

**VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS**

**2019 METŲ STRATEGINIO VEIKLOS PLANO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS  
PLĖTOJIMO PROGRAMOS (04.001) ĮGYVENDINIMAS**

2020-02-05 Nr. 8K-2  
Vilnius

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

Įgyvendindama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau Sveikatos apsaugos ministerijos) strateginį tikslą „Užtikrinti nemokamą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto kompensuojamą sveikatos priežiūrą“, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) vykdo Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programą. Šios programos vykdymas padeda kryptingiau siekti tikslo – įgyvendinti solidarumo, teismo ir visuotinio principus privalomojo sveikatos draudimo srityje, užtikrinti sklandų ir teisingą sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimą, sudarantį sąlygas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPI) teikti visuomenei saugias, aukštos kokybės ir prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas, o šių paslaugų teikėjams – gauti teisingą, atitinkantį darbo sąnaudas ir kvalifikaciją atlygį. Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos vykdymas yra neatsiejamas nuo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto išteklių ir sveikatos sistemos finansinio tvarumo.

Atlikdama numatytus darbus, VLK siekia, kad būtų optimizuota sveikatos priežiūros paslaugų struktūra ir teikiama daugiau ekonomiškai efektyvių paslaugų, gerėtų šių paslaugų prieinamumas ir mažėtų jų teikimo netolygumas, būtų stiprinama pirminės sveikatos priežiūros grandis, gerėtų šeimos gydytojų darbo rezultatai, mažėtų paciento priemoka už kompensuojamuosius vaistus, gerėtų ligonių kasų teikiamų viešojo administravimo paslaugų kokybė ir didėtų visuomenės informuotumas apie privalomojo sveikatos draudimo sistemą, jos teikiamas galimybes ir naudą, būtų efektyviai naudojamos PSDF biudžeto lėšos, didėtų ligonių kasų darbuotojų kompetencija, veiklos rezultatyvumas ir gyventojų pasitikėjimas privalomojo sveikatos draudimo sistema.

Įgyvendinant strateginį tikslą, 2019 m. buvo atlikti šie pagrindiniai apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji) teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo darbai:

1. Pastaraisiais metais mūsų valstybėje prioritetine sritimi laikomos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugos. 2019 m. buvo padidintos vieno gyventojų PAASP paslaugų metinės bazinės kainos ir atitinkamai šioms paslaugoms skirtos PSDF biudžeto lėšos: 2019 m. PAASP<sup>1</sup> paslaugoms buvo skirta 266,9 mln. Eur, tai yra 42,1 mln. Eur (18,7 proc.) daugiau nei 2018 metais. Įgyvendinant Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 m. veiksmų planą<sup>2</sup> numatytą priemonę – PAASP paslaugoms tenkančių lėšų procentinę dalį, palyginti su bendromis asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skiriamomis lėšomis, kasmet didinti ne mažiau kaip po 0,25 proc., 2019 m. PAASP paslaugoms tenkanti lėšų dalis buvo padidinta 1,4 proc., palyginti su 2018 m., ir sudarė 19,1 proc. visų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų PSDF lėšų (t. y. 01 PSDF biudžeto išlaidų straipsnyje numatytų lėšų) (2018 m. ši dalis sudarė 17,7 proc.).

<sup>1</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. sausio 24 d. įsakymas Nr. V-101 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>2</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. rugsėjo 26 d. įsakymas Nr. V-1104 „Dėl Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų plano patvirtinimo“.

2019 m. padidinta vieno gyventojų PAASP (išskyrus pirminės ambulatorinės odontologinės ir pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros) paslaugų metinė bazinė kaina sudarė sąlygas PAASP paslaugas teikiančiai įstaigai įdarbinti papildomą šeimos gydytojo komandos narį – slaugytojo padėjėją ir (ar) gyvensenos medicinos specialistą, ir (ar) socialinį darbuotoją, ir (ar) kineziterapeutą.

PAASP paslaugos yra orientuotos į pacientą – šeimos gydytojas yra atsakingas, kad liga būtų nustatyta kuo ankstyvesnės stadijos, kad kuo greičiau būtų nustatytos ligos priežastys ir skirtas reikiamas gydymas, t. y. siekiama, kad šeimos gydytojo paslaugos būtų gaunamos laiku. Siekiant pamatuoti, kaip užtikrinamas PAASP prieinamumas, apylinkių, kuriose šeimos gydytojo komandos paslaugos buvo suteiktos per 7 kalendorines dienas (ne skubiu atveju), dalis lyginama su bendru apylinkių skaičiumi. Siekiama, kad šio rodiklio reikšmė kasmet gerėtų. Buvo planuota, kad 2019 m. apylinkių, kuriose šeimos gydytojo komandos paslaugos suteikiamos per 7 kalendorines dienas, dalis sudarys 82 procentus. Rodiklio reikšmė 2019 m. buvo šiek tiek viršyta – ji siekia 83 proc., t. y. apylinkių, kuriose šeimos gydytojo paslaugos yra suteikiamos per 7 kalendorines dienas, palyginti su bendru apylinkių skaičiumi, nuolat daugėja, didžioji dalis šeimos gydytojų savo prirašytiems pacientams suteikia paslaugas per įstatyme numatytus terminus.

2019 m. lėšų, kurios skiriamos kaip skatinamasis priedas už kai kurias PAASP paslaugas, kaip priedas už gerus darbo rezultatus, priedas už prirašytų prie šeimos gydytojo gyventojų aptarnavimą, priedas už gyventojų, turinčių specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, priedas už kaimo gyventojų aptarnavimą bei priedas, mokamas toms PAASP įstaigoms, kurios yra akredituotos teikti šeimos gydytojo paslaugą, dalis sudarė 29,47 proc. lėšų, skiriamų už PAASP paslaugas (buvo planuota 27,45 proc.). Siekiant intensyvesnio nėščiąjų ištyrimo dėl hepatito B viruso bei gestacinio diabeto rizikos, nuo 2019 m. PAASP paslaugas teikiančios įstaigos buvo pradėtos skatinti<sup>3</sup> už dviejų naujų PAASP paslaugų teikimą (už šias paslaugas mokamas skatinamasis priedas) – nėščiosios kraujo tyrimo atlikimą dėl hepatito B ir gliukozės tolerancijos mėginio atlikimą nėščiajai. Siekiant skatinti intensyvesnę vaikų psichomotorinės raidos vertinimą, nuo 2019 m. PAASP įstaigoms buvo pradėtas mokėti skatinamasis priedas už vaikų psichomotorinės raidos vertinimą<sup>4</sup>. Gerinant PAASP paslaugų prieinamumą bendrojo lavinimo mokyklą lankantiems asmenims ir siekiant skatinti PAASP įstaigas užtikrinti pilnamečių asmenų, lankančių bendrojo lavinimo mokyklą, sveikatos priežiūrą, 2019 m. buvo padidinta PAASP paslaugos (vaiko paruošimas ikimokyklinio ugdymo įstaigai, priešmokyklinio ugdymo įstaigai arba mokyklai), už kurią mokamas skatinamasis priedas, apėmė.

