

TVIRTINU
Valstybinės ligonių kasos prie
Sveikatos apsaugos ministerijos
direktorius Gintaras Kacevičius

VALSTYBINĖ LIGONIŲ KASA PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS

2022 METŲ STRATEGINIO VEIKLOS PLANO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS KOKYBĖS IR EFEKTYVUMO DIDINIMO PROGRAMOS (11-002) ĮGYVENDINIMO ATASKAITA

2023-03-01 Nr. 8K-3

Vilnius

SVARBIAUSIA INFORMACIJA APIE STRATEGINIO TIKSLO PASIEKIMO IŠŠŪKIUS IR GALIMYBES

Pagal kompetenciją vykdydama Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo programą, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) atsižvelgia į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Sveikatos apsaugos ministerija) strateginio veiklos plano prioritetus. Šios programos vykdymas padeda kryptingiau siekti tikslo – sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimą sieti su jų kokybe ir efektyvumu, gerinti paslaugų ir kompensuojamųjų vaistų prieinamumą, tobulinti sveikatos priežiūros finansavimo modelį, taikyti inovatyvius ir efektyvesnius gydymo būdus, tobulinti mokestinę sistemą ir kt. Sveikatos draudimo sistemos plėtojimo programos vykdymas yra neatsiejamas nuo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto išteklių ir sveikatos sistemos finansinio tvarumo.

Atlikdama numatytus darbus, VLK siekia didinti apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji) finansinę apsaugą, taip pat siekia visuotinės šių asmenų aprėpties, tobulinti privalomojo sveikatos draudimo įmokų sistemą, didinti kompensuojamosios sveikatos priežiūros plėtrą, gerinti jos prieinamumą ir skatinti asmens sveikatos priežiūros įstaigas (toliau – ASPĮ) tobulinti paslaugų kokybę, didinti apdraustųjų informuotumą ir užtikrinti jų teises, plėtoti ligonių kasų veiklą, ją modernizuojant.

Visuotinė apdraustųjų aprėptis vertinama atsižvelgiant į apdraustųjų skaičiaus ir draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu skaičiaus santykį. Siekiama, kad apdraustųjų skaičius didėtų, t. y. kad, įgyvendinant Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymą, kuo daugiau asmenų būtų apdrausta privalomuoju sveikatos draudimu ir, įvykus draudiminiam įvykiui, galėtų gauti PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas. Organizacinėmis, teisinėmis, informacinių technologijų ir visuomenės informavimo priemonėmis didinant apdraustųjų skaičių, buvo pasiekta, kad 2018 m. apdraustieji sudarė 93,65 proc. bendro draudžiamųjų skaičiaus, 2019 m. – 94,1 proc., 2020 m. – 99,1 proc., 2021 m. – 98,8 proc., o 2022 m. – 98,9 procento. Siekiant, kad apdraustųjų skaičius nemažėtų, visuomenė aktyviai informuojama apie privalomojo sveikatos draudimo teikiamą naudą. Visuomenei informuoti ligonių kasos naudojami įvairiomis visuomenės informavimo priemonėmis ir informacijos viešinimo kanalais: interneto svetainė, socialiniais tinklais, žiniasklaida, socialine reklama, leidiniais ir kt. Siekiant matuoti ir įvertinti visuomenės informuotumą apie prevencines programas, buvo atliktas tyrimas „Šalies gyventojų informuotumas ir įsitraukimas į ligų prevencines programas“.

Taip pat vertinamas kitas labai svarbus kriterijus: vienam apdraustajam per metus tenkančių PSDF biudžeto lėšų, skirtų gyventojų sveikatos priežiūrai, pokytis, palyginti su praėjusiais metais. Siekiama, kad šio kriterijaus reikšmė kasmet didėtų 2 procentais. Lietuvoje turi būti didinama Lietuvos valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai dalis. Ji šiuo metu yra viena mažiausių Europos Sąjungoje (Lietuvoje valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai, preliminariais

2021 m. duomenimis, sudaro apie 69 proc.¹ (Europos Sąjungos vidurkis – 77 proc.)² 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: laiku atsiskaitoma su sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, jie gauna teisingą darbo sąnaudą ir kvalifikaciją atitinkantį atlygį. 2022 m. preliminariais duomenimis, palyginti su 2021 m. faktiniais duomenimis, PSDF biudžeto lėšų, skirtų sveikatos priežiūrai, dalis, tenkanti vienam apdraustajam, sudarė 923,4 Eur (pagal 2021 m. atitinkamus faktinius duomenis – 794 Eur). Šis 14 proc. pokytis (preliminariais duomenimis) yra didesnis, nei iš anksto buvo planuota, iš dalies dėl to, kad 2022 m. sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti papildomai buvo skirta PSDF biudžeto rezervo lėšų.

Nepaisant neigiamų išorės veiksnių (COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos, masinio užsieniečių antplūdžio į Lietuvos Respubliką per Baltarusijos sieną bei Ukrainos gyventojų, pasitraukusių į Lietuvą iš Ukrainos dėl Rusijos Federacijos karinių veiksmų Ukrainoje), 2022 m. buvo atlikti šie pagrindiniai apdraustiesiems 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. 2022 m. šioms paslaugoms buvo skirta daugiau PSDF biudžeto lėšų: 2022 m. PAASP paslaugoms iš viso buvo skirta 368 mln. Eur, t. y. 40,1 mln. Eur (11 proc.) daugiau, nei buvo skirta 2021 metais. 2022 m. PAASP paslaugoms tenkanti lėšų dalis sudarė 18,9 proc. visų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirtų PSDF lėšų (t. y. 01 PSDF biudžeto išlaidų straipsnyje numatytų biudžeto ir rezervo lėšų). PAASP paslaugos orientuotos į pacientą – šeimos gydytojas yra atsakingas, kad būtų nustatyta kuo ankstyvesnės stadijos liga, kad kuo greičiau būtų nustatytos ligos priežastys ir skirtas reikiamas gydymas, t. y. siekiama, kad šeimos gydytojo paslaugos būtų gaunamos laiku. Siekiant pamatuoti, kaip užtikrinamas PAASP prieinamumas, buvo nustatytos apylinkės, kuriose šeimos gydytojo komandos paslaugos buvo suteiktos per 7 kalendorines dienas (ne skubiu atveju) ir jų dalis palyginta su bendru apylinkių skaičiumi. Vidutinė metinė rodiklio reikšmė 2022 m. buvo 80,23 procento. Ši reikšmė šiek tiek mažesnė nei 2021 m. (82,53 proc.), tačiau didžioji dalis šeimos gydytojų savo aptarnaujamiems gyventojams suteikia paslaugas per įstatyme numatytus terminus. Paskutiniaus 2022 m. mėnesiais ši šeimos gydytojų paslaugų prieinamumo rodiklio reikšmė pradėjo didėti, palyginti su vidutine metine reikšme. 2022 m. spalio–gruodžio mėn. ji buvo atitinkamai: spalio mėn. – 81,28 proc., lapkričio mėn. – 83,05 proc., o gruodžio mėn. – 83,91 procento. 2022 m. minėto rodiklio reikšmei įtakos turėjo didesnis besikreipiančių pacientų skaičius, nes dalis jų buvo atidėję savo vizitus dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos. Pandemija turėjo įtakos ir medicinos personalui. Prieš pandemiją 2019 m. šeimos gydytojų paslaugas teikė 3 468 gydytojai, o 2022 m. – 3 344 gydytojai. Siekiant gerinti PAASP paslaugų prieinamumą, 2022 m. buvo teikiamos nuotolinės konsultacijos (šeimos gydytojo, gydytojo specialisto), kurios taip pat padeda gerinti paslaugų prieinamumą³. Dėl nuotolinių konsultacijų padidėjo bendras pacientų apsilankymų ir jiems suteiktų šeimos gydytojų paslaugų skaičius.

Nuo 2022 m. kovo 1 d., vadovaujantis Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos valstybės operacijų vadovo 2022 m. kovo 1 d. įsakymu Nr. 1V-149 „Dėl užsieniečių, pasitraukusių iš Ukrainos dėl Rusijos Federacijos karinių veiksmų Ukrainoje, asmens sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimo laikinosios apsaugos galiojimo laikotarpiu“, ASPĮ, sudariusioms sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, apmokamos asmens

¹ https://hi.lt/php/spf3.php?dat_file=spf3.txt

² https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-expenditure-from-public-sources-as-share-of-total-health-spending-2020-or-nearest-year_2ab2dd0c-en

³ 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“.

sveikatos priežiūros paslaugos (būtinoji pagalba ir būtinosios paslaugos, imunoprofilaktika nuo COVID-19 infekcijos, nepilnamečių profilaktinis patikrinimas ir skiepijimas pagal vaikų profilaktinių skiepimų kalendorių, nėštumo priežiūra ir pagalba prasidėjus gimdymui), suteiktos Ukrainos piliečiams, jų šeimos nariams ir asmenims be pilietybės, pasitraukusiems iš Ukrainos dėl Rusijos Federacijos karinių veiksmų arba negalintiems į ją grįžti, jeigu šie asmenys nėra drausti privalomuoju sveikatos draudimu. Nuo 2022 m. gegužės mėn. socialiai jautrių grupių asmenims (vaikams, pensininkams ir neįgaliesiems), užsiregistravusiems Migracijos departamente, užtikrinamos ir apmokamos PSDF biudžeto lėšomis tokios pačios asmens sveikatos priežiūros paslaugos kaip ir Lietuvos apdraustiesiems.

