių (toliau – OTP), kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodika. Taip pat buvo patvirtintos naujos OTP (taip pat akių protezų ir klausos aparatų) bazinės kainos. OTP bazinės kainos buvo nustatomos ortopedijos įmonių patirtų sąnaudų, gaminant ir/ar pritaikant OTP, apskaitos principu. Skaičiuojant OTP bazines kainas, ortopedijos įmonės pateikė OTP gamybos ir pritaikymo sąnaudų suvestines, detalizuotus duomenis apie OTP medžiagų (žaliavų) sąnaudas bei detalizuotus duomenis apie OTP gamybos ir pritaikymo sąnaudas, tenkančias darbo užmokesčiui. Serijiniu būdu gaminamoms OTP bazinės kainos buvo nustatomos pirmą kartą (anksčiau buvo kompensuojamos tik pagal užsakymą gaminamos OTP). Serijiniu būdu gaminamų OTP kainos, lyginant su tų pačių tipų grupių individualiai gaminamų OTP kainomis, sumažėjo 2,16 – 3,51 karto;

- buvo vykdoma 2016 m. sutarčių dėl ASP paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis pasirašymo stebėseną – 2016 m. buvo pasirašytos 1379 sutartys, t. y. 41 sutartimi daugiau negu 2015 m.;

- buvo atnaujinta AR-DRG (angl. *Australian Refined Diagnosis Related Groups*) klasifikavimo sistema pagal 8-tąją jos versiją (2015 m.), anksčiau buvo naudojamos šios klasifikavimo sistemos 6-tąja versija (2008 m.). Kartu buvo atnaujintas Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, toliau – TLK-10-AM) ir Medicininių intervencijų klasifikacija. Kodavimo standartai buvo atnaujinti pagal jų 9-ąjį leidimą (2015 m.), iki šiol buvo naudojamos 6 leidimo (2008 m.) Kodavimo standartais. Atnaujinta AR-DRG klasifikavimo sistema, TLK-10-AM, Medicininių intervencijų klasifikacija, taip pat atnaujinti Kodavimo standartai įsigaliojo 2017 m. sausio 1 d.;

- buvo parengta VLK ir TLK (toliau kartu – ligonių kasos) lankytojų 2015 m. apklausos apie administracinių paslaugų teikimą pagal vieno langelio principą vertinimo ataskaita (2016 m. vasario 10 d., Nr. 7K-113): buvo nustatyta, kad ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų atitiktis vartotojų poreikiams siekia 97 proc., pateikti pasiūlymai dėl administracinių paslaugų teikimo optimizavimo. 2015 m. apklausoje atsakymus, kad yra labai patenkinti ar patenkinti ligonių kasų teikiamomis paslaugomis, pateikė 98,1 proc. visų respondentų;

- buvo parengtas 2017 m. PSDF biudžeto projektas. Šiam projektui pritarė Lietuvos Respublikos Seimas, priimdamas 2017 m. PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymą. Planuojamos 2017 m. PSDF biudžeto lėšos sudaro daugiau kaip 1,5 mlrd. Eur ir, palyginti su 2016 m. patvirtintu PSDF biudžetu, didėja 9,5 proc., arba 136,8 mln. Eur. Įvertinus planuojamus lėšų likučius (31,2 mln. Eur), 2017 m. PSDF biudžetas viršija 1,6 mlrd. Eur ribą;

– 2016 m. iki 1 Eur buvo atkurta ASP paslaugų bazinių kainų balo vertė (anksčiau ji buvo 0,99 Eur). Tai sudarė sąlygas daugeliui ASP įstaigų už suteiktas paslaugas gauti daugiau lėšų ir taip pagerinti savo finansinius rezultatus bei sumažinti įsiskolinimus;

– 2016 m. II pusmetį PSDF biudžeto rezervo lėšos (iš viso 30 mln. Eur pagal PSDF biudžeto 01, 03 ir 05 išlaidų straipsnius) buvo skirtos ASP paslaugų bazinėms kainoms didinti, taip siekiant ASP įstaigoms sudaryti sąlygas gauti daugiau lėšų už suteiktas ASP paslaugas ir šias lėšas naudoti jų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti. 2017 m. PSDF biudžete yra numatytos papildomos lėšos, siekiant užtikrinti šių įsipareigojimų vykdymo tęstinumą visus metus;

– visų kategorijų asmenų privalomojo sveikatos draudimo įmokų administravimas buvo perduotas vienam administratoriui – Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigoms (Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 8, 15, 18 ir 19 straipsnių pakeitimo įstatymas);

– plėtojant Baltijos šalių ligonių kasų bendradarbiavimą, 2016 m. buvo suorganizuotas trišalis Baltijos šalių ligonių kasų vadovų ir ekspertų susitikimas, taip pat vyko dvišaliai susitikimai su Kazachstano sveikatos apsaugos ministerijos ir gydytojų atstovais bei Kirgizijos Parlamento, ligonių kasos ir Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais, susitikimai su Estijos nacionalinio sveikatos draudimo fondo atstovais bei susitikimas su Europos piktnaudžiavimo ir korupcijos sveikatos sektoriuje tinklo (EHFCN) atstovais.

### **Veiklos efektyvumo pokyčiai**

Ligonių kasos yra įdiegusios Lietuvos standartą LST EN ISO 9001 „Kokybės vadybos sistemos. Reikalavimai (ISO 9001:2008)“ ir turi tai patvirtinančius sertifikatus. Tai reiškia, kad ligonių kasos savo veikloje taiko visame pasaulyje pripažintus veiklos kokybės vadybos metodus, yra aiškiai identifikavusios savo procesus ir orientuotos į nuolatinį veiklos tobulinimą bei veiklos efektyvumo didinimą.

2016 m. rugsėjo mėn., atlikę išorės priežiūros auditą, auditoriai patvirtino, kad ligonių kasose sukurta, įdiegta ir palaikoma kokybės vadybos sistema atitinka standarto LST EN ISO 9001:2008 reikalavimus. 2016 m. VLK kokybės vadybos sistemos vidaus auditai buvo atliekami orientuojantis į procesų kokybės ir efektyvumo vertinimą. Iš viso 2016 m. vidaus auditų plane buvo numatyta atlikti 13 auditų, planas įgyvendintas 100 procentų. Buvo surengti ligonių kasų auditorių, atliekančių kokybės vadybos sistemos vidaus auditus, mokymai, kuriuose buvo aiškinami naujos redakcijos standarto ISO 9001:2015 reikalavimai.

2016 m. rugsėjo 15 d. VLK ir TLK buvo išduoti Informacijos saugumo valdymo sistemos ir Informacinių technologijų paslaugų valdymo sistemos sertifikatai, liudijantys atitiktį ligonių kasų kokybės vadybos sistemos atitiktį standartų – LST ISO/IEC 27001:2013 ir LST ISO/IEC 20000-1:2015 – reikalavimams. ISO 27001 – tai informacijos saugumo valdymo sistemos standartas, kurį 2005 metais patvirtino Tarptautinė standartizacijos organizacija ir Tarptautinė elektrotechnikos komisija. Šiuo standartu užtikrinamas informacijos konfidencialumas, vientisumas, patikimumas. Tuo tarpu standarto ISO 20000 įdiegimas padės užtikrinti kokybišką informacinių technologijų paslaugų teikimą. Būtina nuolat tobulinti Informacinių technologijų paslaugų valdymo sistemą, siekiant, kad paslaugos atitiktų joms keliamus reikalavimus, būtų užtikrinama jų kokybė, efektyviau būtų šalinami incidentai, sprendžiamos problemos.

Taip pat VLK iš dalies prisidėjo prie SAM 2016–2018 m. strateginiame veiklos plane numatytų veiklos efektyvumo didinimo priemonių įgyvendinimo. Viena iš numatytų veiklos efektyvumo priemonių apibrėžiama taip: „Ministerija gerins veiklos efektyvumą, siekiant nustatyti veiklos efektyvumo vertinimo kriterijų reikšmių“.

Atsižvelgdama į šį siekį, VLK numatė veiklos efektyvumo didinimo veiksmus (konkrečius darbus), kurie turėjo būti atlikti 2016 metais. Toliau pateikiama informacija apie pasiektus rezultatus:

Eil. Nr.	Veiklų (darbų) pavadinimas	Siekiami rezultatai	Pasiekti rezultatai / Įgyvendinimas
1	<b>Personalo valdymas:</b> siekiama sumažinti darbuotojų, pavaldžių vienam vadovaujančiajam darbuotojui, skaičių, planuojama atlikti struktūrinius pertvarkymus ir sumažinti vadovaujančiųjų darbuotojų skaičių	4,5	2016 m. vienam vadovaujančiajam darbuotojui teko 3,14 pavaldžių darbuotojų. Lyginant su 2015 m. rodiklio reikšmė išliko tokia pati. Atlikti struktūrinius pertvarkymus ir sumažinti vadovaujančių darbuotojų skaičių numatoma 2017 m. Planuoti struktūriniai pertvarkymai įstaigoje 2016 m. nebuvo atlikti, atsižvelgiant į vykusius SAM ir VLK vadovybinius pokyčius.
2	Siekiama sumažinti vienam darbuotojui tenkančią personalo valdymo išlaidų dalį, planuojama perskaičiuoti laiko, skiriamo personalo valdymo funkcijoms vykdyti, dalį	190 Eur	145,07 Eur
3	<b>Dokumentų valdymas:</b> siekiama padidinti VLK per ataskaitinius biudžetinius metus gautų ir sudarytų elektroninių dokumentų skaičių, numatoma didinti įstaigoms, įmonėms ir organizacijoms siunčiamų elektroninių dokumentų kiekį	25 proc.	VLK išsiųstų įstaigoms, įmonėms ir organizacijoms elektroninių dokumentų skaičius, palyginti su bendru išsiųstų įstaigoms, įmonėms ir organizacijoms dokumentų skaičiumi, sudarė 27,2 proc.
4	Siekiama sumažinti dokumentų valdymo išlaidas, tenkančias vienam oficialiam veiklos dokumentui, numatoma mažinti pašto paslaugų išlaidas. Tuo tikslu buvo pradėta naudotis E. pristatymo sistema siunčiant dokumentus į kitas valstybines institucijas. Minėtos išlaidos gali sumažėti nežymiai, nes planuojama sudaryti Dokumentų valdymo sistemos (toliau – DVS) priežiūros sutartį (bus mokama už VLK ir TLK DVS priežiūrą ir tobulinimą)	1 proc.	Pašto išlaidos 2016 m. padidėjo 1,82 proc., nors buvo planuojama, kad jos sumažės 1 procentu. 2016 m. išsiųstų dokumentų kiekis, palyginti su 2015 m., sumažėjo 15 procentų. Pradėjus naudotis E. pristatymo sistema, padidėjo siunčiamų elektroninių dokumentų skaičius, tačiau planuotas rodiklis nebuvo pasiektas dėl daugiau nei 50 proc. padidėjusių pagrindinių pašto paslaugų įkainių, lėmusių VLK pašto išlaidų didėjimą

## II. STRATEGINIO VEIKLOS PLANO ĮGYVENDINIMO REZULTATAI

**Strateginis tikslas (04)** – užtikrinti nemokamą iš PSDF biudžeto kompensuojamą sveikatos priežiūrą.

Efeko kriterijų įgyvendinimas 2016 m.

Vertinimo kriterijaus kodas	Efeko vertinimo kriterijaus pavadinimas ir mato vienetas	2016-ųjų metinis planas	Įvykdyta	Įvykdyta, proc.
-----------------------------	--	-------------------------	----------	-----------------

E-04-01	1. ASP paslaugų prieinamumo gerėjimas, mažinant vartojimo netolygumus (vnt.)	0,1* (pradinė reikšmė – 4,19)	0,4 (pasiekta reikšmė – 3,79)	110,5
E-04-02	2. PSDF biudžeto tvarumo užtikrinimas (proc.)	100,0	100,0	100,0
E-04-03	3. PSDF biudžeto pajamos, palyginti su BVP to meto kainomis (proc.)	4,2	4,1**	97,6

\* *Skaičiuojant rodiklį buvo lyginami dviejų laikotarpių – 2015 m. liepos 1d.–2016 m. birželio 30 d. ir 2014 m. liepos 1 d.–2015 m. birželio 30 d. – duomenys, nes visi 2016 m. duomenys gali būti pateikti ne anksčiau kaip vasario 10 d.*

\*\* *Rodiklio reikšmė apskaičiuota remiantis Lietuvos Respublikos finansų ministerijos naujausiomis (paskelbtomis 2016 m. rugsėjo mėn.) ekonominių rodiklių projekcijomis, nes 2017 m. sausio mėn. Lietuvos statistikos departamentas dar nepateikė 2016 m. BVP duomenų.*

Strateginio tikslo siekiama įgyvendinant Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programą. Toliau pateikiama informacija apie šios programos įgyvendinimą ir jos rezultatus.

### **1. Tobulinti ASP paslaugų teikimo, šių paslaugų išlaidų apmokėjimo sistemą ir užtikrinti PSDF biudžeto tvarumą.**

#### *1.1. Skatinti prieinamų ekonomiškai efektyvių integruotų ASP paslaugų teikimą.*

Įgyvendinant šį uždavinį, 2016 m. buvo plėtojamos ekonomiškai efektyvios ambulatorinės slaugos ir dienos stacionaro paslaugos.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 28 d. įsakymu Nr. V-545 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gruodžio 18 d. įsakymo Nr. V-1473 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Slaugos paslaugų ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir namuose teikimo reikalavimų patvirtinimo“ pakeitimo“ pakeitimo“ buvo patvirtinta nauja ambulatorinių slaugos paslaugų namuose išlaidų apmokėjimo tvarka.

Nuo 2016 m. balandžio 1 d., vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. kovo 25 d. įsakymu Nr. V-400 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1167 „Dėl Spindulinės terapijos dienos stacionaro paslaugų teikimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose reikalavimų aprašo ir Spindulinės terapijos dienos stacionaro paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“ patvirtintomis bazinėmis kainomis, buvo pradėta mokėti už brachiterapijos dienos stacionaro paslaugas.

Nuo 2016 m. gegužės 1 d., vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 26 d. įsakymu Nr. V-526 „Dėl Oftalmologijos dienos stacionaro paslaugų teikimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, buvo pradėta mokėti už naują oftalmologijos dienos stacionaro paslaugą.

Įgyvendinant Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą, nuo 2016 m. lapkričio 1 d. įsigaliojo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. liepos 20 d. įsakymas Nr. V-960 „Dėl Tęstinio aktyvaus gydymo paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“. Šiuo įsakymu buvo patvirtinta nauja stacionarinė ilgalaikė (atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę) ASP paslauga, nepertraukiamai teikiama po aktyviojo stacionarinio gydymo respublikos, regiono ar rajono lygmens ASP įstaigose.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. liepos 13 d. įsakymu Nr. V-934 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymo Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ buvo pakoreguotas Dantų

protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš PSDF biudžeto tvarkos aprašas. Šis aprašas įsigaliojo 2016 m. lapkričio 1 dieną. Patikslintame Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš PSDF biudžeto tvarkos apraše nustatyta: 1) terminas, per kurį asmeniui turi būti suteiktos reikiamos dantų protezavimo paslaugos (3 metai); 2) terminas, kuriam praėjus pakartotinai gali būti teikiamos dantų protezavimo paslaugos (praėjus 3 metams nuo dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo); 3) maksimalus terminas, kuriam gali būti sustabdytas dantų protezavimas (iki 1 metų); 4) vaikų dantų protezavimo indikacijos ir technologijos, kurias taikant protezuojami vaikų dantys; 5) reikalavimas, kad asmuo, pakeitęs deklaruotą gyvenamąją vietą, į kitos savivaldybės laukiančių dantų protezavimo sąrašą būtų įrašomas pagal vienintelį kriterijų – jo prašymo užregistravimo į PAASP įstaigos sudarytą asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą datą. Minėti pakeitimai leis sumažinti laukiančiųjų dantų protezavimo eiles.

Vadovaujantis ASP paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“, buvo atlikta 2015 m. ir 2016 m. I pusmečio ASP paslaugų teikimo analizė, išnagrinėtos atitinkamoms grupėms priskirtų ekonomiškai efektyvių ASP paslaugų teikimo mastas ir jų teikimo netolygumai kiekvienos TLK veiklos zonoje.

*1.2. Didinti pirminei ASP numatytą PSDF biudžeto lėšų dalį, skiriamą už gerus veiklos rezultatus, tokiu būdu skatinant aukštos kokybės pirminės ASP paslaugų teikimą.*

2016 m. ir toliau buvo stiprinama šeimos gydytojo institucija, finansiškai skatinant šeimos gydytojus už kokybiškai atliktą darbą. Nuo 2016 m. sausio 1 d. buvo pradėtas taikyti dar vienas naujas gerų darbo rezultatų rodiklis – Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos vykdymo rodiklis, pradėtos teikti naujos skatinamosios ASP paslaugos. Siekiant skatinti ligų prevenciją, nuo 2016 m. sausio 1 d. buvo pradėta mokėti už suaugusiųjų, priskirtinų rizikos grupei, skiepijimo paslaugas ir naują skatinamąją ASP paslaugą – streptokoko antígeno nustatymą vaikams (A grupės beta hemolizinio streptokoko antígeno nustatymo greitojo testo atlikimas 2–7 metų vaikams, susirgusiems viršutinių kvėpavimo takų infekcinėmis ligomis).