2019 m. buvo nustatyti 9 nauji pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros gerų darbo rezultatų rodikliai ir pradėta finansiškai skatinti už jų vykdymą. 2019 m. buvo padidinta lėšų suma, skiriama už gerus darbo rezultatus (šeimos gydytojo komandos, pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros ir ambulatorinės odontologinės sveikatos priežiūros) – suma, skirta geriems darbo rezultatams, sudarė 36,1 mln. Eur<sup>5, 6</sup>, tai yra 16,3 mln. Eur (82 proc.) daugiau nei

<sup>3</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gruodžio 13 d. įsakymas Nr. V-1436 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>4</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. liepos 18 d. įsakymas Nr. V-856 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>5</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. sausio 24 d. įsakymas Nr. V-101 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

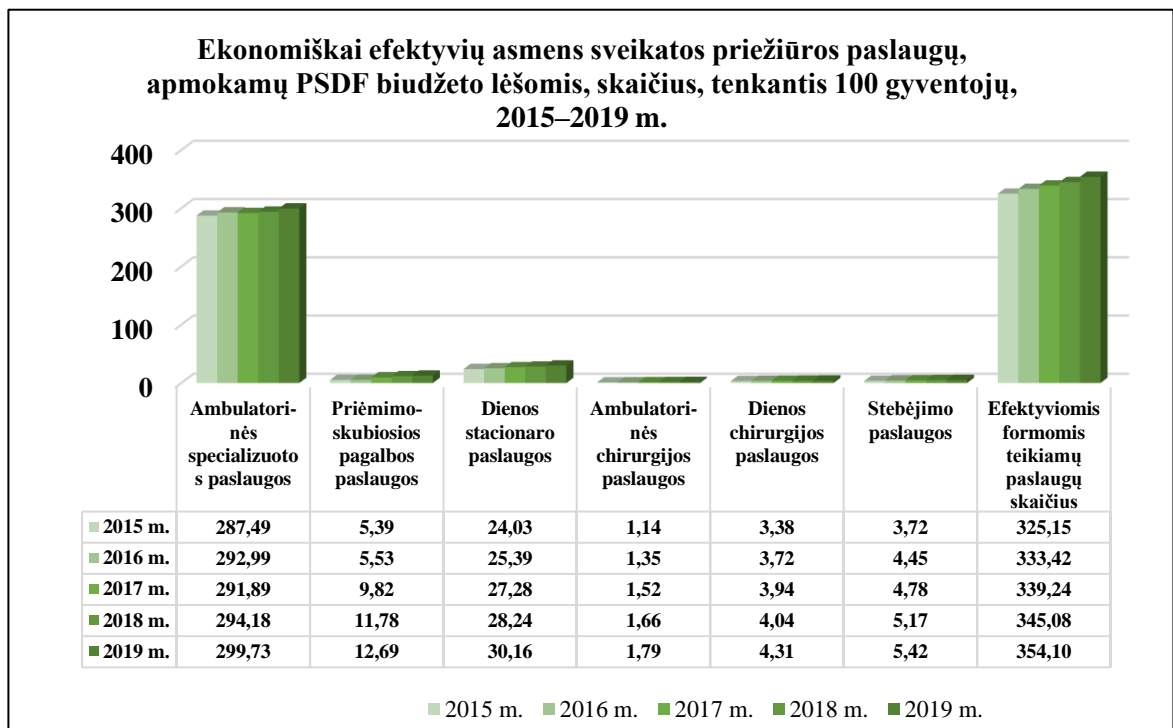
<sup>6</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 11 d. įsakymas Nr. V-1425 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

2018 metais. 2019 m. lėšų suma, skirta už gerus darbo rezultatus, sudarė 13,5 proc. visų 2019 m. PAASP skirtų lėšų. Palyginti, 2018 m. lėšų suma, skirta už 2018 m. gerus darbo rezultatus, sudarė 19,8 mln. Eur, tai yra 9 proc. bendros lėšų sumos, skirtos PAASP.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa<sup>7</sup> ir siekiant efektyvaus PSDF biudžeto išteklių naudojimo, pastaraisiais metais prioritetas teikiamas ir ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai bei jų prieinamumui gerinti. 2019 m. buvo suteiktos 1,52 mln. ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų (kartu) bei 543 tūkst. stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų.

Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugos – tai paslaugos, kurios dėl savo efektyvumo ir palankių apmokėjimo iš PSDF biudžeto sąlygų palaipsniui keičia brangiai kainuojančias stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, t. y. nesudėtingos stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos keičiamos dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir atitinkamomis ambulatorinėmis paslaugomis, nebloginant šių paslaugų kokybės ir saugumo. Kadangi pačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPI) vis labiau suinteresuotos tokių paslaugų teikti daugiau, 2019 m. ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų buvo suteikta 2,8 karto daugiau nei stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų – numatyta šio rodiklio reikšmė (2,5) buvo viršyta. Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų bei stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų santykis – tai efektyvumo rodiklis, kurio reikšmė parodo didėjančią ambulatorinėmis sąlygomis teikiamų paslaugų apimtį. Ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtra yra svarbi tiek pacientams, tiek paslaugų teikėjams, nes jie, teikdami ekonomiškai efektyvias paslaugas, racionaliau naudoja žmogiškuosius išteklius ir infrastruktūrą. Pacientams sudaromos sąlygos paslaugas gauti greičiau ir arčiau jiems įprastos socialinės aplinkos.

Kad ekonomiškai efektyvių paslaugų, įskaitant ir ambulatorines specializuotas paslaugas, tai yra gydytojų specialistų paslaugas, kasmet suteikiama vis daugiau, parodo didėjantis ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (žr. diagramą).



<sup>7</sup> Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.

Buvo pradėtos teikti naujos gydytojų specialistų konsultacijos – kompleksinės gydytojo reumatologo konsultacijos ir gydytojo oftalmologo konsultacijos, kai naudojamos teleoftalmologijos priemonės<sup>8</sup>, naujos vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos<sup>9</sup>, vaikų infekcinių ligų gydytojo paslaugos<sup>10</sup>, taip užtikrinant ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą.

Buvo pradėti kompensuoti PSDF biudžeto lėšomis tuberkuliozės greitieji genetiniai molekuliniai tyrimai<sup>11</sup>, kurie leis tuberkulioze sergančiam pacientui greičiau paskirti tinkamą gydymą.

2019 m. buvo pradėta teikti nauja ambulatorinės chirurgijos paslauga<sup>12</sup>, kai atliekamas krūties atskaitos žymeklio implantavimas. Tai leidžia efektyviau ištirti ir gydyti krūties vėžiu sergančias pacientes. Buvo praplėstas gydytojo neurologo konsultacijos metu atliekamų diagnostinių intervencijų spektras<sup>6</sup> – tai reiškia, kad pacientai išsamiau bus ištiriami ambulatoriškai. Buvo pradėtos kompensuoti naujos vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos<sup>13</sup>, leisiančios užtikrinti, kad psichikos ir elgesio sutrikimų turintys pacientai galėtų sėkmingai integruotis į visuomenę, gyventi visavertį gyvenimą.

Siekiant gerinti slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų kokybę, nuo 2019 m. rugsėjo 1 d., kai buvo didinamos visų asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos, slaugos paslaugų kainos padidėjo didžiausiu procentu – 10 proc. (kitų sveikatos priežiūros paslaugų, pvz., greitosios medicinos pagalbos, dantų protezavimo, stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dienos chirurgijos ir kt., bazinės kainos padidėjo 7, 8 ir 9 proc.)<sup>14</sup>.

<sup>8</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 11 d. įsakymas Nr. V-413 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>9</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. spalio 29 d. įsakymas Nr. V-1222 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>10</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 13 d. įsakymas Nr. V-1452 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>11</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. rugpjūčio 20 d. įsakymas Nr. V-1008 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymo Nr. V-304 „Dėl Brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo bei Brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>12</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. liepos 19 d. įsakymas Nr. V-912 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymo Nr. V-668 „Dėl Dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų ir Dienos chirurgijos paslaugų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>13</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. spalio 29 d. įsakymas Nr. V-1220 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. birželio 27 d. įsakymo Nr. V-752 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. 730 „Dėl Vaikų ir paauglių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“ pakeitimo“ pakeitimo“.

<sup>14</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. liepos 18 d. įsakymas Nr. V-872 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1145 „Dėl Aktyviojo gydymo stacionariems paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

Nuo 2019 m. gegužės mėnesio įsigaliojus naujiems paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo reikalavimams, buvo peržiūrėtos ir nustatytos naujos paliatyviosios pagalbos (stacionarinės, dienos stacionaro ir ambulatorinės) paslaugų bazinės kainos<sup>15</sup>.

