

VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

**2020 METŲ STRATEGINIO VEIKLOS PLANO SVEIKATOS DRAUDIMO SISTEMOS
PLĖTOJIMO PROGRAMOS (04.001) ĮGYVENDINIMAS**

2021-02-04 Nr. 8K-3

Vilnius

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

Įgyvendindama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Sveikatos apsaugos ministerijos) strateginį tikslą „Užtikrinti 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, nepaisant neigiamų išorės veiksnių (dėl COVID-19 pandemijos), 2020 m. buvo atlikti šie pagrindiniai apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji) teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo darbai:

1. Pastaraisiais metais mūsų valstybėje prioritetine sritimi buvo laikomos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugos. 2020 m. šioms paslaugoms buvo skirta daugiau PSDF biudžeto lėšų: 2020 m. PAASP¹ paslaugoms iš viso buvo skirta 323,5 mln. Eur, tai yra 56,6 mln. Eur (21,2 proc.) daugiau, nei buvo skirta 2019 metais. Įgyvendinant Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 m. veiksmų plane² 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. (siekiant, kad PAASP paslaugoms skiriama lėšų dalis sudarytų 20 proc. asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skiriamų PSDF biudžeto lėšų), PAASP paslaugoms tenkanti lėšų dalis sudarė 19,1 proc. 2019 m. ir 19,9 proc. 2020 m. visų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų PSDF lėšų (t. y. 01 PSDF biudžeto išlaidų straipsnyje numatytų biudžeto ir rezervo lėšų).

¹ 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“.

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

PAASP paslaugos orientuotos į pacientą – šeimos gydytojas yra atsakingas, kad būtų nustatyta kuo ankstyvesnės stadijos liga, kad kuo greičiau būtų nustatytos ligos priežastys ir skirtas reikiamas gydymas, t. y. siekiama, kad šeimos gydytojo paslaugos būtų gaunamos laiku. Siekiant pamatuoti, kaip užtikrinamas PAASP prieinamumas, apylinkių, kuriose šeimos gydytojo komandos paslaugos buvo suteiktos per 7 kalendorines dienas (ne skubiu atveju), dalis lyginama su bendru apylinkių skaičiumi. Siekiama, kad šio rodiklio reikšmė kasmet gerėtų. Buvo planuojama, kad 2020 m. apylinkių, kuriose šeimos gydytojo komandos paslaugos suteikiamos per 7 kalendorines dienas, dalis sudarys 83 procentus. Rodiklio reikšmė 2020 m. buvo šiek tiek viršyta – ji siekia 85 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. Siekiant gerinti PAASP paslaugų prieinamumą, 2020 m. buvo įteisinta nuotolinė konsultacija (šeimos gydytojas – gydytojas specialistas), sukurtas jos apmokėjimo modelis³ ir apskaičiuota šios paslaugos kaina⁴.

2020 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 32,4 proc. lėšų, skiriamų už PAASP paslaugas.

2020 m. VLK atliko gerų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros rezultatų rodiklių analizę, kurios pagrindu buvo parengtos išvados ir pasiūlymai. Analizės rezultatai buvo pristatyti Sveikatos apsaugos ministerijos Šeimos medicinos paslaugų tobulinimo komitetui. Šis komitetas pritarė daugeliui iš VLK pateiktų siūlymų, iš kurių pagrindiniai buvo:

1. vertinant ASPĮ veiklą – apskaičiuoti kiekvieno gerų darbo rezultatų rodiklio reikšmę taikant dinaminę medianą ir teigiamų rezultatų rodiklių reikšmių režius (procentais) dalijant į tris lygias dalis;

2. nustatyti vadinamąjį rodiklio tikslą ir, jį pasiekus, arba skatinti daugiau ASPĮ, arba nutraukti skatinimą ir tik stebėti rodiklio reikšmių pokyčius;

3. sąlyginių vienetų sumą, tenkančią kiekvienam rodikliui, dauginti iš sergančiųjų / prisirašiusiųjų prie ASPĮ asmenų (toliau – prisirašiusieji) skaičiaus tikslinėje grupėje;

4. peržiūrėti kiekvieną gerų darbo rezultatų rodiklį ir nevertinti ASPĮ, kurių tikslinėje grupėje sergančiųjų / prisirašiusiųjų yra mažiau nei 1 proc. bendrojo ASPĮ prisirašiusiųjų skaičiaus;

5. gerų darbo rezultatų rodiklių reikšmes skaičiuoti, taikant dinaminę medianą, 1 kartą per metus, t. y. pasibaigus finansiniams metams;

6. labiau detalizuoti ligų ir būklių diagnozes, paslaugų kodus, vaistų kodus, amžių, kitus parametrus, naudojamus geriems darbo rezultatų rodikliams apskaičiuoti, ir, atsižvelgiant į tai, atitinkamai atnaujinti rodiklių apskaičiavimo metodiką.

Siekiant skatinti PAASP paslaugų teikimą namuose COVID-19 liga sergantiems pacientams, kuriems yra 65 m. ir daugiau, sergantiesiems lėtinėmis ligomis bei nėščiosioms, 2020 m. PAASP įstaigoms buvo pradėti mokėti skatinamieji priedai už mobiliosios komandos paslaugų teikimą paciento namuose⁵. Mobiliąją komandą sudaro šeimos gydytojas, bendrosios praktikos

³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. lapkričio 10 d. įsakymas Nr. V-2569 „Dėl Nuotolinių gydytojo ir šeimos gydytojo komandos nario konsultacijų pacientui ir gydytojo konsultacijų gydytojui teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“.