Siekiant skatinti asmenų, kuriems taikomas pakaitinis gydymas metadonu, priežiūrą, PAASP įstaigoms buvo pradėta mokėti už naują skatinamąją ASP paslaugą – asmenų, kuriems taikomas pakaitinis gydymas metadonu, priežiūrą.

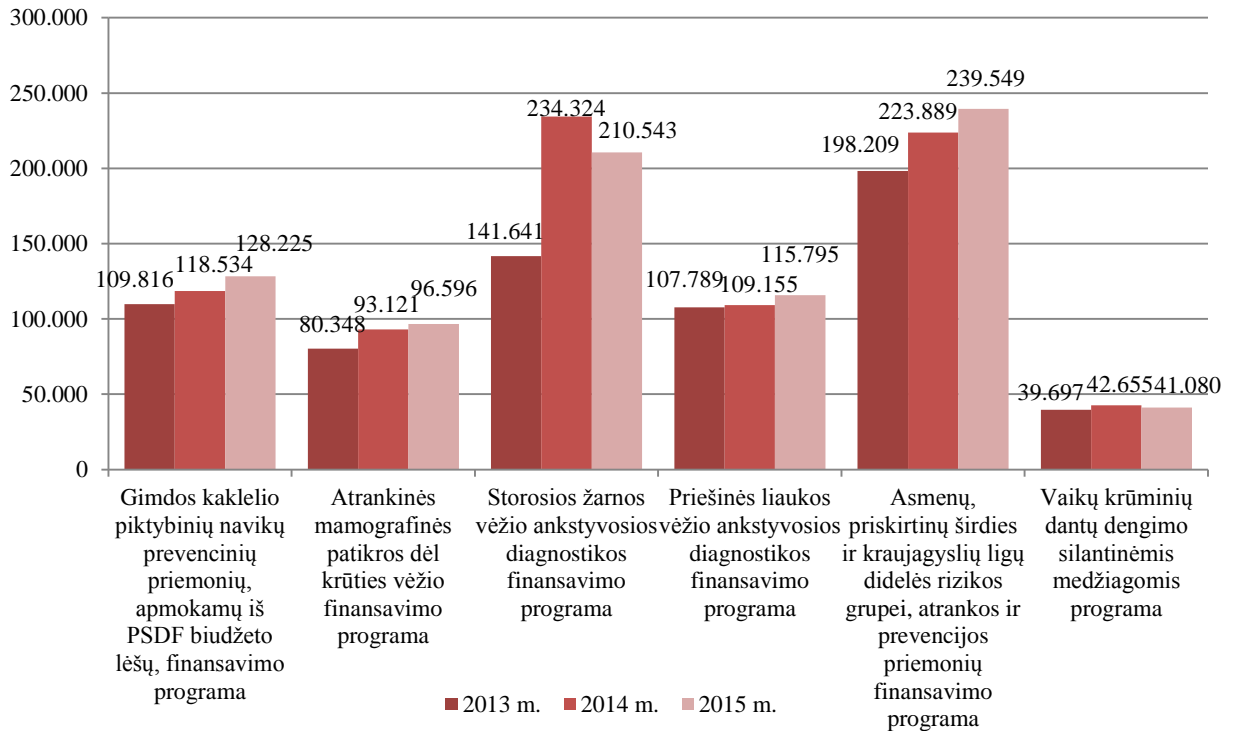
Siekiant gerinti pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą gyventojams, nuo 2016 m. sausio 1 d. buvo sumažintas maksimalus psichologo aptarnaujamų gyventojų skaičius nuo 40 tūkst. iki 20 tūkst. (buvo padidinta vieno gyventojų pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų metinė bazinė kaina).

*1.3. Užtikrinti prevencinių programų finansavimą, siekiant, kad pagal šias programas būtų patikrinama kuo daugiau asmenų.*

VLK duomenimis, šiuo metu Lietuvoje yra daugiau nei 1,5 mln. žmonių, kurie pagal savo amžių gali gauti prevencinėse programose numatytas paslaugas, t. y. nemokamai išsitiirti dėl vėžio ir kitų klastingų ligų, tačiau tai padaro tik kas antras atitinkamo amžiaus žmogus. Tai reiškia, kad būtų galima išgelbėti kur kas daugiau gyvybių nei dabar, jei žmonės būtų aktyvesni ir mažiau abejingi savo sveikatai. Pasitikrinti sveikatą pagal prevencines programas – tai geriausias būdas aptikti ankstyvosios stadijos ligą. Pagal šias programas paslaugas gali gauti atitinkamo amžiaus sulaukę asmenys, kuriems yra didžiausia tikimybė susirgti.



### Asmenų, pasitikrinusių pagal prevencines programas, skaičius



Šiuo metu Lietuvoje yra vykdomos net 5 prevencinės programos, pagal kurias gali pasitikrinti moterys nuo 25 m. iki 75 m. ir vyrai nuo 40 m. iki 75 m. dėl dažnų ir didelį pavojų sveikatai keliančių ligų.

2004 m. liepos mėnesį buvo pradėta vykdyti Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa. Moterims nuo 25 iki 60 metų sudaryta galimybė kas trejus metus nemokamai pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio. Nuo programos vykdymo pradžios iki 2015 m. bent vieną kartą pasitikrino daugiau kaip 677 tūkst. moterų, t. y. 58 proc. moterų bent vieną kartą per visą programos vykdymo laikotarpį pasitikrino dėl galimo gimdos kaklelio vėžio. 2015 m. dėl gimdos kaklelio vėžio pasitikrino 128 tūkst., o per pirmąjį 2016 m. pusmetį – apie 62 tūkst. moterų. Be to, siekiant išvengti gimdos kaklelio vėžio, Lietuvoje nuo 2016 m. rugsėjo 1 d. PSDF biudžeto lėšomis buvo pradėtos skiepyti 11 metų mergaitės. Skiepijimo schemą sudaro dviejų vakcinos dozių suleidimas, tarp kurių turi būti ne trumpesnis kaip 6 mėn. laikotarpis. Dėl skiepų reikia kreiptis į savo šeimos gydytoją.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“ buvo patvirtinta Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa. Mamografinis tyrimas, kurio išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, gali būti atliekamas 50–69 metų moterims kas dvejus metus. 2014 m. daugiau kaip 93 tūkst. moterų nemokamai pasitikrino dėl krūties vėžio, o 2015 m. šia galimybe pasinaudojo apie 4 proc. daugiau moterų, t. y. daugiau nei 96 tūkst. moterų. VLK duomenimis, per 2016 m. pirmą pusmetį dėl krūties vėžio pasitikrino 51 tūkst. moterų. Tikimasi, kad 2016 m. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa pasinaudojusių moterų skaičius bus didesnis nei 2015 metais.

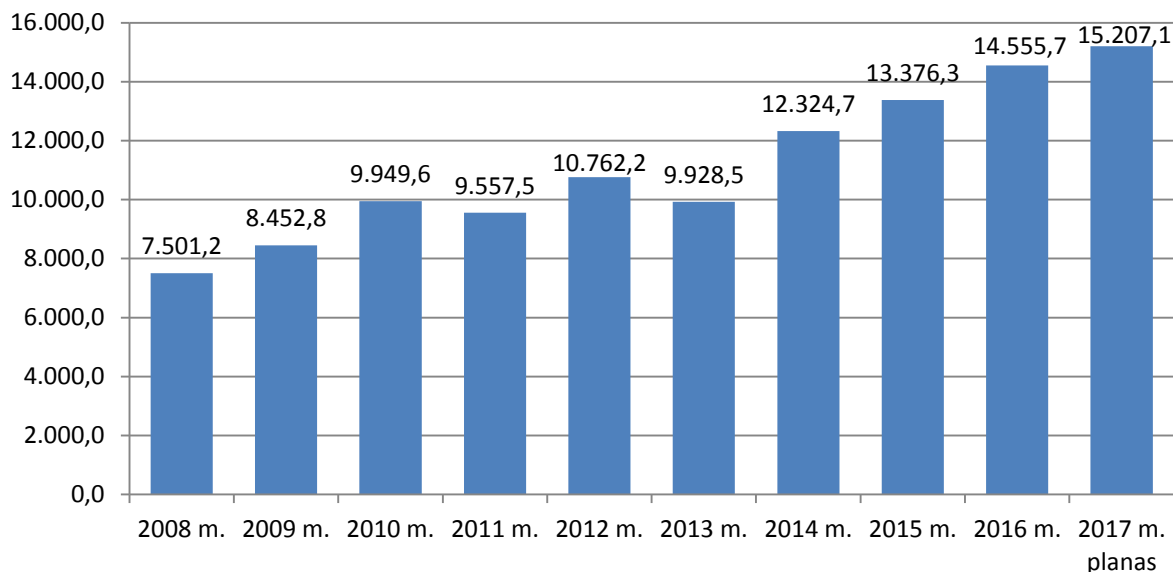
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ buvo patvirtinta Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Programoje numatytos paslaugos teikiamos 50–74 metų asmenims kas dvejus metus. Nuo 2014 m. liepos 1 d. ši programa buvo pradėta vykdyti visoje Lietuvoje. 2015 m. pagal Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą sveikatą pasitikrino daugiau nei 210 tūkst.

asmenų, o per 2016 m. pusmetį – 113 tūkstančių. Tikėtina, kad per visus 2016 m. dėl storosios žarnos vėžio pasitikrinsiu asmenų skaičius viršys 220 tūkstančių.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ buvo patvirtinta Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Pagal šią programą paslaugos teikiamos vyrams nuo 50 iki 75 metų ir vyrams nuo 45 metų, jei jų broliai ar tėvai sirgo priešinės liaukos vėžiu. 2014 m. pagal šią programą pasitikrino daugiau kaip 109 tūkst. vyrų, iš jų 3519 vyrų buvo suteikta urologo konsultacija ir atlikta priešinės liaukos biopsija. Nuo 2017 m. sausio 1 d. pasikeitė šioje programoje numatyta tikslinės populiacijos amžiaus grupė ir tikrinimosi periodiškumas, priklausantis nuo prostatos specifinio antigeno (toliau – PSA) tyrimo rezultato. Be to, 2016 m. sausio 20 d. įvyko šios programos administravimo grupės posėdis, kuriame, atsižvelgiant į Europos urologų draugijos parengtas Prostatos vėžio diagnostikos ir gydymo klinikines gaires (<http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Prostate-Cancer-2015-v2.pdf>) bei žurnale „European Journal of Cancer“ paskelbtas kritines pastabas apie Lietuvoje vykdomą Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą („Cancer surveillance using registry data: Results and recommendations for the Lithuanian national prostate cancer early detection programme“), buvo priimtas sprendimas koncentruoti dėmesį į jaunesnio amžiaus patikros grupės vyrus ir riboti PSA kraujo koncentracijoje nustatymą vyresniems nei 70 metų vyrams. Pagal minėtame posėdyje priimtą sprendimą buvo parengtas įsakymo projektas, kuriame numatyta susiaurinti Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytas vyrų amžiaus ribas: nustatyta, kad dėl prostatos vėžio būtų tikrinami vyrai nuo 50 iki 69 m. (imtinais) ir vyrai nuo 45 m., jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu. Taip pat, atsižvelgiant į minėtas Europos urologų draugijos rekomendacijas, nuspręsta apibrėžti mažos rizikos vyrų grupes: tai būtų vyrai iki 59 m. (imtinais), kurių PSA  $\leq$  1ng/ml, ir vyrai nuo 60 m., kurių PSA  $\leq$  2 ng/ml. Šiems vyrams minėtoje programoje numatytos paslaugos būtų teikiamos ne kas 2 metus, bet kas 5 metus. Visais kitais atvejais tikslinei populiacijai priklausantys vyrai būtų tinami pagal šią programą įprastai – kas 2 metus. Šie pakeitimai sumažintų nereikalingų pakartotinių PSA tyrimų skaičių ir leistų išvengti hiperdiagnostikos.

Siekiant sumažinti sergamumą ir mirtingumą nuo ūmių širdies ir kraujagyslių ligų, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymu Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“ buvo patvirtinta Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa. Pagal šią programą sveikatą gali pasitikrinti vyrai nuo 40 iki 55 m. ir moterys nuo 50 iki 65 m. 2015 m. šia programa pasinaudojo 239 tūkst. asmenų, o 2016 m. (preliminariais duomenimis) – 257 tūkst. asmenų.

### PSDF biudžeto lėšos prevencinėse programose numatytų paslaugų išlaidoms kompensuoti



2017 m. planuojama skirti dar daugiau PSDF biudžeto lėšų prevencinėms programoms įgyvendinti – daugiau nei 15 mln. Eur, iš jų onkologinėms programoms – apie 9 mln. Eur.

Norintieji patikrinti sveikatą pagal prevencines programas pirmiausia turėtų kreiptis į savo šeimos gydytoją. Jeigu žmogus nėra programoje numatyto amžiaus, tačiau turi priežasčių nerimauti dėl savo sveikatos ar jam pasireiškia ligos simptomai, jis taip pat turėtų kreiptis į savo šeimos gydytoją. Šis įvertins paciento sveikatos būklę ir skirs reikiamus tyrimus arba išduos siuntimą dėl gydytojo specialisto konsultacijos. Pagal prevencines programas Lietuvos apdraustiesiems teikiamų paslaugų išlaidos yra apmokamos PSDF lėšomis, tad už šias paslaugas primokėti nereikia.

2017 m. VLK numato toliau skatinti ligų prevenciją ir PSDF biudžeto lėšomis finansuoti minėtas programas.

#### 1.4. Gerinti sutarčių dėl ASP paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo valdymą.

Siekdamos, kad PSDF biudžeto lėšos būtų naudojamos racionaliai, TLK sudaro sutartis su ASP įstaigomis dėl ASP paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo (toliau – sutartys). VLK, kaip šį procesą koordinuojanti ir kontroliuojanti institucija, užtikrina racionalų PSDF biudžeto lėšų paskirstymą, sklandų sutarčių sudarymą ir vykdymą.

Iki 2016 m. lapkričio 1 d. TLK iš viso gavo 1446 prašymus sudaryti sutartis dėl pacientams teikiamų paslaugų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis, iš jų 626 prašymai buvo gauti iš valstybės ir savivaldybių įstaigų, 820 – iš privačių ASP įstaigų. Prašymų gauta ir iš naujų paslaugų teikėjų, kurie iki šiol nebuvo sudarę sutarčių su TLK: iš viso buvo gauti 54 prašymai, iš kurių 14 prašymų buvo pateikta Vilniaus TLK, 9 – Kauno TLK, 12 – Klaipėdos TLK, 10 – Šiaulių TLK, 9 – Panevėžio TLK (čia neįskaičiuotos rehabilitacijos ir dantų protezavimo paslaugas teikiančios įstaigos).

2016 m. atnaujinus sutarčių sudarymo tvarką, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmenų sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“, atsirado keletas svarbių naujovių, kurios ASP įstaigoms palengvina dokumentų teikimą, pavyzdžiui, nuo šiol nebereikia pateikti TLK popierinių licencijų kopijų ir įstaigoje dirbančių specialistų sąrašų. Šią informaciją ligonių kasų specialistai gauna per specialią Medicinos elektroninę tobulinimo administravimo sistemą (METAS). TLK specialistai gautus dokumentus patikrina minėtoje sistemoje, o jei reikia – kreipiasi į ASP įstaigą dėl jų patikslinimo ar papildymo iki gruodžio 1 dienos.

Patikslintame TLK ir ASP įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos apraše aiškiai apibrėžiamas sutarčių sustabdymas ir pratęsimas, pavyzdžiui, tokiu atveju, kai sustabdomas, o vėliau atnaujinamas licencijos galiojimas. Taip pat reglamentuojamas sutarties nutraukimas be įspėjimo – tai gali būti taikoma tuo atveju, jei įstaigos licencija panaikinama arba jei ji nevykdo įsipareigojimo teikti ASP paslaugas pacientams. Aiškiau reglamentuotas ir sutarčių nutraukimas šalių susitarimu, ASP įstaigoms numatyta galimybė sudarant sutartis pasirinkti lankstų susirašinėjimo būdą.

Visoms ASP įstaigoms, norinčioms pasirašyti sutartis, būtina turėti licenciją teikti atitinkamas ASP paslaugas ir licencijuotus specialistus. Šiose įstaigose teikiamos ASP paslaugos turi atitikti Vyriausybės nutarimu patvirtintus kriterijus. Pavyzdžiui, jos turi užtikrinti, kad paslaugos pacientams būtų suteiktos per nustatytą laiką, gebėti suteikti numatytą paslaugų skaičių, teikti jas nustatytą valandų skaičių. Sutartys su naujais paslaugų teikėjais gali būti pasirašomos tik tuomet, jei šių paslaugų trūksta pacientams, o ne tuomet, kai jų pasiūla yra didesnė nei paklausa.

Visos ASP įstaigos, pasirašiusios sutartis su TLK dėl pacientams suteiktų ASP paslaugų išlaidų apmokėjimo PSDF lėšomis, šių paslaugų sąrašus privalo skelbti viešai ir pateikti pacientams, kai jie to prašo. ASP įstaigos sutartyse įsipareigoja ASP paslaugas, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, suteikti pacientams nemokamai, neprašant iš jų sumokėti antrą kartą už tas pačias paslaugas, už kurias pagal sutartis sumokėjo ligonių kasos.

