

2021–2023 METAIS PROGNOZUOJAMŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO ĮPLAUKŲ, IŠLAIDŲ IR LĖŠŲ LIKUČIŲ PAAIŠKINIMAI

I. ĮPLAUKOS

2021–2023 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto įplaukos, išlaidos ir lėšų likučiai suplanuoti, remiantis šiuo metu galiojančia Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo redakcija.

Planuojama, kad 2021 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto įplaukos iš viso turėtų sudaryti 2 369 886 tūkst. Eur, t. y. 65 228 tūkst. Eur (arba 2,8 proc.) daugiau, nei numatyta 2020 m. PSDF biudžete. Planuojama, kad 2022 m. ir 2023 m. PSDF biudžeto įplaukos iš viso turėtų sudaryti atitinkamai 2 528 657 tūkst. Eur ir 2 630 932 tūkst. eurų. Toliau pateikiama informacija pagal kiekvieną pajamų straipsnį.

01 Privalomojo sveikatos draudimo įmokos

Pagrindinę PSDF biudžeto įplaukų dalį (apie 93,5 proc. visų šio biudžeto įplaukų) sudaro privalomojo sveikatos draudimo įmokos, kurios skirstomos į šias grupes:

- Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – VSDF valdyba) administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos ir su jomis susijusios sumos;
- Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis.

Planuojama, kad 2021 m. VSDF valdybos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos turėtų sudaryti 1 516 685 tūkst. Eur, t. y. 65 347 tūkst. Eur (arba 4,1 proc.) mažiau, nei numatyta patvirtintame 2020 m. PSDF biudžete. Numatoma, kad 2022 m. ir 2023 m. šios pajamos turėtų palaipsniui didėti ir sudaryti atitinkamai 1 598 044 tūkst. Eur ir 1 698 525 tūkst. eurų. Pagrindinę VSDF valdybos administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų dalį sudaro dirbančiųjų ir darbdavių mokamos įmokos. Minėtų įmokų sumos dydį prognozuoja jų administratorius – VSDF valdyba. Nuo 2019 m. sausio 1 d. pagrindinis privalomojo sveikatos draudimo įmokų tarifas sudaro 6,98 procento.

Numatoma, kad 2021 m. valstybės biudžeto įmokų, mokamų už draudžiamuosius valstybės lėšomis, suma turėtų sudaryti 700 264 tūkst. Eur, t. y. 50 211 tūkst. Eur (arba 7,7 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2020 m. PSDF biudžete. Šių įmokų suma didėja dėl 2021 m. išaugiančios metinės valstybės biudžeto įmokos, mokamos už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį, taip pat ir dėl prognozuojamo šių asmenų skaičiaus augimo 2021 metais.

Už kiekvieną valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamą asmenį valstybės biudžetas PSDF biudžetui moka draudimo įmoką, kurios metinį dydį (procentais) ir bazę, nuo kurios ši įmoka skaičiuojama, nustato Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 16 straipsnio 2 dalis. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nuostatomis, 2021 m. metinė valstybės biudžeto įmoka, mokama už vieną valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamą asmenį, sudarys 6,98 procento užpraeitų metų 12 minimaliųjų mėnesinių algų dydžio ir bus lygi 464,9 euro. Pažymėtina, kad savarankiškai besidraudžiančių asmenų, numatytų Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 11 dalyje, metinė privalomojo sveikatos draudimo įmoka 2021 m. turėtų sudaryti 537,7 Eur (6,98 proc. 12 minimaliųjų mėnesinių algų, jei nuo 2021 m. sausio 1 d. minimalioji mėnesinė alga sudarytų 642 Eur).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje nustatytos 22 valstybės lėšomis draudžiamų asmenų grupės. Valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu yra draudžiami labiausiai socialiai pažeidžiami asmenys. Asmenys valstybės lėšomis draudžiami tik tuo atveju, jei jie nedirba, nevykdo kitos ekonominės veiklos ar negauna kitų pajamų, nuo kurių mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Didžiausią dalį visų šių

asmenų sudaro nedirbantys ir nevykdantys kitos ekonominės veiklos pensininkai, vaikai iki 18 metų, bedarbiai ir studentai. Draudžiamųjų valstybės lėšomis skaičiui nustatyti naudojami Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro (toliau – Draudžiamųjų registras) duomenys. Šis registras funkcionuoja Lietuvos Respublikos gyventojų registro duomenų pagrindu. Draustumas privalomuoju sveikatos draudimu nustatomas pagal Draudžiamųjų registro duomenų teikėjų (pvz., Užimtumo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir kt.) bei valstybinių registų (pvz., Mokinių registro, Studentų registro, Valstybinio socialinio draudimo išmokų gavėjų registro ir kt.) teikiamus duomenis apie asmenų teisinį statusą ir (ar) sumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Planuojama, kad 2021 m. valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų skaičius sieks apie 1,51 milijono. Paminėtina, kad visų ligonių kasų interneto svetainėse kiekvienas draudžiamasis pagal Draudžiamųjų registro duomenis gali pasitikrinti, ar jis yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu.