Lietuvos Respublikos Vyriausybei priėmus sprendimą nuo 2022 m. gegužės 1 d. atšaukti valstybės lygio ekstremaliąją situaciją, paskelbtą visoje šalyje dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) plitimo grėsmės, COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos tyrimai, atlikti teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas asmenims, nurodytiems Vaikų ir suaugusiųjų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos ir gydymo tvarkos apraše, apmokami iš PSDF biudžeto lėšų kaip COVID-19 ligos diagnostikos paslaugos. 2022 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, turinčio specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, aptarnavimą, priedas už kaimo gyventojų aptarnavimą bei priedas, mokamas toms PAASP įstaigoms, kurios yra akredituotos teikti šeimos gydytojo paslaugą, dalis sudarė 30,44 proc. lėšų, skiriamų už PAASP paslaugas. Siekiant tikslesnio įstaigų gerų darbo rezultatų rodiklių reikšmių skaičiavimo ir pasiektų rezultatų vertinimo, 2021 m. buvo parengta nauja PAASP rodiklių reikšmių skaičiavimo metodika ir pakeista apmokėjimo pagal gerų PAASP rezultatų rodiklius tvarka. Pakeistos metodikos pagrindu nuo 2022 m. PAASP įstaigoms mokama pagal naują gerų darbo rezultatų skaičiavimo tvarką⁴.

Buvo ne tik patobulinta finansinio PAASP įstaigų skatinimo už gerus darbo rezultatus metodika, bet ir PAASP paslaugų, už kurias mokami skatinamieji priedai, sąrašas buvo papildytas naujomis paslaugomis. 2022 m. siekiant sustabdyti hepatito C viruso plitimą Lietuvoje, efektyviai ir anksti išgydyti visus šia lėtine liga sergančius asmenis, sumažinti ligos komplikacijų gydymo išlaidas, padidinti PSDF lėšų panaudojimo efektyvumą ir eliminuoti lėtinio hepatito C infekciją pagal Pasaulio sveikatos organizacijos nurodytus terminus, PAASP įstaigoms buvo pradėti mokėti skatinamieji priedai už naują paslaugą – patikrą dėl hepatito C viruso infekcijos⁵. Taip pat, siekiant, kad aktyviau būtų teikiamos skiepavimo nuo COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) paslaugos, įstaigoms pradėti mokėti skatinamieji priedai už asmenų skiepimą nuo COVID-19 ligos⁶. Kad būtų užtikrinamas šių paslaugų prieinamumas ir finansinis įstaigų, suteikusių šias paslaugas, skatinimas, nustatyta, kad skatinamasis priedas sumokamas PAASP įstaigai, kuri suteikia vakcinacijos nuo COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) paslaugą, neatsižvelgiant į tai, prie kurios PAASP įstaigos yra prisirašęs šią paslaugą gavęs asmuo. Kadangi asmenys, atsižvelgiant į vakcinacijos pasirinkimą, gali būti skiepijami nuo COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) daugiau nei 1 kartą, atsisakyta nuostatos, kad atitinkamas skatinamasis priedas gali būti mokamas tik vieną kartą per kalendorinius metus. Taip pat nustatyta, kad PAASP įstaigoms skatinamasis priedas mokamas ir tuo atveju, kai paslaugos suteikiamos užsieniečiams, pasitraukusiems iš Ukrainos dėl Rusijos Federacijos karinių veiksmų Ukrainoje (toliau – užsieniečiai). Siekiant užtikrinti išsamesnį nėščių užsieniečių ištyrimą ir skatinti, kad joms būtų atlikti visi būtini tyrimai, nustatyta, jog

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 17 d. įsakymas Nr. V-2869 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo.

⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gegužės 5 d. įsakymas Nr. V-915 „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“.

⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 3 d. įsakymas Nr. V-1043 „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“.

PAASP paslaugas teikiančioms įstaigoms mokamas ne tik skatinamasis priedas už fiziologinio nėštumo priežiūros paslaugą, bet ir mokami papildomi skatinamieji priedai už laboratorinių tyrimų atlikimą nėščiosioms. Taip pat siekiama skatinti ankstyvąją širdies nepakankamumo diagnostiką, todėl PAASP įstaigoms buvo pradėtas mokėti skatinamasis priedas už natriuretinio peptido tyrimo atlikimą.

Siekiant skatinti pirminės psichikos sveikatos priežiūros prieinamumą ir kompleksinės tęstinės pagalbos teikimą savižudybės grėsmę patiriantiems asmenims, 2022 m. buvo parengtas sveikatos apsaugos ministro įsakymo pakeitimo projektas ir nuo 2023 m. pradėdama teikti nauja paslauga, už kurią bus mokamas skatinamasis priedas, t. y. savižudybės grėsmę išgyvenančių asmenų priežiūros paslauga.

Siekiant skatinti pirminės psichikos sveikatos priežiūros specialistus už asmenų, kuriems nustatyti afektinis ir (ar) neurozinis sutrikimai, priežiūrą, buvo pradėtas taikyti naujas gerų darbo rezultatų rodiklis – asmenų, kuriems nustatyti afektinis ir (ar) neurozinis sutrikimai, priežiūra. 2023 m. planuojama vykdyti šio rodiklio reikšmių kitimo stebėseną, o vėlesniais metais pradėti finansinį įstaigų skatinimą, atsižvelgiant į pasiektas minėto rodiklio reikšmes.

Dėl didelio užsieniečių skaičiaus padidėjo greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) įstaigų darbo krūvis tam tikrose teritorijose. Atsižvelgiant į tai, nuo 2022 m. birželio mėn. buvo nustatyta, kad, skiriant PSDF lėšas GMP įstaigoms už teikiamas GMP paslaugas, į aptarnaujamos savivaldybės statistinį gyventojų skaičių yra įtraukiami ir užsieniečiai, pasitraukę iš Ukrainos dėl Rusijos Federacijos karinių veiksmų Ukrainoje. Šie asmenys priskiriami savivaldybės, kurioje jie yra apgyvendinti, gyventojams⁷. Taip pat 2022 m. į atitinkamos teritorijos statistinių gyventojų skaičių yra įtraukti nuteistieji, atliekantys arešto, terminuoto laisvės atėmimo ir laisvės atėmimo iki gyvos galvos bausmes, pagal laisvės atėmimo vietų adresus⁸.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa⁹ ir siekiant efektyvaus PSDF biudžeto lėšų naudojimo, pastaraisiais metais prioritetas buvo teikiamas ir ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai bei jų prieinamumui gerinti. 2022 m. buvo suteikta 1,56 mln. ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugų (kartu) bei 459,4 tūkst. stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų. Pažymėtina, kad 2022 m. šių paslaugų buvo suteikta atitinkamai 13,1 proc. ir 12,1 proc. daugiau, palyginti su 2021 m. (2021 m. šių paslaugų buvo suteikta atitinkamai 1,38 mln. ir 409,5 tūkst.).

Ambulatorinės chirurgijos, dienos chirurgijos, dienos stacionaro, stebėjimo ir priėmimo-skubiosios pagalbos paslaugos – tai paslaugos, kurios dėl savo efektyvumo ir palankių apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis 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. Ambulatorinių 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, t. y. gydytojų specialistų paslaugas, kasmet suteikiama vis daugiau – tai parodo 2018–2022 m.

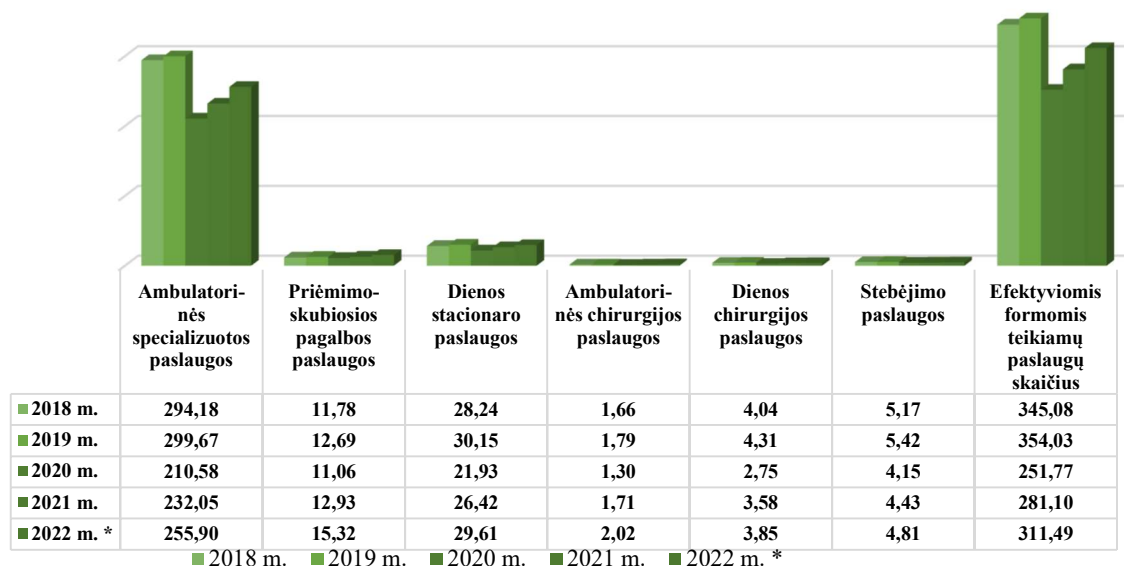
⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-1182 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. V-1966 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

⁹ Lietuvos Respublikos Seimo 2020 m. gruodžio 11 d. nutarimas Nr. XIV-72 „Dėl aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.

didėjęs ekonomiškai efektyvių paslaugų skaičius, tenkantis 100 gyventojų (žr. diagramą). Tik 2020 m. dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos šių paslaugų buvo suteikta mažiau, bet, atnaujinus jų teikimą, 2021 m. šių paslaugų skaičius vėl pradėjo didėti.

Ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų PSDF biudžeto lėšomis, skaičius, tenkantis 100 gyventojų, 2018–2022 m.



* Preliminarūs duomenys.

Be to, toliau buvo plečiamas ekonomiškai efektyvių paslaugų spektras: 1) dienos stacionaro paslaugos buvo papildytos nauja psichoterapijos dienos stacionaro paslauga¹⁰; 2) sudarytas teisinis pagrindas šias paslaugas teikti ir gydytojams rezidentams, įgijusiems pakopinių kompetencijų¹¹.

Siekiant gerinti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikimą, užtikrinti šių paslaugų prieinamumą, kokybę bei gerinti jų finansavimą PSDF biudžeto lėšomis, 2022 m. iš esmės buvo peržiūrėti palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų teikimo reikalavimai¹² ir nustatytos naujos šių paslaugų kainos.

Taip pat buvo gerinamas ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugų prieinamumas. 2022 m. buvo numatyta, kad paslaugas namuose (be kitų komandos narių) gali teikti kineziterapeutas ir slaugytojo padėjėjas. Siekiant skatinti šių specialistų paslaugų teikimą namuose, buvo nustatytas jų teikiamų paslaugų įkainis.

Slauga namuose neretai tampa tikru iššūkiu tiek pačiam pacientui, tiek jį prižiūrinčiam artimajam, kai su ja susiduriama pirmą kartą. Siekiant užtikrinti slaugos paslaugų prieinamumą, tęstinumą, tenkinant paciento slaugos poreikius namų sąlygomis, skatinant paciento savirūpą bei gerinant paciento gyvenimo kokybę, buvo įteisintas klausimynas, kurio pagrindu gali būti teikiamos ambulatorinės slaugos paslaugos namuose. Pažymėtina, kad, atsižvelgiant į užpildytą klausimyną ir nustatytą šių paslaugų poreikį, per kalendorinius metus vienam šių paslaugų gavėjui gali būti suteikiamos: 52 ambulatorinės slaugos paslaugos namuose (toliau – ASPN), kai šių paslaugų gavėjui nustatytas mažas slaugos paslaugų poreikis, 156 ASPN, kai šių paslaugų gavėjui

¹⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. kovo 21 d. įsakymas Nr. V-570 „Dėl Suaugusiųjų psichoterapijos dienos stacionaro paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

¹¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-1099 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. rugsėjo 29 d. įsakymas Nr. V-1495 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. gegužės 4 d. įsakymo Nr. V-393 „Dėl Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

nustatytas vidutinis slaugos paslaugų poreikis, bei 260 ASPN, kai šių paslaugų gavėjui nustatytas didelis slaugos paslaugų poreikis¹³.

Siekiant mažinti hospitalizaciją, didinti ekonomiškai efektyvių asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtį ir planuojant skatinimą už gerus darbo rezultatus, buvo vykdoma ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir efektyvumo stebėseną pagal tam tikrus VLK direktoriaus įsakymu¹⁴ 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 2021 m. duomenų apie ASPĮ, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pasiektas veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių reikšmes suvestinė. Ši suvestinė skelbiama ligonių kasų interneto svetainėje¹⁵.

2022 m. iš PSDF kompensuojamas dantų protezavimo paslaugas gavo daugiau nei 80 tūkst. šalies gyventojų. Taip pat pastaraisiais metais gerokai išaugo šių paslaugų prieinamumas, nes kur kas daugiau protezuojančių dantis įstaigų sudarė sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis. 2022 m. PSDF lėšomis kompensuojamas dantų protezavimo paslaugas teikė 11 proc. daugiau gydymo įstaigų nei 2021 m. ir 60 proc. daugiau nei 2020 m. (dantų protezavimo paslaugas teikė 1 070 gydymo įstaigų, sudariusių sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis).

2022 m., kaip ir ankstesniais metais, didelis dėmesys buvo skiriamas prevencinėms programoms. VLK duomenimis, šiuo metu Lietuvoje yra daugiau nei 1,4 mln. žmonių, kurie pagal savo amžių gali gauti prevencinėse programose numatytas paslaugas, t. y. nemokamai 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, tai gimdos kaklelio, krūties, storosios žarnos, priešinės liaukos vėžio ir širdies bei kraujagyslių ligų ankstyvosios diagnostikos prevencinės programos. Minėtose programose numatytos paslaugos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis nustatytu periodiškumu tam tikro amžiaus moterims ir vyrams, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu. Šių paslaugų teikimas organizuojamas per PAASP įstaigas.

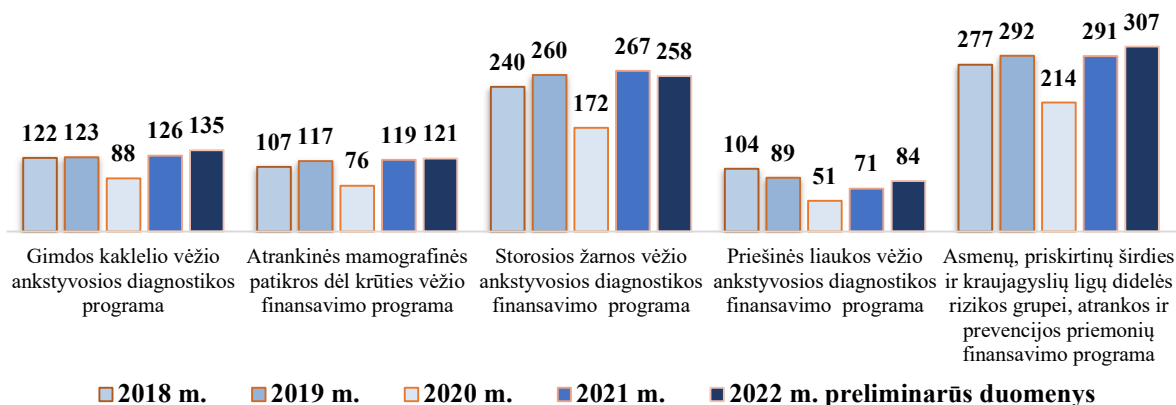
2022 m. preliminariais duomenimis, pagal prevencines programas teikiamas paslaugas gavo daugiau asmenų nei 2021 m. (žr. diagramą).

¹³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 29 d. įsakymas Nr. V-1168 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

¹⁴ 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“.

¹⁵<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojYzg2YjIyNDYtN2FIZi00YzgwLTk2MjQ0NWQyMTJkMGYyMzc4IiwidCI6IjA3ZTZlZTMlLTY4MTQ0NDc5MC04NjY5LTgwNzY3Njk0YzI4ZCIsImMiOjI9>

2018–2022 m. prevencinėse programose numatytas paslaugas gavusių asmenų skaičius (tūkst.)



Preliminariais duomenimis, pagal Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programą 2022 m. sveikatą patikrino 135 tūkst. moterų, t. y. apie 7 proc. daugiau nei 2021 m. ir 43 proc. daugiau nei 2020 m. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje numatytas paslaugas gavo 121 tūkst. 50–69 m. (imtinai) moterų, t. y. apie 2 proc. daugiau nei 2021 m. ir 59 proc. daugiau nei 2020 m. Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytas paslaugas 2022 m. gavo 258 tūkst. asmenų, t. y. 3 proc. mažiau nei 2021 m, tačiau net 50 proc. daugiau nei 2020 m. Pagal Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą pernai patikrino 84 tūkst. vyrų – 18 proc. daugiau nei 2021 m. ir beveik 65 proc. daugiau nei 2020 m. Taip pat padaugėjo gyventojų, paslaugas gavusių pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą. Pernai pagal šią programą patikrino net 307 tūkst. asmenų, t. y. apie 5 proc. daugiau nei 2021 m. ir net 43 proc. daugiau nei 2020 metais.