Taip pat Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. rugsėjo 20 d. įsakymu Nr. V-1096 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymo Nr. V-1011 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotoms ambulatorinėms, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, papildomai apmokamoms, stebėjimo ir stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ buvo patikslintas ASP įstaigoms iš PSDF biudžeto skiriamų metinių lėšų specializuotoms ambulatorinėms, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos, papildomai apmokamoms, stebėjimo ir stacionarinėms ASP paslaugoms planavimo tvarkos aprašas. Šio aprašo pakeitimu siekiama tobulinti ASP įstaigoms skiriamų iš PSDF biudžeto metinių lėšų planavimą.

Taip pat 2016 m. buvo atlikta 2015 m. ir 2016 m. I, II ir III ketv. TLK ir ASP įstaigų sutarčių dėl ASP paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo vykdymo analizė ir parengtos išvados. Buvo įvertintas 2016 m. I pusmečio prioritetinėmis laikomų (ambulatorinių specializuotų, priėmimo-skubiosios, dienos stacionaro, stebėjimo, dienos chirurgijos, ambulatorinės chirurgijos) paslaugų teikimo mastas. Šių paslaugų per pirmąjį 2016 m. pusmetį buvo suteikta 14,1 proc. daugiau, nei numatyta sutartyse, todėl tokių paslaugų išlaidoms apmokėti papildomai iš PSDF biudžeto buvo skirta 8 mln. Eur.

#### *1.5. Tobulinti vaistų įsigijimo išlaidų kompensavimą: mažinti vaistų kainas, skatinti racionalų vaistų vartojimą ir kokybišką jų skyrimą.*

2016 m. Lietuvoje kompensuojamuosius vaistus vartojo ir kompensuojamąsias medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP) naudojo daugiau kaip 1,1 mln. pacientų, t. y. apie 37 proc. visų Lietuvos gyventojų (kitose Europos Sąjungos šalyse – apie 40–60 proc. gyventojų). Lėšų poreikis šiems vaistams ir MPP 2016 m. sudarė apie 227 mln. Eur, t. y. padidėjo apie 7,2 proc., palyginti su 2015 m. PSDF biudžeto lėšomis, skirtomis vaistų ir MPP įsigijimo išlaidoms kompensuoti. 2016 m. Lietuvoje buvo kompensuojamos apie 2 tūkst. vaistų (prekiniais pavadinimais) įsigijimo išlaidos. Nors pacientų sumokėtų priemonių suma padidėjo apie 8,3 proc., palyginti su 2015 m., tačiau, įvertinus tai, kad padidėjo ir PSDF biudžeto lėšų suma, skirta vaistams ir MPP, pacientų priemonių už kompensuojamuosius vaistus dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų suma, ir 2016 m. išliko tokia pati – apie 20 procentų. Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių paslaugų teikimo masto vis daugiau skiriama kompensuojamųjų vaistų ir atitinkamai didėja jiems tenkančios PSDF biudžeto išlaidos. PSDF biudžeto lėšų, skiriamų kompensuojamiesiems vaistams, poreikis didėja dėl naujų vaistų, kurių įsigijimo išlaidos buvo

pradėtos kompensuoti, ir įtrauktų į Rezervinį vaistų sąrašą (šis sąrašas yra skelbiamas SAM interneto svetainėje) vaistų, skirtų sunkioms ligoms gydyti, įrašymo į kompensuojamųjų vaistų sąrašus.

Atsižvelgiant į tai, 2016 m. PSDF biudžete inovaciniams kompensuojamiesiems vaistams atskirai buvo numatyta apie 13 mln. Eur, 2016 m. buvo kompensuotos 14 didelės terapinės vertės inovacinių vaistų įsigijimo išlaidos: riociguato, skirto lėtinei tromboembolinei plaučių hipertenzijai gydyti, dolutegraviro, skirto žmogaus imunodeficito viruso sukeltai ligai gydyti, everolimuzo, skirto tuberozinei sklerozei gydyti, afatinibo, ibrutinibo, nintedanibo, lenalidomido – vaistų, skirtų onkologinėms ligoms gydyti, peginterferono beta ir teriflunomido, skirtų išsėtinei sklerozei gydyti, belimumabo, skirto sisteminei raudonajai vilkligei gydyti, pifrenidono ir nintedanibo, skirtų idiopatinei plaučių fibrozei gydyti, omalizumabo, skirto idiopatinei dilgėlinei gydyti, *Ombitasvir et Paritoprevir et Ritanovir* ir dasabuviro, skirtų lėtiniam virusiniam C hepatitui gydyti. 2016 m. iš viso į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašą (A sąrašas) buvo įrašyti 26 nauji kompensuojamieji vaistai, tokiu būdu gerinant naujų vaistų prieinamumą, dėl dalies jų (18 pavadinimų vaistų) buvo sudaryta 21 sutartis su 11 vaistų gamintojų. Dėl 2 vaistų, skiriamų labai retoms būklėms gydyti, išlaidų kompensavimo tarp VLK ir vaisto gamintojo buvo sudarytos 2 klinikiniais rezultatais pagrįstos sutartys, siejančios PSDF biudžeto išlaidas su gydymo efektyvumu.

Nuo 2016 m. įsigaliojo Farmacijos įstatymo 59<sup>2</sup> straipsnio nuostata, pagal kurią labai reta žmogaus sveikatos būklė (toliau – labai reta būklė) apibrėžiama kaip labai retas (ne daugiau kaip vienas naujai diagnozuotas atvejis 200 000 Lietuvos Respublikos gyventojų per metus) sveikatos sutrikimas, kai gyvybei gresia pavojus ir (ar) sukeliamas žymus nuolatinis neįgalumas ir kurio išlaidos šiai labai retai būklei gydyti kitais būdais nekompensuojamos. Sprendimus dėl pacientų, kuriems diagnozuota labai reta būklė, gydymo išlaidų kompensavimo priima SAM Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisija. VLK organizuoja šios komisijos veiklą ir, vadovaudamasi jos sprendimais, išduoda garantinius raštus, pagal kuriuos kompensuojamos pacientų labai retų būklių gydymo išlaidos. 2016 m. VLK išdavė 343 garantinius raštus, pagal kuriuos buvo skirta apie 3,6 mln. Eur pacientų labai retų būklių gydymui, pradėtam iki naujų Farmacijos įstatymo reikalavimų įsigaliojimo, tęsti. Iš minėtų garantinių raštų 62 garantiniai raštai buvo išduoti jau naujiems pacientams, kuriems buvo nustatyta labai retos būklės kriterijus atitinkanti sveikatos būklė: jų gydymui pagal šiuos garantinius raštus buvo skirta apie 479 tūkst. Eur. Didžiausia dalis lėšų retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiems sergantiesiems ypač retomis metabolinėmis ligomis bei labai retomis onkologinėmis ligomis.

2016 m. buvo parengti 9 VLK direktoriaus įsakymo „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2010 m. kovo 2 d. įsakymo Nr. 1K-40 „Dėl Vaistinėje būtinų turėti kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių išdavimo (pardavimo) gyventojams tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo projektai. Šiais VLK direktoriaus įsakymais papildomi ir keičiami vaistinėse būtinų turėti pigiausių vaistų ir MPP sąrašai. TLK ekspertai, atlikdami planinius ir neplaninius vaistinių patikrinimus, kontroliuoja, kad vaistinės turėtų būtinųjų pigiausių vaistų. 2016 m. 18 kartų buvo atnaujinti Nuolaidos paciento priemokai už kompensuojamuosius vaistinius preparatus ir MPP klasifikatoriaus duomenys.

Taip pat buvo įgyvendinamos priemonės, skatinančios gydytojus ir vaistininkus padėti pacientui įsigyti efektyvių generinių vaistų už mažiausią kainą: buvo vykdoma informacinė kampanija „Vaistus vartok atsakingai“ per radijo stotis, televizijas, didžiųjų miestų viešajame transporte įrengtus monitorius: buvo sukurtas 90 sek. trukmės socialinės reklamos (vaizdo ir garso) klipas „Būk protingas, nepermokėk už vaistus“, jis pristatytas 2016 m. kovo 2 d. spaudos konferencijoje, parodytas per televiziją (TV3, 15 kartų). Radijui ir viešojo transporto priemonėms skirti kiti šios informacinės kampanijos garso ir vaizdo klipai buvo transliuojami 2016 m. rudenį. Įvyko renginys Lietuvos nacionalinės Martyno Mažvydo bibliotekoje, kuris tiesiogiai buvo transliuojamas į visas Lietuvos viešąsias bibliotekas.

Paminėtina, kad 2016 m. toliau buvo diegiama nacionalinė elektroninio recepto (el. recepto) sistema. Įgyvendinus SAM vykdomą nacionalinį Elektroninės paslaugos „el. receptas“ plėtros

projekta, sveikatos priežiūros specialistai (gydytojai ir slaugytojai) pacientams išrašė apie 115 tūkst. el. receptų. Tai sudarė apie 1 proc. visų vaistinių priimtų kompensuojamųjų vaistų receptų. 2016 m. vaistinėse buvo išduoti kompensuojamieji vaistai pagal 11,3 mln. receptų. El. receptas užtikrina racionalų vaistų vartojimą: pacientams nereikia kaupti didelių vaistų atsargų, nes, gydytojui išrašius 6 mėnesiams kompensuojamųjų vaistų, skirtų lėtinėms ligoms gydyti, jie galės kas mėnesį nuvykti į vaistinę ir pasiimti reikiamą vaistų kiekį, nesikreipdami į gydytojus dėl recepto išrašymo.

Ligonių kasos pagal pasirinktus rodiklius vertina kompensuojamųjų vaistų skyrimo kokybę (šių rodiklių skaičius didėja). Kompensuojamųjų vaistų skyrimo kokybės stebėseną vykdoma pagal informacinės sistemos „Sveidra“ duomenis apie išduotus kompensuojamuosius vaistus. Ši stebėseną leido įvertinti tiek rodiklių reikšmių vidurkį šalies mastu, tiek atskiros savivaldybės ASP įstaigos vaistus skiriančių gydytojų darbo kokybę. 2016 m. kompensuojamųjų vaistų skyrimo kokybės stebėseną buvo vykdoma pagal 3 rodiklius. Atsižvelgdami į TLK svetainėje paskelbtus stebėsenos rezultatus, ASP įstaigos administratoriai gali įvertinti įstaigos veiklą ir palyginti ją su kitų ASP įstaigų veikla. TLK ekspertai, atlikdami planinius ir neplaninius ASP įstaigų ir vaistinių patikrinimus, kontroliuoja, ar vaistinės turi būtinųjų pigiausių vaistų, ar ASP įstaigos, kurių pasiektos kompensuojamųjų vaistų skyrimo kokybės rodiklių reikšmės viršija siektinas jų reikšmes, teisėtai skiria ir išrašo kompensuojamųjų vaistų receptus. 2016 m. daugiausia kontrolės procedūrų TLK atliko tikrindamos kompensuojamųjų vaistų ir MPP skyrimo bei išrašymo pagrįstumą (2016 m. buvo atliktos 378 kontrolės procedūros, 2015 m. – 320), kompensuojamųjų vaistų ir MPP išdavimo (pardavimo) vaistinėse teisėtumą (2016 m. buvo atlikta 118 kontrolės procedūrų, 2015 m. – 98). 2016 m. didžiausia žala PSDF biudžetui buvo nustatyta patikrinus kompensuojamųjų vaistų ir MPP skyrimo ir išrašymo pagrįstumą (2016 m. TLK nustatyta žala viršijo 258,7 tūkst. Eur, 2015 m. – 322,3 tūkst. Eur). Siekiama, kad ASP įstaigos pačios pagal viešai skelbiamus stebėsenos rodiklius įvertintų savo kompensuojamųjų vaistų ir MPP skyrimo bei išrašymo rizikos rodiklio reikšmę ir nustatomos PSDF biudžetui žalos dydis mažėtų.

2016 m. buvo gerinamas kompensuojamųjų klubo ir kelio sąnarių endoprotezų prieinamumas. 2016 m. Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos Sąnarių endoprotezų posistemio duomenimis, vidutinė endoprotezų skyrimo laukimo trukmė buvo 4 mėnesiai. Palyginti su 2015 m., vidutinis laukimo laikas sutrumpėjo 42 proc. (nuo 7 mėn. 2015 m. iki 4 mėn. 2016 m.). 2016 m. dar labiau sutrumpėjo klubo sąnario endoprotezo laukimo trukmė ir sumažėjo laukiančiųjų skaičius (2015 m. eilėje šio sąnario endoprotezo vidutiniškai laukė 4355 pacientai, o 2016 m. – 2031 pacientas). Šį rezultatą padėjo pasiekti 2015 m. pradžioje įdiegta Eilių ir atsargų valdymo informacinė sistema, kuria aktyviai naudojasi tiek ASP įstaigos, tiek VLK.

2016 m. buvo reglamentuota centralizuotai apmokamais vaistais gydomų pacientų skaičiaus nustatymo tvarka: buvo parengtas ir patvirtintas VLK direktoriaus 2016 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. 1K-188 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2013 m. balandžio 8 d. įsakymo Nr. 1K-70 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo centralizuotai apmokamais vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis ir jų panaudojimo kontrolės tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. Reglamentavusi centralizuotai apmokamais vaistiniais preparatais gydomų pacientų skaičiaus nustatymo tvarką, VLK pagal šį skaičių galės skaidriau ir tiksliau apskaičiuoti centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP poreikį.

2016 m. (jau ketverius metus iš eilės) buvo vykdomos derybos dėl centralizuotai apmokamų vaistų, gaminamų vienintelio gamintojo, kainų. 2016 m. tokių vaistų kaina, palyginti su 2015 m., sumažėjo 5,5 proc., o teigiamas ekonominis efektas sudarė 569 tūkst. Eur. Bendras 4 metų teigiamas ekonominis efektas siekia 5,23 mln. Eur.

Taip pat 2016 m. buvo tobulinamos centralizuotai apmokamų vaistų ir MPP pirkimo per Centrinę perkančiąją organizaciją (CPO) procedūros. VLK jau kelerius metus naudojasi elektroniniu katalogu CPO LT centralizuotai pirkdama standartinius klubo ir kelio sąnarių endoprotezus. Siekdama, kad per šį katalogą būtų galima įsigyti daugiau sąnarių endoprotezų ir kad

šie endoprotezai, įvykdžius pirkimo procedūras, būtų įrašyti į elektroninį katalogą CPO LT, VLK 2016 m. per šį katalogą paskelbė specialiųjų sąnarių endoprotezų (peties, alkūnės ir kt.) specifikacijas. Taip pat VLK pateikė CPO LT siūlymus dėl naujų vaistinių preparatų įtraukimo į CPO LT katalogą.

#### *1.6. Gerinti OTP gamybos ir pritaikymo išlaidų kompensavimą.*

OTP – tai medicinos priemonės, kurioms priskiriami įtvarai, tvirtinami iš išorės prie kūno dalies (viršutinių ir apatinių galūnių bei stuburo įtvarinės sistemos), papildomieji ir keičiamieji kūno dalių protezai (rankų, kojų protezinės sistemos, krūties protezai), kraujotakos sistemos gydymosi priemonės bei ortopedinė avalynė.

2016 m. buvo kompensuotos 115 tūkst. OTP įsigijimo išlaidos, šias OTP gavo beveik 74 tūkst. apdraustųjų. Didžiausią išduodamų OTP kiekį sudaro įtvarinės sistemos ir ortopedinė avalynė.

Nuo 2016 m. OTP yra priskiriami klausos aparatai ir akių protezai. Anksčiau šios priemonės buvo perkamos centralizuotai. Nuo 2017 m. įtraukus šias priemones į OTP įsigijimo išlaidų kompensavimo sistemą, tikimasi, kad pacientai bus geriau jomis aprūpinami, sumažės laukiančiųjų šių priemonių eilės.

Taip pat teisės aktuose numatyta galimybė į kompensuojamųjų OTP sąrašus įtraukti naujas OTP. Šiuo metu yra pateiktos 4 paraiškos įtraukti naujus modernius protezus į kompensuojamųjų OTP sąrašus. Tam PSDF biudžete numatytos papildomos lėšos.

2016 m. VLK ir TLK atliko 22 neplaninius ortopedijos įmonių patikrinimus. Dažniausiai pasirenkamos tikrinimo kryptys: apatinių galūnių protezų atitikties teisės aktų reikalavimams vertinimas, apatinių galūnių įtvarinių sistemų atitikties teisės aktų reikalavimams vertinimas, ortopedinės avalynės skyrimo teisėtumas. Nustatyta žala PSDF biudžetui sudarė apie 20 000 Eur. Kai kurių tikrinimų ekspertizės dar nebaigtos, todėl galutinė žalos suma gali keistis.

Taip pat vadovaujantis VLK direktoriaus 2015 m. lapkričio 19 d. įsakymu Nr. 1K-339, 2016 m. pirmą kartą buvo atliktas ortopedijos įmonių veiklos rizikos vertinimas. Remiantis vertinimo rezultatais, buvo atlikti penkių ortopedijos įmonių, priskiriamų didžiausios rizikos kategorijai, planiniai patikrinimai.