Siekiant gerinti slaugos ir palaikomojo gydymo bei paliatyviosios pagalbos paslaugų prieinamumą, buvo nustatytos naujos šių paslaugų, teikiamų pacientams, kuriems atliekama dirbtinė plaučių ventiliacija ir (ar) taikoma visiškos parenterinės mitybos terapija, bazinės kainos<sup>16</sup>.

Be to, 2019 m. 9 procentais buvo indeksuotas slaugos ir palaikomojo gydymo stacionare paslaugų kainos<sup>17</sup>.

Siekiant efektyvaus išteklių naudojimo ir atsižvelgiant į pasaulinę praktiką, pagal kurią pirmenybė teikiama ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai bei jų prieinamumo didinimui, 2019 m. buvo padidintas PSDF biudžeto lėšomis apmokamų ambulatorinių slaugos paslaugų namuose skaičius nuo 52 iki 104 paslaugų per kalendorinius metus<sup>18</sup>.

Buvo atlikta 2019 m. I pusmečio kataraktos operacijų, tonzilektomijų, kirkšnies išvaržų operacijų ir rehospitalizacijos per 30 dienų stebėseną ASPĮ. Ši stebėseną pradėta vykdyti siekiant mažinti hospitalizaciją ir didinti ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, planuojant skatinimą už gerus darbo rezultatus. Kompleksiškai vertinant ir kitus veiksnius bei aplinkybes, nuspręsta vykdyti ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo stebėseną pagal tam tikrus VLK direktoriaus įsakymu<sup>19</sup> patvirtintus rodiklius. Šiuo įsakymu buvo patvirtinti ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašas bei ASPĮ veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių reikšmių skaičiavimo metodika. Šiuo įsakymu taip pat buvo numatyta, kad praėjusių metų duomenų apie ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pasiektas veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių reikšmes suvestinės iki einamųjų metų gegužės 1 d. turi būti paskelbiamos VLK interneto svetainėje.

VLK siūlymu buvo patvirtintos<sup>20</sup> planinės vienos dienos chirurgijos paslaugos ir pratęstos priežiūros dienos chirurgijos paslaugos (vienos dienos chirurgijos paslauga – planinė asmens sveikatos priežiūros paslauga, kai gydomoji ir (ar) diagnostinė intervencinė procedūra atliekama pacientui, atvykstančiam į sveikatos priežiūros įstaigą ir išvykstančiam iš šios įstaigos tą pačią dieną; pratęstos priežiūros dienos chirurgijos paslauga – planinė asmens sveikatos priežiūros paslauga, kai atliekama gydomoji ir (ar) diagnostinė intervencinė procedūra ir bendra paslaugos teikimo trukmė yra ne ilgesnė kaip 24 valandos).

<sup>15</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 16 d. įsakymas Nr. V-470 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų, teikiamų suaugusiems ir vaikams Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“.

<sup>16</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-525 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1145 „Dėl Aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>17</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 11 d. įsakymas Nr. V-1421 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1145 „Dėl Aktyviojo gydymo stacionarinėms paslaugoms nepriskiriamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašų ir Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>18</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 11 d. įsakymas Nr. V-1423 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

<sup>19</sup> VLK direktoriaus 2019 m. lapkričio 28 d. įsakymas Nr. 1K-264 „Dėl Stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo, šių rodiklių reikšmių skaičiavimo metodikos ir duomenų apie pasiektas šių rodiklių reikšmes suvestinės formos patvirtinimo“.

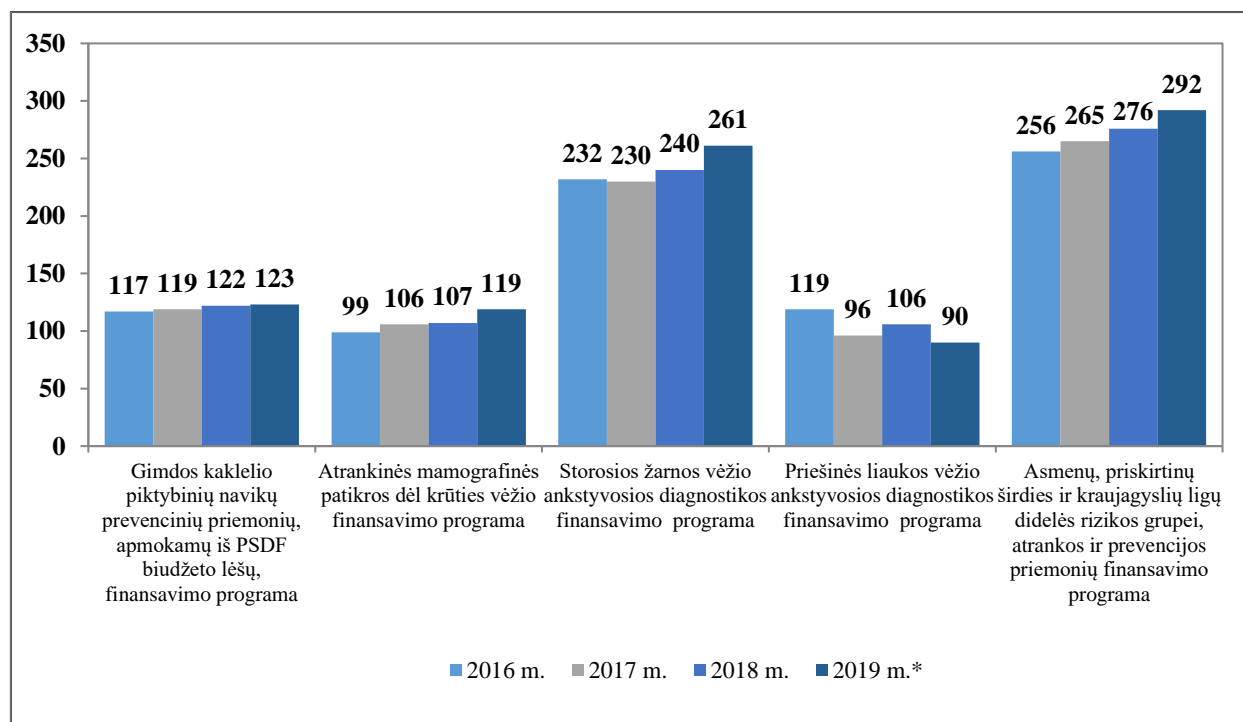
<sup>20</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. liepos 19 d. įsakymas Nr. V-912 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. rugpjūčio 21 d. įsakymo Nr. V-668 „Dėl Dienos chirurgijos paslaugų teikimo reikalavimų ir Dienos chirurgijos paslaugų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

2019 m. 56 proc. buvo sumažintas asmenų, laukiančių dantų protezavimo paslaugų ar kompensacijų, skaičius, palyginti su šiuo skaičiumi 2018 m. (nuo 169,8 tūkst. 2018 m. III ketv., iki 74,1 tūkst. 2019 m. III ketv.). Dantų protezavimo paslaugas, kompensuojamas PSDF biudžeto lėšomis, gali gauti keturios apdraustųjų grupės – asmenys, sulaukę senatvės pensijos amžiaus, asmenys, pripažinti nedarbingais arba iš dalies darbingais, vaikai iki 18 metų ir asmenys, kuriems buvo taikytas gydymas dėl burnos, veido ir žandikaulių onkologinės ligos. Asmenys, turintys teisę gauti kompensuojamąsias dantų protezavimo paslaugas, įrašomi į vieną bendrą šalies mastu sudaromą asmenų, laukiančių dantų protezavimo paslaugų, sąrašą. Šis sąrašas yra valdomas naudojantis atitinkama informacine sistema. Vidutinė dantų protezavimo paslaugų laukimo trukmė yra apie 1 metai ir 6 mėnesiai.