Nuo 2022 m. sausio 1 d. įsigaliojus Gimdos kaklelio vėžio ankstyvosios diagnostikos programos (toliau – Programa) pakeitimams, buvo išskirtos dvi moterų amžiaus grupės, kurioms numatytas paslaugų teikimo periodiškumas skiriasi: tai moterys nuo 25 iki 34 m. (imtinai), kurioms Programoje numatytos paslaugos teikiamos kas 3 metus, ir moterys nuo 35 iki 59 m. (imtinai), kurioms Programoje numatytos paslaugos teikiamos kas 5 metus. Moterims nuo 35 iki 59 metų (imtinai) kas 5 metus atliekamas žmogaus papilomos viruso (toliau – ŽPV) tyrimas. ŽPV infekcija – didžiausias rizikos veiksnys susirgti gimdos kaklelio vėžiu. Sužinoti, ar moteris yra užsikrėtusi šiuo virusu, galima atlikus ŽPV tyrimą skystoje terpėje. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad šiuo metodu atliekant tyrimą gali būti nustatoma daugiau ikivėžinių gimdos kaklelio būklių. Jei nustatomas teigiamas ŽPV rezultatas, tuomet iš to pačio mėginio atliekamas gimdos kaklelio citologinio tepinėlio skystoje terpėje tyrimas. Jei atsakymas leidžia įtarti patologiją, moteris siunčiama pas gydytoją akušerį ginekologą dėl diagnozės patikslinimo ir, jei reikia, gydymo.

2022 m. įsigaliojo nauja medicininės rehabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarka¹⁶. Buvo išskirta visiškai nauja prioritetingos stacionarinės medicininės rehabilitacijos paslaugų grupė: jai priskirtos stacionarinės rehabilitacijos paslaugos, kurias labai svarbu suteikti laiku (stacionarinės rehabilitacijos III paslaugos, stacionarinės rehabilitacijos II paslaugos vaikams, stacionarinės rehabilitacijos II paslaugos suaugusiesiems po infarkto, insulto, traumų, endoprotezavimo), numatant atskirą šios grupės paslaugų apmokėjimą ir galimybę apmokėti šios grupės viršsutartines paslaugas kiekvieną mėnesį iš VLK tam tikslui numatytų lėšų. 2022 m. buvo priimtas sprendimas, kad nuo 2023 m. į prioritetingos stacionarinės rehabilitacijos paslaugų grupę įtraukiamos ir stacionarinės rehabilitacijos II paslaugos, teikiamos po operacijų dėl tam tikrų onkologinių ligų. Be

¹⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-2818 „Dėl Medicininės rehabilitacijos ir sanatorinio (antirecidivinio) gydymo bei psichosocialinės rehabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

to, siekiant pagerinti ne tik stacionariųjų, bet ir ambulatorinių bei psichosocialinių medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumą, numatyta ASPĮ suteiktas viršsutarines reabilitacijos paslaugas metų pabaigoje apmokėti prioriteto tvarka, atsižvelgiant į PSDF biudžeto galimybes (apmokėjus viršsutarines prioritetines stacionarines paslaugas, likusios viršsutarinės paslaugos apmokamos tokia tvarka: 1) ambulatorinės, 2) psichosocialinės, 3) pirmojo etapo, 4) stacionarinės). 2022 m. įsigaliojo naujas Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidivinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų išlaidų planavimo tvarkos aprašas – jo nuostatos 2022 m. pabaigoje vėl buvo atnaujintos¹⁷.

2022 m. medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui buvo skirta 16 mln. Eur daugiau PSDF biudžeto lėšų nei 2021 m. (2021 m. – 98 mln. Eur, 2022 m. – 114 mln. Eur), siekiant, kad nemažėtų pirmojo etapo ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugų apimtis, taip pat siekiant užtikrinti prioritetinių stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugų apmokėjimą, padidinti ambulatorinės bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų teikimo mastą ir prieinamumą.

Nuo 2022 m. atsisakyta medicininės reabilitacijos paslaugų skyrimo pagal siuntimams planuojamas lėšas.¹⁸ 2022 m. buvo priimtas sprendimas, kad nuo 2023 metų sausio 1 d., išduodant medicininės reabilitacijos siuntimą, neberekės pildyti formos Nr. 070/a-LK „Pažyma medicininės reabilitacijos paslaugai gauti“, t. y. bus rašomas tik siuntimas ir atsisakoma siuntimo derinimo su teritorinėmis ligonių kasomis (forma Nr. 070/a-LK laikinai dar bus pildoma tik išduodant psichosocialinės reabilitacijos siuntimą). Taip pat numatyta, kad medicininės reabilitacijos siuntimą rašys ne šeimos gydytojas, o fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas. 2022 m. buvo parengti 2 nauji medicininės reabilitacijos paslaugų teikimą reglamentuojantys teisės aktai, kurių nuostatos taikomos nuo 2023 m. sausio 1 d.¹⁹ Vadovaujantis naujais teisės aktais, nuo 2023 m. vietoj sveikatos gražinamojo gydymo paslaugų bus skiriamos stacionarinės ar ambulatorinės reabilitacijos paslaugos, taip pat atsisakoma sąvokos „pakartotinė reabilitacija“ (vietoj pakartotinės reabilitacijos pacientams bus skiriama palaikomoji reabilitacija ar stacionarinės reabilitacijos kartotinis kursas), pirmojo etapo reabilitacijos paslaugos bus vadinamos pradinės reabilitacijos paslaugomis, o palaikomosios ambulatorinės medicininės reabilitacijos namuose paslaugos – ambulatorinėmis medicininės reabilitacijos namuose paslaugomis.

2022 m. naujais tyrimais buvo papildytas Brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašas²⁰. Be Prosigna™ genetinio krūties vėžio molekulinį žymenų tyrimo, tuberkuliozės diagnostinių tyrimų grupė buvo papildyta kraujo limfocitų atsako į stimuliaciją *Mycobacterium tuberculosis* antigenais įvertinimo pagal gama interferono išskyrimą tyrimu (atliekamu diagnozuojant vaikų tuberkuliozę). Už atliktus Prosigna™ genetinio krūties vėžio molekulinį žymenų tyrimus 2022 m. iš PSDF biudžeto buvo sumokėta 179,2 tūkst. Eur (buvo atliktas 91 tyrimas). Nors minėtas sąrašas buvo papildytas kraujo limfocitų atsako į stimuliaciją *Mycobacterium tuberculosis* antigenais įvertinimo pagal gama interferono išskyrimą tyrimu (atliekamu diagnozuojant vaikų tuberkuliozę), tokių tyrimų 2022 m. dar nebuvo atlikta.

¹⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-3019 „Dėl Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidivinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų išlaidų planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

¹⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V-3020 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymo Nr. V-1019 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidivinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų išlaidoms kompensuoti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pripažinimo netekusiu galios“.

¹⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. lapkričio 23 d. įsakymas Nr. V-1738 „Dėl Medicininės reabilitacijos ir antirecidivinio sanatorinio gydymo paslaugų skyrimo ir teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gruodžio 7 d. įsakymas Nr. V-1828 „Dėl medicininės reabilitacijos ir antirecidivinio sanatorinio gydymo paslaugų teikimo bendrųjų ir specialiųjų reikalavimų aprašų patvirtinimo“.

²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 27 d. įsakymas 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“.

Siekiant optimizuoti teritorinių ligonių kasų (toliau – TLK) ir ASPĮ sudaromas sutartis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis, 2022 m. buvo sukurtas privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ (toliau – „Sveidra“) Sutarčių su partneriais valdymo posistemis. Šis posistemis leis optimizuoti procesus ir eliminuoti pasikartojančius veiksmus bei užtikrinti ASPĮ rekvizitų ir kitų sutarčiai sudaryti reikalingų duomenų automatinį įtraukimą į sutartį iš kitų informacinių sistemų, taip pat automatinį jų tikrinimą. Minėtame posistemyje bus matomas derybų dėl sutarties sudarymo procesas. Automatinėmis priemonėmis bus formuojamos sutarčių sudarymo ataskaitos. Šiuo metu yra vykdomi Sutarčių su partneriais valdymo posistemo testavimo darbai.

Taip pat, 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. Buvo pakeisti pagrindiniai teisės aktai, reglamentuojantys TLK ir ASPĮ sutarčių sudarymą ir sutartinių sumų planavimą²¹.

2022 m. buvo parengtas bendras asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašas bei sveikatos apsaugos ministro įsakymų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir jų bazines kainas, pakeitimo projektai²². Šis pakeitimas labai svarbus ligonių kasų sutarčių partneriams – jis leis palengvinti duomenų apie ASP paslaugų kainas ir priemokas bei teisės aktų, reglamentuojančių šių paslaugų apmokėjimą, paiešką.

2022 m., siekiant pereiti prie objektyviomis sąnaudomis grįstos asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainos, buvo tikrinama, ar ASPĮ teikiami duomenys sveikatos priežiūros paslaugų kainai apskaičiuoti yra teisingi. Atrankos būdu buvo įvertinta pasirinktų ASPĮ duomenų apie sąnaudas, įtrauktas į Sąnaudų apskaitos modelį, atitiktis atitinkamos ASPĮ buhalterinės apskaitos duomenims. Atsižvelgiant į vertinimo išvadose nurodytus Sąnaudų apskaitos modelio pildymo netikslumus, teikiamos rekomendacijos ASPĮ dėl Sąnaudų apskaitos modelio pildymo.