VLK direktoriaus 2016 m. rugsėjo 30 d. įsakymu Nr. 1K-284 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių bazinių kainų nustatymo komisijos sudarymo ir jos darbo reglamento patvirtinimo“ sudaryta nuolat veikianti OTP bazinių kainų nustatymo komisija apskaičiavo OTP bazines kainas, vadovaudamasi šių kainų nustatymo metodika. Naujos OTP (taip pat akių protezų ir klausos aparatų) bazinės kainos buvo patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. gruodžio 29 d. įsakymu Nr. V-1507 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl ortopedijos techninių priemonių, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, ir jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

Palyginti su 2015 m. pernai ženkliai mažėjo laukiančiųjų OTP užsakymų priėmimo eilė. 2016 m. pabaigoje užsakymų priėmimo laukė 296 pacientai (2015 m. pabaigoje – 562).

#### *1.7. Užtikrinti laisvą apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji) judėjimą Europos ekonominės erdvės valstybėse ir Šveicarijoje.*

VLK pagal kompetenciją įgyvendina socialinės apsaugos sistemas koordinuojančius Europos Parlamento ir Tarybos reglamentus, užtikrinančius Europos Sąjungos apdraustųjų teisę į sveikatos priežiūrą, laisvai judant Europos ekonominės erdvės šalyse ir Šveicarijos Konfederacijoje. Įgyvendindama šiuos tiesioginio taikymo teisės aktus, VLK apmoka PSDF biudžeto lėšomis:

– Lietuvos Respublikos apdraustiesiems (toliau – LR apdraustiesiems) Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse ir Šveicarijos Konfederacijoje (toliau – ES šalys) suteiktų būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas;

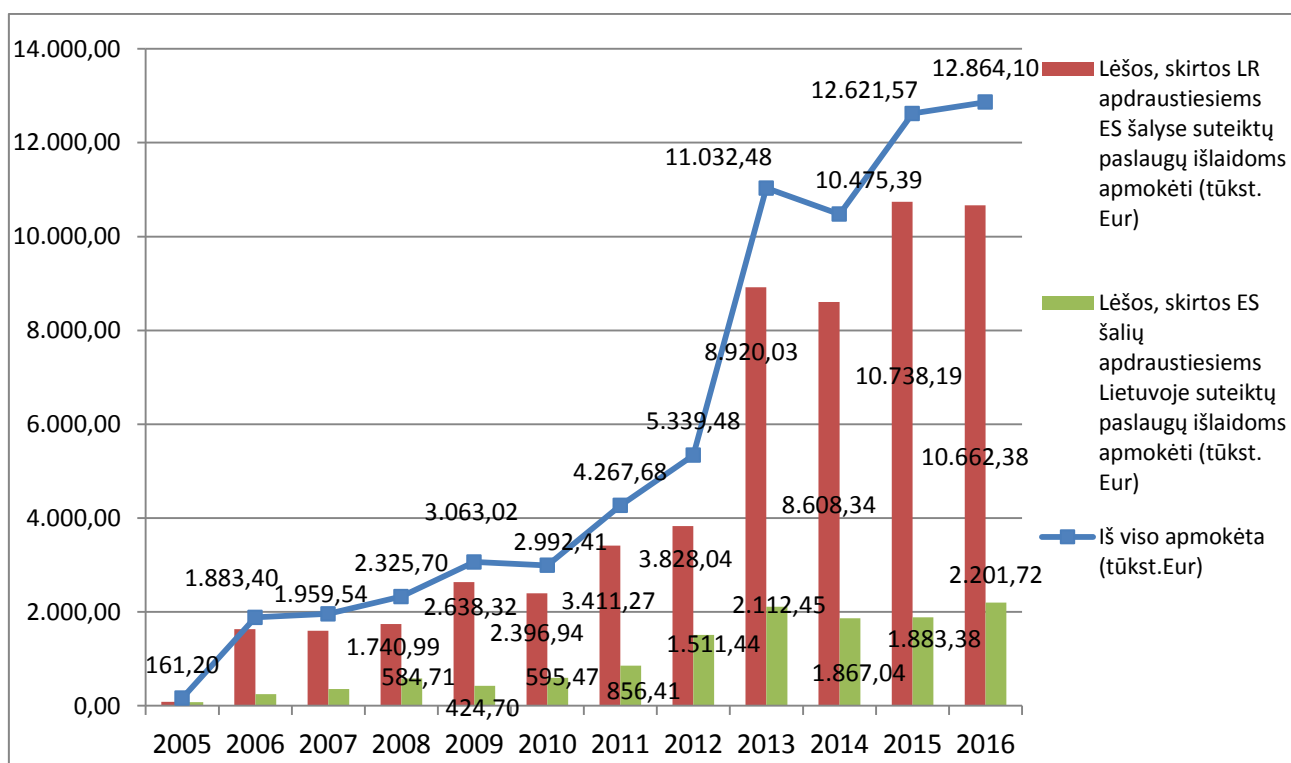
– LR apdraustiesiems, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka siunčiamiems tirtis, konsultuoti ir (ar) gydytis į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų planinių ASP išlaidas;

– LR apdraustiesiems, persikėlusius gyventi į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų ASP išlaidas;

– Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose ASP įstaigose ES šalių apdraustiesiems suteiktų ASP paslaugų išlaidas bei išrašytų kompensuojamųjų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidas. Šias VLK apmokėtas išlaidas vėliau kompensuoja ES šalių susižinojimo tarnybos.

2016 m. VLK išleido 12 864,10 tūkst. Eur ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti.

### PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti dinamika 2009–2016 m.



2016 m. VLK PSDF biudžeto lėšomis apmokėjo 10 753 ES šalių susižinojimo tarnybų pateiktas standartizuotas sąskaitas (E125 ir E127 formos pažymas), taip pat pagal 636 pagrįstus LR apdraustųjų prašymus kompensavo jų išlaidas būtinosios medicinos pagalbos paslaugoms, gautoms ES šalyse. Iš viso Lietuvos Respublikos apdraustųjų sveikatos priežiūros ES šalyse išlaidoms apmokėti VLK išleido 10 662,38 tūkst. Eur:

### 2016 m. PSDF biudžeto išlaidų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti struktūra

Išlaidos pagal:	Sąsk. / prašymų skaičius (vnt.)	Suma (Eur)	Išlaidos (proc.)
E125 formos pažymas*	10 676	10 260 530,25	96,23
E127 formos pažymas**	77	289 931,94	2,72
Apdraustųjų prašymus	636	111 916,98	1,05
		10 662 378,97	100,00

\*Sąskaitos, kuriose nurodoma suma, apskaičiuota pagal faktines sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas.



*\*\*Sąskaitos, kuriose nurodoma suma, apskaičiuota pagal Europos Komisijos Socialinės apsaugos koordinavimo administracinės komisijos patvirtintus fiksuotus dydžius.*

2016 m. didžiąją PSDF biudžeto lėšų, skiriamų ES socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti, dalį (96,23 proc. sumos) sudarė lėšos, skirtos faktinėmis išlaidomis pagrįstoms sąskaitoms (E125 formos pažymoms) apmokėti. Daugiausia 2016 m. apmokėtų sąskaitų buvo gauta iš Vokietijos (50 proc. visų apmokėtų sąskaitų), iš Lenkijos ir Švedijos (po 6 proc.) ir iš Nyderlandų (4 proc.). Iš kitų ES šalių gautos ir apmokėtos sąskaitos sudarė 34 proc. visų apmokėtų sąskaitų.

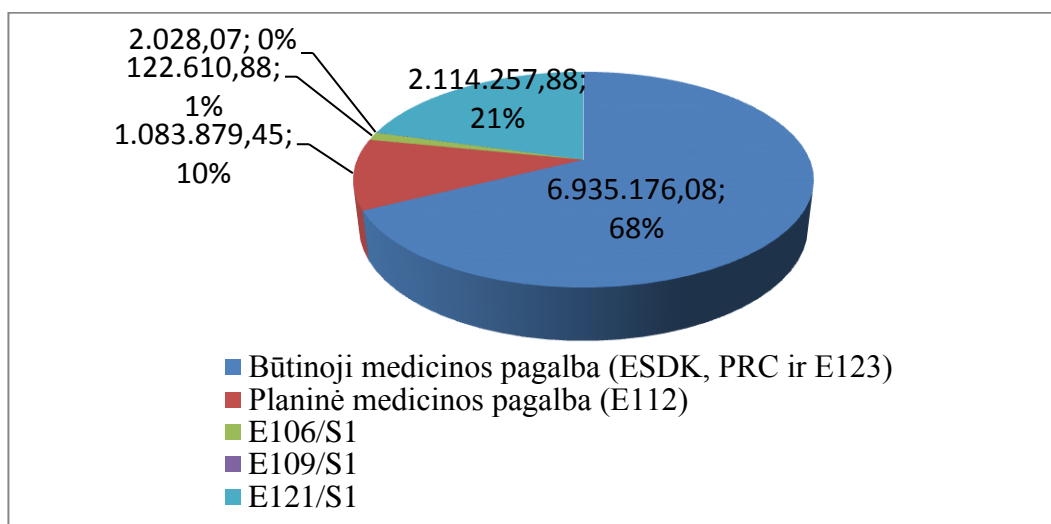
Daugiausia PSDF biudžeto lėšų, skirtų minėtoms sąskaitoms apmokėti, VLK skyrė Vokietijoje (42 proc. bendros sumos), Prancūzijoje (13 proc.) ir Švedijoje (6 proc.) Lietuvos Respublikos apdraustiesiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti. Kitose ES šalyse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti teko 36 proc. bendros sumos.

68 proc. faktinėms LR apdraustųjų sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti skirtų lėšų buvo panaudota atsiskaitant už kitose ES šalyse jiems suteiktą būtinąją medicinos pagalbą. 32 proc. faktinėms LR apdraustųjų sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti skirtų lėšų buvo sumokėta už LR apdraustiesiems kitose ES šalyse suteiktą planinę medicinos pagalbą:

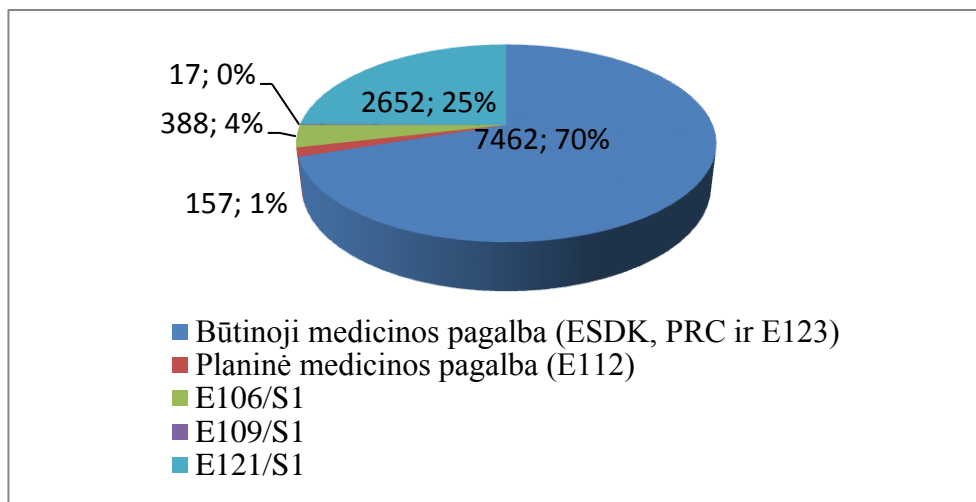
– 22 proc. šių lėšų buvo sumokėta už LR apdraustiesiems, gyvenantiems kitose ES šalyse, jų gyvenamojoje šalyje suteiktas ASP paslaugas;

– 10 proc. šių lėšų – už LR apdraustiesiems, išsiųstiems gydytis į užsienį (vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugpjūčio 16 d. įsakymu Nr. V-727 „Dėl Pacientų siuntimo konsultuotis, išsiti ir (ar) gydytis Europos ekonominei erdvei priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašo patvirtinimo“ nustatyta tvarka) suteiktas planines ASP paslaugas.

#### **2016 m. PSDF biudžeto išlaidų pasiskirstymas pagal LR apdraustiesiems kitose ES šalyse suteiktų ASP paslaugų pobūdį**



### 2016 m. apmokėtos sąskaitos (E 125 formos pažymos) pagal LR apdraustiesiems kitose ES šalyse suteiktų ASP paslaugų pobūdį



Rūpindamasi kitų ES šalių apdraustaisiais valstybiniu sveikatos draudimu, VLK kasmet PSDF biudžeto lėšomis apmoka Lietuvoje viešintiems ES šalių apdraustiesiems Europos sveikatos draudimo kortelės (toliau – ESDK), ją pakeičiančio sertifikato (toliau – sertifikatas) arba E112 formos pažymos pagrindu suteiktų ASP paslaugų išlaidas. Šiam tikslui 2016 m. VLK išleido 2 201,72 tūkst. Eur.

Vadovaudamasi VLK direktoriaus 2015 m. spalio 28 d. įsakymu Nr. 1K-308 „Dėl Išmokų natūra kitų Europos Sąjungos šalių apdraustiesiems kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2016 m. VLK pateikė kitų ES šalių susižinojimo tarnyboms sąskaitas dėl PSDF biudžeto išlaidų kompensavimo:

- 1) už 2015 m. 9–12 mėn. kitų ES šalių apdraustiesiems, pateikusiems ASP įstaigai ESDK, sertifikatą ar E112 formos pažymą, suteiktas ASP paslaugas;
- 2) už 2016 m. I pusm. kitų ES šalių apdraustiesiems, pateikusiems ASP įstaigai ESDK, sertifikatą ar E112 formos pažymą, suteiktas ASP paslaugas;
- 3) už 2015 m. kitų ES šalių apdraustiesiems, kurie persikėlė gyventi į Lietuvą ir užsiregistravo TLK, pateikdami E106, E109 ir E121 formos pažymas, suteiktas ASP paslaugas.

#### 2016 m. kitų ES šalių susižinojimo tarnybos dėl PSDF išlaidų kompensavimo pateiktų sąskaitų struktūra

Sąskaitos, pateiktos už:	Sąskaitų skaičius (vnt.)	Suma (Eur)	Išlaidos (proc.)
ES šalių apdraustiesiems jų laikino buvimo Lietuvoje metu suteiktas ASP paslaugas*	2243	1.550.567,97	64,32
ES šalių apdraustiesiems, persikėlusius gyventi į Lietuvą, suteiktas ASP paslaugas**	6838	860.280,45	35,68
<b>Iš viso</b>	<b>9081</b>	<b>2.410.848,41</b>	<b>100,00</b>

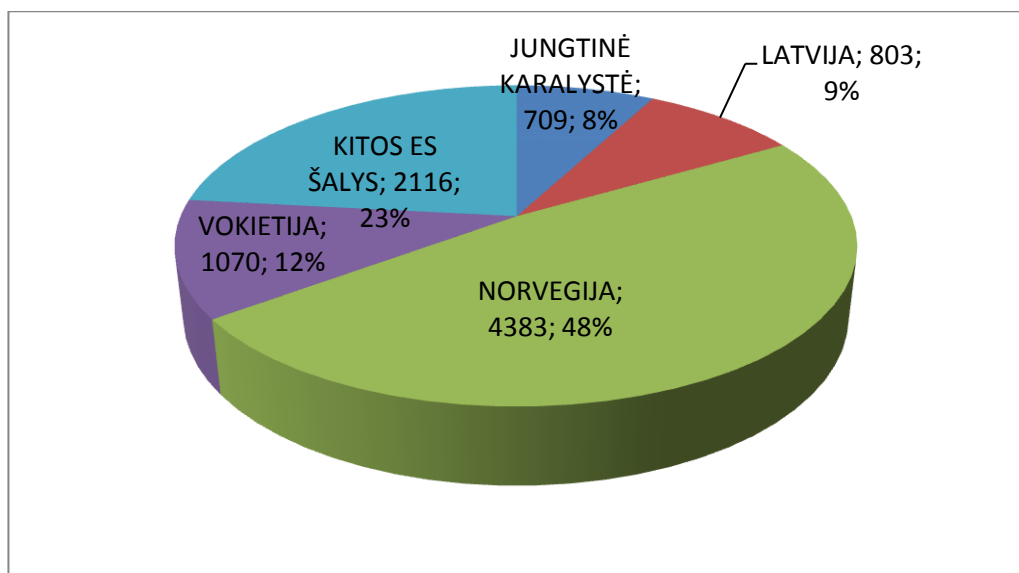
\*Sąskaitos, kurios teikiamos kitų ES šalių susižinojimo tarnyboms dėl PSDF biudžeto išlaidų ASP paslaugoms, suteiktoms tų šalių apdraustiesiems jų laikino buvimo Lietuvoje metu (pateikusiems ESDK, sertifikato ar E112 formos pažymą), kompensavimo;

\*\*Sąskaitos, kurios teikiamos kitų ES šalių susižinojimo tarnyboms dėl PSDF išlaidų ASP paslaugoms, suteiktoms tų šalių apdraustiesiems, persikėlusius gyventi į Lietuvą ir užsiregistravusiems TLK (pateikusiems E106, E109 ir E121 formų pažymas), kompensavimo.