2019 m. didelis dėmesys buvo skiriamas prevencinėms programoms. 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 sunkių ligų. Pasitikrinti sveikatą pagal prevencines programas – tai geriausias būdas aptikti ankstyvosios stadijos ligą. Pagal šias programas paslaugas gali gauti atitinkamo amžiaus sulaukę asmenys, kuriems susirgti yra didžiausia tikimybė. Laiku užkirtus kelią ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas, išvengiama didesnių gydymo išlaidų. Lietuvoje vykdomos 5 prevencinės programos, pagal kurias gali pasitikrinti moterys nuo 25 m. iki 75 m. ir vyrai nuo 40 m. iki 75 m. dėl dažnų ir didelių pavojų sveikatai keliančių ligų.

Preliminariais 2019 m. privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ (toliau – „Sveidra“) duomenimis, Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje numatytas paslaugas gavo 119 tūkst. moterų, t. y. apie 11 proc. daugiau nei 2018 metais. Taip pat gana aktyviai vykdomos ir kitos prevencinės programos (žr. diagramą).

#### 2016–2019 m. prevencinėse programose numatytas paslaugas gavusių asmenų skaičius (tūkst.)



\*preliminarūs duomenys

Pagal Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto, lėšų, finansavimo programą pernai sveikatą pasitikrino 123 tūkst. moterų, t. y. apie 1

proc. daugiau nei 2018 metais. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytas paslaugas 2019 m. gavo 261 tūkst. asmenų, t. y. net 9 proc. daugiau nei 2018 metais. Pagal Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą pernai pasitikrino 90 tūkst. vyrų. Taip pat aktyviai šalies gyventojai dalyvavo vykdant Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą. Pernai pagal šią programą pasitikrino 292 tūkst. asmenų, t. y. apie 6 proc. daugiau nei 2018 metais.

Vykdant Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plane<sup>21</sup> numatytą priemonę „Išsamios paciento sąnaudų apskaitos įdiegimas reprezentatyviose aktyviojo gydymo paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose“ siekiama gauti patikimus ir detalius stacionarinių aktyviojo gydymo ir dienos chirurgijos paslaugų teikimo sąnaudų duomenis, pagal kuriuos būtų skaičiuojamos giminingų diagnozių grupėms priskiriamų aktyviojo gydymo atvejų kainos, pagrįstos realiomis pacientų gydymo sąnaudomis.

2018–2019 m. VLK įdiegė Detalios paciento lygio sąnaudų apskaitos informacinę sistemą, (toliau – DPLSA IS) parengė metodines duomenų kokybės gerinimo rekomendacijas, metodines duomenų kokybės užtikrinimo priemonių bei procedūrų praktinio įgyvendinimo rekomendacijas ir išbandė (atliko bandomąją eksploataciją) DPLSA IS 15-je ASPĮ. Nors DPLSA IS buvo įdiegta, ši Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo priemonių plane numatyta priemonė nėra visiškai įvykdyta, nes kol kas DPLSA informacinė sistema tik iš dalies galima naudotis pagal jos paskirtį ir tikslą – reprezentatyviosios grupės ASPĮ šiuo metu dar nepateikia DPLSA IS visų išsamių sąnaudų duomenų ir neužtikrina šių duomenų teikimo reguliarumo. Nemažą dalį duomenų, kurie turi būti įvedami į DPLSA IS, ASPĮ tenka rinkti rankiniu būdu. Tai susiję su papildomu darbo krūviu ir išlaidomis, todėl buvo įvertintos galimybės kompensuoti ASPĮ išlaidas, susijusias su detalių sąnaudų duomenų įvedimu į DPLSA IS. Buvo atlikta atitinkama analizė ir parengtas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 pakeitimo įstatymo projektas, kuriame numatomas mokėjimas už duomenų įvedimą į DPLSA.

2. 2019 m. buvo pradėti kompensuoti nauji 26 bendrinių pavadinimų vaistai, skirti Krono ligai, išsėtinei sklerozei, astmai, onkologinėms ligoms, antrojo tipo cukriniam diabetui ir dar daugeliui kitų ligų gydyti.

Atlikus 2018 m. kompensuojamųjų vaistų suvartojimo analizę, buvo atskirai įvertintas ir receptinių generinių kompensuojamųjų vaistų suvartojimas. Bendras kompensuojamųjų vaistų suvartojimas buvo vertinamas pagal vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių (angl. *Defined Daily Dose* – DDD) skaičių. Iš viso 2018 m. buvo suvartota 591 kompensuojamųjų vaistų DDD. Tai rodo, kad 2018 m. daugiau nei pusė Lietuvos gyventojų kasdien gydėsi kompensuojamaisiais vaistais. 2018 m. PSDF biudžeto lėšomis buvo sumokėta už 53 proc. visų suvartotų vaistų DDD ir net už 61 proc. visų suvartotų receptinių vaistų DDD. 2018 m. 1 000 gyventojų teko 315 suvartotų generinių kompensuojamųjų vaistų DDD. 2018 m. suvartotų generinių kompensuojamųjų vaistų DDD dalis, palyginti su bendru suvartotų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiumi, sudarė 53,3 proc. (padidėjo 2,3 proc., palyginti su 2017 m.). Tačiau pagal Vaistų politikos gaires siekiama spartesnio šio rodiklio reikšmės didėjimo (iki 65 proc. 2019 m. ir iki 75 proc. 2020 m.).

VLK įgyvendino tam tikras priemones, siekdama didinti kompensuojamųjų generinių vaistų išrašymą: buvo sudaromos vaistų, priskiriamų biopanašių vaistų grupėms (eritropoetinių ir tumorų nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių grupėms), reitingų eilės pagal mažiausią gydymo kainą; buvo patvirtintas teritorinių ligonių kasų (toliau – TLK) vykdomos stebėsenos rodiklis, t. y. kompensuojamųjų biopanašių vaistų – tumorų nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių (ATC kodas pagal IV lygį yra L04AB) – išrašymo rodiklis; skatinamas racionalus generinių vaistų vartojimas TLK pranešimuose, susitikimuose su gydytojais, Šiaulių TLK vaistų komiteto pranešimuose; TLK atliko patikrinimus vaistinėse, kuriose išduotų atitinkamų grupių būtinųjų vaistų dalis, palyginti su

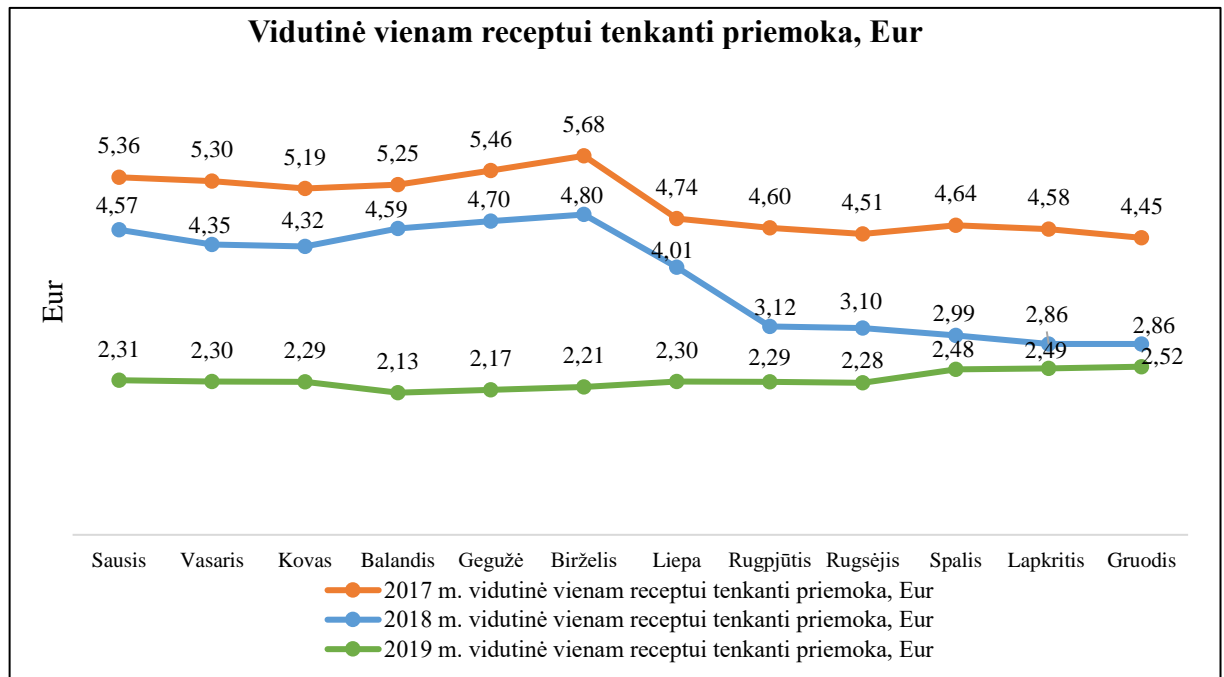
<sup>21</sup> Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2017 m. kovo 13 d. nutarimas Nr. 167 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos įgyvendinimo plano patvirtinimo“.

bendru išduotų tų pačių grupių kompensuojamųjų vaistų skaičiumi, yra mažiausia, ir apie patikrinimų rezultatus informavo VLK.