2022 m. buvo pakeistas Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis Europos ekonominei erdvei priklausančiose valstybėse, Jungtinėje Karalystėje ir Šveicarijoje tvarkos

²¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. spalio 31 d. įsakymas Nr. V-1022 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skiriamų metinių lėšų greitosios medicinos pagalbos paslaugoms apmokėti planavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

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

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

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

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

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

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

²² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 lapkričio 3 d. įsakymas Nr. V-1630 „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir jų bazinių kainų sąrašo bei su šiomis paslaugomis susijusių priemokų, mokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, sąrašų patvirtinimo“.

aprašas, pagal kurį nuo 2022 m. liepos 1 d. buvo padidintos pacientų siuntimo gydytis į užsienį galimybės²³.

2022 m. buvo surinkti „Sveidros“ duomenys apie 2018–2021 m. valstybės biudžeto lėšomis draudžiamiems asmenims suteiktas ambulatorines, stacionarines (ilgalaikio gydymo, reabilitacijos, transplantacijos), aktyviojo gydymo paslaugas, išrašytus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP), centralizuotai perkamus vaistus bei išduotas ortopedijos technikos priemones. Nustatyta, kad mokama PSDF biudžeto suma už šios draudžiamųjų grupės asmenis 2018 m. buvo 0,970 mlrd. Eur, 2019 m. – 1,109 mlrd. Eur, 2020 m. – 1,017 mlrd. Eur, o 2021 m. – 1,148 mlrd. Eur (neįtraukiant išlaidų, susijusių su asmenų prirašymu).

Gautos valstybės biudžeto įmokos siekė: 2018 m. – 0,5 mlrd. Eur, 2019 m. – 0,562 mlrd. Eur, 2020 m. – 0,65 mlrd. Eur, o 2021 m. – 0,7 mlrd. Eur.

Nagrinėjamų duomenų imtyje vidutiniškai per metus yra apie 1,5 mln. asmenų (didžiąją dalį jų sudaro pensininkai (daugiau kaip 40 proc.), vaikai (daugiau kaip 30 proc.) ir bedarbiai (bedarbių dalis 2018 m. sudarė 9 proc., o 2021 m. padidėjo iki 13,17 proc.). Didžiausios išlaidos teko pensininkams (apie 80 proc.), vaikams (apie 12 proc.) ir bedarbiams (atitinkamai 2018 m. – 5,6 proc., 2019 m. – 5,5 proc., 2020 m. – 6,4 proc., 2021 m. – 7,4 proc.). (Analizės duomenų vizualizacija buvo atlikta naudojantis *Power BI* įrankiu.)

2. 2022 m. Kauno TLK su vaistinėmis ir ūkio subjektais sudarė 116 sutarčių dėl kompensuojamųjų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis 3 metų laikotarpiui.

2022 m. buvo pradėti kompensuoti 16 bendrinių pavadinimų vaistai, skirti išsėtinei sklerozei, psichikos ir elgesio sutrikimams dėl opioidų vartojimo, opiniam kolitui, skrandžio, krūties, prostatos ligoms ir dar daugeliui kitų ligų gydyti. Iki šių metų VLK vertino naujų vaistų, siūlomų įrašyti į atitinkamą kompensuojamųjų vaistų sąrašą, įtaką PSDF biudžetui, t. y. PSDF biudžeto išlaidas ir jų pokytį penkerių metų laikotarpiu. 2022 m. pakeista VLK direktoriaus įsakymu²⁴ patvirtinta įtakos PSDF biudžetui vertinimo tvarka, nustatant, kad bus vertinamos ir papildomos PSDF biudžeto išlaidos sveikatos priežiūrai (apimančios PSDF biudžeto išlaidas sveikatos priežiūros paslaugoms ir (ar) tyrimams, kuriuos teikiant ar atliekant skiriamas vaistas, siūlomas įrašyti į atitinkamą sąrašą, ir penkerių metų laikotarpiu sutaupytos dėl šio vaisto skyrimo lėšos teikiant paslaugas ir (ar) atliekant tyrimus), susijusios su naujais vaistais, siūlomais įrašyti į atitinkamą sąrašą. Minėtų išlaidų apskaičiavimo duomenys bus naudojami planuojant ir valdant PSDF biudžeto išlaidas vaistams ir sveikatos priežiūros paslaugoms nuo 2023 m. sausio 1 d.

Atlikus 2021 m. kompensuojamųjų vaistų suvartojimo analizę, buvo atskirai įvertintas ir receptinių generinių kompensuojamųjų vaistų vartojimas. Bendras kompensuojamųjų vaistų vartojimas buvo vertinamas pagal vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių (angl. *Defined Daily Dose* – DDD) skaičių. Iš viso 2020 m. buvo suvartota 664 kompensuojamųjų vaistų DDD, o 2021 m. – 712 kompensuojamųjų vaistų DDD, t. y. suvartotų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičius padidėjo apie 7,2 proc., palyginti su 2020 m. suvartotu šių vaistų DDD skaičiumi. 2021 m. suvartotų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiaus dalis, palyginti su bendru per metus suvartotų receptinių vaistų DDD skaičiumi, sudarė 65 proc., t. y. padidėjo apie 4 proc., palyginti su 2020 m. suvartotu šių vaistų DDD skaičiumi (61 proc.). 2021 m. suvartotų generinių kompensuojamųjų vaistų DDD dalis, palyginti su bendru suvartotų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiumi, sudarė 62,9 proc., t. y. ši dalis yra didesnė, palyginti su siekiamu rodikliu (59 proc.). Vien tik generinių

²³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gegužės 2 d. įsakymas Nr. V-887 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugpjūčio 16 d. įsakymo Nr. V-729 „Dėl Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis Europos ekonominei erdvei priklausančiose valstybėse, Jungtinėje Karalystėje ir Šveicarijoje tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

²⁴ VLK direktoriaus 2022 m. lapkričio 22 d. įsakymas Nr. 1K-349 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014 m. spalio 13 d. įsakymo Nr. 1K-261 „Dėl Prognozuojamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų vaistams, siūlomiems įrašyti į kompensuojamųjų vaistų sąrašus, apskaičiavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

kompensuojamųjų vaistų vartojimas 2021 m. (448 DDD), palyginti su 2020 m. (424 DDD), padidėjo 5,7 proc. Tam įtakos turėjo tai, kad pandemijos metu gyventojai labiau pasitikėjo vaistininkais ir daugiau išigijo jiems pasiūlytų generinių vaistų. Taip pat gydytojai vis dažniau skyrė biopanašius vaistus pacientams gydyti.

VLK įgyvendino tam tikras priemones, siekdama, kad būtų daugiau išrašoma kompensuojamųjų generinių vaistų: buvo sudaromos vaistų, priskiriamų biopanašių vaistų grupėms (eritropoetinių ir tumoro nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių grupėms), reitingų eilės pagal mažiausią gydymo kainą; buvo patvirtintas TLK vykdomos stebėsenos rodiklis, t. y. kompensuojamųjų biopanašių vaistų – tumoro nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių (ATC kodas pagal IV lygį yra L04AB) – išrašymo rodiklis, pagal kurį 2022 m. 70 proc. suaugusiųjų vartojo biopanašius vaistus, priskiriamus tumoro nekrozės faktoriaus alfa inhibitorių grupei; TLK pranešimuose, susitikimuose su gydytojais, Šiaulių TLK vaistų komiteto pranešimuose buvo skatinama racionaliai vartoti generinius vaistus.

Nuolat didėjant kompensuojamųjų MPP poreikiui, 2022 m. buvo siekiama didinti jau kompensuojamųjų MPP kieki, pradėta kompensuoti, išrašant receptus,²⁵ tracheozofaginių kalbamųjų protezų priedų išsigijimo išlaidas onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams (t. y. pradėtas taikyti paprastesnis MPP išsigijimo išlaidų kompensavimo būdas vietoj anksčiau taikyto centralizuotai per gydymo įstaigas išsigijamųjų tracheozofaginių kalbamųjų protezų priedų apmokėjimo būdo). Padidintas leidžiamas išrašyti kompensuojamųjų plokštelių kiekis (nuo 10 vnt. iki 15 vnt. per mėnesį) stomuotiems pacientams, gydomųjų tvarsčių (hidrokolidinių, silikono ar kitos sudėties) kiekis (iki 15 vnt. per mėnesį) įvairių tipų žaizdoms gydyti²⁶. Didelis dėmesys buvo skiriamas pacientų, besigydančių nuo pirmojo tipo diabeto, naujų gliukozės kiekio kraujyje stebėjimo sistemų poreikiui patenkinti. Šiems asmenims nuo 2022 m. liepos 1 d. pradėtos kompensuoti²⁷ nuolatinio gliukozės kiekio stebėjimo sistemos. Kasmet PSDF biudžeto lėšomis kompensuojant vis daugiau apdraustųjų slaugai reikalingų priemonių didėja slaugos prieinamumas ir mažėja namų ūkių išlaidos.

Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo masto kompensuojamųjų vaistų ir MPP skiriama vis daugiau, jų vartojimas didėja. Pagal 2022 m. PSDF biudžeto prisiimtus įsipareigojimus lėšų sumą kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, įskaitant valstybės biudžeto lėšomis apmokamą paciento priemokos sumą, sudarė 476,96 mln. Eur (91,5 mln. Eur daugiau nei 2021 m.).