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gruodžio 30 d. įsakymas Nr. V-3064 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

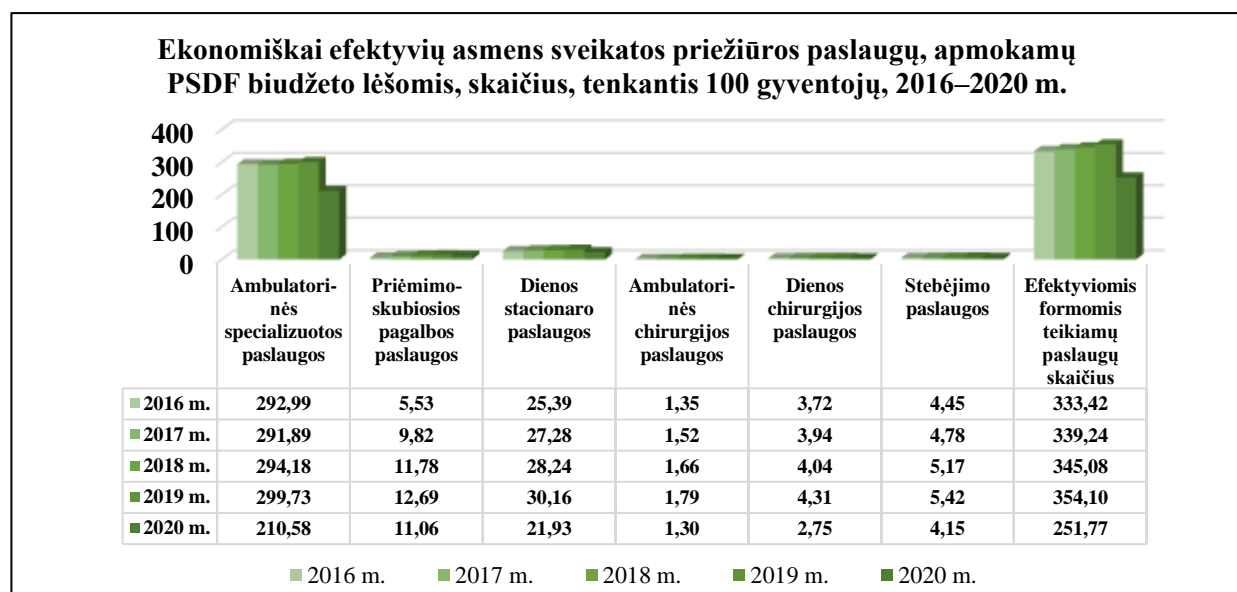
⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gruodžio 21 d. įsakymas Nr. V-2980 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“.

slaugytojas (arba bendruomenės slaugytojas) ir slaugytojo padėjėjas ar kitas PAASP įstaigoje dirbantis darbuotojas.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa⁶ ir siekiant efektyvaus PSDF biudžeto išteklių naudojimo, pastaraisiais metais prioritetas buvo teikiamas ir ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai bei jų prieinamumui gerinti. 2020 m. buvo suteiktos 1,17 mln. ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų (kartu) bei 402 tūkst. stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų. Pažymėtina, kad 2020 m. šių paslaugų buvo suteikta mažiau dėl Covid-19 pandemijos, palyginti su 2019 m. (2019 m. šių paslaugų buvo suteikta atitinkamai 1,52 mln. ir 543 tūkst.).

Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugos – tai paslaugos, kurios dėl savo efektyvumo ir palankių apmokėjimo iš PSDF biudžeto sąlygų palaipsniui keičia brangiai kainuojančias stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, t. y. nesudėtingos stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos keičiamos dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir atitinkamomis ambulatorinėmis paslaugomis, nebloginant šių paslaugų kokybės ir saugumo. Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų bei stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų santykis – tai efektyvumo rodiklis, kurio reikšmė parodo didėjančią ambulatorinėmis sąlygomis teikiamų paslaugų apimtį. Ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtra yra svarbi tiek pacientams, tiek paslaugų teikėjams, nes jie, teikdami ekonomiškai efektyvias paslaugas, racionaliau naudoja žmogiškuosius išteklius ir infrastruktūrą. Pacientams sudaromos sąlygos paslaugas gauti greičiau ir arčiau jiems įprastos socialinės aplinkos.

Ekonomiškai efektyvių paslaugų, įskaitant ir ambulatorines specializuotas paslaugas, tai yra gydytojų specialistų paslaugas, kasmet (išskyrus 2020 m.) suteikiama vis daugiau – tai parodo 2016–2019 m. didėjęs ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (žr. diagramą).



2020 m., siekiant užtikrinti pacientams būtinas asmens sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje paskelbto karantino metu, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 16 d. sprendimu Nr. V-387 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo paskelbus karantiną Lietuvos Respublikos teritorijoje“, buvo pradėtos teikti naujos nuotolinės gydytojų specialistų konsultacijos. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. lapkričio 10 d. įsakymu Nr. V-2569 „Dėl Nuotolinių gydytojo ir šeimos gydytojo komandos nario konsultacijų pacientui ir gydytojo konsultacijų gydytojui teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ buvo reglamentuota šių paslaugų teikimo tvarka, o nuotolinė gydytojo specialisto konsultacija

⁶ Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XIII-82 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.

įrašyta į Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašą⁷. Be to, buvo praplėstas⁸ dienos stacionaro paslaugų, teikiamų suaugusiems, spektras (dienos stacionare bus galima atkurti širdies ritmą (kardioversija), taikyti intraveninę biologinę terapiją ir pakaitinę fermentų terapiją, atlikti endofibroskopines procedūras taikant bendrinę nejautrą, atlikti kraujo komponentų transfuzijas, t. y. jos bus atliekamos ne tik ASPĮ, teikiančiose hematologijos stacionarines paslaugas).

Siekiant efektyvaus išteklių naudojimo ir atsižvelgiant į pasaulinę praktiką, pagal kurią pirmenybė teikiama ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai bei jų prieinamumo didinimui, 2020 m. buvo iš esmės peržiūrėta ambulatorinės slaugos paslaugų namuose organizavimo, teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tvarka⁹, papildytas šių paslaugų gavėjų sąrašas ir reikalavimai paslaugų teikėjams.

Siekiant mažinti hospitalizaciją ir didinti ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį bei planuojant skatinimą už gerus darbo rezultatus, buvo pradėta vykdyti ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo stebėseną pagal tam tikrus VLK direktoriaus įsakymu¹⁰ patvirtintus rodiklius. Šiuo įsakymu buvo patvirtintas ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašas bei ASPĮ veiklos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių reikšmių skaičiavimo metodika. Vadovaujantis šiuo įsakymu, buvo parengta 2019 m. duomenų apie ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pasiektas veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių reikšmes suvestinė. Ši suvestinė skelbiama VLK interneto svetainėje¹¹.