Gyventojai vis dar didelį kiekį vaistų perka savo lėšomis. VLK, atlikusi 2018 m. daugiausia suvartotų kompensuojamųjų vaistų, kompensuojamų ne pagal visas registruotas terapines indikacijas, analizę, įvertino PSDF biudžeto išlaidas, kurios susidarytų dėl vaistų perkėlimo iš vieno sąrašo į kitą. Atsižvelgiant į tai, buvo patikslintos kompensuojamųjų vaistų, įtrauktų į B sąrašą, įrašymo į A sąrašą<sup>22</sup> terapinės indikacijos ir skyrimo sąlygos.

Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo masto kompensuojamųjų vaistų skiriama vis daugiau, jų vartojimas didėja. Pagal 2019 m. PSDF biudžeto priimtus išpareigojimus kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms tekusi suma sudarė 323,4 mln. Eur, arba 75,7 mln. Eur daugiau negu 2018 metais. Pacientų sumokėtų priemokų suma 2019 m. sudarė 23,4 mln. Eur, t. y. 16,8 mln. Eur mažiau nei 2018 m. (2018 m. priemokų suma sudarė 40,2 mln. Eur).

Pažymėtina, kad mažėja ir pacientų priemokų už kompensuojamuosius vaistus dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų suma. 2019 m. ši dalis sudarė 6,7 proc., tai yra sumažėjo apie 52 proc. (2018 m. ši dalis sudarė 14 proc.). 2019 m. vidutinė vienam receptui tenkanti priemoka sumažėjo nuo 3,90 Eur (2018 m. duomenimis) iki 2,30 Eur (2019 m. duomenimis), t. y. per metus vidutinė priemoka sumažėjo apie 41 proc. (žr. diagramą).



Siekiant įgyvendinti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas atsisakyti pacientų diskriminavimo pagal ligas ir užtikrinti socialinį teisingumą, 2019 m. visų A sąrašo kompensuojamųjų vaistų bazinės kainos buvo pradėtos kompensuoti 100 procentų. Tik 20 bendrinių pavadinimų B sąrašo vaistų bazinės kainos liko kompensuojamos 50 procentų.

Dėl šių vaistų bazinių kainų kompensavimo pokyčių pernai Lietuvos gyventojai už kompensuojamuosius vaistus primokėjo 16,8 mln. eurų mažiau nei užpernai.

2019 m. PSDF biudžete labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais buvo numatyta 7,9 mln. Eur. Pagal 2019 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma

<sup>22</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. rugsėjo 18 d. įsakymas Nr. V-1069 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymo Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.



sudarė 7,8 mln. Eur, buvo sumokėta 2,3 mln. Eur, t. y. 42 proc. daugiau nei 2018 m., kai ši suma siekė 5,5 mln. Eur.

VLK organizuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro sudarytos Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijos veiklą ir, vadovaudamasi jos sprendimais, išduoda garantinius raštus, pagal kuriuos kompensuojamos labai retų būklių gydymo išlaidos. 2019 m. VLK išdavė 372 garantinius raštus pagal ASP įstaigos prašymus kompensuoti 243 pacientų (iš jų – 64 nauji pacientai), kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas. Naujų pacientų gydymui pagal šiais metais išduotus garantinius raštus buvo skirta apie 2,8 mln. Eur. Didžiausia dalis lėšų retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiems sergantiesiems ypač retomis metabolinėmis ligomis, spinaline raumenų atrofija bei labai retomis onkologinėmis ligomis.

2019 m. į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą<sup>23</sup> (toliau – Sąrašas) buvo įrašyta nauja indikacija, pagal kurią buvo pradėtas kompensuoti vaistas *Ustekinumab* (skiriamas Krono ligai gydyti). Taip pat 2019 m. buvo papildytos neurostimuliatorių, perkamų Parkinsono ligai gydyti, skyrimo indikacijos – šios medicinos pagalbos priemonės (toliau – MPP) buvo pradėtos kompensuoti distonijoms gydyti. Sąrašas buvo papildytas nauju vaistu *Idarucizumab* (juo aprūpinamos gydymo įstaigos), skiriamu vaisto *Dabigatran* antikoaguliaciniam poveikiui šalinti.

2019 m. buvo skirta didesnė lėšų suma kateterizavimo būdu implantuojamiems vožtuvams įsigyti – 2018 m. minėtoms MPP įsigyti gydymo įstaigoms buvo skirta 778 tūkst. Eur, o 2019 m. 4,18 mln. Eur (įskaitant tam skirtas PSDF biudžeto rezervo lėšas).

2019 m. 20 proc. sumažėjo vidutinė laukimo, kol bus skirti kompensuojamieji kelio sąnarių endoprotezai, trukmė, palyginti su praėjusiais metais: 2018 m. ji siekė 2,6 mėn., 2019 m. – 2,1 mėnesio. Klubo sąnario endoprotezo laukimo trukmė nepakito, tai yra klubo sąnario endoprotezo skyrimo laukiama mažiau nei mėnesį. Be to, nuo 2019 m. vidurio pacientams iki 65 metų buvo pradėti kompensuoti mechaninio tvirtinimo klubo sąnario endoprotezai.

2019 m. toliau buvo vykdomos derybos dėl vienintelio gamintojo vaistų kainų. Vidutiniškai centralizuotai apmokamų vienintelio gamintojo vaistų kainos sumažėjo 5 proc., o teigiamas ekonominis efektas sudarė 570 tūkst. eurų. Nors užsibrėžtas tikslas nebuvo pasiektas 100 proc., t. y. vaistų kainos nesumažėjo 5,5 proc., tačiau Derybų komisijai pavyko antrus metus iš eilės užtikrinti stabilų kainų mažėjimą 5 procentais. Jei Tarpinstitucinės derybų komisijos derybinę poziciją būtų sustiprinę finansiniai svertai (galimybė į kompensavimo sistemą įtraukti naujus vaistus), tikėtina, kad planas būtų įgyvendintas 100 procentų.

2019 m. buvo įsigyta keturvalentė vakcina nuo gripo, kuria skiepijami nustatytų grupių asmenys. 2019 m. šios vakcinės poreikis, palyginti su 2018 m., gerokai išaugo, todėl buvo įsigyta 36 tūkst. dozių daugiau nei 2018 metais.

3. 2019 m. toliau buvo tobulinamas ortopedijos techninių priemonių kompensavimas<sup>24</sup>, siekiant užtikrinti geresnę šių priemonių kokybę ir gerinti jų prieinamumą pacientams:

- nustatyti aukštesni kokybės reikalavimai protezams<sup>25</sup>. Nustatyti nauji kokybės reikalavimai daugeliui kojų protezų: moduliai, jungiantys ėmiklį ir pėdą, gaminami iš titano arba aliuminio lydinio (atsisakoma plieno, todėl protezai tampa lengvesni), protezų naudojimo laikotarpiu skiriami 2 įdėklai (pacientams nereikia savo lėšomis įsigyti antro įdėklo, jeigu vienas

<sup>23</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymas Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“.