Paminėtina, kad valstybės biudžetas už valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis kasmet į PSDF biudžetą perveda apie 0,7 mlrd. Eur, tuo tarpu lėšų šių asmenų sveikatos priežiūrai poreikis yra didesnis, t. y. siekia daugiau nei 1 mlrd. Eur (pvz. 2019 m. šių asmenų sveikatos priežiūrai išleista apie 1,4 mlrd. Eur).

02 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai

2021 m. Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimų PSDF biudžetui numatoma skirti 114 208 tūkst. Eur, t. y. 74 100 tūkst. Eur daugiau nei numatyta patvirtintame 2020 m. PSDF biudžete (šios lėšos sudaro 4,8 proc. visų šio biudžeto įplaukų). Minėtų asignavimų poreikis sudaro beveik 2 kartus daugiau – apie 211 mln. eurų. Pažymėtina, kad kasmet valstybės biudžetas nepakankamai lėšų skiria PSDF biudžetui deleguotoms funkcijoms vykdyti.

Baigtinis PSDF biudžetui deleguotų valstybės funkcijų sąrašas nustatytas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 15 straipsnio 1 dalyje:

- apmokėti gyvybei gelbėti ir išsaugoti skirtų paslaugų išlaidas;
- kompensuoti ortopedijos techninių priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidas;
- apmokėti neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo išlaidas ir mokėti kraujo donorų kompensacijas;
- finansuoti Nacionalinės imunoprofilaktikos programos įgyvendinimo priemones;
- mokėti už būtiniosios medicinos pagalbos paslaugas, suteiktas privalomuoju sveikatos draudimu neapdraustiems asmenims;
- kitos.

03 Lėšos, gražinamos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis

Planuojama, kad 2021 m. lėšos, gražinamos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis, turėtų sudaryti 30 537 tūkst. Eur (1,3 proc. visų šio biudžeto įplaukų), t. y. 5 845 tūkst. Eur (arba 23,7 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2020 m. PSDF biudžete. Numatoma, kad 2022 m. ir 2023 m. šios pajamos turėtų atitinkamai sudaryti 32 590 tūkst. Eur ir 34 643 tūkst. eurų.

Šiuo metu Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) yra sudariusi 172 sutartis dėl 124 vaistų bendriniais pavadinimais su 42 vaistinio preparato rinkodaros teisės turėtojais (jų atstovais) arba juridiniais asmenimis, turinčiais didmeninio platinimo licenciją. Didžiąją dalį sudaromų sutarčių sudaro sutartys dėl vaistų onkologinėms ligoms gydyti.

04 Kitos pajamos

Planuojama, kad 2021 m. kitų įplaukų turėtų būti gauta 8 192 tūkst. Eur (0,3 proc. visų šio biudžeto įplaukų), t. y. 419 tūkst. Eur (arba 5,4 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2020 m. PSDF biudžete. Numatoma, kad 2022 m. ir 2023 m. šios įplaukos atitinkamai sudarys 7 576 tūkst. Eur ir 7 317 tūkst. eurų.

Pagal minėtą straipsnį apskaitomos šios įplaukos:

- Rusijos Federacijos pervedamos lėšos už Rusijos kariškių pensininkų ir jų šeimos narių, nuolat gyvenančių Lietuvos Respublikoje, sveikatos priežiūrą;
- išieškomos ar gražinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą;
- Europos ekonominės erdvės šalių narių ir Šveicarijos Konfederacijos pervedamos lėšos už šių šalių apdraustųjų gydymą Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros įstaigose;
- pajamos už Europos sveikatos draudimo kortelių pakartotinį išdavimą;
- pajamos už kompensuojamųjų vaistų pasų pakartotinį išdavimą;
- investicinės veiklos pajamos;
- institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos;
- kitos teisėtai gautos pajamos.

Paminėtina, kad Lietuvos Respublikos Seime yra užregistruotas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 4, 7, 9(1), 12(1), 15, 17, 18, 20, 21, 23, 26, 26(1), 26(2), 27, 28, 29, 30, 31, 36 straipsnių, V skyriaus pakeitimo ir 32, 33, 34, 35 straipsnių ir VI skyriaus pripažinimo netekusiais galios įstatymo projektas Nr. XIII P-4827. Jeigu šis projektas įsigaliotų, išieškomos ar gražinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą ir vaistų gamintojų gražinamos lėšos būtų laikomos ne savarankiškoms šio fondo pajamomis, o jo sąnaudų kompensacija.

