

**LIETUVOS RESPUBLIKOS 2015 METŲ PRIVALOMOJO
SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO METINIŲ BIUDŽETO
VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIO
AIŠKINAMASIS RAŠTAS**

Turinys

I. ĮŽANGA	3
II. PAJAMOS.....	3
III. IŠLAIDOS	5
01 Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms.	6
02 Vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms.	11
02 01 kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms.	11
02 02 centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms.	14
02 03 retų ligų ir būklių gydymui bei nenumatytiems atvejams.....	15
03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui.....	15
04 Ortopedijos techninėms priemonėms.	16
05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms.....	17
05 01 Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programai.	17
05 02 Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai.	18
05 03 Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai.	19
05 04 Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai.....	20
05 05 Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai.	21
05 06 Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti.....	22
05 08 Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastųjų išlaidų finansavimo programai.	23
05 10 dantų protezavimo paslaugoms.	24
05 11 Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programai.....	25
05 12 Priklausomybės ligų gydymo programai.....	26
05 13 Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti.....	26
05 14 skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai.....	27
05 16 kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti.	29
05 17 asmens sveikatos priežiūros įstaigoms aprūpinti antirezus imunoglobulinais ir krešėjimo faktoriais, skirtais stacionariniam gydymui.....	30
05 19 vaistų atspariajai tuberkuliozei gydyti įsigijimo išlaidoms kompensuoti.....	31
06 Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms.	32
07 Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į Privalomojo sveikatos draudimo fondą, kompensuoti.	33
08 Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervas.....	33
Apyvartos lėšos.....	33
Lėšų likutis 2015 m. gruodžio 31 d. duomenimis.	33

LIETUVOS RESPUBLIKOS 2015 METŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO METINIŲ BIUDŽETO VYKDYMO ATASKAITŲ RINKINIO AIŠKINAMASIS RAŠTAS

I. ĮŽANGA

Lietuvos Respublikos 2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinys parengtas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu, Lietuvos Respublikos viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymu, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklėmis, patvirtintomis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimu Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus 2012 m. sausio 2 d. įsakymu Nr. 1K-2 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamojo rašto rengimo“, VLK direktoriaus 2012 m. sausio 2 d. įsakymu Nr. 1K-3 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų plano vykdymo ataskaitos formos Nr. 1-PSDF-P, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų plano vykdymo ataskaitos formos Nr. 1-PSDF, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitos formos, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo sudarymo ir jo lėšų naudojimo ataskaitos formos bei jų pildymo tvarkos aprašų tvirtinimo“, VLK direktoriaus 2012 m. sausio 3 d. įsakymu Nr. 1K-4 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir teritorinių ligonių kasų finansinės atskaitomybės dokumentų rengimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos 2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamąjį raštą (toliau – Aiškinamasis raštas) sudaro dvi dalys ir priedai. Aiškinamajame rašte informacija pateikiama atsižvelgiant į kiekvieną PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų straipsnį, taip pat paaiškinami ataskaitose nurodytų pajamų ir išlaidų duomenys, apibūdinami svarbiausi VLK veiklos pokyčiai. Visi duomenys Aiškinamajame rašte pateikiami Europos Sąjungos bendrąja valiuta, eurai.

II. PAJAMOS

Lėšų likutis 2015 m. sausio 1 d. duomenimis.

Lėšų likutis 2015 m. sausio 1 d. duomenimis buvo 78 865 tūkst. Eur, iš jų planinės kasos apyvartos lėšos sudarė 5792 tūkst. eurų. 2014 m. PSDF biudžeto lėšų likutis (suma, kuria viršijama planinių kasos apyvartos lėšų suma) buvo 21 758 tūkst. Eur, o PSDF biudžeto rezervo sąskaitoje rezervo lėšų likutis sudarė 51 315 tūkst. eurų. 2015 m. PSDF biudžeto rezervo lėšos, pervedus į PSDF biudžeto rezervo sąskaitą 2014 m. viršplaninių kasos apyvartos lėšų sumą (21 758 tūkst. Eur), iš viso sudarė 73 073 tūkst. eurų.