<sup>24</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymas Nr. V-234 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymas Nr. V-698 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“.

<sup>25</sup> VLK direktoriaus 2018 m. gruodžio 4 d. įsakymas Nr. 1K-306 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2017 m. vasario 8 d. įsakymo Nr. 1K-34 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių funkcijų techninio aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

suplyšta). Taip pat protezai komplektuojami kartu su įdėklais, gaminamais iš termoplastinių elastomerų (TPE), kopolimero, silikono ar kitos patentuotos medžiagos (ėmikliai su minkštais įdėklais padeda išvengti nutrynimų). Modernūs protezai gaminami su silikoniniais arba poliuretaniniais įdėklais;

- dėl nustatytų aukštesnių kokybės reikalavimų patvirtintos naujos daugelio ortopedijos techninių priemonių bazinės kainos;

- asmenims, kurie mokosi specialiosiose, profesinėse ir aukštosiose mokyklose, pradėti kompensuoti šlaunies (aukščiau kelio) protezai su hidrauliniu kelio sąnariu ar blauzdos (žemiau kelio) protezai su vakuuminio tvirtinimo sistema. Iki tol buvo nustatyta, kad asmenys, norintys gauti kompensuojamuosius šlaunies (aukščiau kelio) protezus su hidrauliniu kelio sąnariu ir (ar) blauzdos (žemiau kelio) protezus su vakuuminio tvirtinimo sistema, turi atitikti numatytą skyrimo sąlygą – jų darbinė arba profesinė veikla turi būti vykdyta ne mažiau kaip 12 mėnesių per paskutinius 36 mėnesius iki gydytojų konsiliumo išvados surašymo;

- buvo pradėti kompensuoti anglies pluošto įtvarai vaikams, į kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašą įrašytas dinaminis anglies pluošto kulkšnies-pėdos įtvaras (KT1-3 tipo). Dinaminis anglies pluošto kulkšnies-pėdos įtvaras III lygio paslaugas teikiančių ASPĮ daugiadalykio gydytojų specialistų konsiliumo sprendimu galės būti skiriamas vaikams, kurių vaikščiojimo funkcija yra išlikusi (jei nustatytos diagnozės G82.0 *Vangioji paraplegija*, Q05 *Įskilas stuburas (Spina Bifida)*, taip pat esant būklėms M21.30 *Kabanti plaštaka ar pėda (įgyta), dauginės vietos*; M21.37 *Kabanti plaštaka ar pėda (įgyta), čiurna ir pėda*; G57.3 *Lateralinio pakinklio nervo pažeidimas*);

- suaugusiesiems iki 24 metų, kurie mokosi specialiosiose, profesinėse ir aukštosiose mokyklose, pradėta kompensuoti po vieną klausos aparatą abiem ausims ne dažniau nei kas 5 metus. Šie klausos aparatai kompensuojami aukštesnėmis vaikų klausos aparatų bazinėmis kainomis;

- siekiant sumažinti laukiančiųjų sudėtingos ortopedinės avalynės užsakymų priėmimo eiles ir sustabdyti galimą piktnaudžiavimą išduodant sudėtingą ortopedinę avalynę (AD5-1 tipo), jei nustatomos diagnozės M20.1 ir M21.87, nuspręsta šias diagnozes priskirti diagnozėms, pagal kurias išduodama nesudėtinga avalynė (AD3-1 tipo). Taip siekiama sutaupyti lėšų, tenkančių sudėtingos avalynės poklasiui. Dėl šio pakeitimo pacientai, kuriems diagnozuotos sudėtingos pėdų deformacijos, galės reikiamą avalynę gauti laiku, o kiti pacientai taip pat neliks be ortopedinės avalynės.

2019 m. buvo peržiūrėtos ortopedinės avalynės skyrimo indikacijos<sup>26</sup> ir atlikti visų ortopedinę avalynę gaminančių įmonių patikrinimai. Esminių pažeidimų skiriant ortopedinę avalynę nenustatyta.

Apdraustųjų, laukiančių ortopedijos techninių priemonių užsakymų priėmimo eilėje, pokytis sudaro 35 proc. (eilė padidėjo): 2018 m. gruodžio 31 d. laukiančiųjų eilėje buvo 598 asmenys, o 2019 m. gruodžio 31 d. – 808 asmenys. Numatyta rodiklio reikšmė 2019 m. nebuvo pasiekta, tačiau atkreiptinas dėmesys į tai, kad taikytos priemonės nulėmė teigiamą rezultatą: 2019 m. laukiančiųjų eilėje skaičius buvo padidėjęs iki 1 437 asmenų, tačiau metų pabaigoje šis skaičius sumažėjo iki 808 asmenų. Labiau eilės sumažinti nepavyko, nes, gavus informaciją iš Finansinių nusikaltimų tarnybos apie galimus piktnaudžiavimus, buvo sustabdytas vieno iš didžiausių avalynės gamintojų užsakymų priėmimas.

<sup>26</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. lapkričio 27 d. įsakymas Nr. V-1343 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

4. Siekiant gerinti medicinos priemonių (prietaisų) nuomos prieinamumą pacientams, 2019 m. buvo patikslintos<sup>27</sup> insulino pompų nuomos sąlygos, leidžiant nuomos išlaidas kompensuoti 1 tipo cukriniu diabetu sergantiems pacientams, įtrauktiems į Kasos salelių transplantacijos laukiančiųjų sąrašą, iki ir po transplantacijos (visu gydymo laikotarpiu). Taip pat VLK 2019 m. gruodžio 31 d. Sveikatos apsaugos ministerijai pateikė Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. birželio 22 d. įsakymo Nr. V-724 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nuomojamų medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo projektą, kuriuo į Medicinos priemonių sąrašą įrašomos išorinės automatinės infuzinės pompos ilgalaikiai opioidinių analgetikų infuzijai atlikti. Šios pompos skiriamos nuolatiniam skausmo malšinimui paciento namuose užtikrinti.

5. 2019 m. ir toliau buvo gerinamas VLK ir TLK (VLK ir TLK kartu – ligonių kasos) teikiamų administracinių paslaugų prieinamumas. Vykdamas LRV programos 3.2.1.2 priemonę, kasmet elektroniniu būdu organizuojama VLK ir TLK aptarnaujamų gyventojų apklausa. Remiantis 2019 m. apklausos analizės rezultatais, buvo nustatyta, kad ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų atitiktis vartotojų poreikiams siekia 88,3 procento. Gyventojų aptarnavimo ligonių kasose efektyvumą teigiamai įvertino 85 proc. visų respondentų. Nuolat vykdomi ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų kokybės gerinimo darbai lemia, kad gyventojai šių paslaugų kokybę vertina vis geriau.

VLK ir TLK teikiamų administracinių paslaugų kokybę gerėja, vykdamas LRV programos 3.2.1.4 darbus, tai yra nuosekliai kuriant ir diegiant pažangias technologijas, teikiant elektronines paslaugas.

Įdiegus Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos (EVIS) dantų protezavimo posistemį, proceso automatizavimas, duomenų teikimo ir naudojimo supaprastinimas turėjo įtakos paslaugos laukimo laiko sutrumpėjimui. Dėl įdiegtų naujų informacinių technologijų ir didesnio dantų protezavimui skirto finansavimo (palyginti su 2018 m.) 2019 m. laukiančiųjų dantų protezavimo paslaugų sumažėjo du kartus.

2019 m. buvo įdiegtas EVIS Medicinos prietaisų nuomos posistemis. Automatizavus paslaugos teikimo procesą, bus sudarytos galimybės efektyviau ir skaidriau valdyti PSDF lėšas, skirtas medicinos prietaisų nuomai.