Jau 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.). 2020 m., siekiant dar 50 proc. sumažinti asmenų, laukiančių dantų protezavimo paslaugų ar kompensacijų, skaičių, palyginti su šiuo skaičiumi 2019 metais, buvo imtasi kompleksinių priemonių, be to, šiam tikslui pasiekti buvo skirta daugiau PSDF biudžeto lėšų. Tai nulėmė, kad 2020 m. IV ketv. buvo pakviesti visi likę asmenys dėl įrašymo į asmenų, laukiančių dantų protezavimo, sąrašą, o 2021 m. sausio 1 d. laukiančiųjų dantų protezavimo eilių nebeliko. Atsižvelgiant į tai, buvo pakeista dantų protezavimo paslaugų teikimo ir mokėjimo už šias paslaugas tvarka¹². Buvo nustatyti reikalavimai, užtikrinantys, kad pacientas greičiau gautų paslaugas, kad operatyviau būtų įvesti reikiami duomenys į Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinę sistemą bei Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos Dantų protezavimo paslaugų posistemį. Be to, buvo nustatyta, kad paslaugos teikiamos

⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gruodžio 30 d. įsakymas Nr. V-3064 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gegužės 9 d. įsakymo Nr. V-436 „Dėl Specializuotų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. spalio 9 d. įsakymas Nr. V-2231 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 6 d. įsakymo Nr. V-660 „Dėl Dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (nauja redakcija (2020 m. birželio 2 d. Nr. V-1357).

¹⁰ 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“.

¹¹ <http://www.vlk.lt/veikla/ukio-subjektu-prieziura/Veiklos%20prie%C5%BEi%C5%ABros%20steb%C4%97senos,%20efektyvumo%20rezultatyvumo%20mata%20ir%20vertinimo%20rodikliai>

¹² Dantų protezavimo paslaugos teikiamos vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. lapkričio 6 d. įsakymu Nr. V-2541 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymo Nr. V-890 „Dėl Dantų protezavimo paslaugų išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

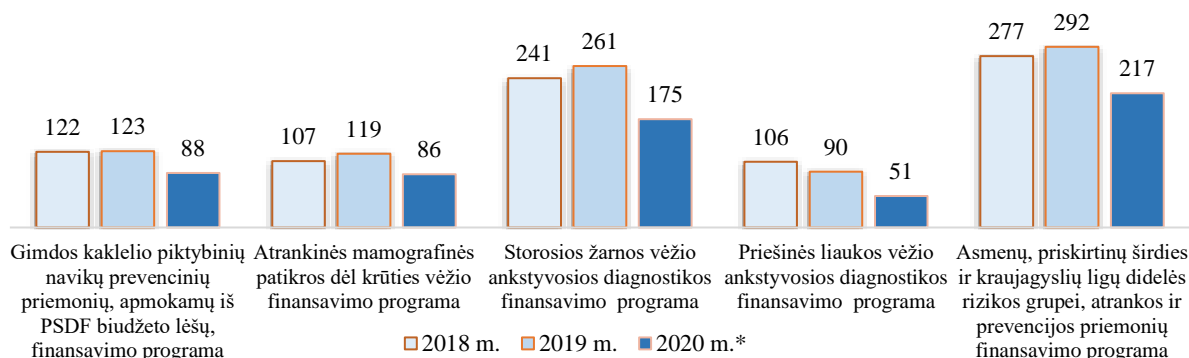
tik tose gydymo įstaigose, kurios dėl dantų protezavimo paslaugų yra sudariusios sutartį su bet kuria teritorine ligonių kasa (toliau – TLK).

2020 m., kaip ir ankstesniais metais, 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 didelį pavojų sveikatai keliančių ligų.

Dėl COVID-19 pandemijos 2020 m. sumažėjo pagal prevencines programas paslaugas gavusių asmenų skaičius. Preliminariais 2020 m. privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ (toliau – „Sveidra“) duomenimis, Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje numatytas paslaugas gavo 86 tūkst. moterų, t. y. apie 28 proc. mažiau nei 2019 metais. Taip pat sumažėjo ir kitose prevencinėse programose numatytas paslaugas gavusių asmenų skaičius (žr. diagramą).

2018–2020 m. prevencinėse programose numatytas paslaugas gavusių asmenų skaičius (tūkst.)

**preliminarūs duomenys*



Preliminariais duomenimis, pagal Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programą pernai sveikatą pasitikrino 88 tūkst. moterų, t. y. apie 28 proc. mažiau nei 2019 metais. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytas paslaugas 2020 m. gavo 175 tūkst. asmenų, t. y. net 33 proc. mažiau nei 2019 metais. Pagal Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą pernai pasitikrino 51 tūkst. vyrų – 43 proc. mažiau nei 2019 m. Taip pat sumažėjo gyventojų, paslaugas gavusių pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą, skaičius. Pernai pagal šią programą pasitikrino 217 tūkst. asmenų, t. y. apie 26 proc. mažiau nei 2019 metais.

2020 m., siekiant pereiti prie objektyviomis sąnaudomis grįstos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos, buvo nustatyti kriterijai¹³, į kuriuos atsižvelgiant periodiškai (automatiškai) perskaičiuojamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos ar jų balo vertės (asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainos ar jų balo vertės perskaičiuojamos

¹³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. rugpjūčio 19 d. įsakymas Nr. V-1869 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo“.

atsižvelgiant į vartotojų kainų indekso pokyčius, į ASPĮ darbuotojų darbo užmokesčio didinimą, į PSDF biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms padidėjimą arba sumažėjimą tokiu dydžiu, kad visas ar tam tikros asmens sveikatos priežiūros paslaugų grupės bazines kainas ar jų balo vertes būtų galima didinti arba reikėtų mažinti ne mažiau kaip vienu procentiniu punktu).

Siekiant įgyvendinti Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 3 ir 36 straipsnių pakeitimus, buvo pakeisti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai¹⁴, reglamentuojantys ilgalaikio materialiojo turto (medicinos priemonės (priedais)) nusidėvėjimo ir amortizacijos sąnaudų įskaičiavimą į asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas, kurios skaičiuojamos nuo 2021 metų.