II. IŠLAIDOS

Planuojama, kad 2021 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso turėtų sudaryti 2 369 886 tūkst. Eur, t. y. 266 028 tūkst. Eur (arba 12,6 proc.) daugiau, palyginti su patvirtintu 2020 m. PSDF biudžetu. Numatoma, kad 2022 m. ir 2023 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso turėtų sudaryti atitinkamai 2 528 657 tūkst. Eur ir 2 630 932 tūkst. eurų. Toliau pateikiama informacija pagal kiekvieną išlaidų straipsnį.

01 Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms

2021 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugoms numatoma skirti 1 673 823 tūkst. Eur, t. y. 164 055 tūkst. Eur (arba 10,9 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2020 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2022 m. ir 2023 m. šios išlaidos sudarys atitinkamai 1 742 782 tūkst. Eur ir 1 811 048 tūkst. eurų.

Pagrindinę PSDF biudžeto išlaidų dalį (daugiau nei 70 proc. visų išlaidų) sudaro lėšos, skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti. Asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik gydymo įstaigos, turinčios licencijas ir reikiamus žmogiškuosius bei materialinius išteklius. Už minėtas paslaugas mokama pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas bazines kainas (šios kainos patvirtintos balais), taikant atitinkamą šių bazinių kainų balo vertę. Nuo šių metų balandžio 1 dienos buvo padidintos teisės aktais nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų balo vertės (apie jas skelbiama VLK interneto svetainėje).

Paminėtina, kad pastaraisiais metais, siekiant sudaryti galimybes gydymo įstaigoms už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas gauti daugiau lėšų ir šias lėšas panaudoti jose dirbančių darbuotojų darbo užmokesčiui didinti, 2016 m. II pusmetį, 2017 m. II pusmetį, 2018 m. gegužės mėn. ir 2019 m. rugsėjo mėn. buvo padidintas sveikatos priežiūros finansavimas ir skirtos papildomos PSDF lėšos: 2016 m. II pusmetį – 30 mln. Eur PSDF rezervo lėšų, 2017 m. II pusmetį – 24,6 mln. Eur PSDF rezervo lėšų, 2018 m. gegužės–gruodžio mėn. – 80 mln. Eur PSDF rezervo lėšų ir 19,5 mln. Eur PSDF biudžeto lėšų, 2019 m. rugsėjo–gruodžio mėn. – 41,2 mln. Eur PSDF biudžeto lėšų. Š. m. balandžio mėn. dar kartą padidintas asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas (skirta 130 mln. Eur PSDF rezervo lėšų) ir su gydymo įstaigomis už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas atsiskaitoma taikant padidintas šių paslaugų bazinių kainų balo vertes (sudarytos galimybės gydymo įstaigoms didinti darbuotojų darbo užmokestį). Todėl 2021 m. PSDF biudžete numatomos papildomos lėšos šių įsipareigojimų tęstinumui užtikrinti visus metus.

Pagal 2017 m. gruodžio 13 d. sudaryto kolektyvinių derybų susitarimo Nr. S-391 4 ir

5 punktus, gydytojų vidutinis bruto darbo užmokestis iki 2020 m. II pusmečio pradžios turėtų būti ne mažesnis kaip 3 šalies vidutiniai darbo užmokesčiai (3250 Eur), o slaugytojų – ne mažesnis kaip 1,5 šalies vidutinio bruto darbo užmokesčio (1625 Eur). 2020 m. liepos mėn. duomenimis gydytojų vidutinis bruto darbo užmokestis siekė 3158 Eur, o slaugytojų – 1623 eurus.

2020 m. įsigaliojo Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 36 straipsnio pakeitimas, kuriuo remiantis steigėjai jiems nuosavybės teise priklausantį ilgalaikį materialųjį turtą, būtiną asmens sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, turi perduoti savo įsteigtoms asmens sveikatos priežiūros viešosioms gydymo įstaigoms patikėjimo teise valdyti. Tai sudarys prielaidas atitinkamai į PSDF lėšomis kompensuojamų paslaugų įkainius įskaičiuoti (juos padidinant) perduoto turto nusidėvėjimo sąnaudas. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įkainių didinimui ateinančių metų PSDF biudžete yra numatytos papildomos lėšos (apie 29 mln. Eur pagal PSDF biudžeto 01, 03 ir 05 išlaidų straipsnius).

02 Vaistams, medicinos pagalbos priemonėms ir medicinos priemonių nuomai

2021 m. vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms bei medicinos priemonių nuomai numatoma skirti 418 914 tūkst. Eur, t. y. 59 425 tūkst. Eur (arba 16,5 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2020 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2022 m. ir 2023 m. lėšos vaistams, medicinos pagalbos priemonėms ir medicinos priemonių nuomai sudarys atitinkamai 502 041 tūkst. Eur ir 534 341 tūkst. eurų.