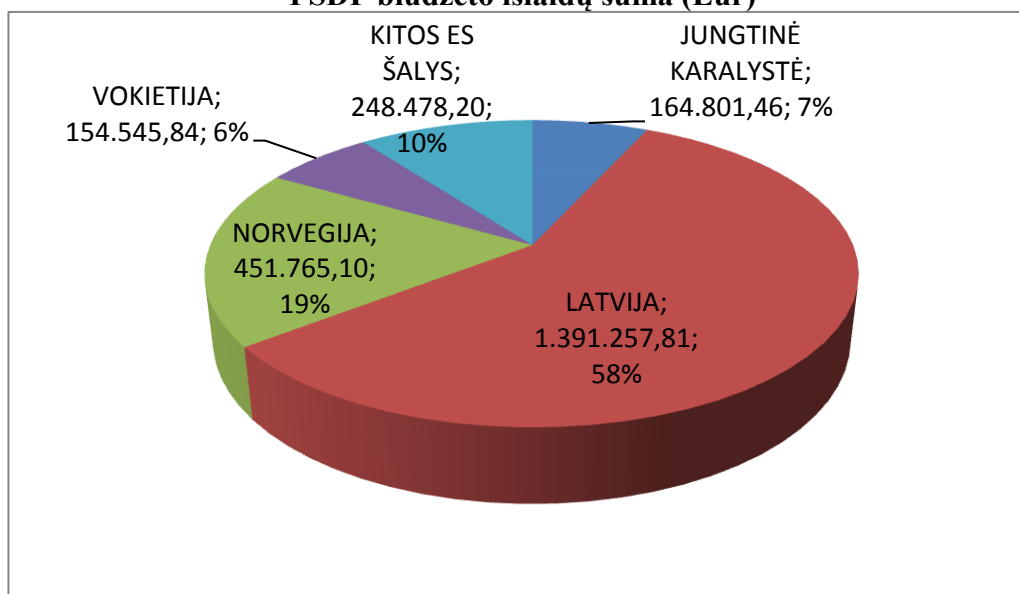
2016 m. ES šalių susižinojimo tarnyboms VLK pateikė apmokėti 9081 sąskaitą. Pagal šias sąskaitas kompensuotina suma sudarė 2410,85 tūkst. Eur. Daugiausia sąskaitų buvo pateikta Norvegijos (48 proc.), Vokietijos (12 proc.), Latvijos (9 proc.) ir Jungtinės Karalystės (8 proc.)

susižinojimo tarnyboms. Šių šalių susižinojimo tarnybos turės kompensuoti ir didžiausią PSDF biudžeto išlaidų, skirtų kitų ES šalių apdraustųjų sveikatos priežiūrai Lietuvoje, dalį: Latvija – 58 proc., Norvegija – 19 proc., Jungtinė Karalystė – 7 proc. ir Vokietija – 6 proc. Likusioms ES šalims tenkanti kompensuotina PSDF išlaidų dalis tesudarė 10 proc. bendros PSDF išlaidų sumos.

**2016 m. ES šalių susižinojimo tarnyboms pateiktų sąskaitų skaičiaus pasiskirstymas pagal šalis**



**2016 m. ES šalių susižinojimo tarnyboms pateiktose sąskaitose nurodyta kompensuotina PSDF biudžeto išlaidų suma (Eur)**



*1.8. Tobulinti ir koordinuoti ASP įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su VLK ar TLK, veiklos priežiūrą.*

Siekdama didinti veiklos priežiūros efektyvumą, VLK koordinavo ir metodiškai vadovavo TLK vykdomai ASP įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su VLK ar TLK, veiklos priežiūrai. VLK direktoriaus 2016 m. kovo 30 d. įsakymu Nr. 1K-95 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir teritorinių ligonių kasų vykdomos ūkio subjektų veiklos priežiūros tobulinimo darbo grupės sudarymo“ buvo sudaryta darbo grupė, kuri

peržiūrėjo ASP įstaigų, vaistinių ir kitų įmonių bei įstaigų, sudariusių sutartis su VLK ar TLK, padarytos žalos PSDF biudžetui nustatymo principų aprašą bei veiklos priežiūros stebėsenos, efektyvumo (rezultatyvumo) matavimo ir vertinimo rodiklių sąrašą. Buvo parengti ir patvirtinti šie teisės aktai:

- VLK direktoriaus 2016 m. birželio 13 d. įsakymas Nr. 1K-182 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įmonių bei įstaigų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, padarytos žalos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (buvo sukonkretinti ir detalizuoti ASP įstaigų, vaistinių ir kitų įmonių bei įstaigų, sudariusių sutartis su VLK ar TLK, padarytos žalos PSDF biudžetui nustatymo atvejai);

- VLK direktoriaus 2016 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. 1K-189 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos priežiūros stebėsenos, efektyvumo (rezultatyvumo) matavimo ir vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (buvo patikslintas VLK ir TLK vykdomos ASP įstaigų, vaistinių ir kitų įmonių bei įstaigų, sudariusių sutartis su VLK ar TLK, veiklos priežiūros stebėsenos, efektyvumo (rezultatyvumo) rodiklių sąrašas: apibrėžtas rodiklis, pagal kurį matuojamas pagrindinio VLK ir TLK vykdomos veiklos priežiūros tikslo pasiekimo lygis, patikslintos visų rodiklių formuluotės, pradėti taikyti papildomi įtraukti rodikliai, nustatyti LRV 2010 m. gegužės 4 d. nutarimu Nr. 511 „Dėl institucijų atliekamų priežiūros funkcijų optimizavimo“, išsamiai aprašyta šių rodiklių skaičiavimo metodika).

2016 m. VLK toliau dalyvavo įgyvendinant Lietuvos Respublikos ūkio ministerijos vykdomą Vienodos priežiūros institucijoms pritaikytos atsiliepimų sistemos grįžtamojo ryšio modelio projektą. VLK atliktos TLK dalyvavimo 2015 m. grįžtamojo ryšio modelio projekte rezultatų analizės duomenimis, ASP įstaigos ar įmonės TLK atliktus patikrinimus daugeliu atveju įvertino labai gerai, gerai ar vidutiniškai (94 proc. visų atsakymus pateikusių įstaigų). Tikrintų įstaigų nuomone, TLK ekspertai tikrinimo metu elgėsi profesionaliai (91 proc.) ir buvo mandagūs (94 proc.). ASP įstaigų (89 proc.) nuomone, TLK ekspertai aiškiai ir suprantamai atsakė į veiklos patikrinimo metu kilusius klausimus, veiklos patikrinimas vyko operatyviai ir sklandžiai (95 proc.). Daugelio tikrintų įstaigų (73 proc.) nuomone, jų veiklos patikrinimas prisidėjo prie įstaigos veiklos tobulinimo. TLK patikrinimai vykdomi objektyviai ir skaidriai – nebuvo užfiksuota nė vieno atvejo, kai tikrintojas (-ai) tiesiogiai arba netiesiogiai prašo atlygio.

Siekiant daugiau kontrolės procedūrų vykdyti kryptingai rizikingiausiose veiklos priežiūros srityse, VLK direktoriaus 2016 m. gruodžio 12 d. įsakymu Nr. 1K-349 „Dėl 2017 metų teritorinių ligonių kasų prioritetinių vykdomos kontrolės kryptių ir jų atliekamos stebėsenos rodiklių sąrašo patvirtinimo“ buvo pradėti taikyti 2 nauji įstaigų veiklos stebėsenos rodikliai: tą pačią dieną suteiktų skatinamųjų PAASP paslaugų (neįgaliųjų sveikatos priežiūros, slaugos personalo procedūrų namuose) ir ambulatorinės slaugos paslaugų namuose bei stacionare teikiamų aktyviojo gydymo paslaugų kodavimo stebėsenai vykdyti.

Tobulinant ASP įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su VLK ar TLK, veiklos priežiūrą antikorpuciniu požiūriu, siekiant aiškiau reglamentuoti TLK vykdomus patikrinimus, buvo parengti šie teisės aktai:

- VLK direktoriaus 2016 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. 1K-239 „Dėl kontrolinių klausimynų patvirtinimo“ buvo patvirtintas kontrolinis klausimynas, skirtas ASP įstaigoms tikrinti dėl papildomų mokėjimų už PSDF biudžeto lėšomis teikiamas ASP paslaugas pagrįstumo;

- VLK direktoriaus 2016 m. rugpjūčio 19 d. įsakymu Nr. 1K-244 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014 m. sausio 21 d. įsakymo Nr. 1K-10 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ buvo aiškiau reglamentuota pagal pacientų skundus TLK vykdomų kontrolės procedūrų dėl galimų neteisėtų mokėjimų už PSDF biudžeto lėšomis teikiamas ASP paslaugas organizavimo tvarka.

Be to, VLK direktoriaus 2016 m. gruodžio 12 d. įsakymu Nr. 1K-349 „Dėl 2017 metų teritorinių ligonių kasų prioritetinių vykdomos kontrolės kryptių ir jų atliekamos stebėsenos rodiklių sąrašo patvirtinimo“ buvo patvirtintas ir 2017 m. TLK numatomų vykdyti aktyviajam gydymui priskiriamų stacionariųjų ASP paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, tinkamumo ir jų išlaidų apmokėjimo pagrįstumo rotacinių kontrolės procedūrų grafikas.

#### *1.9. Tobulinti giminingų diagnozių grupių metodo taikymą aktyviojo gydymo paslaugų išlaidoms apmokėti.*

2016 m. dėl ligų (TLK-10-AM) ir procedūrų (ACHI) klasifikacijų bei Kodavimo standartų pasikeitimų, kurie įsigaliojo 2017 m. sausio 1 d., ASP įstaigų ir TLK atstovams buvo surengti 8 klinikinio kodavimo mokymai.

Pagal klinikinio kodavimo bendruosius ir specialiuosius stebėsenos rodiklius, patvirtintus VLK direktoriaus 2015 m. gruodžio 8 d. įsakymu Nr. 1K-357, buvo atlikta 2015 m. aktyviojo gydymo klinikinį duomenų analizė, kurios pagrindu buvo parengta ir VLK interneto svetainėje paskelbta 2015 m. klinikinio kodavimo stebėsenos rezultatų vertinimo ataskaita. Stebėsenos metu dėl galimų klaidingų duomenų buvo atrinktos kai kurios 2015 m. užpildytos stacionare gydomo asmens statistinės kortelės ir pateiktos ASP įstaigoms tikslinti.

Taip pat 2016 m. buvo parengta 2015 m. aktyviojo gydymo stacionariųjų ir dienos chirurgijos paslaugų apžvalga ir išsami ligoninių (universiteto ir respublikos lygmens bei regiono ir rajono lygmens) 2015 m. veiklos efektyvumo vertinimo pagal kiekybinius rodiklius analizė.

Siekiant pagerinti ASP įstaigų duomenų apie suteiktas aktyviojo gydymo paslaugas kokybę, buvo pradėta vykdyti informacinės sistemos „Sveidra“ Stacionariųjų paslaugų apskaitos posistemio duomenų stebėseną. Buvo suorganizuoti TLK ekspertų praktiniai mokymai dėl Stacionariųjų paslaugų apskaitos posistemio pakeitimų, susijusių su duomenų stebėseną ir kontrolę.

2016 m. informacinėje sistemoje „Sveidra“ buvo įdiegtas dienos chirurgijos paslaugų tikrinimo taisyklių rinkinys. Tai leidžia ASP įstaigoms, įvedančioms dienos chirurgijos paslaugų duomenis į minėtos informacinės sistemos Stacionariųjų paslaugų apskaitos posistemį, iš karto matyti pranešimus apie padarytas klaidas.

2016 m. atnaujinus AR-DRG (angl. *Australian Refined Diagnosis Related Groups*) klasifikavimo sistemą (vietoj ankstesnės 6 versijos AR-DRG pradėta naudoti 8 versijos AR-DRG), buvo atliktas AR-DRG programinės įrangos licencijų pirkimas ir licencijų adaptavimo prie informacinės sistemos „Sveidra“ darbai.

Siekiant optimizuoti ASP paslaugų kainas ir kuo tiksliau kompensuoti šių paslaugų teikimo išlaidas, buvo apskaičiuotos naujos arba perskaičiuotos jau galiojančios toliau nurodytų paslaugų bazinės kainos:

1. gydytojo vaikų odontologo išplėstinė konsultacija – 1 kaina;
2. brachiterapijos paslaugos – 2 kainos;
3. oftalmologijos paslaugos, teikiamos dienos stacionare, – 2 kainos;
4. gydytojo radiologo, kai atliekamas scintigrafijos tyrimas, paslauga – 1 kaina;
5. ambulatorinės slaugos paslaugos namuose – 4 bazinės kainos;
6. oftalmologijos dienos stacionaro paslaugos – 2 bazinės kainos;
7. radiologo konsultacijos, kai atliekamas scintigrafijos tyrimas, naudojant radiofarmakologinius preparatus, – 7 bazinės kainos;
8. radionuklidinės kompiuterinės tomografijos tyrimai, kai naudojami radiofarmakologiniai preparatai, – 5 bazinės kainos;
9. radiologo ar onkologo radioterapeuto konsultacijos, kai taikomas gydymas radiofarmakologiniu preparatu, – 4 bazinės kainos;
10. SAM pavedimu 5,5 proc. buvo padidintos visų ASP paslaugų bazinės kainos (910) ir parengti 45 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai;

11. slaugos specialisto konsultacija, teikiama namuose pacientams, gydomiems peritonine dialize, – 1 kaina;
12. gydytojo nefrologo ar gydytojo vaikų nefrologo konsultacija, kai atliekama peritonine dialize gydomų pacientų stebėseną, – 1 kaina;
13. krūtis stulpelinė biopsija (diagnostinė procedūra) – 1 kaina;
14. pagalbinio apvaisinimo paslaugos – 7 kainos.

Visoms minėtoms bazinėms kainoms pritarė Privalomojo sveikatos draudimo taryba.

Buvo apskaičiuota giminingų diagnozių grupių metodo taikymo įtaka ASP įstaigų gaunamoms lėšoms už suteiktas paslaugas 2015 metais (18,2 proc.). Rodiklio reikšmės padidėjimą lėmė išaugusi dienos chirurgijos, gimdymo, vaikų iki 3 metų, insulto gydymo, taikant invazinę trombektomiją, bei miokardo infarkto (kai yra ST segmento pakilimas) gydymo, kai atliekamas širdies vainikinių kraujagyslių stentavimas, paslaugų dalis, palyginti su visomis aktyviojo gydymo paslaugomis.

#### *1.10. Užtikrinti PSDF biudžeto planavimą, vykdymą ir apskaitą.*

Svarbiausias sveikatos sektoriaus finansavimo šaltinis – PSDF biudžetas. Skaidrus ir efektyvus PSDF biudžeto planavimas, vykdymas ir apskaita parodo tinkamą asignavimų administravimą ir valdymą bet kokiomis ekonominėmis, politinėmis ar socialinėmis sąlygomis, leidžia įvertinti ligonių kasų veiklos efektyvumą ir užtikrinti ASP paslaugų prieinamumą. Vienas šio biudžeto valdymo proceso ciklas (nuo ateinančių metų biudžeto planavimo iki faktinio biudžeto vykdymo metinės ataskaitos patvirtinimo) trunka apie trejus metus ir susideda iš trijų etapų: biudžeto planavimo, vykdymo ir apskaitos.

2016 m. buvo atlikti šie pagrindiniai darbai, susiję su PSDF biudžeto planavimu, vykdymu ir apskaita:

1) parengtas, suderintas su atsakingomis institucijomis ir Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. lapkričio 10 d. nutarimu Nr. XII-2788 „Dėl Lietuvos Respublikos 2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio patvirtinimo“ patvirtintas 2015 m. PSDF biudžeto konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys, kuriame pateikiami faktiniai 2015 m. PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų duomenys, nurodyti svarbiausi VLK 2015 m. veiklos pokyčiai bei finansinės veiklos rezultatai;

2) parengtos ketvirtinės 2016 m. PSDF biudžeto vykdymo ataskaitos (2016 m. I ketvirčio, I pusmečio ir 9 mėnesių ataskaitos), kuriose pateikiama informacija apie ataskaitinio laikotarpio (ketvirčio) PSDF biudžeto pajamų bei išlaidų plano vykdymą. Ši informacija skelbiama viešai VLK interneto svetainėje. PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų operatyvinė apskaita ir analizė atliekama kas mėnesį. Šios apskaitos ir analizės duomenys leidžia operatyviai įvertinti PSDF biudžeto pajamų surinkimą, taip pat išlaidų plano vykdymą, jais remiasi SAM ir ligonių kasos priimdamos reikiamus sprendimus dėl PSDF biudžeto valdymo ir ASP paslaugų išlaidų kompensavimo;

3) paskirstytos 2016 m. PSDF biudžeto lėšos, patvirtintos PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu, pagal detalesnes išlaidų eilutes, metų ketvirčius ir TLK. Metų ketvirčiais paskirstytas PSDF biudžeto pajamas ir išlaidas siekiama subalansuoti. Tokiu būdu užtikrinamas nenutrūkstamas ASP paslaugų išlaidų apmokėjimas, atsižvelgiant į gautas einamojo laikotarpio pajamas. PSDF biudžeto lėšos paskirstomos TLK pagal visoms TLK taikomas vienodas formules ir principus bei statistinius rodiklius, patvirtintus teisės aktais. Skirtų PSDF biudžeto lėšų pagrindu TLK sudaro sutartis su ASP įstaigomis ir vaistinėmis dėl ASP paslaugų išlaidų ir kompensuojamųjų vaistų bei MPP įsigijimo išlaidų apmokėjimo. Atsižvelgiant į ASP paslaugų teikimo ir lėšų panaudojimo tendencijas, 2016 m. buvo parengti PSDF biudžeto lėšų paskirstymo pakeitimo projektai ir VLK direktoriaus įsakymai dėl papildomų PSDF lėšų skyrimo, įskaitant Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais skirtas PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšas;

4) parengtas ir pateiktas SAM 2017–2019 m. PSDF biudžeto prognozių projektas;

5) parengtas 2017 m. PSDF biudžeto projektas (patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 22 d. priimtu 2017 m. PSDF biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu Nr. XIII-173). Planuojamos 2017 m. PSDF biudžeto lėšos sudaro daugiau kaip 1,5 mlrd. Eur ir, palyginti su 2016 m. patvirtintu PSDF biudžetu, didėja 9,5 proc., arba 136,8 mln. Eur. Įvertinus planuojamus lėšų likučius (31,2 mln. Eur), 2017 m. PSDF biudžetas peržengia 1,6 mlrd. Eur ribą. Didėjant PSDF biudžeto lėšoms, pacientams bus galima suteikti daugiau ASP paslaugų, gerės jų prieinamumas;

6) siekiant įvertinti ASP įstaigų finansinius išsipareigojimus, buvo parengta informacija apie 2015 m. bei 2016 m. I ketv., I pusm., 9 mėn. jų finansinės veiklos rezultatus bei šių duomenų suvestinė ataskaita.