Siekiant tobulinti TLK ir ASPĮ sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tvarką bei PSDF biudžeto lėšų planavimo ASPĮ suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti reglamentavimą, VLK direktoriaus įsakymu buvo sudaryta darbo grupė, kuriai pavesta atlikti teisės aktų, susijusių su sutartinių sumų planavimu, analizę ir jos pagrindu tobulinti teisės aktus. Pažymėtina, kad šios darbo grupės užduotis – parengti teisės aktų pakeitimus, užtikrinančius, kad ASPĮ pasirašytų sutartį tik su viena TLK dėl visų Lietuvos gyventojų – taip siekiama užtikrinti skaidrų PSDF biudžeto lėšų planavimą ir jų paskirstymą ASPĮ pagal vienodus principus bei mažinti administracinę našą. Buvo pakeisti visi pagrindiniai teisės aktai, reglamentuojantys TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymą ir sutartinių sumų planavimą¹⁵. Nuo 2021 m. taikomas iš esmės pakeistas TLK ir ASPĮ sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis sudarymo principas – ASPĮ (išskyrus įstaigas, teikiančias PAASP paslaugas) sutartį sudaro dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, teikimo visiems Lietuvos gyventojams su ta TLK, kurios veiklos zonoje yra ASPĮ buveinė.

Siekiant visų asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų lygiateisiškumo, 2020 m. buvo sudarytos sutartys su medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančiomis įstaigomis, kuriose buvo nurodytos ir lėšos medicininės reabilitacijos paslaugoms kompensuoti.

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. spalio 14 d. įsakymas Nr. V-2265 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. balandžio 22 d. įsakymo Nr. V-388 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos patvirtinimo“ pakeitimo“ ir 2020 m. balandžio 17 d. įsakymas Nr. V-908 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 12 d. įsakymo Nr. V-786 „Dėl Aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąnaudų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priskyrimo sąnaudų grupėms pagal giminingų diagnozių grupių metodą tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. birželio 29 d. įsakymas Nr. V-1563 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“;

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

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

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

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

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

Norėdama nustatyti ekonomiškai efektyvių paslaugų plėtros galimybes, 2020 m. VLK atliko suteiktų stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų analizę. Analizės medžiaga buvo pateikta Sveikatos apsaugos ministerijai.

2020 m. pirmą kartą buvo atlikta analizė, padėjusi išgryninti veiksnius, nuo kurių labiausiai priklauso PSDF biudžeto išlaidos. Šia tema buvo parengtos dvi interaktyviosios ataskaitos. Pirmuoju etapu buvo išanalizuoti 2013–2019 m. duomenys pagal pacientų prisirašymą ir savivaldybes, kuriuose veikia ASPI, apskritis, TLK, apmokėjimo grupės, amžiaus grupės. Vizualizacija, atlikta naudojantis *Power BI* įrankiu, buvo pristatyta VLK vadovybei ir padaliniams. Antruoju etapu buvo išanalizuoti 2019 m. duomenys pagal lytį, amžiaus grupes, apmokėjimo grupes, ligų kodus. Analizei atlikti buvo parengtas ligų klasifikatorius pagal ligų ir būklių grupes, pogrupius. Lietuvoje dominuojančių lėtinių ligų (kurioms tenka daugiausia išlaidų) klasifikacija buvo palyginta su tarptautinėje praktikoje naudojamomis *Charlson* bei Europos Komisijos vykdyto lėtinių ligų priežiūros projekto *Chrodis* ligų klasifikacijomis. Analizės duomenų vizualizacija taip pat buvo atlikta naudojantis *Power BI* įrankiu, padėjusiu akivaizdžiau identifikuoti veiksnius, lemiančius didžiausias PSDF biudžeto išlaidas.

2. 2020 m. buvo pradėti kompensuoti nauji 36 bendrinių pavadinimų vaistai, skirti ŽIV ligai, migrenai, išsėtinei sklerozei, onkologinėms ligoms, antrojo tipo cukriniam diabetui, odos ligoms ir dar daugeliui kitų ligų gydyti.

Atlikus 2019 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, 2019 m. – 632 kompensuojamųjų vaistų DDD. Tai rodo, kad 2019 m. daugiau nei 60 procentų Lietuvos gyventojų kasdien gydėsi kompensuojamaisiais vaistais. 2019 m. PSDF biudžeto lėšomis buvo sumokėta už 54 proc. visų suvartotų vaistų DDD ir net už 61 proc. visų suvartotų receptinių vaistų DDD. Vien tik generinių kompensuojamųjų vaistų vartojimas 2019 m. (327 DDD), palyginti su 2018 m. (315 DDD), padidėjo 3,8 procento. 2019 m. suvartotų generinių kompensuojamųjų vaistų DDD dalis, palyginti su bendru suvartotų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiumi, sudarė 51,7 proc., t. y. ši dalis sumažėjo, palyginti su siekiamu rodikliu, nes 2019 m. į kompensuojamųjų vaistų A sąrašą buvo įtraukta daug naujų originaliųjų vaistų (26 nauji bendriniai pavadinimai), kurių pardavimai didėjo. Pagal Vaistų politikos gaires buvo siekiama spartesnio šio rodiklio reikšmės didėjimo (iki 65 proc. 2019 m. ir iki 75 proc. 2020 m.).

VLK įgyvendino tam tikras priemones, siekdama, kad būtų daugiau išrašoma kompensuojamųjų generinių vaistų: buvo sudaromos vaistų, priskiriamų biopanašių vaistų grupėms (eritropoetinių ir tumoro nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių grupėms), reitingų eilės pagal mažiausią gydymo kainą; buvo patvirtintas TLK vykdomos stebėsenos rodiklis, t. y. kompensuojamųjų biopanašių vaistų – tumoro nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių (ATC kodas pagal IV lygį yra L04AB) – išrašymo rodiklis; TLK pranešimuose, susitikimuose su gydytojais, Šiaulių TLK vaistų komiteto pranešimuose buvo skatinamas racionalus generinių vaistų vartojimas. TLK atliko patikrinimus vaistinėse, kuriose išduotų atitinkamų grupių būtinųjų vaistų dalis, palyginti su bendru išduotų tų pačių grupių kompensuojamųjų vaistų skaičiumi, yra mažiausia, ir apie patikrinimų rezultatus informavo VLK.