Vaistų politikos gairėse, patvirtintose Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. rugpjūčio 28 d. įsakymu Nr. V-1008 „Dėl Vaistų politikos gairių patvirtinimo“, numatyta, kad, siekiant užtikrinti valstybės lėšų vaistams kompensuoti didėjimą, augant PSDF biudžetui, išlaidų vaistams dalis turėtų didėti ne mažesniu procentu, nei didėja bendras PSDF biudžetas. 2021 m., 2022 m. ir 2023 m. planuojamos PSDF biudžeto išlaidos vaistams, medicinos pagalbos priemonėms ir medicinos priemonių nuomai didėja ne mažesniu procentu kaip ir bendros atitinkamų metų PSDF biudžeto pajamos.

Pagal šį straipsnį yra apskaitomos PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, taip pat išlaidos labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais bei medicinos priemonių nuomai. Sprendimas dėl atitinkamos lėšų sumos skyrimo kiekvienai iš šių sričių priimamas atskirai, įvertinant Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę.

Kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms

2019 m. Lietuvoje kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones vartojo apie 1,16 milijono pacientų, t. y. apie 41,5 proc. visų Lietuvos gyventojų metų pabaigoje (kitose ES šalyse – apie 40–60 proc. gyventojų), iš jų vyresni kaip 60 metų gyventojai, vartojantys kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, sudarė apie 606 tūkst., t. y. apie 52,1 proc. visų gyventojų, vartojusių kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones arba apie 81,8 proc. visų tokio amžiaus Lietuvos gyventojų. 2019 m. Lietuvoje kompensuotos apie 2140 vaistų (prekiniais pavadinimais) įsigijimo išlaidos. Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių paslaugų teikimo masto, skiriama vis daugiau kompensuojamųjų vaistų ir atitinkamai didėja PSDF biudžeto išlaidos jiems įsigyti. Nuolat didėja slaugai naudojamų kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių poreikis. 2021 m. bus siekiama didinti jau kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių kiekį ir įtraukti į kompensavimo sistemą naujas medicinos pagalbos priemones. Taip pat siekiama, kad kompensuojamųjų vaistų dalis, palyginti su visais receptiniais vaistais, didėtų, taip užtikrinant pacientų išlaidų vaistams mažėjimą.

PSDF biudžeto lėšų, skiriamų kompensuojamiesiems vaistams, poreikis didėja ir dėl numatomų įrašyti naujų bei jau įrašytų į Rezervinį vaistų sąrašą (šis sąrašas yra skelbiamas Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje) vaistinių preparatų sunkioms ligoms gydyti įsigijimo išlaidų kompensavimo. 2021 m. numatoma modernizuoti informacinę sistemą SVEIDRA, kurioje būtų sukurta galimybė sveikatos priežiūros specialistams pildant individualaus paciento

025/a–LK ir 066/a–LK sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo statistinės apskaitos formas įrašyti reikiamą papildomą informaciją dėl inovatyvių ir efektyvių vaistų gydymo efektyvumo vertinimo rodiklių. Tai sudarys sąlygas kompensuoti daugiau inovatyvių ir efektyvių vaistų ir sudaryti klinikiniais rezultatais pagrįstas sutartis tarp VLK ir vaistų gamintojų, kuriomis susitariama gerinti gydymo atitinkamu vaistu prieinamumą pacientams ir užtikrinti PSDF biudžeto stabilumą, nustatant numatomą gydymo efektyvumo rezultatą ir susitariant pasidalyti finansinę riziką ar prisiimti kitus sutartus sutarties šalių įsipareigojimus pagal pasiektus gydymo efektyvumo rezultatus.

Atsižvelgiant į tai, kad lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms poreikis nuolat didėja dėl gyventojų senėjimo ir naujų aukštą terapinę vertę turinčių vaistų kompensavimo poreikio, yra įgyvendinamos įvairios priemonės šių vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kainoms mažinti bei vaistų kompensavimo lygmeniui didinti. 2021 m., esant finansinėms galimybėms, bus siekiama padidinti vaistų, įrašytų į Kompensuojamųjų vaistinių preparatų sąrašą (B sąrašas), išlaidų kompensavimo procentą nuo 50 proc. iki 100 proc., juos perkeliant į A sąrašą. Siekiama, kad 2021 m. už šiuos vaistus ir medicinos pagalbos priemones mokamos paciento priemokos sudarytų ne daugiau kaip 16 proc. bendros kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų sumos.

Paminėtina, kad senatvės pensijos amžių sukakusiems arba Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatyme nurodytiems neįgaliesiems asmenims, kurių užpraeitą mėnesį gautų pajamų suma neviršija Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu nustatyto minimalaus dydžio, arba 75 metų ir vyresniems asmenims, kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių priemokos padengiamos Vyriausybės nustatyta tvarka tikslinėmis valstybės biudžeto lėšomis. Todėl šie asmenys pacientų priemokų 2021 m. nemokės ir bendra gyventojų sumokėta priemokų suma ženkliai sumažės. 2020 m. liepos–rugpjūčio mėn. gyventojų sumokėtas mėnesio priemokų sumos vidurkis sumažėjo apie 33 proc., iš valstybės biudžeto lėšų šį laikotarpį buvo padengta 1,95 mln. Eur gyventojų sumokėtų priemokų.