01 Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos.

Dirbančiųjų ir darbdavių sumokėtos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, administruojamos Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos administravimo įstaigų (toliau

– „Sodra“), sudarė 924 822 tūkst. Eur (99,97 proc. planuotų pajamų). Šių pajamų buvo gauta 289 tūkst. eurų mažiau nei planuota. 2015 m. sausio 1 d. „Sodros“ įsiskolinimas PSDF biudžetui siekė 8272 tūkst. eurų. 2015 m. „Sodra“ surinko 918 864 tūkst. Eur privalomojo sveikatos draudimo įmokų, į PSDF biudžetą pervedė 924 822 tūkst. Eur (įskaitant 2014 m. įsiskolinimą). „Sodros“ įsiskolinimas PSDF biudžetui 2015 m. gruodžio 31 d. duomenimis buvo 2314 tūkst. eurų.

„Sodra“ administruoja dirbančiųjų, valstybės tarnautojų, statutinių tarnautojų, ūkinių bendrijų narių, individualių įmonių savininkų, individualią veiklą be verslo liudijimo vykdančių asmenų ir kitoms draudžiamųjų kategorijoms priskiriamų asmenų mokamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

02 Valstybinės mokesčių inspekcijos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos.

2015 m. Valstybinės mokesčių inspekcijos prie Lietuvos Respublikos finansų ministerijos (toliau – VMI) administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos sudarė 22 743 tūkst. Eur, t. y. šių pajamų buvo gauta 377 tūkst. Eur (2 proc.) daugiau nei planuota.

VMI administruoja asmenų, vykdančių individualią veiklą pagal verslo liudijimus, taip pat savarankiškai įmokas mokančių asmenų, fizinių asmenų, kurių žemės ūkio valdos ar ūkio ekonominis dydis praėjusiais metais buvo ne didesnis kaip 2 ekonominio dydžio vienetai, ir kitoms draudžiamųjų kategorijoms priskiriamų asmenų mokamas privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

03 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai.

Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai 2015 m. sudarė 416 279 tūkst. Eur (100 proc. planuotų pajamų), iš jų:

- Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji), draudžiamus valstybės lėšomis (daugiau nei pusė Lietuvos Respublikos gyventojų), sudarė 401 491 tūkst. Eur, t. y. buvo gautos visos planuotos pajamos. 2015 m. valstybės biudžeto įmoka, mokama už apdraustąjį valstybės lėšomis, sudarė 244,60 Eur (per metus). Palyginti su 2014 m., ši įmoka padidėjo 5 procentais.

Didelę dalį PSDF biudžeto išlaidų 2015 m. sudarė išlaidos valstybės lėšomis draudžiamų asmenų sveikatos priežiūrai (duomenys pateikiami Aiškinamojo rašto 1 priede);

- Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai sudarė 14 788 tūkst. Eur (100 proc. planuotų pajamų).

Pažymėtina, kad teisės aktais PSDF biudžetui yra priskirtos šios pagrindinės valstybės funkcijos: kompensuoti ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidas, propaguoti neatlygintą kraujo donorystę, mokėti kraujo donorų kompensacijas, finansuoti Imunoprofilaktikos programos priemonės ir kt.

04 Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos.

Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos 2015 m. sudarė 30,7 tūkst. Eur, iš jų:

- palūkanos (už lėšas bankų sąskaitose) – 28,6 tūkst. Eur;
- kitos veiklos pajamos – 2,1 tūkst. Eur (iš jų institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos (aukcionų) pajamos – 1,4 tūkst. eurų).