## **2. Plėtoti informacines sistemas, gerinti ligonių kasų veiklos valdymą.**

*2.1. Įgyvendinti ligonių kasų informacinių technologijų plėtros strategiją, siekiant tenkinti ligonių kasų veiklos poreikius informacinių technologijų srityje.*

2016 m. buvo susistemintos ir suklasifikuotos VLK teikiamos elektroninės paslaugos (toliau – e. paslaugos) išoriniams šių paslaugų gavėjams bei šių paslaugų paketai bei nustatyta, kokias e. paslaugas VLK galėtų centralizuotai teikti ASP įstaigoms. 2017 m. planuojama pradėti kryptingą tokių paslaugų plėtrą.

Siekiant gauti patikimus ASP paslaugų sąnaudų, nustatomų paciento lygiu, duomenis, pagal kuriuos būtų skaičiuojami aktyviojo gydymo stacionarinių paslaugų, priskiriamų atitinkamoms giminingų diagnozių grupėms, kainų koeficientai, 2016 m. buvo pradėtas vykdyti Detalios paciento lygio sąnaudų apskaitos informacinės sistemos įdiegimo projektas. Jį įgyvendinant bus sukurtas bendras, visoms ASP įstaigoms tinkamas sąnaudų valdymo apskaitos metodas ir įdiegtos reikiamos techninės priemonės šiai apskaitai tvarkyti. Įgyvendinus minėtą projektą, bus efektyviau naudojamos PSDF biudžeto lėšos, pagerės ASP įstaigų teikiamų paslaugų kokybė ir prieinamumas, didės ASP įstaigų veiklos skaidrumas, pagerės informacijos teikimas pacientams.

2016 m. buvo toliau kuriama ligonių kasų Eilių ir atsargų valdymo informacinė sistema: buvo įdiegtas OTP posistemis, skirtas PSDF biudžeto išlaidų OTP apskaitai ir kompensacijoms, skiriamoms pacientams už savo lėšomis įsigytas priemones, valdyti. Minėta informacinė sistema leis geriau numatyti PSDF biudžeto lėšų poreikį, valdyti laukiančiųjų eiles.

2016 m. buvo pradėti darbai, susiję su informacinės sistemos „Sveidra“ plėtojimu ir modernizavimu.

Taip pat buvo dalyvauta įgyvendinant Europos Parlamento ir Tarybos reglamentą Nr. 282/2014, kuriuo nustatoma trečioji daugiametė ES bendrųjų veiksmų sveikatos srityje programa (angl. *Joint action program*) (2016–2020 m.). Šia programa siekiama pagerinti sveikatos priežiūros sistemų koordinavimą, užtikrinti jų tvarumą ir kokybę, naudojantis glaudesne e. sveikatos sistemų ir paslaugų sąveika tarp ES šalių. Dalyvavimas atliekant minėtos programos 2016 m. veiksmų plane numatytus bendrus veiksmus, leidžia VLK susipažinti su pacientų registru, e. recepto ir paciento duomenų suvestinių sistemų diegimo ES šalyse patirtimi, taip pat – geriau planuoti jau veikiančių informacinių sistemų plėtrą, siekiant efektyviau keistis duomenimis su kitų ES šalių informacinėmis sistemomis.

2016 m. buvo tobulinamas Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registras (toliau – Registras):

- įgyvendinant Registro plėtros projektą, buvo atlikti duomenų apdorojimo mechanizmų, duomenų teikimo sąsajų modifikavimo ir naujų sąsajų kūrimo darbai, patobulinti duomenų mainų mechanizmai, patikslintos apdraustųjų sąrašų, kuriuose pateikiami reikiami duomenys, perdavimo funkcijos – visa tai leido maksimaliai automatizuoti didžiausių (pagal duomenų mainų apimtį) pusiau automatinio veikimo duomenų mainų sąsajų darbą;

- buvo padidintas Registro formuojamų ataskaitų kiekis ir patobulintas ataskaitų formavimo mechanizmas, didinant duomenų atrankos parametrų skaičių. Taip pat buvo tobulinama apdraustųjų grupių klasifikatorių ir apdraustųjų grupių duomenų tvarkymo programinė įranga,

siekiant optimizuoti apdraustųjų grupių tvarkymo metu atliekamą pakeitimų susiejimą su kitais Registro veiklos procesais;

- buvo patikslintas archyvinių įrašų tvarkymo mechanizmas, automatizuotas Registro administratorių informavimas.

Pirmiau išvardytos Registro tobulinimo priemonės palengvina duomenų teikimo procedūras, sumažina duomenų apdorojimo sąnaudas ir pagreitina šį procesą – duomenys į Registrą teikiami operatyviau. Kartu sumažėjo žmogiškojo faktoriaus nulemtų klaidų skaičius ir duomenų tvarkymo bei sistemos administravimo išlaidos. Tinkamas ir maksimalus informacinių išteklių panaudojimas ne tik pagerino VLK veiklos kokybę, bet ir sudarė galimybes ligonių kasų darbuotojams greičiau, efektyviau ir paprasčiau dirbti, leido įvertinti dėl privalomojo sveikatos draudimo priimamų sprendimų pagrįstumą.

2016 m., vadovaujantis LRV nutarimu dėl MMA pakeitimo nuo 2016 m. sausio 1 d., buvo inicijuotas, įgyvendintas ir išbandytas Registro funkcijų pakeitimas, susijęs su privalomojo sveikatos draudimo įmokų dydžio perskaičiavimu.

Buvo parengtas ir su Informacinės visuomenės plėtros komitetu prie Susisiekimo ministerijos, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija, Valstybine mokesčių inspekcija prie Lietuvos Respublikos finansų ministerijos ir „Sodra“ suderintas Registro nuostatų pakeitimo projektas, atsižvelgiant į dėl Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 8, 22 ir 23 straipsnių pakeitimo įstatymą Nr. XII-1733 ir Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 8, 15, 18 ir 19 straipsnių pakeitimo įstatymą Nr. XII-1984.

2016 m. buvo parengti Registro duomenų saugos nuostatai, patvirtinti VLK direktoriaus 2016 m. rugsėjo 12 d. įsakymu Nr. 1K-262 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2008 m. balandžio 1 d. įsakymo Nr. 1K-50 „Dėl Lietuvos Respublikos draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro duomenų saugos nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“.

Nuo 2016 m. sausio 1-osios Lietuvos bankai yra sujungti į mažmeninių mokėjimų sistemą, kuri atitinka bendros mokėjimų eurais erdvės reikalavimus (SEPA). Dėl šių naujovių metų pradžioje buvo nustatyti duomenų apie gyventojų sumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas, pagal kurias jie apdraudžiami privalomuoju sveikatos draudimu, teikimo Registrai sutrikimai. Buvo priimtas laikinas sprendimas tais atvejais, kai draudžiamasis kreipiasi dėl duomenų, pagal kuriuos nustatomas draudimas, trūkumo, šiuos duomenis sutvarkyti rankiniu būdu pagal pateiktą mokėjimo kvitą arba mokėjimo pavedimo išrašą. Pažymėtina, kad buvo sutrikęs tik tarpbankinis ryšys, t. y. visos įmokos, mokėtos per „Perlo“ terminalą, paštą ar kitur (ne bankuose), buvo gaunamos ir apdorojamos įprastu režimu. Siekiant įvertinti problemų dėl SEPA diegimo bankuose poveikį ligonių kasų veiklai, buvo atlikta TLK gyventojų aptarnavimo skyrių apklausa ir palyginti tam tikri gyventojų aptarnavimo rodikliai.

Nenutrūkstamas Registro veikimas užtikrinamas 98 procentais.

Vadovaujantis VLK direktoriaus 2016 m. kovo 17 d. įsakymu Nr. 1K-81 „Dėl Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro naudotojų mokymų“, 2016 m. buvo suorganizuoti TLK gyventojų aptarnavimo skyrių darbuotojų, kurie naudojami Registru, mokymai. Buvo apmokyti 83 TLK gyventojų aptarnavimo skyrių darbuotojai.

Ligonių kasos nuo 2013 m. teikia administracines paslaugas pagal vieno langelio principą. Sveikatos draudimo vykdymo ir ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų klausimais gyventojai informuojami ir konsultuojami bendru visoje Lietuvoje telefono numeriu (8 700 88888), elektroniniai paklausimai gaunami bendru elektroninio pašto adresu. Siekiant nuosekliai gerinti teikiamų administracinių paslaugų prieinamumą ir kokybę, 2016 m. buvo prižiūrima ir tobulinama Konsultavimo informacinė sistema, tikslinama joje kaupiama informacija. Pagal šios informacinės



sistemos duomenis konsultuojami asmenys, kurie telefonu, raštu, žodžiu ar elektroniniu paštu ([info@vlk.lt](mailto:info@vlk.lt)) kreipiasi į ligonių kasas.

2016 m. buvo patikslinti ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų aprašymai, patvirtinti VLK direktoriaus 2016 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 1K-240 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2010 m. vasario 8 d. įsakymo Nr. 1K-19 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir teritorinių ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų aprašymų patvirtinimo“ pakeitimo“.

2016 m. lapkričio–gruodžio mėn. buvo atlikta ligonių kasų lankytojų apklausa, kurios tikslas – įvertinti administracinių paslaugų teikimą pagal vieno langelio principą, t. y. nustatyti, ar ligonių kasų teikiamos administracinės paslaugos atitinka vartotojų poreikius. Pagal apklausos metu surinktus duomenis bus įvertinta ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų atitiktis vartotojų poreikiams, parengta ataskaita.

## *2.2. Tobulinti ligonių kasų veiklos ir žmogiškųjų išteklių valdymą.*

Siekdama nuolat stebėti ir vertinti sveikatos sistemos funkcionavimą, privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą gyventojams bei valstybei ir tinkamai planuoti savo veiklą, VLK atlieka sistemine PSDF biudžeto ir privalomojo sveikatos draudimo sistemos stebėseną pagal tam tikrus rodiklius. 2016 m. buvo peržiūrėtas ir atnaujintas privalomojo sveikatos draudimo funkcionavimo rodiklių sąrašas, patvirtintas VLK direktoriaus 2016 m. balandžio 6 d. įsakymu Nr. 1K-111 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014 m. spalio 22 d. įsakymo Nr. 1K-281 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklių sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“. Siekiant nustatyti ir atkreipti dėmesį į problemines Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo ir sveikatos sistemos sritis, buvo atlikta analizė, lyginant nacionalinių Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimo rodiklių 2014 m. ir 2015 m. reikšmes bei tarptautinių Lietuvos sveikatos sistemos išteklių ir veiklos rodiklių reikšmes su atitinkamų kitų ES šalių rodiklių reikšmėmis.

## **Žmogiškieji ištekliai**

VLK struktūrą 2016 m. sudarė 4 departamentai, 10 jiems pavaldžių skyrių ir 10 skyrių, nepriklausančių departamentams. VLK pavaldžios penkios TLK. Šiuo metu VLK yra patvirtintos 145 pareigybės, TLK – 329 pareigybės.

Taikant patvirtintą ligonių kasų darbuotojų kompetencijų valdymo modelį, 2016 m. buvo kryptingai tobulinama darbuotojų kompetencija, ugdomi aukštos kvalifikacijos darbuotojai. 2016 m. VLK darbuotojai kvalifikaciją kėlė vidutiniškai 29 ak. val., iš jų 8 ak. val. tenka darbuotojų užsienio kalbos tobulinimo kursams.

2016 m. gegužės 30 d.–birželio 8 d. buvo atlikta VLK ir TLK darbuotojų anoniminė apklausa „Kas lemia Jūsų pasitenkinimą darbu?“. Pasitenkinimo darbu koeficientas nuo 7,8 (2014 m.) sumažėjo iki 7,7 (2016 m.). Tikėtina, kad koeficiento mažėjimas yra susijęs su VLK ir Klaipėdos TLK vadovų kaita.

## *2.3. Viešinti VLK veiklą, informuoti visuomenę apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą, plėtoti bendradarbiavimą su ligonių kasų partneriais, organizuoti visuomenės nuomonės tyrimus.*

Ligonių kasos siekia didinti visuomenės informuotumą apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą, garantuojamą sveikatos priežiūrą ir ligonių kasų veiklą. 2016 m. daugiau dėmesio buvo skiriama informavimui apie ASP paslaugas, nemokamai teikiamas apdraustiesiems, racionalų vaistų vartojimą, nepakantumo korupcijai sveikatos sistemoje ugdymo priemonėms. Kartu ypatingas dėmesys buvo skiriamas informavimui apie prevencines programas, skatinama pagal jas pasitikrinti sveikatą.

2016 m. buvo įgyvendintos šios visuomenės informavimo priemonės:

- VLK sistemingai rengė ir platino pranešimus spaudai apie jos kuruojamų sričių aktualijas.

2016 m. buvo paskelbta 100 informacinių pranešimų žiniasklaidai. Šie pranešimai buvo platinami tiek per VLK interneto svetainę, tiek per naujienų portalus. VLK svetainėje yra įdiegta automatinio naujienų išsiuntimo funkcija, tad įvairių tikslinių grupių (įvairių institucijų, žiniasklaidos, savivaldybių, ASP įstaigų, vaistinių, pacientų bei medikų organizacijų ir kt.) atstovai automatiškai gauna VLK interneto svetainėje paskelbtą naujieną. VLK interneto svetainės naujienas 2016 m. gavo daugiau nei 2,5 tūkst. prenumeratorių. Prenumeratorių sąrašas nuolat atnaujinamas. Be to, VLK naujienas paskelbus BNS „Spaudos centre“, jos automatiškai išsiunčiamos žiniasklaidos atstovams;

- daug dėmesio buvo skiriama VLK interneto svetainei, nuolatiniam joje skelbiamos informacijos atnaujinimui. Joje buvo skelbiama visų VLK vykdytų projektų, akcijų, renginių vaizdinė medžiaga bei VLK rengtų leidinių maketai;

- buvo plėtojamas ir tobulinamas VLK profilis socialiniame tinkle „Facebook“, pritraukiami vis daugiau naujų jo lankytojų ir gerbėjų: čia ne tik dalijamasi VLK naujienomis, nuotraukomis, bet ir naudingomis nuorodomis, tiesiogiai atsakoma į gyventojų klausimus. Siekiant šviesti visuomenę, ypač jaunimą, privalomojo sveikatos draudimo temomis, per šį socialinį tinklą buvo organizuojamos viktorinos šiomis temomis ir apdovanojami jų nugalėtojai;

- buvo pradėta dalytis nuotraukomis socialiniame tinkle „Instagram“;

- buvo išleisti ir išplatinti šie leidiniai: 4 rūšių lankstinukai („Ar žinote, ką garantuoja Europos sveikatos draudimo kortelė?“, „Prevencinės programos: galimybė užkirsti ligai kelią“, „Ką reikia žinoti apie kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones“, „Ar žinote, ką garantuoja privalomasis sveikatos draudimas?“ bei 5 rūšių atvirukų komplektas. Šie leidiniai buvo platinami pasitelkiant TLK ir sutarčių partnerius (ASP įstaigas, vaistines ir kt.);

- buvo šviečiamas jaunimas privalomojo sveikatos draudimo klausimais. VLK kuravo projekto „Moksleiviai – į Vyriausybę“ dalyvius ir supažindino juos su ligonių kasų veikla;