Sėkmingą minėtų priemonių įgyvendinimą turėtų ateityje patvirtinti didėjantis išduodamų kompensuojamųjų generinių ir biopanašių vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių (angl. Defined Daily Dose – DDD) skaičius, palyginti su bendru išduodamų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiumi. 2021 m. kompensuojamųjų generinių ir biopanašių vaistų DDD skaičius turėtų sudaryti 59 proc. nuo bendro suvartoto kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiaus. Taip pat VLK planuoja vykdyti vidutinio metinio suvartojamų kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių, skirtų šlapimo ir išmatų nelaikymui (arba inkontinencijai) koreguoti, vienetų skaičiaus, tenkančio vienam apdraustajam, vartojančiam šias medicinos pagalbos priemones, pokyčio stebėseną. Kasmet PSDF biudžeto lėšomis kompensuojant vis daugiau apdraustųjų slaugai reikalingų priemonių, rodiklio reikšmė didės, o tai reikš ir didėjantį slaugos prieinamumą bei mažėjančias namų ūkių išlaidas.

2021 m. planuojama patobulinti vaistų kompensavimo sistemą, siekiant užtikrinti, kad priimant sprendimus dėl vaistų kompensavimo būtų atsižvelgiama į Lietuvoje atliekamus didelio poveikio klinikinius tyrimus, vilties programas ir rezultatais pagrįstas (angl. performance based) sutartis.

Centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms

Viena iš VLK funkcijų – netiesioginis (per asmens sveikatos priežiūros įstaigas) apdraustųjų aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis. Šiuos vaistus ir priemones centralizuotai perka VLK ir paskirsto šalies ligoninėms. Centralizuotai perkami vaistai skiriami onkologinėms ligoms, miokardo infarktui ir smegenų insultui bei kitoms sunkioms ligoms gydyti. Taip pat centralizuotai yra perkamos įvairios medicinos pagalbos priemonės: dirbtiniai širdies vožtuvai, sąnarių endoprotezai, neurostimuliatoriai, tracheozofaginiai kalbamieji protezai ir kiti organų ar jų dalių protezai (kochleariniai implantai) bei kt. Nuolat nagrinėjamos paraiškos dėl naujų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių įrašymo į kompensavimo sąrašus ir priimami atitinkami sprendimai. Į Rezervinį vaistų sąrašą įrašomi nauji vaistiniai preparatai, kurie, skyrus lėšas, perkeliama į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą. Numatoma, kad 2021 m. daugiau lėšų centralizuotai

apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms pririks dėl 2020 m. viduryje pradėtų kompensuoti naujų vaistų arba naujų indikacijų. 2020 m. prognozuojamos PSDF išlaidos naujiems vaistams kompensuoti sudarys 1,75 mln. Eur, kurie skirti iš PSDF biudžeto rezervo, o 2021 m. šiems vaistams kompensuoti pririks 2,8 mln. eurų.

2021 m. lėšų poreikis centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms taip pat didės dėl 2019 m. viduryje pradėtų kompensuoti mechaninio tvirtinimo sąnarių endoprotezų poreikio augimo, taip pat kasmet augančio sąnarių endoprotezų komponentų, naudojamų revizinėms endoprotezavimo operacijoms, poreikio bei didelio kateterizavimo būdu implantuojamų širdies vožtuvų poreikio, kuriems kasmet skiriamos papildomos lėšos. Be to, 2018 m. viduryje į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą įrašyti vaistiniai preparatai, kurių suvartojimas pirmus 3 metus, nuo kompensavimo pradžios, turėtų augti. Pvz., 2018 m. į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą įrašyti nauji vaistai onkologiniams susirgimams gydyti – vaistas *Ramucirumab* skrandžio vėžiui gydyti, vaistas *Trastuzumabo emtansinas* krūties vėžiui gydyti. Taip pat gydomų pacientų skaičiaus augimui turi įtakos gerėjanti ligų diagnostika.

Išlaidos labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais

2019 m., remiantis sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudarytos Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisijos sprendimais, buvo išduoti 373 VLK garantiniai raštai pagal 13 asmens sveikatos priežiūros įstaigų prašymus kompensuoti 282 pacientų, kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas. Didžiausia dalis lėšų labai retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiems ypač retoms metabolinėms, raumenų sistemos ligoms bei labai retoms onkologinėms ligoms gydyti.

Medicinos priemonių nuomai

Nuo 2018 m. pagal šį išlaidų straipsnį apskaitomos ir lėšos, skiriamos medicinos priemonių nuomos išlaidoms kompensuoti.

PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos:

- dirbtinės plaučių ventiliacijos (toliau – DPV) aparatų nuomos išlaidos. Prognozuojama, kad DPV aparatų nuomos išlaidos 2020 m. bus kompensuojamos apie 270 pacientų,
- ambulatorinio deguonies aparato nuomos išlaidos. Ambulatorinio deguonies aparato nuomos paslaugomis kasmet naudojasi apie 640 asmenų,
- insulino pompos. Kiekvieną mėnesį šias paslaugas gaunančių pacientų skaičius didėja: 2021 m. pradžioje gali būti iki 620 tokių pacientų.
- nuo 2020 m. pradėtos kompensuoti ir skausmo pompų nuomos išlaidos. Tikimasi, kad 2021 m. pradžioje gali būti iki 10 tokių pacientų.

Tokių išlaidų kompensavimas leidžia efektyviau taikyti brangią medicinos įrangą slaugant pacientą namuose, palengvina paciento finansinę naštą, padeda sumažinti kai kurių ligoninių užimtumą ir užtikrinti racionalų PSDF biudžeto lėšų naudojimą.

03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui

2021 m. medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti numatoma skirti 96 249 tūkst. Eur, t. y. 32 290 tūkst. Eur (arba 50,5 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2020 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2022 m. ir 2023 m. lėšos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti sudarys po 98 068 tūkst. eurų. Lėšos šioms paslaugoms didėja dėl prisiimtų ir planuojamų prisiimti bendrų įsipareigojimų, susijusių su finansavimo didinimu, taip pat dėl poreikio performuoti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų konsultacijas, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai.

Sergančiųjų sunkiomis ligomis gydymas neatsiejamas nuo medicininės reabilitacijos. Tai svarbus gydymo etapas, būtinas po ūmių ligų, operacijų, taip pat – sergantiesiems lėtinėmis ligomis ar joms paūmėjus, po traumų ir kt. Medicininė reabilitacija leidžia pacientą greičiau išgydyti,

grąžinti jį į darbo rinką, integruoti į visuomenę, atkurti jo biosocialinius gebėjimus ir išvengti antrinio neįgalumo. Kuo anksčiau pradedamas medicininės reabilitacijos taikymas, tuo geresnių rezultatų galima tikėtis, todėl nuo 2021 m. fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų konsultacijos, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai, performuojamos į pradinės ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugas. Tam tikslui 2021 m. PSDF biudžete 22,1 mln. Eur (už tokią sumą 2019 m. buvo suteiktų fizinės medicinos ir reabilitacijos paslaugų, kai paciento konsultacijos metu paskiriamas (keičiamas) ir atliekamas vienos rūšies procedūrų – kineziterapijos, fizioterapijos, masažo ar ergoterapijos – kursas (suaugusiesiems ir vaikams), perkeliama iš asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (gydytojų specialistų konsultacijoms, kai atliekami diagnostiniai ir (ar) gydomieji veiksmai) skiriamų lėšų (PSDF biudžeto 01 išlaidų straipsnis) į medicininę reabilitaciją ir sanatoriniam gydymui (ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugoms) skiriamas lėšas (PSDF biudžeto 03 išlaidų straipsnis).

Medicininę reabilitaciją pacientui skiria ir siuntimą išrašo šeimos gydytojas arba pacientą stacionare gydantis gydytojas, atsižvelgęs į fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo rekomendacijas bei paciento diagnozę, sveikatos būklę, ligos sunkumą, biosocialinių funkcijų sutrikimo lygį, galimas kontraindikacijas ir kitus aktualius duomenis. Gydantis gydytojas taip pat sprendžia, kokiomis sąlygomis turi būti teikiamos reabilitacijos paslaugos – ar ambulatorinėmis, ar stacionarinėmis. Reabilitacijos įstaigą pacientas gali pasirinkti pats. Suaugusiesiems įprastai dėl tos pačios ligos gali būti skiriamas tik vienas reabilitacinio gydymo kursas per metus, tuo tarpu vaikams medicininė reabilitacija gali būti skiriama pagal poreikį motyvuotu gydančiojo gydytojo sprendimu. Vaikai iki 8 metų turi teisę į reabilitacijos įstaigas vykti lydimi juos slaugančio asmens, už kurio maitinimą ir apgyvendinimą sumokama PSDF biudžeto lėšomis. Vyresnis nei 8 metų vaikas gali būti lydimas slaugančiojo asmens, jei vaikui yra nustatytas neįgalumas arba jei gydytojų konsultacinė komisija nustato, kad vaikui reikalinga slauga dėl adaptacijos ar elgesio sutrikimų, dėl sunkių centrinės ar periferinės nervų sistemos, atramos-judamojo aparato pažeidimų, traumų, operacijų.

04 Ortopedijos techninėms priemonėms

2021 m. ortopedijos techninėms priemonėms numatoma skirti 15 610 tūkst. Eur, t. y. 2 050 tūkst. Eur (arba 15,1 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2020 m. PSDF biudžete. Prognozuojama, kad 2022 m. lėšos ortopedijos techninėms priemonėms sudarys 16 710 tūkst. Eur, 2023 m. – 16 810 tūkst. eurų.