05 Savanoriškos asmenų įmokos.

Savanoriškos asmenų įmokos sudarė 1835 tūkst. eurų. Šios lėšos, pervestos į PSDF biudžetą pagal Rusijos Federacijos gynybos ministerijos ir Lietuvos Respublikos sveikatos

apsaugos ministerijos 1996 m. rugpjūčio 15 d. Susitarimo protokolus (patikslintus 1998 m. spalio 15 d. protokolu), kuriuos 2009 m. sausio 19 d. pasirašė Socialinio aprūpinimo skyrius prie Rusijos Federacijos ambasados Lietuvos Respublikoje ir VLK, buvo skirtos Rusijos Federacijos kariškių pensininkų ir jų šeimos narių, nuolat gyvenančių Lietuvos Respublikoje, sveikatos priežiūrai. Už vieno Rusijos Federacijos kariškio pensininko ir jo šeimos nario sveikatos priežiūrą Rusijos Federacija moka tiek pat, kiek iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto mokama už vieną apdraustąjį, draudžiamą valstybės lėšomis (2015 m. – 244,6 euro).

06 Išieškomos ar grąžinamos lėšos už Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą.

Išieškomos ar grąžinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą sudarė 2583 tūkst. Eur, iš jų:

- iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už šias paslaugas neteisėtai pateiktas apmokėti sąskaitas, už neteisėtai išrašytus ir išduotus vaistus bei medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP) sudarė 627 tūkst. eurų;
- iš vaistinių išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai išduotus vaistus ir MPP ar neteisėtai už juos pateiktas apmokėti sąskaitas sudarė 8 tūkst. eurų;
- iš fizinių ir juridinių asmenų išieškomos lėšos už apdraustojo privalomuoju sveikatos draudimu sveikatai padarytą žalą ir už kitą PSDF biudžetui padarytą žalą sudarė 1937 tūkst. eurų;
- iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai išrašytus ir išduotus vaistus bei MPP sudarė 11 tūkst. eurų.

Neretai žala sveikatai padaroma muštynių, buitinių konfliktų, eismo įvykių ar kitokių nusikaltimų metu, o nukentėjusiųjų gydymo išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis. Nusizengimus padarę asmenys privalo atlyginti žalą PSDF biudžetui per nustatytą laikotarpį.

07 Lėšos, grąžintinos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis, sudarė 15 370 tūkst. eurų.

08 Kitos pajamos.

Kitos pajamos sudarė 2958 tūkst. Eur, iš jų:

- Europos Sąjungos šalių narių pervedamos lėšos už Europos Sąjungos šalių apdraustųjų gydymą Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros įstaigose – 2636 tūkst. eurų;
- pajamos už Europos sveikatos draudimo kortelių pakartotinį išdavimą – 7 tūkst. eurų;
- pajamos už kompensuojamųjų vaistų pasų pakartotinį išdavimą – 285 tūkst. eurų;
- kitos pajamos – 30 tūkst. eurų.

2015 m. PSDF biudžeto **pajamos iš viso** sudarė 1 386 621 tūkst. Eur, arba 100,4 proc. planuotų pajamų. Buvo gauta 5009 tūkst. Eur daugiau pajamų nei planuota (duomenys apie gautas pajamas pateikiami Aiškinamojo rašto 2 priede).

III. IŠLAIDOS

2015 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso sudarė 1 394 059 tūkst. Eur, arba 100 proc. planuotų išlaidų (iš jų PSDF biudžeto rezervo išlaidos sudarė 14 949 tūkst. Eur).

PSDF biudžeto rezervo lėšos (15 033 tūkst. Eur), 2015 m. gruodžio mėnesį pritarus Lietuvos Respublikos Vyriausybei, buvo skirtos:

1. ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (finansuojamų pagal PSDF biudžeto 01 04 išlaidų straipsnį „Ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“),

suteiktų viršijant 2015 m. asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir teritorinių ligonių kasų (toliau – TLK) sutartyse numatytas lėšų sumas, išlaidoms iš dalies apmokėti (skirta 6073,7 tūkst. Eur);

2. kompensuojamųjų vaistų ir MPP (finansuojamų pagal PSDF biudžeto 02 01 išlaidų straipsnį „Kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms“), kurių teisės aktais nustatytas apmokėjimo terminas viršijamas, įsigijimo išlaidoms iš dalies kompensuoti (7499,3 tūkst. Eur);

3. retų ligų ir būklių gydymo (finansuojamo pagal PSDF biudžeto 02 03 išlaidų straipsnį „Retų ligų ir būklių gydymui bei nenumatytiems atvejams“) išlaidoms, viršijančioms joms numatytas 2015 m. PSDF biudžeto lėšas, apmokėti (1460,0 tūkst. Eur).