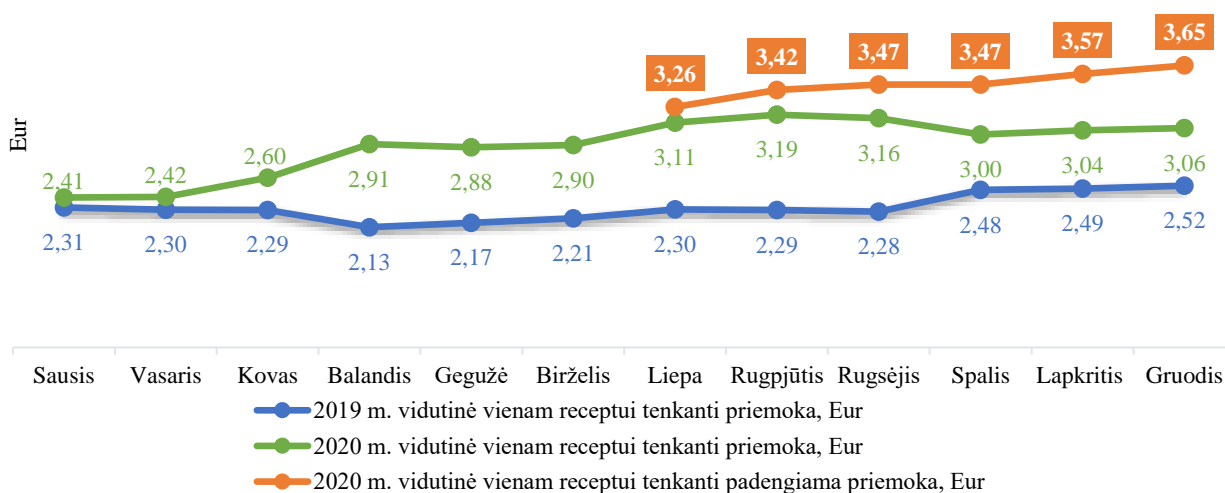
Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo masto kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių (toliau – MPP) skiriama vis daugiau, jų vartojimas didėja. Pagal 2020 m. PSDF biudžeto prisiimtus įsipareigojimus, kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, įskaitant valstybės biudžeto lėšomis apmokamą paciento priemokos sumą (6,78 mln. Eur), lėšų suma sudarė 354,5 mln. Eur (31,1 mln. Eur daugiau nei 2019 metais). Bendra apskaičiuota pacientų priemokų suma 2020 m. sudarė 28,9 mln. Eur, t. y. 5,5 mln. Eur daugiau nei 2019 m. (2019 m. priemokų suma sudarė 23,4 mln. Eur).

Pažymėtina, kad nuo 2020 m. liepos 1 d. labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, t. y. 75 metų ir vyresniems pacientams, mažas pajamas gaunantiems asmenims virš 65 metų bei

neįgaliesiems, sudaryta galimybė gauti kompensuojamuosius vaistus ir MPP nemokant paciento priemokos. Priemokoms padengti PSDF biudžetui skiriami valstybės biudžeto asignavimai.

Mažėja pačių pacientų sumokėtų priemokų už kompensuojamuosius vaistus ir MPP dalis, palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų suma. 2020 m. ši dalis sudarė 5,8 proc., tai yra sumažėjo apie 13 proc. (2019 m. ši dalis sudarė 6,7 proc.). 2020 m. gruodžio mėn. vidutinė vienam receptui tenkanti paciento priemoka sudarė 3,06 Eur, o vidutinė vienam receptui tenkanti valstybės biudžeto lėšomis padengiama paciento priemoka 2020 m. gruodžio mėn. siekė 3,65 Eur (žr. diagramą).

Vidutinė vienam receptui tenkanti priemoka, Eur



Matomas vidutinės vienam receptui tenkančios priemokos sumos didėjimas 21 proc., nes gyventojams išrašoma mažiau kompensuojamųjų vaistų ir MPP receptų, o recepte nurodyto vaistų ir priemonių didesnio kiekio užtenka ilgesniam laikui. 2020 m. išrašytų receptų skaičius sudarė 9,8 mln. vnt., t. y. 2 proc. mažiau nei 2019 m. (2019 m. receptų skaičius sudarė 10 mln. vnt.).

Siekiant įgyvendinti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas – atsisakyti pacientų diskriminavimo pagal ligas ir užtikrinti socialinį teisingumą – 2020 m. visų A sąraše esančių kompensuojamųjų vaistų bazinės kainos buvo kompensuojamos 100 procentų. Tik 20 bendrinių pavadinimų B sąrašo vaistų bazinės kainos liko kompensuojamos 50 procentų.

Kadangi nuo 2020 m. liepos 1 d. vaistų ir MPP priemokos yra padengiamos valstybės biudžeto lėšomis, 2020 m. Lietuvos gyventojai už kompensuojamuosius vaistus primokėjo 8 mln. Eur mažiau nei 2019 metais.

2020 m. PSDF biudžete labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais buvo numatyta 7,9 mln. Eur ir skirta 1 mln. Eur papildomų PSDF biudžeto rezervo lėšų prisiimtiems išipareigojimams gydymo įstaigoms įvykdyti. Pagal 2020 m. priimtas sąskaitas mokėtina suma sudarė 8,9 mln. Eur, buvo sumokėta 1 mln. Eur, t. y. 12,7 proc. daugiau nei 2019 m., kai ši suma siekė 7,9 mln. Eur.

VLK organizuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudarytos Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijos veiklą ir, vadovaudamasi jos sprendimais, išduoda garantinius raštus, pagal kuriuos kompensuojamos labai retų būklių gydymo išlaidos. 2020 m. VLK išdavė 395 garantinius raštus pagal ASPI prašymus kompensuoti 276 pacientų (iš jų – 119 nauji pacientai), kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas. Naujų pacientų gydymui pagal šiais metais išduotus garantinius raštus buvo skirta apie 1,95 mln. Eur. Didžiausia dalis lėšų retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiems sergantiesiems ypač retomis metabolinėmis ligomis, spinaline raumenų atrofija ir labai retomis onkologinėmis ligomis.