2019 m. buvo įdiegtas Europos Sąjungos duomenų mainų informacinės sistemos (EDMIS) posistemis, kurio dėka galima efektyviau keistis duomenimis su kitomis ES valstybių narėmis – automatizavus paslaugos teikimo procesą, duomenis gauti ir teikti yra kur kas paprasčiau.

Užtikrindama Europos Sąjungos valstybėse migruojančių Lietuvos Respublikos apdraustųjų sveikatos priežiūrą, VLK PSDF biudžeto lėšomis apmokėjo kitose Europos Sąjungos valstybėse jiems suteiktų būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas (buvo apmokėtos 9 036 sąskaitos, tam skirta 8,87 mln. Eur), taip pat persikėlusiu gyventi į kitas valstybes nares apdraustųjų sveikatos priežiūros išlaidas (buvo apmokėtos 3 993 sąskaitos, tam skirta 3,53 mln. Eur). Papildomai 2019 m. 718 asmenų kompensuotos kitose Europos Sąjungos valstybėse suteiktų ir asmeninėmis lėšomis apmokėtų būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidos (tam skirta 156,34 tūkst. Eur). 2019 m. 39 asmenys Sveikatos apsaugos ministerijoje veikiančios komisijos sprendimu buvo išsiųsti tirti ir (ar) gydyti į kitas Europos Sąjungos valstybes. Tokioms planinio gydymo paslaugoms apmokėti buvo skirta 626,89 tūkst. Eur PSDF biudžeto lėšų. 2019 m. TLK ir VLK patenkino 143 Lietuvos Respublikos apdraustųjų prašymus kompensuoti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas ir šiam tikslui skyrė daugiau kaip 113 tūkst. Eur.

VLK, 2019 m. įgyvendindama 2016 m. liepos 20 d. Lietuvos Respublikos susisiekimo ministro įsakymą Nr. 3-245(1.5E) „Dėl Viešojo sektoriaus duomenų atvėrimo rekomendacijų

<sup>27</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. birželio 11 d. įsakymas Nr. V-695 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. birželio 22 d. įsakymo Nr. V-724 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nuomojamų medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

patvirtinimo“, sukūrė atvirų duomenų viešinimo portalą, kuriame visuomenei bus laisvai prieinami institucijos veikloje ar dokumentuose pateikti duomenys. Taip sudaroma galimybė pažangiam, efektyviam, politinę, ekonominę ir socialinę naudą kuriančiam viešojo sektoriaus duomenų pakartotiniam panaudojimui, skatinamas skaidrumas, atskaitingumas, pasitikėjimas valdžia, plėtojama šalies ekonomika ir didinamas Lietuvos konkurencingumas.

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

1) Kasmet didėjančios PSDF biudžeto pajamos. Pajamų didėjimą daugiausia lemia:

- auganti privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma, susijusi su šalies vidutinio darbo užmokesčio didėjimu (vidutinis darbo užmokestis *bruto* 2017 m. III ketv. sudarė 842,7 Eur, 2018 m. III ketv. – 927,8 Eur, 2019 m. III ketv. – 1 306,3 Eur<sup>28</sup>) ir nedarbo lygio mažėjimu (pastaraisiais metais stebimas žemiausias nedarbo lygis nuo 2010 m.<sup>11</sup>);

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

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

- remiantis Lietuvos statistikos departamento išankstiniais duomenimis, 2019 m. pirmą kartą po 28 metų Lietuvos gyventojų skaičius nežymiai padidėjo<sup>29</sup>.

2) Priimami politiniai sprendimai didinti sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas, taip siekiant sudaryti galimybes ASPĮ už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas gauti daugiau lėšų ir šias lėšas panaudoti jų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti. Šiems sprendimams įgyvendinti 2017–2019 m. buvo skirtos papildomos PSDF lėšos (2017 m. buvo skirta 24,6 mln. Eur, 2018 m. – 99,5 mln. Eur, 2019 m. – 41,2 mln. Eur).

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

1) Nepakankamas valstybės biudžeto asignavimų, skiriamų valstybės priskirtoms PSDF biudžetui funkcijoms vykdyti, dydis (šios lėšos 2019 m. sudarė 36,4 mln. Eur, nors lėšų poreikis visoms valstybės priskirtoms PSDF biudžetui funkcijoms vykdyti yra 3 kartus didesnis). Apie nepakankamą valdžios sektoriaus skiriamų lėšų dydį pasisakė Pasaulio sveikatos organizacija ir Europos Komisija. Ji atkreipė dėmesį į tai, kad valstybė sveikatos apsaugai skiria per mažai lėšų ir uždeda pernelyg didelę sveikatos sistemos finansavimo našta gyventojams.

2) Preliminariais duomenimis, 2019 m. PSDF biudžetas negavo apie 4 proc. (51,7 mln. Eur) planuotų privalomojo sveikatos draudimo įmokų, kurias surenka ir VLK perveda Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba (toliau – „Sodra“). Nors apie 2 proc. šių pajamų trūkumo kompensavo kitos viršplaninės PSDF biudžeto pajamos, PSDF biudžetas, preliminariais duomenimis, iš viso negavo 35 mln. Eur pajamų ir dėl to buvo nesubalansuotas (prisiimtų įsipareigojimų suma viršijo pajamų sumą). Lietuvos Respublikos fiskalinės sutarties įgyvendinimo konstitucinio įstatymo 4 straipsnio 2 dalyje yra nustatyta, kad kiekvienas valdžios sektoriui priskiriamas biudžetas, išskyrus Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo fondo biudžetą, valstybės biudžetą ir biudžetus, kurių planuojami asignavimai neviršija 0,3 procento praėjusių metų BVP to meto kainomis, turi būti planuojamas, tvirtinamas, keičiamas ir vykdomas taip, kad, sprendžiant pagal to biudžeto struktūrinį balanso rodiklį, apskaičiuotą kaupiamuoju principu, jis būtų perteklinis arba subalansuotas.

<sup>28</sup> <https://osp.stat.gov.lt>.

<sup>29</sup> <https://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?articleId=7094145>.

## INFORMACIJA APIE ASIGNAVIMŲ, SKIRTŲ PROGRAMAI ĮGYVENDINTI, PANAUDOJIMĄ

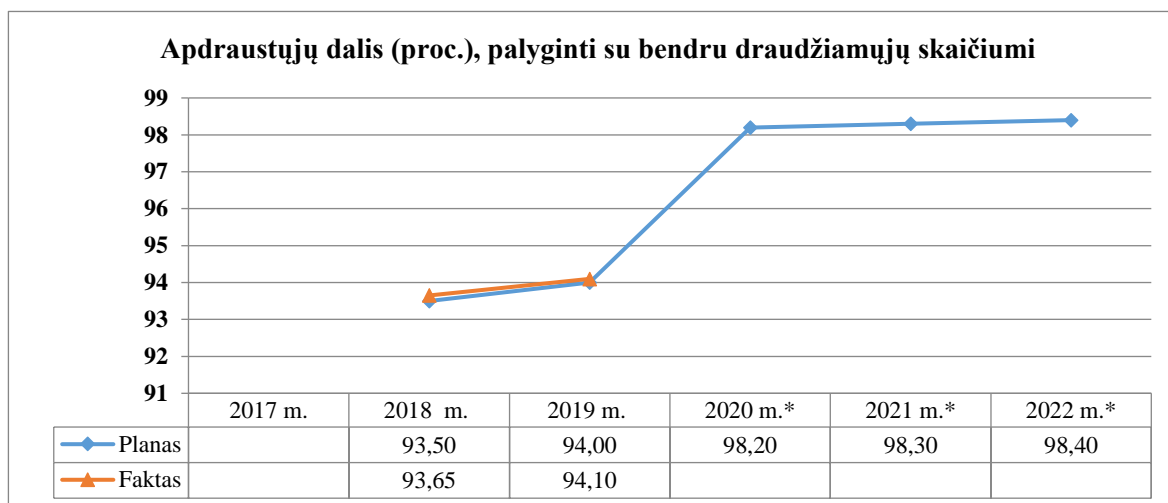
**1 lentelė.** Strateginį tikslą įgyvendinančios programos ir ataskaitinių metų asignavimų panaudojimas

Progra- mos kodas	Programos pavadinimas	Asignavimų panaudojimas (tūkst. Eur)				
		patvirtintas planas	patikslintas planas	faktiškai panaudota	panaudota dalis, palyginti su patikslintu planu (proc.)	panaudota dalis, palyginti su visais asignavimais (proc.)
04.001	Sveikatos draudimo sistemos plėtojimas (valstybės biudžeto lėšos)	598 532	–	598 532*	–	100*
<i>Iš jų ES ir kita tarptautinė finansinė parama</i>		–	–	–	–	–
PSDF		1 461 260	–	1 426 236*	–	97,6*
Iš viso		2 059 792	–	2 024 768*	–	98,3*

\* Pateikta preliminarai faktinė 2019 m. PSDF biudžeto išlaidų suma, neįvertinus 2019 m. skirtų PSDF biudžeto rezervo lėšų panaudojimo.