01 Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms.

2015 m. PSDF biudžete asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti buvo numatyta 978 486 tūkst. eurų. Pagal 2015 m. priimtas sąskaitas, mokėtina suma už pacientams suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas sudarė 984 032,6 tūkst. Eur (duomenys pateikiami Aiškinamojo rašto 3 priede), buvo sumokėta 984 559,4 tūkst. Eur (iš jų planinėmis PSDF biudžeto lėšomis – 978 485,7 tūkst. Eur, PSDF biudžeto rezervo lėšomis – 6073,7 tūkst. eurų).

2015 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už gruodžio mėnesį suteiktas paslaugas siekė 58 039,2 tūkst. eurų. Už asmens sveikatos priežiūros paslaugas TLK atsiskaitė per 30 dienų nuo sąskaitų gavimo dienos, nepažeisdamos Sveikatos draudimo įstatymo 27 straipsnio 2 dalies nuostatų.

Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra (toliau – PAASP) – viena iš prioritetinių sveikatos apsaugos sistemos sričių, kurioje sprendžiama daugelis asmens sveikatos problemų. Pagrindiniai tikslai teikiant šias paslaugas – gerinti jų kokybę priartinant paslaugas prie paciento, mažinti hospitalizaciją ir plėtoti ambulatorinę slaugą.

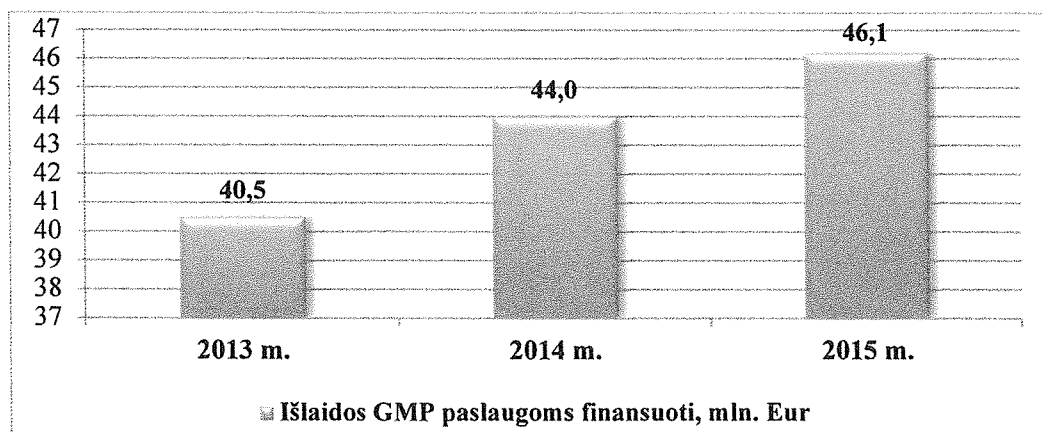
2015 m. PAASP paslaugų išlaidos pagal priimtas apmokėti sąskaitas (įskaitant PSDF biudžeto rezervo lėšas) sudarė 175 286,5 tūkst. Eur (2014 m. – 174 132,9 tūkst. Eur), iš jų 17 333,0 tūkst. Eur – skatinamosioms paslaugoms (2014 m. – 15 473,8 tūkst. Eur) ir 16 118,8 tūkst. Eur – gydymo įstaigų pasiekiamiems geriems darbo rezultatams apmokėti (2014 m. – 16 263,9 tūkst. eurų). Pažymėtina, kad 2015 m. lėšų dalis, mokama už skatinamąsias paslaugas, gerus darbo rezultatus, šeimos gydytojo darbą ir kaimo gyventojų aptarnavimą, palyginti su lėšų dalimi, mokama už PAASP paslaugas, sudarė 26,5 procento.