2020 m. į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą¹⁶ buvo įrašyta nauja indikacija, pagal kurią pradėtas kompensuoti vaistas *Ramucirumab* (plaučių vėžiui gydyti), taip pat įrašyti šie nauji vaistai: *Midostaurin* (mieloidinei leukemijai gydyti), *Dexametazon* (diabetinės geltonosios dėmės paburkimams gydyti) ir *Daratumumab* (dauginei mielomai gydyti). Įtraukus naujus vaistus, jų kompensavimui buvo skirtos lėšos iš PSDF rezervo.

2020 m. toliau buvo vykdomos derybos dėl vienintelio gamintojo vaistų kainų. Vidutiniškai centralizuotai apmokamų vienintelio gamintojo vaistų kainos sumažėjo 6 proc., o teigiamas ekonominis efektas sudarė 403 tūkst. eurų.

2020 m. buvo įsigyta keturvalentė vakcina nuo gripo, kuria skiepijami nustatytų grupių asmenys. 2020 m. šios vakcinės poreikis, palyginti su 2019 m., gerokai išaugo (apie 40 proc.), todėl buvo įsigyta 76 tūkst. dozių daugiau nei 2019 metais. Dėl išaugusio vakcinės poreikio ir kainos, 2020 m. 1 mln. Eur padidėjo PSDF biudžeto išlaidos gripo vakcinai įsigyti.

3. 2020 m. toliau buvo tobulinamas ortopedijos techninių priemonių kompensavimas¹⁷, siekiant užtikrinti geresnę šių priemonių kokybę ir gerinti jų prieinamumą pacientams.

2020 m., siekiant mažinti perteklinį ortopedijos techninių priemonių naudojimą ir griežtinti jų išdavimo kontrolę, buvo patvirtintas įsakymas¹⁸, kuriuo nustatyta, kad šios priemonės išduodamos tik apdraustiesiems pateikus siuntimus, suformuotus ir patvirtintus Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos priemonėmis (per ASPI informacinę sistemą ar tiesiogiai e. sveikatos portale).

2020 m. gruodžio 3 d. buvo pasirašytas įsakymas¹⁹, pagal kurį ortodontiniai aparatai kompensuojami taip pat, kaip ortopedijos techninės priemonės.

4. Siekiant gerinti medicinos priemonių (prietaisų) nuomos prieinamumą pacientams, 2020 m. buvo nauja redakcija išdėstytas įsakymas²⁰, įrašant į PSDF biudžeto lėšomis nuomojamų medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašą šias naujas medicinos priemones (prietaisus): deguonies aparatą; dirbtinės plaučių ventilacijos (toliau – DPV) aparatą, veikiančią invaziniu arba neinvaziniu būdu, kai naudojamas tracheostominis vamzdelis; DPV aparatą, veikiančią neinvaziniu būdu, kai naudojama kaukė arba kaniulės; nešiojamą gyvybinių funkcijų stebėjimo aparatą; DPV aparatą, veikiančią adaptuotos palaikomosios ventilacijos (angl. *Adaptive Servo-Ventilation* – ASV) režimu, skiriamą centrinei miego apnėjai gydyti, kai kiti gydymo metodai neefektyvūs; DPV aparatą, veikiančią invaziniu arba neinvaziniu būdu per kaukę arba kandiklį.

5. 2020 m. ir toliau buvo gerinamas VLK ir TLK (VLK ir TLK kartu toliau – ligonių kasos) teikiamų administracinių paslaugų prieinamumas. Vykdam Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos 3.2.1.2 priemonę, kasmet elektroniniu būdu organizuojama VLK ir TLK aptarnaujamų gyventojų apklausa. Remiantis 2020 m. apklausos analizės rezultatais, buvo

¹⁶ 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“.

¹⁷ 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“.

¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. rugsėjo 8 d. įsakymas Nr. V-1993 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymo Nr. V-234 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gruodžio 3 d. įsakymas Nr. V-2789 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymo Nr. V-234 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-724 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis nuomojamų medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašo patvirtinimo“.

nustatyta, kad ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų atitiktis vartotojų poreikiams siekia 89,3 procento. Gyventojų aptarnavimo ligonių kasose efektyvumą teigiamai įvertino 85,9 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, nuosekliai kuriant ir diegiant pažangias technologijas, teikiant elektronines paslaugas.

2020 m. buvo patobulintas „Sveidros“ Europos sveikatos draudimo kortelių (toliau – ESDK) išdavimo ir apskaitos posistemis – sudaryta galimybė gyventojams pasirinkti ESDK pristatymą registruotu laišku, suorganizuotas siuntų siuntimas. Taip pat buvo įgyvendinta dar viena naujovė: įdiegta nauja elektroninė paslauga – sudaryta galimybė asmeniui, prisijungusiam prie ESDK posistemio išorinio portalo, pačiam savarankiškai suformuoti ESDK pakeičiantį sertifikatą ir jį išsaugoti savo mobiliajame įrenginyje.

2020 m. VLK vykdė procedūras, reikalingas informacijos saugos ir kibernetinio saugumo mokymų platformai įdiegti. 2021 m. šie darbai bus tęsiami, taip pat sistemingai organizuojami sertifikuoti VLK darbuotojų mokymai.

2020 m. buvo įdiegta informacinė sistema, skirta VLK tvarkomų asmens duomenų naudojimo priežiūrai pagal Europos Sąjungos Bendrąjį duomenų apsaugos reglamentą ir ISO standartus atlikti. Ši sistema pildoma VLK / TLK pateikiamais duomenimis. Taip pat buvo patobulinta „Sveidra“, užtikrinant automatinį įstaigų ir specialistų licencijavimo duomenų perdavimą iš Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės vaistų kontrolės tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos valdomų informacinių sistemų į „Sveidrą“ per Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinę sistemą.

2020 m. buvo parengta atvėrimui ir įkelta į atvirų duomenų viešinimo portalą 15 VLK duomenų rinkinių. Minėtuose duomenų rinkiniuose sukaupti duomenys apie PSDF biudžeto išlaidas stacionariniam ir ambulatoriniam gydymui, kompensuojamiesiems vaistams, informacija apie prisirašiusiųjų prie gydymo įstaigų skaičių, pirminės asmens sveikatos priežiūros gerų darbo rezultatų rodiklius ir kt.