Pažymėtina, kad 2022 m. labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms, t. y. 75 metų ir vyresniems pacientams, mažas pajamas gaunantiems asmenims, vyresniems nei 65 metų, bei neįgaliesiems, sudaryta galimybė gauti kompensuojamuosius vaistus ir MPP nemokant paciento priemokos. Šių asmenų skaičius 2022 m. sudarė 341 tūkst. ir sumažėjo 1 proc., palyginti su 2021 m. (345 tūkst. asmenų). 2022 m. išlaidos priemokoms padengti sudarė 19 mln. Eur, t. y. 3,3 mln. Eur daugiau nei 2021 m. (2021 m. priemokų suma sudarė 15,7 mln. Eur).

Siekiant įgyvendinti Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas – atsisakyti pacientų diskriminavimo pagal ligas ir užtikrinti socialinį teisingumą, 2022 m. visų įrašytų į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų sąrašą (A sąrašą) kompensuojamųjų vaistų bazinės kainos buvo kompensuojamos 100 procentų. Tik 17 bendrinių pavadinimų vaistų, įtrauktų į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą (B sąrašą) bazinės kainos ir toliau kompensuojamos 50 procentų. Mažėja pačių pacientų sumokėtų priemokų už

²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. vasario 3 d. įsakymas Nr. V-215 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. spalio 6 d. įsakymo Nr. 529 „Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) patvirtinimo“ pakeitimo“.

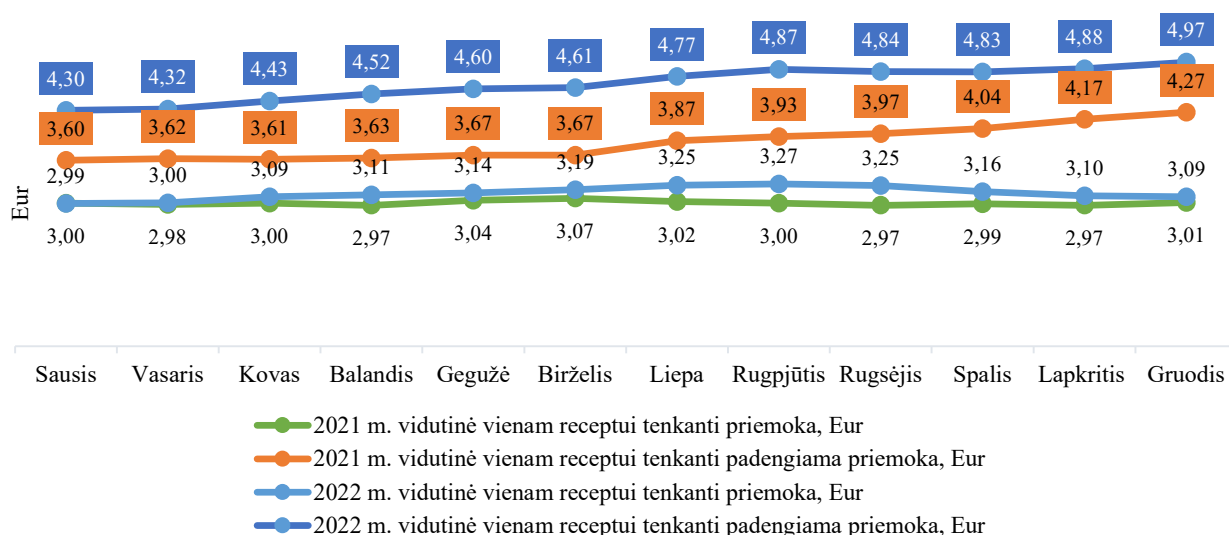
²⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. kovo 22 d. įsakymas Nr. V-616 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. spalio 6 d. įsakymo Nr. 529 „Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) patvirtinimo“ pakeitimo“.

²⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 2 d. įsakymas Nr. V-1037 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. spalio 6 d. įsakymo Nr. 529 „Dėl Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašo (C sąrašo) patvirtinimo“ pakeitimo“.

kompensuojamuosius vaistus ir MPP dalis (2022 m. ji sudarė 19,9 mln. Eur), palyginti su bendra kompensuojamųjų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidų suma. 2022 m. ši dalis sudarė 4 proc., tai yra sumažėjo apie 0,2 proc. (2021 m. ši dalis sudarė 4,2 proc.).

2022 m. gruodžio mėn. vidutinė vienam receptui tenkanti paciento priemoka sudarė 3,09 Eur, o vidutinė vienam receptui tenkanti valstybės biudžeto lėšomis padengiama paciento priemoka 2022 m. gruodžio mėn. siekė 4,97 Eur (žr. diagramą).

Vidutinė vienam receptui tenkanti priemoka, Eur



Vidutinės vienam receptui tenkančios priemokos sumos pokyčio beveik nėra. Tačiau 15 proc. (nuo 4,30 Eur, tenkančio vienam receptui, sausio mėnesį iki 4,97 Eur, tenkančio vienam receptui, gruodžio mėnesį) didėjo PSDF biudžeto lėšomis padengiama priemokos suma, tenkanti vienam receptui, nes gyventojams išrašomas didesnis kompensuojamųjų vaistų ir MPP kiekis viename recepte, be to, gyventojai nieko neprimokėdami už vaistus ir MPP neskatinami įsigyti mažiau kainuojančio vaisto ar MPP.

2022 m. buvo išrašyta 10,43 mln. receptų, t. y. 4,7 proc. daugiau nei 2021 m. (2021 m. buvo išrašyta 9,96 mln. receptų), iš jų 99,9 proc. receptų buvo išrašyti elektroniniu būdu. Išrašytų receptų skaičiaus didėjimas parodo, kad pasibaigus pandemijos laikotarpiui daugiau pacientų gydomi kompensuojamaisiais vaistais ir MPP. 2022 m. kompensuojamaisiais vaistais ir MPP buvo gydyta 1,2 mln. asmenų, t. y. 7 proc. daugiau nei 2021 m. (2021 m. kompensuojamaisiais vaistais ir MPP buvo gydyta 1,12 mln. asmenų).

2022 m. PSDF biudžete labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais buvo numatyta 15,627 mln. Eur. Pagal 2022 m. priimtas sąskaitas mokėtiną sumą sudarė 14 mln. Eur (ji ir buvo sumokėta), t. y. 27 proc. daugiau nei 2021 m., kai ši suma siekė 11 mln. Eur. Kreditinis įsiskolinimas gydymo įstaigoms pagal pateiktas paraiškas apmokėti labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo ir gydymo nenumatytais atvejais išlaidas 2022 m. gruodžio 31 d. sudarė 11,6 tūkst. 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. 2022 m. VLK išdavė 532 garantinius raštus pagal ASPI prašymus kompensuoti 318 pacientų (iš jų – 98 nauji pacientai), kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas. Naujiems pacientams gydyti pagal šiais metais išduotus garantinius raštus buvo skirta apie 3 mln. Eur – šios išlaidos sumažėjo 32 proc., palyginti su 2021 m. (4,43 mln. Eur). Didžiausia dalis lėšų retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiesiems sergantiesiems ypač retomis metabolinėmis ligomis, spinaline raumenų atrofija, Diušeno raumenų distrofija ir labai retomis onkologinėmis ligomis.

2022 m. į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir MPP sąrašą buvo įrašytos 2 naujos MPP – kateteriai kanaloplastikai, kuriais gydomos akių ligos, ir inkstų arterijos denervacijos kateteriai, implantuojami tuomet, kai kraujospūdžio neįmanoma kontroliuoti kitais būdais. 2022 m. buvo skirta didesnė lėšų suma kateterizavimo būdu implantuojamiems aortos ir plaučių arterijos vožtuvams įsigyti – šių priemonių poreikis auga, todėl 2022 m. joms įsigyti skirta 4,5 mln. Eur, tai yra 0,5 mln. Eur daugiau, palyginti su 2021 metais.

2022 m. toliau buvo vykdomos derybos dėl vienintelio gamintojo vaistų kainų. Centralizuotai apmokamų vienintelio gamintojo gaminamų vaistų kainos vidutiniškai sumažėjo daugiau kaip 6 proc.

3. Siekiant sudaryti galimybę efektyviau naudoti brangią medicinos įrangą slaugant pacientą namuose, palengvinti paciento finansinę naštą, sumažinti kai kurių ligoninių užimtumą ir sudaryti galimybę efektyviau naudoti PSDF biudžeto lėšas, 2022 m. buvo kompensuojamos šių medicinos priemonių nuomos išlaidos:

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

Siekiant gerinti onkologinių ligonių aprūpinimą infuzinėmis pompomis²⁸, nuo 2022 m. IV ketvirčio taikomos supaprastintos skyrimo sąlygos, leidžiant šias priemones skirti specializuotas skausmo diagnozavimo ir gydymo paslaugas teikiančioms ASPI arba stacionarines ar ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas teikiančioms ASPI.

Taip pat, įsigaliojus sveikatos apsaugos ministro įsakymui²⁹, nuo 2022 m. balandžio 1 d. insulino pompų nuomos išlaidos kompensuojamos visiems asmenims, sergantiems I tipo cukriniu diabetu, nepriklausomai nuo jų amžiaus (netaikant amžiaus ribojimo iki 24 m.).