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

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



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

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

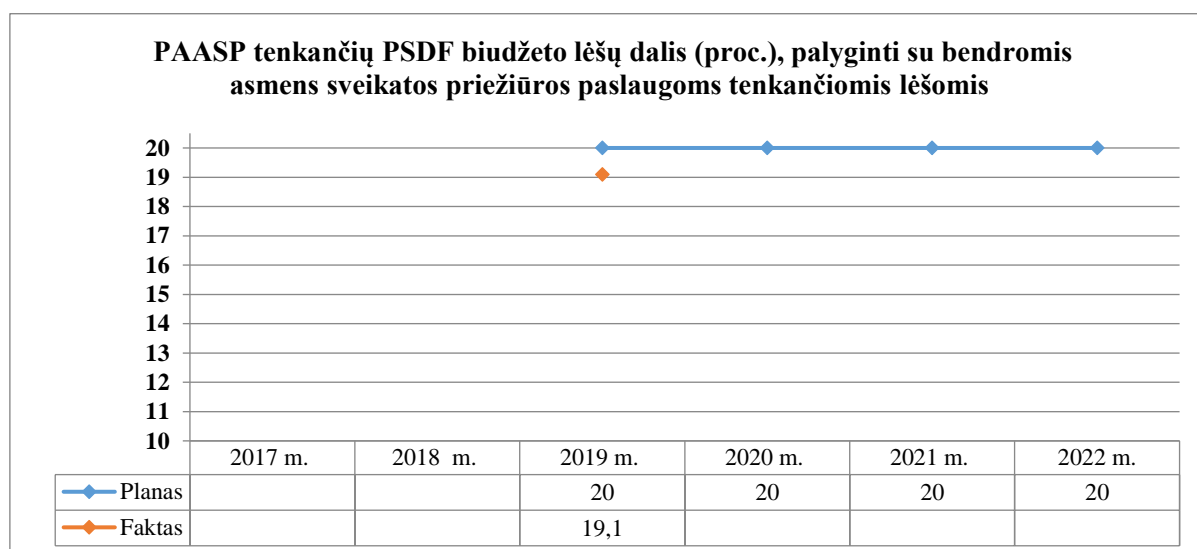
Organizacinėmis, teisinėmis, informacinių technologijų ir visuomenės informavimo priemonėmis didinant apdraustųjų skaičių, efekto vertinimo kriterijaus reikšmė kasmet nuosekliai didėja: 2018 m. jis sudarė 93,65 proc., 2019 m. – 94,1 procento. 2019 m. nustatyto apdraustųjų ir draudžiamųjų santykį išreiškiančio kriterijaus siektina reikšmė tiek 2018 m. (93,5 proc.), tiek 2019 m. (94,0 proc.) buvo nežymiai viršyta.

Prie didėjančios apdraustųjų aprėpties prisidėjo veiksmingesnis visuomenės informavimas apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą. Visuomenei informuoti ligonių kasos naudojami įvairiomis visuomenės informavimo priemonėmis ir informacijos

viešinimo kanalais: interneto svetaine [www.vlk.lt](http://www.vlk.lt), socialiniais tinklais, žiniasklaida, socialine reklama, leidiniais ir kt. Pažymėtina, kad 2019 m. buvo sėkmingai vykdytas tęstinis visuomenės informavimo projektas „Žinoti sveika“. Juo siekiama suprantamai išaiškinti pacientams jų teises, atkreipti dėmesį į tai, kokios sveikatos priežiūros paslaugos priklauso apdraustiesiems. Vienas svarbiausių minėto projekto laimėjimų – platus tikslinės auditorijos pasiekiamumas ir neatlygintinas nemokamos informacijos pateikimas visais įmanomais kanalais. Projekto „Žinoti sveika“ sukurti vaizdo įrašai buvo viešinami ne tik daugelyje Lietuvos gydymo įstaigų, bet ir VLK interneto svetainėje, socialinėse paskyrose, transliuojami TLK Gyventojų aptarnavimo skyrių, vaistinių ekranuose, daugelyje savivaldybių, „Sodros“ skyriuose, visuomenės sveikatos centruose, bibliotekose, mokyklose, netgi Vilniaus viešajame transporte (irgi neatlygintinai), kino centruose ir kt.

Organizacinėmis, teisinėmis, informacinių technologijų ir visuomenės informavimo priemonėmis didinant apdraustųjų skaičių, gerėja Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme numatytų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas privalomojo sveikatos draudimo sistemos dalyviams, nes apdraustieji Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nustatyta tvarka moka arba už juos yra mokamos šio įstatymo nustatyto dydžio įmokos.

## 2 efekto vertinimo kriterijus: PAASP tenkančių PSDF biudžeto lėšų dalis (proc.), palyginti su bendromis asmens sveikatos priežiūros paslaugoms tenkančiomis lėšomis.



Įvertinus demografinius, gyventojų senėjimo, emigracijos, socialinius veiksnius ir tai, kad 80 procentų sveikatos problemų (ūmų ligų diagnostika ir gydymas, lėtinių ligų ilgalaikė priežiūra, ligų profilaktika ir kt.) spręstinos teikiant pirminės sveikatos priežiūros paslaugas, nutarta stiprinti ir plėtoti PAASP grandį.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa<sup>30</sup>, atsižvelgiant į Sveikatos apsaugos ministerijos artimiausio laikotarpio prioritetą<sup>31</sup> – vykdyti PAASP paslaugų plėtrą – ir siekiant efektyvaus PSDF biudžeto lėšų naudojimo, PAASP paslaugoms tenkančių lėšų dalis kasmet didinama. 2019 m., palyginti su 2018 m., PAASP skiriama lėšų dalis (proc.) buvo padidinta 1,4 proc. ir sudarė 19,1 proc. visų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų PSDF lėšų (t. y. 01 PSDF biudžeto išlaidų straipsnyje numatytų lėšų) (2017 m. sudarė 17,3 proc., 2018 m. – 17,7

<sup>30</sup> Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.

<sup>31</sup> Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“.

proc.), palyginti su bendromis asmens sveikatos priežiūros paslaugoms tenkančiomis lėšomis. Planuota 20 proc. rodiklio reikšmė nebuvo pasiekta dėl ribotų PSDF biudžeto galimybių.

Vykdamas PAASP paslaugų plėtrą, 2019 m. buvo didinamas šios srities finansavimas – didėjo paslaugų bazinės kainos, buvo plečiama šeimos gydytojo komanda, didinama paslaugų, už kurias mokamas skatinamasis priedas, aprėptis, mokami priedai už gerus darbo rezultatus. Tuo siekiama, kad šeimos gydytojo komanda vieno apsilankymo metu pacientui suteiktų kuo platesnio spektro paslaugas ir prireikus tikslingai jį siųstų pas gydytojus specialistus<sup>32</sup>.

Direktorius

Gintaras Kacevičius

---

<sup>32</sup> Daugiau informacijos pateikta šio dokumento 1 ir 2 lape.