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

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

- Auganti privalomojo sveikatos draudimo įmokų suma, susijusi su šalies vidutinio darbo užmokesčio didėjimu (vidutinis darbo užmokestis *bruto* 2017 m. III ketv. sudarė 842,7 Eur, 2018 m. III ketv. – 927,8 Eur, 2019 m. III ketv. – 1 306,3 Eur, 2020 m. III ketv. – 1454,8 Eur²¹) ir nedarbo lygio mažėjimu. Pažymėtina, kad 2019 m. buvo stebimas žemiausias nedarbo lygis nuo 2010 m.¹¹, tačiau 2020 m. nedarbo lygis žymiai išaugo: 2021 m. sausį registruoto nedarbo lygio rodiklio reikšmė sudarė 16,1 proc., tai yra per metus padidėjo 8,7 proc.²² Tačiau net ir išaugusio nedarbo sąlygomis PSDF biudžetui pervedama dirbančiųjų įmokų suma, remiantis operatyviais 2020 m. duomenimis, buvo 172 mln. Eur (8 proc.) didesnė nei 2019 metais.

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

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

- Didėjantis apdraustųjų skaičius – apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu aprėptis 2020 m. buvo 99,1 proc. (0,9 proc. didesnė nei 2019 m.).

²¹ <https://osp.stat.gov.lt>.

²² https://osp.stat.gov.lt/documents/10180/7212425/LDR_2020-12.pdf

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

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

1) Preliminariais duomenimis, 2020 m. PSDF biudžetas negavo apie 7 proc. (112 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 108 mln. Eur pajamų ir dėl to buvo nesubalansuotas. 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.

2) Nepakankamas valstybės biudžeto asignavimų, skiriamų valstybės priskirtoms PSDF biudžetui funkcijoms vykdyti, dydis (šios lėšos 2020 m. sudarė 40,1 mln. Eur, nors lėšų poreikis visoms valstybės priskirtoms PSDF biudžetui funkcijoms vykdyti buvo apie 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 našą gyventojams.

3) Dėl Covid-19 pandemijos 2020 m. VLK nuolat vertino ASPĮ ir TLK sutarčių vykdymo rodiklius ir, reaguodama į pokyčius, teikė siūlymus sveikatos apsaugos ministrui, kurių pagrindu buvo priimami sprendimai dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo. Atsiskaitymo už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas principai leido užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą gyventojams. 1/12 sutartinės sumos, su tam tikromis išimtimis, buvo mokama tik pasiekus ne mažesnę sutarčių įvykdymo lygį, nei patvirtintas sveikatos apsaugos ministro įsakymais (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 22 d. įsakymo Nr. V-1113 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimai buvo patvirtinti atitinkamais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais²³).

²³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 30 d. įsakymu Nr. V-615, 2020 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-1013, 2020 m. birželio 1 d. įsakymu Nr. V-1351, 2020 m. liepos 17 d. įsakymu Nr. V-1689, 2020 m. rugsėjo 10 d. įsakymu Nr. V-2012, 2020 m. lapkričio 20 d. įsakymu Nr. V-2683, 2020 m. gruodžio 23 d. įsakymu Nr. V-3004.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. gegužės 6 d. įsakymo Nr. V-1079 „Dėl Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimai patvirtinti šiais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais: 2020 m. birželio 9 d. įsakymu Nr. V-1423, 2020 m. liepos 7 d. įsakymu Nr. V-1613, 2020 m. rugpjūčio 21 d. įsakymu Nr. V-1894, 2020 m. spalio 26 d. įsakymu Nr. V-2366, 2020 m. gruodžio 28 d. įsakymu Nr. V-3033.

INFORMACIJA APIE ASIGNAVIMŲ, SKIRTŲ PROGRAMAI ĮGYVENDINTI, PANAUDOJIMĄ

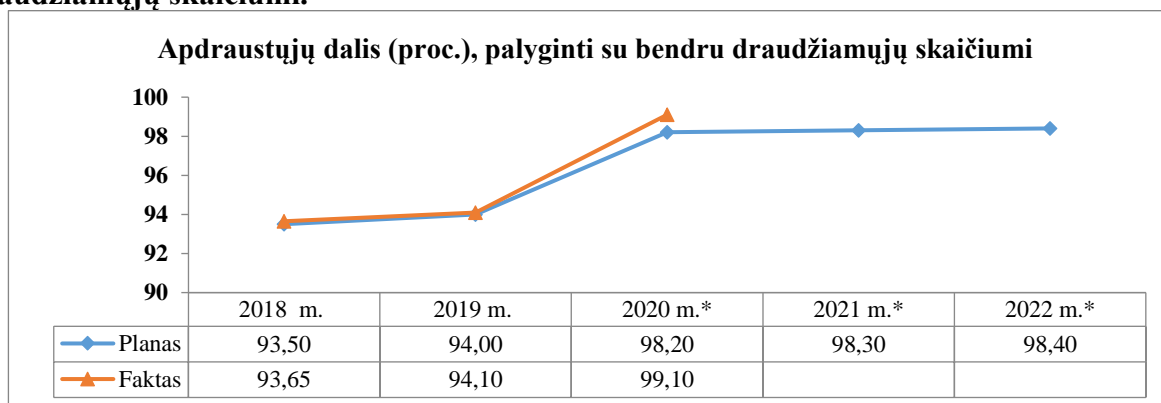
1 lentelė. Strateginį tikslą įgyvendinančios programos ir ataskaitinių metų asignavimų panaudojimas.

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)	690 166,4	–	690 166,4*	–	100*
<i>Iš jų ES ir kita tarptautinė finansinė parama</i>		–	–	–	–	–
PSDF		1 614 497,0	–	1 424 901,6*	–	88,3*
Iš viso		2 304 663,4	–	2 115 068,0*	–	91,8*

* Pateikta preliminari faktinė 2020 m. PSDF biudžeto išlaidų suma, neįvertinus 2020 m. skirtų PSDF biudžeto rezervo lėšų panaudojimo.