4. 2022 m. toliau buvo tobulinamas ortopedijos techninių priemonių kompensavimas, siekiant užtikrinti geresnę šių priemonių kokybę ir gerinti jų prieinamumą pacientams.

Nuo 2022 m. sausio 1 d. akinių lėšiai kompensuojami taip pat, kaip medicinos priemonės. Be to, šie lėšiai yra įrašyti į PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamų medicinos priemonių ir jų bazinių kainų sąrašą³⁰.

²⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. spalio 7 d. įsakymas Nr. V-1535 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 18 d. įsakymo Nr. V-429 „Dėl Medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos bazinių kainų nustatymo, nuomos išlaidų kompensavimo ir sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

²⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. kovo 31 d. įsakymas Nr. V-659 „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“.

³⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 17 d. įsakymas Nr. V-2879 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo

Siekiant gerinti apdraustųjų aprūpinimą klausos aparatais, nuo 2022 m. II ketvirčio buvo pradėta kompensuoti po du klausos aparatus vyresniems nei 24 m. apdraustiesiems³¹. Vaikams, turintiems klausos negalią, kompensuojami technologiškai pažangesni, naujesnės kartos klausos aparatai.

Siekiant, kad ortopedijos techninės priemonės būtų išduodamos asmenims, kuriems jos būtinos, ir pagerėtų išduodamų priemonių kokybė, 2022 m. VLK kartu su TLK atliko 14 kontrolės procedūrų (patikrintos visos ortopedijos įmonės, pagal rizikos vertinimo rezultatus priskirtos didžiausios rizikos grupei, ir visos ortopedijos įmonės bent vieną kartą per trejus metus).

2022 m. PSDF lėšomis buvo pradėti kompensuoti naujos kartos (modernūs) galūnių protezai – šlaunies protezai su mikroprocesoriumi valdomu kelio sąnariu³².

2022 m. buvo perskaičiuotos daugelio ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių bazinės kainos³³.

2022 m. buvo parengtas ir pasirašytas sveikatos apsaugos ministro įsakymas³⁴, kuriuo vadovaujantis nuo 2023 m. sausio 1 d. elektroniniai balso aparatai kompensuojami kaip medicinos priemonės, pacientai nebeaprūpinami šiais centralizuotai perkamais aparatais per ASPĮ.

5. 2022 m. ir toliau buvo gerinamas ligonių kasų teikiamų administracinių paslaugų prieinamumas. Ligoninių kasų teikiamų administracinių paslaugų kokybė gerėja, nuosekliai kuriant ir diegiant pažangias technologijas, teikiant elektronines paslaugas.

2022 m. buvo suskaitmeninta sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų valdymo proceso dalis, susijusi su sutarčių sudarymu: sukurtas portalas, skirtas prašymams sudaryti sutartį pateikti, sutartims sudaryti ir pasirašyti. Šis portalas yra įkeltas į gamybinę aplinką ir pasiruošta bandomajai eksploatacijai, kurią vykdant dalyvautų TLK atrinktos įstaigos (pateikiant 2023 m. sutarčių prašymus).

Siekiant pereiti prie bendro viešojo sektoriaus finansų valdymo modelio, 2022 m. buvo pasirengta VLK ir TLK buhalterinės apskaitos perkėlimui į Lietuvos Respublikos finansų ministerijos valdomą Valstybės biudžeto, apskaitos ir mokėjimų sistemos Finansų valdymo ir apskaitos posistemį. 2022 m. IV ketvirtį VLK ir TLK veiklos išlaidų apskaita buvo tvarkoma šiame posistemyje.

Taip pat buvo suskaitmenintas lėšų, gražintinų pagal VLK ir vaistų gamintojų sutartis, apskaitos tvarkymas „Sveidroje“ bei duomenų perdavimas į Finansų valdymo ir apskaitos informacinę sistemą (FVAIS). Tokiu būdu buvo sumažinta administracinė našta.

Be to, buvo išanalizuota dabartinė viešųjų ligoninių išteklių valdymo ir apskaitos situacija, pateikti šių procesų tobulinimo siūlymai bei parengta galutinė Viešųjų ligoninių išteklių valdymo ir apskaitos sistemos (VLIVAS) sukūrimo galimybių studija.

fondo biudžeto lėšomis kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių ir jų bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

³¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. birželio 29 d. įsakymas Nr. V-1174 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymo Nr. V-234 „Dėl Ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

³² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. rugsėjo 27 d. įsakymas Nr. V-1485 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių bei jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

³³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. spalio 21 d. įsakymas Nr. V-1584 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių bei jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

³⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gruodžio 16 d. įsakymas Nr. V-1871 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. liepos 5 d. įsakymo Nr. V-698 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių ir medicinos priemonių bei jų bazinių kainų sąrašų patvirtinimo“ pakeitimo“.

Siekiant sudaryti galimybę gyventojams teikti asmenines konsultacijas, buvo parengtas Gyventojų konsultavimo ir asmens duomenų teikimo elektroninių ryšių priemonėmis tvarkos aprašas³⁵, nustatantis asmeninių konsultacijų teikimo gyventojams telefonu tvarką.

Buvo sukurtas įrankis, leidžiantis gyventojui pačiam suformuoti ir pateikti elektroninį prašymą dėl konkrečios administracinės paslaugos. Elektroniniai prašymai registruojami, prašymo duomenys apdorojami ir tvarkomi elektroniniu būdu.

2022 m. buvo skaitmenizuoti Europos Sąjungos socialinės apsaugos duomenų mainų informacinės sistemos (toliau – EDMIS) procesai. Pasiruošta elektroniniams duomenų mainams su kitomis Europos Sąjungos šalimis dėl atsiskaitymo už apdraustiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal fiksuotus dydžius ir atsiskaitymo už asmens sveikatos priežiūrą, suteiktą dėl nelaimingų atsitikimų darbe ir profesinių ligų. Šie mainai bus pradėti vykdyti vadovaujantis Europos Komisijos nustatytais terminais.

2022 m. 30 pagrindinių VLK veiklos procesų buvo optimizuoti vadovaujantis „Lean“ metodika ir perkelti į naują procesų valdymo aplinką.

Pagrindiniai **teigiami** išorės veiksniai, turėję įtakos Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo programai įgyvendinti:

1) kasmet (net ir pandemijos metu) didėjo 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. – 1 443,8 Eur, 2021 m. III ketv. – 1 586 Eur, 2022 m. III ketv. – 1 787,1 Eur³⁶) ir nedarbo lygio mažėjimu. Pažymėtina, kad 2022 m. buvo žemiausias nedarbo lygis nuo 2008 m.: vertinant 2022 m. 11 mėnesių duomenis, nedarbo lygis buvo 6 proc. (gegužės mėnesį siekė tik 5,1 proc.)³⁷, tuo tarpu 2021 m. nedarbo lygis buvo 7,1 proc., o 2020 m. – 8,5 proc.³⁸ Dėl šių priežasčių 2022 m. PSDF biudžetui pervesta dirbančiųjų įmokų suma, remiantis preliminariais duomenimis, buvo 214 mln. Eur (12,5 proc.) didesnė nei 2021 m.;

- 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. metinę įmoką už vieną apdraustąjį, draudžiamą valstybės lėšomis, sudarė 283,3 Eur, 2018 m. – 321,4 Eur, 2019 m. – 373,1 Eur, 2020 m. – 438 Eur, 2021 m. – 464,9 Eur, 2022 m. – 508,4 Eur);

- nuosekliai didinama minimali mėnesinė alga, nuo kurios taip pat mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos (2017 m. minimali mėnesinė alga buvo 380 Eur, 2018 m. – 400 Eur, 2019 m. – 555 Eur, 2020 m. – 607 Eur, 2021 m. – 642 Eur, 2022 m. – 730 Eur³⁹);

2) priimami politiniai sprendimai didinti sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas, taip siekiant sudaryti galimybę ASPĮ už suteiktas paslaugas gauti daugiau lėšų ir šias lėšas panaudoti jų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti. Šiems sprendimams įgyvendinti 2017–2022 m. buvo skirtos papildomos PSDF lėšos (2017 m. buvo skirta 24,6 mln. Eur, 2018 m. – 99,5 mln. Eur, 2019 m. – 41,2 mln. Eur, 2020 m. – 130 mln. Eur, 2021 m. – 26,2 mln. Eur, 2022 m. – 121,7 mln. Eur).

Pagrindiniai **neigiami** išorės veiksniai, turėję įtakos Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo programai įgyvendinti, buvo susiję su užsieniečių sveikatos priežiūros užtikrinimu, energetinių išteklių kainų didėjimu, taip pat ekstremaliosios situacijos dėl COVID-19 ligos bei migrantų iš Baltarusijos sukelta rizika PSDF biudžeto tvarumui (rizika nesubalansuoti PSDF biudžeto ir neužtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo):

³⁵ VLK direktoriaus 2022 m. gegužės 13 d. įsakymas Nr. 1K-170 „Dėl Gyventojų konsultavimo ir asmens duomenų teikimo elektroninių ryšių priemonėmis tvarkos aprašo patvirtinimo“.