Ortopedijos techninės priemonės – tai medicinos priemonės, kurioms priskiriami įtvarai, tvirtinami iš išorės prie viršutinių ir apatinių galūnių, bei stuburo įtvarinės sistemos, papildomieji ir keičiamieji kūno dalių protezai (rankų, kojų protezinės sistemos, krūties protezai), kraujotakos sistemos gydamosios priemonės, ortopedinė avalynė, klausos aparatai bei akių protezai. Apdraustieji ortopedijos technines priemones gali įsigyti ortopedijos įmonėse, kurios yra pasirašiusios sutartis su VLK dėl apdraustųjų aprūpinimo minėtomis priemonėmis. Neįgalieji, neturintys galimybės atvykti į ortopedijos įmonę dėl sveikatos būklės, taip pat asmenys, gydomi ligoninėse, šiomis priemonėmis aprūpinami jų gyvenamojoje vietoje, gydymosi įstaigoje arba globos namuose. Per metus vidutiniškai kompensuojamos apie 120 tūkst. ortopedijos techninių priemonių. Iš jų didžiausią dalį (47 proc.) sudaro pagal užsakymą pagaminta ortopedinė avalynė ir batų įdėklai. Kompensuojamosiomis ortopedijos techninėmis priemonėmis per metus aprūpinama vidutiniškai 75 tūkst. apdraustųjų. Ortopedijos techninės priemonės gali būti kompensuojamos ir tiesiogiai apdraustiesiems, įsigijusiems šias priemones savo lėšomis. 2019 m. savo lėšomis ortopedijos technines priemones įsigijo 55 apdraustieji. Šioms apdraustųjų išlaidoms kompensuoti buvo skirta 11,5 tūkst. eurų.

Pažymėtina, kad ortopedijos techninių priemonių finansavimas yra svarbus ne tik pacientui, bet ir valstybei, nes tinkamai pritaikytos šios priemonės neįgaliajam iš dalies arba beveik visiškai grąžina prarastą funkciją, tai reiškia – padidėja žmogaus galimybės savarankiškai gyventi ir dirbti. Pritarus Privalomojo sveikatos draudimo tarybai, ortopedijos techninėms priemonėms kompensuoti skiriamos lėšos paskirstomos pagal šių priemonių poklasių. 2020 m. įsigaliojo nauji

reikalavimai daugeliui protezų bei buvo perskaičiuotos daugumos ortopedijos techninių priemonių bazinės kainos. 2020 m. II ketvirtį perskaičiuotos klausos aparatų suaugusiems bazinės kainos. Nuo 2021 m., kaip ortopedijos techninės priemonės, bus pradėti kompensuoti ortodontiniai aparatai.

05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms

Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms 2021 m. numatoma skirti 138 819 tūkst. Eur, t. y. 6 333 tūkst. Eur (arba 4,8 proc.) daugiau, palyginti su patvirtintu 2020 m. PSDF biudžetu. Prognozuojama, kad 2022 m. ir 2023 m. išlaidos sveikatos programoms finansuoti ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti sudarys atitinkamai 142 210 tūkst. Eur ir 143 629 tūkst. eurų. Lėšos šioms paslaugoms daugiausia didėja dėl prisiimtų ir planuojamų prisiimti bendrų įsipareigojimų, susijusių su finansavimo didinimu.

PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos šios prevencinės sveikatos programos:

- Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa (ši programa skirta moterims nuo 25 iki 60 metų),
- Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa (ši programa skirta moterims nuo 50 iki 70 metų),
- Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa (ši programa skirta vyrams nuo 40 iki 55 metų ir moterims nuo 50 iki 65 metų),
- Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa (ši programa skirta vyrams nuo 50 iki 70 metų ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu),
- Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa (ši programa skirta asmenims nuo 50 iki 75 metų).

Šioms prevencinėms sveikatos programoms skiriama apie 1 proc. visų PSDF lėšų.

Taip pat PSDF biudžeto lėšos pagal šį išlaidų straipsnį skiriamos:

- Transplantacijos programai,
- dantų protezavimo paslaugoms,
- skubiai konsultacinei sveikatos priežiūrai pagalbai,
- kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti,
- Nacionalinės imunoprofilaktikos programoms priemonėms finansuoti,
- vaistų nuo tuberkuliozės įsigijimo išlaidoms kompensuoti,
- Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti ir kt.

Sprendimas dėl atitinkamos lėšų sumos skyrimo kiekvienai iš šių sričių priimamas atskirai, įvertinant Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę.

06 Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms

Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti 2021 m. numatoma skirti 24 450 tūkst. Eur, t. y. 1 proc. PSDF biudžeto lėšų. Pagal Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnio 3 dalį šioms sąnaudoms kompensuoti gali būti skiriama iki 2 proc. PSDF biudžeto lėšų.