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

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



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

Vertinimo kriterijus parodo, kaip keičiasi apdraustųjų dalis, palyginti su bendru draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu skaičiumi. Siekiama, kad apdraustųjų skaičius didėtų, t. y. kad, įgyvendinant Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymą, kuo daugiau asmenų būtų apdrausta privalomuoju sveikatos draudimu ir, įvykus 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. ji sudarė 93,65 proc., 2019 m. – 94,1 proc., 2020 m. – 99,1 procento. 2020 m. nustatyto apdraustųjų ir draudžiamųjų santykį parodančio kriterijaus siektina reikšmė (98,2 proc.) buvo viršyta 0,9 procento.

Prie didėjančios apdraustųjų aprėpties prisidėjo veiksmingesnis visuomenės informavimas apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą. Visuomenei informuoti ligonių kasos naudojami įvairiomis visuomenės informavimo priemonėmis ir informacijos viešinimo kanalais: interneto svetainė www.vlk.lt, socialiniais tinklais, žiniasklaida, socialine reklama, leidiniais ir kt. 2020 m. buvo paskelbta daugiau nei 200 šviečiamojo pobūdžio pranešimų apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą, paslaugas, apmokamas iš PSDF, ESDK, prevencines programas, medicininę reabilitaciją ir kt. Taip pat buvo parengtas ir interneto svetainėje paskelbtas leidinys „Piliečių PSDF (Privalomojo sveikatos draudimo fondas)“²⁴,

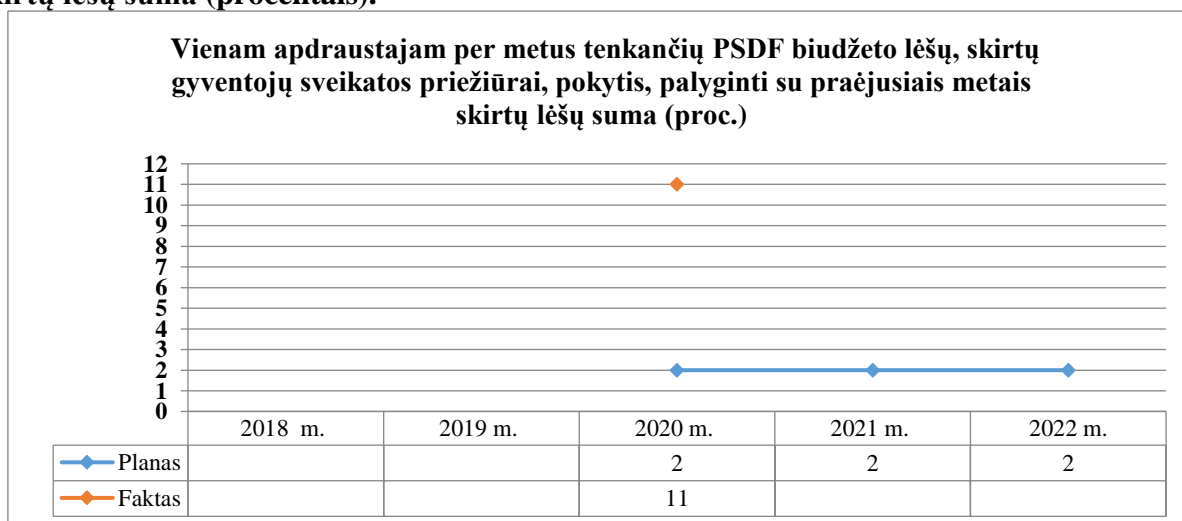
²⁴ <http://www.vlk.lt/leidiniai/Documents/0703%20Pilie%20PSDF.pdf>

parengtas ir išspausdintas informacinis leidinys „Aš tik noriu paklausti, arba kas dažniausiai rūpi pacientams“. Siekiant išsiaiškinti, kokios informacijos reikia gyventojams ir koks jos gavimo būdas yra priimtinausias, 2020 m. viduryje buvo atlikti visuomenės nuomonės tyrimai²⁵.

2020 m. buvo pradėta teikti nauja gyventojų informavimo paslauga: gyventojai informuojami apie VLK skaitmenines paslaugas elektroniniu laišku (bendradarbiaujant su „Sodra“ ir naudojantis jos duomenų bazėmis). „Sodros“ turimomis priemonėmis išsiųsti pranešimai visiems Lietuvoje registruotiems asmenims, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu, apie galimybę pasitikrinti, kokios sveikatos priežiūros paslaugos jiems buvo suteiktos ir kiek už jas sumokėta iš PSDF.

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



Efekto kriterijus (E-04-02) pasirinktas kaip sveikatos priežiūros kompensavimo užtikrinimo rodiklis. Siekiama, kad šio kriterijaus reikšmė didėtų. Lietuvoje turi būti didinama Lietuvos valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai dalis. Ji šiuo metu yra viena mažiausių Europos Sąjungoje (Lietuvoje valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai sudaro apie 67 proc. visų išlaidų sveikatai, o Pasaulio sveikatos organizacija rekomenduoja, kad ši dalis turėtų sudaryti apie 80 proc.). Didėjančios gyventojų sveikatos priežiūrai skiriamos lėšos padeda užtikrinti ne tik prieinamų, saugių, kokybiškų valstybės kompensuojamų paslaugų teikimą, bet ir sveikatos priežiūros finansinį tvarumą: sveikatos priežiūros teikėjai laiku gauna nepertraukiamą apmokėjimą, teisingą darbo sąnaudas ir kvalifikaciją atitinkantį atlygį. 2020 m. preliminariais duomenimis, palyginti su 2019 m. faktiniais duomenimis, PSDF biudžeto lėšų dalis, tenkanti vieno apdraustojo sveikatos priežiūrai, sudarė 739 Eur (pagal 2019 m. atitinkamus faktinius duomenis – 665 Eur). Šis pokytis (preliminariais duomenimis) – 5,5 karto didesnis, nei buvo planuota. Labiausiai (apie 16 proc.) 2020 m. padidėjo PSDF biudžeto išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms dalis.

Direktorius

Gintaras Kacevičius

²⁵ <http://www.vlk.lt/naujienos/tyrimai/>