Siekiant aktyvesnio Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymo (jos vykdymas labai priklauso nuo šeimos gydytojo darbo intensyvumo), 2015 m. įvestas naujas šeimos gydytojo gerų darbo rezultatų rodiklis – Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos programos vykdymo rodiklis (nuo 2015 m. buvo vykdoma šio rodiklio stebėseną). Minėto rodiklio vertė apskaičiuojama nustatant prie PAASP asmens sveikatos priežiūros įstaigų prisirašiusių pacientų, kuriems buvo suteikta informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką ir imunocheminio slapto kraujavimo testo išmatose rezultatų įvertinimo paslauga per programoje numatytą laikotarpį, dalį, palyginti su visais prisirašiusiais prie ASPĮ asmenimis, pagal amžių turinčiais teisę gauti programoje numatytas paslaugas.

Siekiant užtikrinti geresnę vaikų, lankančių ikimokyklinio arba priešmokyklinio ugdymo įstaigas, sveikatos priežiūrą, 2015 m. įvesta nauja PAASP skatinamoji paslauga – vaiko paruošimas ikimokyklinio ir priešmokyklinio ugdymo įstaigai (gydytojo ir slaugytojo paslauga). Už šios paslaugos atlikimą PAASP įstaigos yra papildomai finansiškai skatinamos.

Kasmet vis daugiau PSDF biudžeto lėšų skiriama greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugų išlaidoms apmokėti. 2014 m. PSDF biudžeto išlaidos šioms paslaugoms finansuoti siekė 44 005 tūkst. Eur, 2015 m. – 46 087,7 tūkst. Eur, t. y. apie 2082,7 tūkst. Eur daugiau nei 2014 metais.

**PSDF biudžeto išlaidos (įskaitant PSDF biudžeto rezervo lėšas)
GMP finansuoti 2013–2015 m.**



Siekiant skatinti GMP paslaugas teikiančias įstaigas užtikrinti geresnį šių paslaugų prieinamumą ir kokybišką jų teikimą, įstaigas pradėta reitinguoti pagal GMP gerus darbo rezultatus. Tuo tikslu sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo patvirtinti GMP gerų darbo rezultatų rodikliai. Nuo 2014 m. liepos 1 d. buvo pradėta papildomai mokėti už GMP operatyvų darbą, 2015 m. buvo įvestas GMP gerų darbo rezultatų intensyvumo rodiklis (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gruodžio 30 d. įsakymas Nr. V-1555 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gruodžio 27 d. įsakymo Nr. V-1131 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos teikimo ir išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“). Už pastarąjį rodiklį pradėta mokėti nuo 2016 m. sausio 1 dienos. GMP gerų darbo rezultatų operatyvumo ir intensyvumo rodikliai yra išreikšti sąlyginiais vienetais, nustatyta sąlyginio vieneto vertės apskaičiavimo ir mokėjimo GMP paslaugų teikėjams už gerus darbo rezultatus tvarka. 2014 m. PSDF biudžeto išlaidos GMP geriems darbo rezultatams sudarė 426,2 tūkst. Eur, 2015 m. – 852,2 tūkst. eurų.