³⁶ <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=6c52a9da-57f1-44b0-8853-e9245196a9b9#/>

³⁷ <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=1b09df6b-2026-456b-a532-a9afab9f4a74#/>

³⁸ <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=1b09df6b-2026-456b-a532-a9afab9f4a74#/>

³⁹ <https://www.vmi.lt/evmi/-/d-c4-97l-minimaliosios-m-c4-97nesin-c4-97s-algos-dyd-c5-beio-2022-metais>

1. 2022 m. vasario 24 d. Rusijos Federacija pradėjo vykdyti karinius veiksmus Ukrainoje. Ukrainos gyventojai, bėgdami nuo karo ir ieškodami saugaus prieglobsčio, kreipėsi pagalbos į kitas valstybes, tarp jų ir į Lietuvą. Nuo karo pradžios 2022 m. į Lietuvą atvyko daugiau nei 72 tūkst. karo pabėgėlių iš Ukrainos⁴⁰. Lietuvos valstybė priėmė sprendimą⁴¹ užtikrinti šių užsieniečių sveikatos priežiūrą ir jos apmokėjimą teisės aktų nustatyta tvarka. Šios paslaugos buvo apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, panaudojant ir papildomai skirtas valstybės biudžeto lėšas. 2022 m. kovo–lapkričio mėnesiais skirtą PSDF biudžeto lėšų sumą už pabėgėlius iš Ukrainos suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas sudarė 6,5 mln. Eur. 2022 m. papildomai šiam tikslui skirtos valstybės rezervo lėšos sudarė 667 tūkst. Eur.

2. 2022 m. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistema susidūrė su dar vienu iššūkiu – išaugusiomis energetinių išteklių kainomis. Šios kainos pradėjo didėti dar 2021 m., todėl, reaguojant į susidariusią situaciją, 2022 m. PSDF biudžete buvo numatyta papildomai 12 mln. Eur – šiomis lėšomis turėjo būti bent iš dalies kompensuojamos gydymo įstaigų išlaidos, susijusios su brangstančiais energetiniais ištekliais. Reaguodama į Rusijos agresiją Ukrainoje, Europos Sąjunga Rusijai įvedė ekonomines sankcijas, kontroliuodama iškastinio kuro (gamtinių dujų) importą iš Rusijos. Tai lėmė žymius energijos išteklių kainos pokyčius 2022 metais. Pagal Valstybės duomenų agentūros duomenis vartotojams taikomų kainų pokytis, apskaičiuotas pagal vartotojų kainų indeksą (proc.) (bendrai būstui, vandeniui, elektrai, dujoms ir kitam kurui), 2022 m. gruodį buvo 48,3 proc. didesnis nei 2021 m. gruodį, o didžiausias mėnesinis augimas buvo 2022 m. rugsėjo mėnesį, kai 2022 m. vartotojams taikomų kainų pokytis buvo net 71,3 proc. didesnis nei 2021 m. rugsėjo mėn.⁴² Tokia metinė būsto, vandens, elektros, dujų ir kito kuro infliacija, kaip ir bendra metinė visų prekių ir paslaugų infliacija (2022 m. gruodį infliacija siekė 21,7 proc., o rugsėji buvo net 24,1 proc.), buvo didžiausia nuo 1996 metų⁴³. Kadangi energetikos ištekliai brango daugiau, nei buvo tikėtasi planuojant 2022 m. PSDF biudžetą, 2022 m. spalio mėnesį buvo skirta papildomai dar 5 mln. Eur (dalis lėšų skirta iš PSDF rezervo) gydymo įstaigų suteiktoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti pagal padidintas kainas (bazinių kainų balo vertes).

3. Iki 2022 m. gegužės mėn. Lietuvos Respublikoje truko valstybės lygio ekstremalioji situacija dėl besitęsiančios COVID-19 pandemijos. Ekstremaliosios situacijos metu PSDF biudžeto lėšomis buvo apmokamas nedraustų asmenų gydymas dėl COVID-19 ligos (2022 m. šių asmenų gydymui skirta suma sudarė 138 tūkst. Eur)⁴⁴. Pasibaigus ekstremaliajai situacijai, visa suma, panaudota nedraustų asmenų gydymui, PSDF biudžetui buvo kompensuota valstybės biudžeto lėšomis. Taip pat, siekiant kompensuoti ASPĮ išlaidas, susidariusias nuo 2020 m. balandžio 1 d. iki 2021 m. gruodžio 31 d. teikiant stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas COVID-19 liga (koronaviruso infekcija) sirgusiems pacientams, 2022 m. iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies buvo skirti 44 mln. Eur⁴⁵. Be to, atšaukus ekstremaliąją situaciją, COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos tyrimai, atlikti teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas asmenims, nurodytiems Vaikų ir suaugusiųjų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos ir gydymo tvarkos apraše⁴⁶, apmokami iš PSDF biudžeto lėšų, kaip COVID-19 ligos

⁴⁰ <https://osp.stat.gov.lt/ukraine-dashboards>

⁴¹ Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2022 m. kovo 1 d. įsakymas Nr. 1V-149 „Dėl užsieniečių, pasitraukusių iš Ukrainos dėl Rusijos Federacijos karinių veiksmų Ukrainoje, asmens sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimo laikinosios apsaugos galiojimo laikotarpiu“.

⁴² <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=0b55bf00-13ae-47fa-8e48-650233ba15d2#/>

⁴³ <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=eb3e825c-f627-4dcc-858d-7c5cf7b46bf9#/>

⁴⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro – valstybės lygio ekstremaliosios situacijos operacijų vadovo 2020 m. balandžio 20 d. sprendimas Nr. V-931 „Dėl asmenims, neturintiems teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) apmokėjimo“.

⁴⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. spalio 6 d. įsakymas Nr. V-1528 „Dėl atsiskaitymo su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis už pacientams dėl Covid-19 ligos (koronaviruso infekcijos) suteiktas stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir lėšų skyrimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies“.

⁴⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. gegužės 6 d. įsakymas Nr. V-920 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 16 d. įsakymo Nr. V-383 „Dėl Vaikų ir suaugusiųjų COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) diagnostikos ir gydymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

(koronaviruso infekcijos) diagnostikos paslaugos. 2022 m. už šias diagnostikos paslaugas buvo sumokėta 2,1 mln. Eur.

4. 2021 m. Lietuvos privalomojo sveikatos draudimo sistema susidūrė su migrantų antplūdžio per Baltarusijos sieną į Lietuvos Respubliką sukeltomis pasekmėmis – reikėjo užtikrinti šių asmenų sveikatos priežiūrą ir jos apmokėjimą. 2022 m. migrantų skaičius Lietuvoje palaipsniui mažėjo, kartu mažėjo ir jiems teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos buvo apmokėtos PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšomis. Atsižvelgiant į Europos Komisijos ir Valstybės sienos apsaugos tarnybos prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos 2021 m. rugsėjo 28 d. pasirašytą finansavimo sutartį⁴⁷, minėtos PSDF biudžeto rezervo išlaidos kompensuojamos Europos Komisijos skirtomis lėšomis. Šia sutartimi 90 proc. lėšų, susijusių su asmenų, atvykusių į Lietuvą per Baltarusijos sieną, gydymo išlaidų kompensavimu, skiria Europos Komisija, o 10 proc. lėšų skiriama iš valstybės biudžeto. 2022 m. faktinės šių asmenų gydymo išlaidos (sausio–lapkričio mėn.) sudarė 0,8 mln. Eur – ši suma pirmiausia buvo skirta iš PSDF biudžeto rezervo, vėliau šios išlaidos buvo padengtos minėtai sutarčiai įgyvendinti numatytais lėšomis.

INFORMACIJA APIE ASIGNAVIMŲ, SKIRTŲ PROGRAMAI ĮGYVENDINTI, PANAUDOJIMĄ

Lentelė. Sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo programos priemonei, už kurią atsakinga VLK, skirtų asignavimų panaudojimas.

Valstybės veiklos srities, programos, uždavinio, priemonės kodas, požymis	Uždavinio, priemonės pavadinimas	Asignavimų panaudojimas (tūkst. Eur)			
		Asignavimų planas	Asignavimų planas*, įskaitant patikslinimus ataskaitiniam laikotarpiui	Panaudota asignavimų***	Panaudota asignavimų nuo asignavimų, nurodytų asignavimų plane, įskaitant patikslinimus ataskaitiniam laikotarpiui, dalis (proc.)**
1	2	3	4	5	6
11-002-02-11-15 (TP)	Tobulinti sveikatos priežiūros kompensavimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų, plėsti jos apimtį ir prieinamumą gyventojams (kiti šaltiniai)	976 683,0	978 377,0	978 377,0***	100***
<i>Iš jų Europos Sąjungos ir kita tarptautinė finansinė parama</i>		–	–	–	–
PSDF		1 813 508,0	1 826 159,5	1 718 383,0***	94***
Iš viso		2 790 191,0	2 804 536,5	2 696 760,0***	96***

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

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

*** Pateikta preliminarai faktinė 2022 m. PSDF biudžeto išlaidų suma, neįvertinus 2022 m. skirtų PSDF biudžeto rezervo lėšų panaudojimo.

⁴⁷ Nr. HOME/2021/AMIF/AG/EMAS/TF1/LT/0002 „Skubus atsakas į neproporcingą trečiųjų šalių piliečių antplūdį į Lietuvą iš Baltarusijos“.