- buvo tęsiama VLK ir Lietuvos tautinio olimpinio komiteto (LTOK) iniciatyva įgyvendinama socialinė akcija „Aplenk ligą“. Šios akcijos tikslas – informuoti žmones apie tai, kokias sveikatos priežiūros paslaugas jie gali nemokamai gauti pagal prevencines programas, skatinti jomis pasinaudoti. Vykdamas šią akciją buvo sukurti 3 nuotraukų komplektai (po 6 nuotraukas), kuriuose yra įamžinti iškilūs Lietuvos sportininkai: Andrėjus Zadneprovskis, Edvinas Krungolcas, Laura Asadauskaitė-Zadneprovskienė, Donata Vištartaitė, Ieva Serapinaitė bei Vladislavas Sosnovskis. 2016 m. minėta paroda keliavo po Lietuvos institucijas, ASP įstaigas ir kt. (paroda aplankė daugiau nei 31 vietą);

- buvo organizuota socialinė akcija „Šeimos sveikata“ Tarptautinei šeimoms dienai paminėti. Šia proga ligonių kasos organizavo piešinių konkursą, o TLK surengė vaikų piešinių konkurso „Mano šeimos gydytojas“ nugalėtojų apdovanojimo renginius. Jų metu buvo dalijami VLK atspausdinti atvirukai – penkių laimėtojų darbai, jie buvo platinami per švietimo įstaigas. 2016 m. gegužės 12 d. VLK įvyko baigiamasis šios akcijos renginys – spaudos konferencija apie šeimos gydytojo institucijos plėtrą ir svarbą;

- buvo tęsiama 2015 m. pradėta šviečiamoji kampanija interneto svetainėje [www.lrytas.lt](http://www.lrytas.lt), skatinanti aktyviau domėtis privalomuoju sveikatos draudimu. Buvo siekiama paraginti žmones nebūti sau abejingais ir pasinaudoti visomis valstybės siūlomomis galimybėmis nemokamai pasitikrinti sveikatą. Tik turėdami kuo daugiau informacijos žmonės gali tapti aktyviais sveikatos sistemos dalyviais, o, žinodami, kad už ASP įstaigose suteiktas paslaugas apdraustiesiems sumoka ligonių kasos, – nebemokėti už jas patys;

- buvo surengtos 2 spaudos konferencijos, sulaukusios nemažo žiniasklaidos atstovų dėmesio. Vienoje jų žurnalistams buvo pristatyta akcija „Būk protingas, nepermokėk už vaistus“, kitoje – kalbėta apie šeimos gydytojo institucijos plėtrą ir svarbą. Be to, 2016 m. radijo, televizijos, spaudos ir internetinės žiniasklaidos atstovams (pagal jų paklausimus) nuolat buvo teikiami komentarai ir informacija apie VLK veiklą, o VLK specialistai aktyviai dalyvavo įvairiose radijo ir televizijos laidose, komentavo ligonių kasų aktualijas;

- buvo tęsiami visuomenės nuomonės tyrimai, kurių tikslas – įvertinti pasitikėjimą

privalomojo sveikatos draudimo sistema ir ligonių kasomis, nustatyti gyventojų informuotumą apie PSDF biudžeto lėšomis finansuojamą sveikatos priežiūrą, prevencines programas, korupcijos sveikatos sistemoje vertinimą, vaistų pirkimo ypatumus. Tyrimų rezultatai buvo viešinami (skelbiami interneto svetainėje) ir pristatomi suinteresuotosioms šalims, tyrimų duomenis buvo panaudoti planuojant ir įgyvendinant visuomenės informavimo priemones;

– VLK patalpose buvo eksponuojama Vilniaus dailės akademijos (VDA) Kauno fakulteto menininkų darbų paroda „Perspektyvos: menas, kepenų ligos ir aš pasveikęs“. Šiuo projektu siekiama atkreipti visuomenės dėmesį į pavojingomis ligomis sergančius žmones, mažinti socialinę atskirtį ir stereotipus.

#### PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO REZULTATAI

Vertinimo kriterijaus kodas	Programos, tikslų, uždavinių, vertinimo kriterijų pavadinimai ir mato vienetai	Vertinimo kriterijų reikšmės		
		metinis planas	įvykdyta*	įvykdyta proc.
01	<b>1 tikslas: įgyvendinti solidarumo, teismo ir visuotinio principus privalomojo sveikatos draudimo srityje</b>			
R-04.001-01-01	Ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (vnt.)	313,0	330,9	105,7
R-04.001-01-02	Lėšų dalis, mokama už skatinamąsias paslaugas, gerus darbo rezultatus, šeimos gydytojo darbą ir kaimo gyventojų aptarnavimą, palyginti su lėšų dalimi, mokama už PAASP paslaugas (proc.)	27,0	27,0	100,0
R-04.001-01-03	Pacientų priemokų už kompensuojamuosius vaistus dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų suma (proc.)	19,5	20,0	97,5
R-04.001-01-04	Vienintelio gamintojo gaminamų vaistų, kurie vartojami stacionare ir įsigijami centralizuotai, kainų mažėjimas, palyginti su praėjusiais metais (proc.)	5,0	5,5	100,5
R-04.001-01-05	Ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų atitiktis vartotojų poreikiams (proc.)	90,0	90,0	100,0
R-04.001-01-06	Visuomenės informuotumo apie ligonių kasų veiklą didėjimas, palyginti su praėjusiais metais (proc.)	1,0 (siekiama reikšmė – 85 proc.)	– 1,0 (pasiekta reikšmė – 83 proc.)	97,6

R-04.001-01-07	Ligonių kasų lankytojams teikiamų paslaugų perkėlimas į elektroninę erdvę ne mažesniu kaip IV brandos lygiu (vnt.)	2,0	1,0	50,0
01-01	<b>1 tikslo 1 uždavinys: užtikrinti draudžiamiesiems privalomuoju sveikatos draudimu valstybės nustatytą sveikatos priežiūrą</b>			
P-04.001-01-01-01	Moterų, dalyvaujančių krūtis vėžio patikros prevencinėje programoje, aprėptis per pastaruosius 2 metus (proc.)**	-	-	-
P-04.001-01-01-02	Moterų, dalyvaujančių gimdos kaklelio vėžio patikros prevencinėje programoje, aprėptis per pastaruosius 3 metus (proc.)	41,5	40,4	97,3
P-04.001-01-01-03	Planinių kontrolės procedūrų skaičius, palyginti su bendru kontrolės procedūrų skaičiumi (proc.)	62,0	72,6	117,1
P-04.001-01-01-04	Kompensuojamųjų generinių vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių (DDD, angl. <i>Defined Daily Dose</i> ) skaičius, palyginti su bendru kompensuojamųjų vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių skaičiumi (proc.)	60,0	48,7	81,2
P-04.001-01-01-05	Nepertraukiamas ASP įstaigų aprūpinimas centralizuotai apmokamais būtinios pagalbos vaistais ir MPP (proc.)	100,0	100,0	100,0
P-04.001-01-01-06	Laukimo VLK tvarkomoje kompensuojamojo klubo ar kelio sąnario endoprotezo skyrimo eilėje trukmė, palyginti su praėjusiais metais (proc.)	2,0 (planuota reikšmė – 98 proc.)	42,0 (pasiekta reikšmė – 58 proc.)	140,8
P-04.001-01-01-07	Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos sukūrimo ir įdiegimo mastas (proc.)	85,0	70,0	82,0
P-04.001-01-01-08	Laukiančiųjų OTP užsakymų priėmimo eilės mažėjimas	10,0 (planuota	47,0 (pasiekta	158,5

	(proc.)	reikšmė – 506)	reikšmė – 296)	
P-04.001-01-01-09	Giminingų diagnozių grupių metodo įtaka aktyviojo gydymo ASP paslaugų išlaidų apmokėjimui (proc.)	15,0	18,2	121,5
P-04.001-01-01-10	Sutarčių dėl ASD paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo stebėsenos aprėptis (proc.)	75,0	75,0	100,0
P-04.001-01-01-11	Registro*** plėtojimo projekto įgyvendinimo mastas (proc.)	100,0	100,0	100,0
P-04.001-01-01-12	PSDF biudžeto planavimo ir lėšų paskirstymo bei konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio parengimo nustatytu laiku užtikrinimas (proc.)	100,0	100,0	100,0
P-04.001-01-01-13	Informacinių pranešimų skaičius per metus (vnt.)	81,0	100,0	123,5
P-04.001-01-01-14	Metinis kvalifikacijos kėlimo valandų skaičius, vidutiniškai tenkantis vienam VLK darbuotojui (vnt.)	12,0	29,0	241,7
P-04.001-01-01-15	VLK ir TLK darbuotojų pasitenkinimas darbu (indeksas)	7,8	7,7	98,7

\* Pažymėtina, kad dalis duomenų, pagal kuriuos apskaičiuojamos VLK vykdomos Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos vertinimo kriterijų reikšmės, gaunami iš informacinės sistemos „Sveidra“, t. y. šie duomenys yra ASP įstaigų teikiami duomenys apie asmenis, kurie kreipėsi į šias įstaigas praėjusiais metais, jiems suteiktas paslaugas, taip pat ASP įstaigų duomenys apie panaudotas lėšas ir kt. Šiuos duomenis ASP įstaigos įveda į informacinę sistemą „Sveidra“ iki einamųjų metų vasario 1 dienos, bet iki vasario 10 d. jie dar gali būti tikslinami. Tad lentelėje pateiktos rodiklių reikšmės vėliau gali keistis ir būti tikslinamos.

\*\* 2016–2018 m. SAM strateginiame veiklos plane numatytos tokios šio vertinimo kriterijaus reikšmės: 2016 m. – 0; 2017 m. – 38,0; 2018 m. – 0. Moterų, gavusių paslaugas pagal krūties vėžio prevencinę programą, aprėptis skaičiuojama kas 2 metus, t. y. pasibaigus vienam minėtos programos ciklui. Paskutinis ciklas baigsis 2017 m. spalio 1 d., tad rodiklio reikšmė bus skaičiuojama atsiskaitant už 2017 metus.

\*\*\* Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registras.

### **Nepasiektų arba viršytų vertinimo kriterijų reikšmių priežastys**

2016 m. kai kurių vertinimo kriterijų planuojamų reikšmių pasiekti nepavyko arba jos buvo labai viršytos dėl toliau nurodomų priežasčių.

#### **Rezultato vertinimo kriterijai**

R-04.001-01-01 Ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (vienetais)

**Komentaras:** planuota vertinimo kriterijaus reikšmė buvo viršyta, nes 2016 metais prasiplėtė ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų spektras – į paslaugų, kurių išlaidos kompensuojamos PSDF biudžeto lėšomis, sąrašą buvo įrašytos gydytojų specialistų konsultacijos (sporto medicinos gydytojo, priklausomybės ligų gydymo, odontologijos, radiologijos, kai atliekami branduolinės medicinos tyrimai, konsultacijos bei pulmonologo arba vaikų pulmonologo, kai atliekami bakteriologiniai tuberkuliozės tyrimai, konsultacijos) ir naujos dienos stacionaro (brachiterapijos, oftalmologijos, vaikų hematologijos) paslaugos.

R-04.001-01-03 Pacientų priemokų už kompensuojamuosius vaistus dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų suma (procentais)

**Komentaras:** dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių ASP paslaugų teikimo masto vis daugiau skiriama kompensuojamųjų vaistų, didėja jų vartojimas, o kartu – ir priemokos. Be to, nors pacientai žino, kad yra pigesnių generinių vaistų, jie dažniau renkasi tuos vaistus, kuriuos jau yra įpratę vartoti, nepaisant to, kad jų priemoka yra didesnė. Generinių vaistų kainos nuolat mažėja. Ypač tai pastebima, kai rinkoje atsiranda naujas generinis vaistas. Jei pacientas, atsiradus naujam generiniam vaistui, toliau perka senąjį įprastą vaistą, jis už šį vaistą primoka daugiau (dėl sumažėjusios visos generinių vaistų grupės bazinės kainos paciento vartojamo senojo vaisto priemoka padidėja). Pacientai neturėtų primokėti daugiau, jei pasirinktų naująjį generinį tos pačios vaistų grupės vaistą, kurio priemoka yra mažesnė.

R-04.001-01-06 Visuomenės informuotumo apie ligonių kasų veiklą didėjimas, palyginti su praėjusiais metais (procentais)

**Komentaras:** nustatyta, kad 2016 m. gruodžio mėnesį 83 proc. apklaustų suaugusių Lietuvos gyventojų (18 metų ir vyresnių) nurodė, kad žino apie ligonių kasų veiklą. Prieš metus (2015 m. lapkričio mėnesį) tokių buvo 84 procentai. Šis nedidelis pokytis (1 proc.), pasak rinkos ir visuomenės nuomonės tyrimų kompanijos „Baltijos tyrimai“, neviršija statistinės paklaidos ribų, todėl pagrindinė išvada yra tokia – informuotumo lygis išliko toks pat, kaip prieš metus (t. y. aukštas žinojimo lygis, nes nieko apie ligonių kasų veiklą nežino 17 proc. gyventojų, o prieš metus nežinančiųjų buvo 16 proc.).

R-04.001-01-07 Ligonių kasų lankytojams teikiamų paslaugų perkėlimas į elektroninę erdvę ne mažesniu kaip IV brandos lygiu (vienetais)

**Komentaras:** planuota vertinimo kriterijaus reikšmė nepasiekta, nes 2016 m. nebuvo baigtas diegti Ambulatorinio gydymo deguonimi posistemis. Todėl ambulatorinio gydymo deguonimi išlaidų kompensavimo paslaugos nebuvo perkeltos į elektroninę erdvę aukštesniu brandos lygiu (IV brandos lygiu). Iš 20 ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų į elektroninę erdvę buvo perkelta: 1 paslauga – I brandos lygiu, 10 paslaugų – II brandos lygiu, 1 paslauga – III brandos lygiu, 7 paslaugos – IV brandos lygiu. 2016 m. klausos aparatų įsigijimo išlaidų kompensavimo paslaugos buvo perkeltos į elektroninę erdvę IV brandos lygiu (vietoj II brandos lygio).

### **Produkto vertinimo kriterijai**

P-04.001-01-01-02 Moterų, dalyvaujančių gimdos kaklelio vėžio patikros prevencinėje programoje, aprėptis per pastaruosius 3 metus (procentais)

**Komentaras:** planuojama vertinimo kriterijaus reikšmė nebuvo pasiekta, nors planuota ir pasiekta reikšmės skiriasi nedaug. Šio kriterijaus reikšmei didžiausios įtakos turi pačių moterų aktyvumas tikrinantis dėl gimdos kaklelio vėžio. Taip pat įtakos šio kriterijaus reikšmei turėjo pasikeitęs jos skaičiavimo būdas. Pradinė rodiklio reikšmė buvo planuojama pagal konkrečios datos duomenis apie prirašytų prie PAASP įstaigų tikslinės populiacijos moterų skaičių, o įvykdymo reikšmė buvo skaičiuojama pagal trejų metų duomenis (pagal 4 programos ciklo – 2013 m. liepos 1 d.–2016 m. birželio 30 d. – duomenis) apie prisirašiusių prie PAASP įstaigų tikslinės populiacijos moterų skaičių.

P-04.001-01-01-03 Planinių kontrolės procedūrų skaičius, palyginti su bendru kontrolės procedūrų skaičiumi (procentais)

**Komentaras:** planuota vertinimo kriterijaus reikšmė buvo viršyta, nes VLK direktoriaus 2015 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. 1K-374 „Dėl 2016 metų prioritetinių teritorinių ligonių kasų vykdomos kontrolės kryptių ir stebėsenos rodiklių sąrašo patvirtinimo“ buvo pradėti taikyti 4 nauji stebėsenos rodikliai. Padidinus stebėsenos rodiklių skaičių, TLK kontrolę vykdė kryptingiau, planuodamos patikrinimus tose įstaigose, kurios viršijo nustatytos stebėsenos rodiklių reikšmes.

P-04.001-01-01-04 Kompensuojamųjų generinių vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių (DDD, angl. *Defined Daily Dose*) skaičius, palyginti su bendru kompensuojamųjų vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių skaičiumi (procentais)

**Komentaras:** nors pacientai žino, kad yra pigesnių generinių vaistų, jie dažniau renkasi tuos vaistus, kuriuos jau yra įpratę vartoti, nepaisant to, kad jų priemoka yra didesnė. Generinių vaistų kainos nuolat mažėja. Ypač tai pastebima, kai rinkoje atsiranda naujas generinis vaistas. Jei pacientai, atsiradus naujam generiniam vaistui, toliau perka senąjį įprastą vaistą, suvartotų kompensuojamųjų generinių vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių dalis (proc.), palyginti su bendru suvartotų kompensuojamųjų vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių skaičiumi, nedidėja. Tačiau vis dėlto matyti bendra tendencija, kad suvartotų kompensuojamųjų generinių vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių dalis (suvartota apie 295 mln. DDD) 2016 m. padidėjo 1,7 proc., palyginti su 2015 m. (suvartota apie 290 mln. DDD).