Plėtojamos ekonomiškai efektyvios nestacionarinės paslaugos – 2015 m. įdiegtos naujos gydytojų specialistų konsultacijos, kurių metu atliekami tiriamieji ir gydomieji veiksmai (gydytojo akušerio-ginekologo išplėstinė konsultacija, kurios metu atliekamas mikrobiologinis tyrimas; gydytojo kardiologo konsultacija, kurios metu atliekama paros arterinio kraujospūdžio stebėsena ir (ar) kraujagyslių standumo tyrimas, ir (ar) kaklo kraujagyslių ultragarsinis tyrimas; gydytojo neurologo išplėstinė konsultacija, kurios metu atliekamas elektroneuromiografijos tyrimas; gydytojo oftalmologo konsultacija, kurios metu atliekamas akių tyrimas ultragarsu ir (ar) kompiuterinė perimetrija, ir (ar) refrakcijos nustatymas cikloplegijoje ir parenkami akiniai ir kt.). Tokiu būdu skatinamas sudėtingų diagnostikos ir gydymo metodų taikymas ambulatorinėje praktikoje, nes pacientai efektyviau ištiriami ir gydomi ambulatoriškai, nesiunčiant į stacionarines asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir taip mažinant hospitalizaciją.

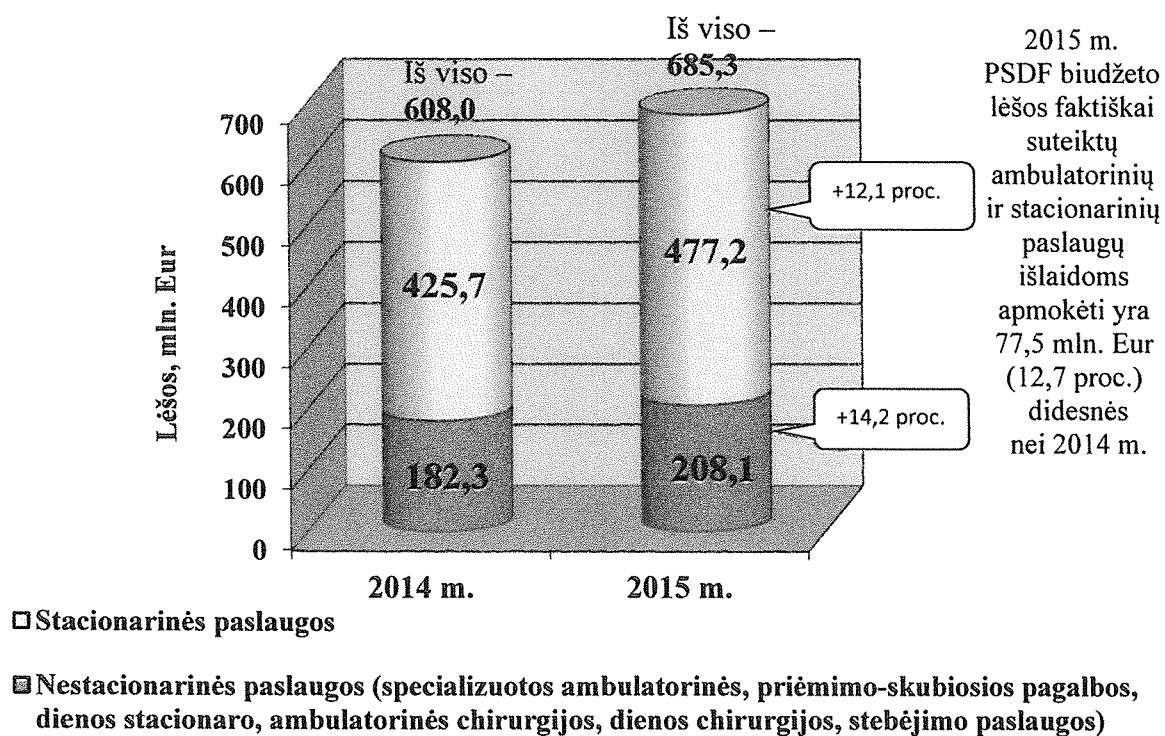
Nuo 2015 m. gegužės mėn. buvo pradėta mokėti už naujas ambulatorines dietologo paslaugas. Tai leidžia suteikti pacientui efektyvią pagalbą ir išvengti gydymo stacionare.