Svarbu paminėti, kad šios lėšos naudojamos ne vien tik ligonių kasų veiklai finansuoti, bet ir pačios privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti, pvz., šiomis lėšomis yra apmokamos gyventojams nemokamai išduodamų Europos sveikatos draudimo kortelių, kompensuojamųjų vaistų pasų, gydytojams nemokamai išduodamų jų tapatybę patvirtinančių lipdukų pagaminimo išlaidos, taip pat užtikrinama Draudžiamųjų registro veikla, Eilių ir atsargų valdymo informacinės sistemos veikla, Europos duomenų mainų informacinė sistemos veikla, privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ funkcionavimas ir padengiamos kitos būtinosios privalomojo sveikatos draudimo sistemos išlaidos. Šiomis lėšomis vykdomi itin svarbūs projektai, pvz.:

- modifikuojama Eilių ir atsargų valdymo informacinė sistema, siekiant užtikrinti sklandų nemokamo sąnario endoprotezo skyrimo eilės administravimą, centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių apskaitą, medicinos prietaisų nuomos ir kitus procesus;
 - vykdoma skaitmeninių paslaugų teikimo gyventojams plėtra, plečiant gyventojų informavimą apie PSDF išlaidas jų sveikatos priežiūros paslaugoms;
 - modernizuojama privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema „Sveidra“, siekiant efektyviau vykdyti sveikatos priežiūros paslaugų apskaitą bei sutarčių su ASPĮ sudarymą ir valdymą;
 - vykdomi atitinkami projektai, siekiant užtikrinti VLK valdomų informacinių sistemų atitiktį Europos Sąjungos Bendrojo duomenų apsaugos reglamento reikalavimams;
 - modernizuojama detalios paciento lygio sąnaudų apskaitos sistema;
 - vykdomas naujos Kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių kainų deklaravimo ir kainyno sudarymo informacinės sistemos „IDRUG“ versijos sukūrimo projektas ir kt.
- Paminėtina, kad šiame straipsnyje numatytais lėšomis taip pat apmokamos išlaidos, susijusios su PSDF biudžeto ir jo rezervo lėšų laikymu banko sąskaitose bei mokėjimo operacijų vykdymu.

07 Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į Privalomojo sveikatos draudimo fondą, kompensuoti

VSDF veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF biudžetą, kompensuoti 2021 m. numatoma skirti 2 021 tūkst. Eur, t. y. 22 tūkst. Eur (arba 1,1 proc.) daugiau, palyginti su patvirtintu 2020 m. PSDF biudžetu. Prognozuojama, kad 2022 m. ir 2023 m. šios išlaidos atitinkamai sudarys 2 063 tūkst. Eur ir 2 175 tūkst. eurų.

III. NUMATOMI LĖŠŲ LIKUČIAI METŲ PRADŽIOJE IR PABAIGOJE

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 24 straipsnyje nustatyta, kad PSDF biudžeto apyvartos lėšos turi būti sudaromos iš PSDF biudžeto lėšų likučio, jei jo nepakanka – iš planinių PSDF biudžeto pajamų. Šios lėšos naudojamos laikinam pajamų trūkumui padengti ir turi būti gražinamos ne vėliau kaip iki biudžetinių metų pabaigos. Apyvartos lėšos yra itin svarbios pirmosiomis metų dienomis, kai, nepaisant dėl objektyvių priežasčių sulėtėjusio pajamų surinkimo, su gydymo įstaigomis už jų suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas siekiama atsiskaityti laiku ir nenutrūkstamai. 2020 m. planinis apyvartos lėšų likutis metų pabaigai sudaro 5,8 mln. eurų. Numatomas ateinančių metų PSDF biudžeto rezervas metų pradžioje – 204 616 tūkst. Eur (pagrindinė šio rezervo dalis turėtų sudaryti 35 548 tūkst. Eur, t. y. 1,5 proc. 2021 m. įplaukų plano, o rizikos valdymo dalis – 169 068 tūkst. Eur).

Remiantis Lietuvos Respublikos finansų ministerijos 2020 m. rugsėjo mėn. paskelbtomis Lietuvos ekonominių rodiklių projekcijomis, ateinančių metų PSDF biudžetas su lėšų likučiais turėtų sudaryti 5,1 proc. bendrojo vidaus produkto (to meto kainomis).

Paminėtina, kad ateinančių metų PSDF biudžeto rodikliai atitinka Lietuvos Respublikos fiskalinės sutarties įgyvendinimo konstitucinio įstatymo nuostatas. 2021 m. sveikatos priežiūrai finansuoti planuojama papildomai be biudžeto lėšų panaudoti 30 864 tūkst. Eur PSDF biudžeto rezervo lėšų. Sprendimai dėl šių lėšų panaudojimo bus priimami ateinančiais metais. Lėšos Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir (ar) Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro sprendimu bus skiriamos vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 23 straipsnio nuostatomis.