P-04.001-01-01-06 Laukimo VLK tvarkomoje kompensuojamojo klubo ar kelio sąnario endoprotezo skyrimo eilėje trukmė, palyginti su praėjusiais metais (procentais)

**Komentaras:** planuota vertinimo kriterijaus reikšmė buvo viršyta, nes 2016 m. tiek ASP įstaigų, tiek VLK darbuotojai aktyviau naudojos 2015 m. įdiegta Eilių ir atsargų valdymo informacinė sistema. ASP įstaigoms laiku įvedus į šią sistemą aktualią informaciją apie atliktas operacijas ir pacientus, kuriems buvo skirtas endoprotezas ir kurie kreipėsi į ASPĮ dėl operacijos laiko suderinimo, VLK gali operatyviau reguliuoti sąnarių endoprotezų, dėl kurių implantavimo pacientai nesikreipė, perskirstymą toliau eilėje laukiantiems pacientams, taip pat, atsižvelgdama į endoprotezų likučius gydymo įstaigose, papildyti gydymo įstaigų atsargas. 2016 m. Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos Sąnarių endoprotezų posistemyje užfiksuota vidutinė endoprotezų laukimo trukmė buvo 4 mėnesiai. Palyginti su 2015 m., sąnario endoprotezo laukimo laikas sutrumpėjo 42 proc. (nuo 7 mėn. 2015 m. iki 4 mėn. 2016 m.).

P-04.001-01-01-07 Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos sukūrimo ir įdiegimo mastas (procentais)

**Komentaras:** planuota vertinimo rodiklio reikšmė nepasiekta, nes dėl užsitęsusių Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos kūrimo darbų nebuvo atlikti visi planuoti darbai. Šią informacinę sistemą sudaro 8 posistemiai, iš kurių 4 jau įdiegti (2016 m. buvo įdiegtas 1 posistemis), 1 posistemiesio diegimo buvo atsisakyta, 3 posistemiai buvo įdiegti iš dalies. 2017 m. bus diegiamas Kochlearinių implantų posistemis.

P-04.001-01-01-08 Laukiančiųjų OTP užsakymų priėmimo eilės mažėjimas (procentais)

**Komentaras:** planuotos vertinimo rodiklio reikšmės viršijimą galėjo lemti tai, kad po 2016 m. atliktų neplaninių tikrinimų žiniasklaidoje pasirodė informacija apie galimus piktnaudžiavimo atvejus ortopedijos įmonėse ir pacientai, kuriems ortopedinė avalynė nebuvo būtina nedelsiant, galėjo susilaikyti nuo avalynės užsakymų. Laukiančiųjų OTP užsakymų priėmimo skaičius gerokai sumažėjo: 2016 m. pabaigoje laukiančiųjų eilę sudarė 296 pacientai (2015 m. – 562 pacientai).

P-04.001-01-01-09 Giminingų diagnozių grupių metodo įtaka aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimui (procentais)

**Komentaras:** pateikiama 2015 m. pasiekta šio vertinimo kriterijaus reikšmė. 2016 m. šio vertinimo kriterijaus reikšmė turi būti apskaičiuota iki 2017 m. balandžio 1 dienos. Tai, kad

pasiekta reikšmė viršija planuojamąją, lėmė padidėjusi dienos chirurgijos, gimdymo, vaikų iki 3 metų, insulto gydymo, taikant invazinę tromboektomiją, bei miokardo infarkto (kai yra ST segmento pakilimas) gydymo, kai atliekamas širdies vainikinių kraujagyslių stentavimas, paslaugų dalis, palyginti su visomis aktyviojo gydymo paslaugomis.

P-04.001-01-01-13 Informacinių pranešimų skaičius per metus (vienetais)

**Komentaras:** planuota vertinimo kriterijaus reikšmė buvo viršyta, nes 2016 m. buvo skiriamas didesnis dėmesys žmonių informavimui apie racionalų vaistų vartojimą, padaugėjo užduodamų klausimų, todėl buvo rengiami papildomi pranešimai.

P-04.001-01-01-14 Metinis kvalifikacijos kėlimo valandų skaičius, vidutiniškai tenkantis vienam VLK darbuotojui (vienetais)

**Komentaras:** planuota vertinimo kriterijaus reikšmė buvo viršyta dėl VLK darbuotojų ilgalaikių užsienio kalbos kursų ir dėl atsargaus planavimo.

P-04.001-01-01-15 VLK ir TLK darbuotojų pasitenkinimas darbu (indeksas)

**Komentaras:** tikėtina, kad indekso mažėjimas yra susijęs su VLK ir Klaipėdos teritorinės ligonių kasos vadovų kaita.

### PROGRAMOS ASIGNAVIMŲ PANAUDOJIMAS

Asignavimai	Patvirtinti (patikslinti) asignavimai, tūkst. Eur	Panaudoti asignavimai, tūkst. Eur	Panaudoti asignavimai, proc.
Iš viso asignavimų programai (1+2)	1 437 729	1 474 159 (iš jų rezervo lėšos – 43 000)	102,5
Iš jų pagal finansavimo šaltinius:			
1. Lietuvos Respublikos valstybės biudžetas	423 143	423 143	100
iš jo:			
1.1. bendrojo finansavimo lėšos			
1.2. Europos Sąjungos ir kitos tarptautinės finansinės paramos lėšos			
1.3. tikslinės paskirties lėšos ir pajamų įmokos			
2. Kiti šaltiniai (Europos Sąjungos finansinė parama projektams įgyvendinti ir kitos teisėtai gautos lėšos)	1 014 586	1 051 016	103,6

### III. VYRIAUSYBĖS PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS

VLK vykdoma Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programa netiesiogiai buvo įgyvendinamos LRV programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“, nuostatos, taip pat LRV 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinės priemonės, patvirtintos LRV 2013 m. kovo 13 d. nutarimu Nr. 228 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. vasario 5 d. įsakymu Nr. V-200 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių, kurias įgyvendina Sveikatos apsaugos ministerija, 2016 metų atsakingų vykdytojų paskyrimo“ VLK buvo pavesta organizuoti toliau nurodytų priemonių įgyvendinimą ir už jas atsiskaityti:



Eil. Nr.	Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos skyrių ir priemonių pavadinimai	Atsakingieji vykdytojai	Įvykdymo data	Informacija apie įvykdymą
<b>V. EKONOMIKOS SKATINIMAS</b>				
<b>5.1. Viešieji finansai – šalies gerovei ir ūkio plėtrai</b>				
1.	Pagrindiniai rodikliai (svarbiausi rezultatai):  4. PSDF biudžeto pajamos, palyginti su BVP, procentais: 2012 m. – 4; 2016 m. – 4,2	VLK (laikinai vykdamasis direktoriaus funkcijas G. Kacevičius), SAM Sveikatos ekonomikos departamentas (direktorė J. Išdonienė)		Atsižvelgiant į 2016 m. PSDF biudžete numatytas lėšas, planuota rodiklio reikšmė 2016 m. nebuvo pasiekta. Kad nustatytas rodiklis būtų pasiektas, 2016 m. PSDF biudžeto pajamos turėjo sudaryti daugiau kaip 1,6 mlrd. Eur (remiantis Lietuvos Respublikos finansų ministerijos 2016 m. rugsėjo mėn. paskelbtomis Lietuvos ekonominių rodiklių projekcijomis). Nustatytas rodiklis būtų pasiektas, jei tvirtinant 2016 m. PSDF biudžetą būtų skirta pakankama valstybės biudžeto asignavimų suma PSDF biudžetui priskirtoms valstybės funkcijoms vykdyti (šios lėšos, palyginti su 2015 m., didėjo 0,5 mln. Eur, tuo tarpu papildomų lėšų poreikis sudarė apie 125,7 mln. Eur). Pažymėtina, kad valstybės biudžeto lėšų PSDF biudžetui priskirtoms funkcijoms vykdyti nepakanka kasmet. Šioms funkcijoms vykdyti naudojamos kitos PSDF biudžeto gaunamos pajamos, nors jų dydis taip pat nėra pakankamas nuolat augančiam sveikatos priežiūros finansavimo poreikiui patenkinti. Jei PSDF biudžetui būtų skiriama reikiama valstybės biudžeto asignavimų suma, padidėtų Lietuvos valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai dalis, kuri šiuo metu yra viena mažiausių ES (Lietuvoje valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai sudaro apie 66 proc. visų išlaidų sveikatai, o Pasaulio sveikatos

				organizacija rekomenduoja, kad ši dalis turėtų sudaryti apie 80 proc.). Apie nepakankamą valdžios sektoriaus skiriamų lėšų dydį pasisakė Pasaulio sveikatos organizacija ir Europos Komisija
<b>XI. SVEIKATOS TAUSOJIMO IR STIPRINIMO, ASMENS IR VISUOMENĖS SVEIKATOS APSAUGOS POLITIKA</b>				
2	Pagrindiniai rodikliai (svarbiausi rezultatai):  7. Patento nesaugomų vaistų vidutinės kompensuojamojo recepto kainos mažėjimas ne mažiau kaip 2 procentais per metus: 2012 m. – 29,6 lito; 2016 m. – mažiau nei 7,91 euro	SAM Farmacijos departamentas (direktorė G. Krukienė), VLK (laikiniai vykdančios direktoriaus funkcijas G. Kacevičius)		2016 m. rodiklio reikšmė – 8,10 euro. Planuota rodiklio reikšmė nepasiekta, nes tam įtakos turėjo labai daug veiksnių. Šiuo metu yra sudarytos sąlygos pacientams skirti didesnę kiekį vaistų ilgesniam gydymo kursui, išrašant juos viename recepte. Išrašant mažiau receptų vaistams nuo lėtinių ligų, bet skiriant didesnę jų kiekį, vieno recepto vidutinė kaina didėja, nepriklausomai nuo įgyvendinamų priemonių, kurios mažina generinių vaistų kainas. Rodiklis yra neinformatyvus ir toliau nebus taikomas
3	186. Tobulinti aktyviojo gydymo stacionariųjų paslaugų kompensavimą giminingų diagnozių grupių metodu – įdiegti ligoninių sąnaudų apskaitą, tinkamą skaičiuoti kainų koeficientus	SAM Sveikatos ekonomikos departamentas (direktorė J. Iždonienė), VLK (laikiniai vykdančios direktoriaus funkcijas G. Kacevičius)	2016 m. III ketv.	Įgyvendinant priemonę, buvo atlikti šie darbai: 1. 2015 m. vasario 17 d. pasirašyta su UAB „Ernst & Young Baltic“ sutartis „Detalios asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąnaudų apskaitos gydymo įstaigose parengimo ir techninės pagalbos ją diegiant paslaugos“; 2. parengtas ASP įstaigų imties nustatymo bandomajai detaliai sąnaudų apskaitai, atliekamai paciento lygiu, įdiegti metodinis aprašas; 3. išnagrinėti ir apibendrinti užsienio šalyse (D. Britanija, Vokietija, Airija) taikomi duomenų, kaupiamų paciento lygiu, kokybės užtikrinimo metodai ir parengta jų analizės rezultatų ataskaita; 4. parengtas priemonių ir metodų, skirtų ASP įstaigų sąnaudų apskaitos ir lyginamosios analizės

			<p>duomenų kokybei užtikrinti, sąrašas ir jų aprašymas;</p> <p>5. parengta detalios sąnaudų apskaitos, atliekamos paciento lygiu, metodika;</p> <p>6. patikrintas sąnaudų apskaitos modelis (užpildytas pirmojo ataskaitinio periodo 67 ASP įstaigų sąnaudų duomenimis) ir parengta lyginamoji duomenų analizė;</p> <p>7. pateiktos rekomendacijos dėl reikiamų teisės aktų pakeitimų;</p> <p>8. parengta detalios sąnaudų apskaitos, atliekamos paciento lygiu, informacinės sistemos pirkimo ir įdiegimo paslaugos techninė specifikacija;</p> <p>9. įvykdytas detalios sąnaudų apskaitos, atliekamos paciento lygiu, informacinės sistemos įgijimo ir įdiegimo paslaugų viešasis pirkimas, pasirašyta sutartis su šių paslaugų teikėju;</p> <p>10. parengtas informacinių sistemų, su kuriomis bus integruojama detalios sąnaudų apskaitos, atliekamos paciento lygiu, informacinė sistema, sąrašas;</p> <p>11. įvykdytas Detalios paciento lygio sąnaudų apskaitos informacinės sistemos (toliau – DPLSA IS) pirkimo ir diegimo paslaugų viešasis pirkimas ir 2016 m. spalio 13 d. pasirašyta sutartis su paslaugos teikėju UAB „Innoforce“;</p> <p>12. įgyvendinant DPLSA IS įdiegimo projektą parengta:</p> <p>12.1. DPLSA IS diegimo vykdymo planas;</p> <p>12.2. DPLSA IS diegimo darbų grafikas;</p> <p>12.3. DPLSA IS diegimo kokybės ir rizikos valdymo planai;</p> <p>12.4. DPLSA IS nuostatai;</p> <p>12.5. DPLSA IS infrastruktūros reikalavimų techninė specifikacija.</p>
--	--	--	---

				<p>Pažymėtina, kad priemonės vykdymas yra labai sudėtingas ir daug darbo bei kelių išorinių paslaugų teikėjų dalyvavimo reikalaujantis procesas, dėl kurio prireikė organizuoti du atskirus viešųjų pirkimų konkursus. Kadangi minėtų konkursų vykdymas užsitęsė dėl viešųjų pirkimų procedūrų, priemonė buvo įgyvendinta iš dalies.</p> <p>Įvertinus visus planuojamus atlikti darbus, numatoma, kad galutinai priemonė bus įgyvendinta 2019 metais. Detali sąnaudų apskaita, atliekama paciento lygiu, bus įdiegta 15-oje ASP įstaigų. Šios apskaitos duomenys bus tinkami aktyviojo gydymo paslaugų kainų koeficientams, grindžiamiems ASP įstaigų veiklos sąnaudomis, apskaičiuoti.</p> <p>Pažymėtina, kad VLK (2015 m. ir 2 kartus 2016 m.) kreipėsi į SAM dėl pirmiau minėtos LRV prioritetinės priemonės ir jos įgyvendinimo termino pakeitimo inicijavimo</p>
<b>Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės programą, rengiami arba įgyvendinami planavimo dokumentai</b>				
4	8. Įgyvendinti programos, skirtas sergamumui širdies ir kraujagyslių ligomis ir mirtingumui nuo jų mažinti	VLK (laikinais) vykdančias direktoriaus funkcijas G. Kacevičius), SAM ASP departamentas (direktorius Z. Skvarciany)	2016 m. I–IV ketv.	Išsami informacija apie šios priemonės vykdymą jau yra pateikta VLK vykdomos Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos 1.3 priemonės „Užtikrinti prevencinių programų finansavimą siekiant, kad pagal šias programas būtų patikrinama kuo daugiau asmenų“ įgyvendinimo aprašyme (8 psl.)
5	9. Įgyvendinti programos, skirtas ankstyvai onkologinių susirgimų diagnostikai ir visaverčiam jų gydymui užtikrinti	VLK (laikinais) vykdančias direktoriaus funkcijas G. Kacevičius), SAM ASP departamentas (direktorius Z. Skvarciany)	2016 m. I–IV ketv.	Išsami informacija apie šios priemonės vykdymą jau yra pateikta Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos 1.3 priemonės „Užtikrinti prevencinių programų finansavimą, siekiant, kad pagal šias programas būtų patikrinama kuo daugiau asmenų“ įgyvendinimo aprašyme (8 psl.)

#### **IV. PLANUOJAMI ARTIMIAUSIO LAIKOTARPIO VEIKLOS PRIORITETAI**

– didinti PAASP numatytą PSDF biudžeto lėšų dalį, skiriamą už gerus veiklos rezultatus, ir pradėti mokėti už naujas skatinamąsias paslaugas; pradėti taikyti PAASP paslaugas teikiančioms akredituotoms įstaigoms finansinį skatinimą; tikslinti diferencijuotą mokėjimą iš PSDF biudžeto už prirašytus prie PAASP įstaigų gyventojus pagal naujas detalizuotas amžiaus grupes;

– pradėti teikti PSDF biudžeto lėšomis naujas gydytojų specialistų konsultacijas, kurių metu atliekamos diagnostinės ir gydymosi intervencijos (gydytojo specialisto konsultacija, kai pacientams namuose atliekama dirbtinė plaučių ventiliacija, ir kt.); papildyti priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų sąrašą naujomis medicininėmis intervencijomis ir nustatyti naujas šių paslaugų bazines kainas;

– vykdyti Lietuvos Respublikos ir Latvijos Respublikos bendrą vakcinos nuo pneumokokinės infekcijos kūdikiams pirkimą ir tokiu būdu, perkant didesnę vakcinos kiekį, sumažinti vaistų kainas;

– pateikti siūlymą Latvijos Respublikai ir Estijos Respublikai pakeisti 2012 m. gegužės 2 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, Estijos Respublikos socialinių reikalų ministerijos ir Latvijos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos partnerystės susitarimą dėl bendro vaistų ir medicinos prietaisų pirkimo ir centralizuotai įsigytų vaistų ir medicinos prietaisų skolinimo, numatant galimybę vykdyti bendras derybas dėl vaistų kainų;

– numatoma sukurti ir informacinėje sistemoje „Sveidra“ įdiegti programinę įrangą, kuri tikrintų kaupiamų klinikinių duomenų kokybę pagal šios informacinės sistemos klinikinių duomenų tikrinimo taisyklių rinkinį.

Informacinių technologijų departamento direktorius,  
laikinais vykdantis direktoriaus funkcijas

Aurimas Baliukevičius

---