Nuo 2015 m. buvo pradėtas visuotinis naujagimių tikrinimas dėl dar dviejų įimtų medžiagų apykaitos ligų: galaktozemijos ir įgimtos antinksčių hiperplazijos. Taip pat praplėstas genetikos konsultacijų spektras ir įvesti nauji brangūs genetiniai tyrimai.

Siekiant sudaryti sąlygas asmens sveikatos priežiūros įstaigoms daugiau stacionariųjų paslaugų teikti pacientui patrauklesniu būdu – dienos stacionare, buvo pradėtos teikti naujos dienos stacionaro paslaugos – kardiologinės intervencinės radiologijos paslaugos.

Atitinkamai daugiau buvo skiriama ir PSDF biudžeto lėšų, skirtų šių paslaugų išlaidoms apmokėti.

**PSDF biudžeto lėšos (mln. Eur) už faktiškai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas
2014–2015 m.**



Siekiant gerinti VLK ir TLK vykdomą įstaigų bei įmonių veiklos priežiūrą ir įgyvendinant naujai įsigaliojusias Lietuvos Respublikos viešojo administravimo įstatymo 36⁸ ir 36⁹ straipsnių nuostatas, VLK direktoriaus 2015 m. rugsėjo 17 d. įsakymu Nr. 1K-267 „Dėl Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014 m. sausio 21 d. įsakymo Nr. 1K-10 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“ buvo įteisinta mažareikšmio pažeidimo sąvoka ir numatyta poveikio priemonių taikymo už pakartotinius mažareikšmius pažeidimus tvarka. VLK direktoriaus 2015 m. lapkričio 19 d. įsakymu Nr. 1K-339 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos rizikos vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ nauja redakcija išdėstytas Asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ar teritorinėmis ligonių kasomis, veiklos rizikos vertinimo tvarkos aprašas.

Siekiant didinti įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su VLK ar TLK, veiklos priežiūros efektyvumą, 2015 m. spalio mėn. privalomojo sveikatos draudimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ (toliau – IS „Sveidra“) buvo įdiegtos automatinės kontrolės funkcijos, neleidžiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigoms pateikti į šią informacinę sistemą prevencinėse programose numatytų paslaugų ir kai kurių skatinamųjų pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų, neatitinkančių teisės aktų reikalavimų, išlaidų apmokėjimo dokumentų.

VLK direktoriaus 2015 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. 1K-374 „Dėl 2016 metų prioritetinių teritorinių ligonių kasų vykdomos kontrolės kryptių ir stebėsenos rodiklių sąrašo patvirtinimo“ buvo patvirtinti 4 nauji stebėsenos rodikliai. Padidinus stebėsenos rodiklių skaičių, TLK kontrolę vykdys kryptingiau, planuodamos patikrinimus tose įstaigose, kurios viršys nustatytas stebėsenos rodiklių reikšmes.

2015 m. sausio 1 d. TLK pradėjo dalyvauti įgyvendinant Ūkio ministerijos vykdomą Grįžtamojo ryšio modelio projektą, kuris suteikia galimybę patikrintoms įstaigoms anonimiškai įvertinti jose atliktus patikrinimus ir tikrintojų darbo kokybę. Grįžtamojo ryšio modelis padeda sukurti skaidrią ir saugią aplinką tikrinamųjų įstaigų bei priežiūros institucijų bendradarbiavimui. Atlikus 2015 m. I pusmečio TLK dalyvavimo įgyvendinant minėtą projektą rezultatų analizę, paaiškėjo, kad TLK tikrintos įstaigos šiuos patikrinimus įvertino labai gerai ir gerai, nors trečdaliui iš jų buvo skirta bauda ar įspėjimas. Dalyvavusiųjų apklausoje nuomone, TLK ekspertai tikrinimo metu elgėsi profesionaliai, mandagiai, aiškiai atsakė į klausimus. Pasak jų, patikrinimas vyko operatyviai, sklandžiai. Neužfiksuota nė vieno atvejo, kad TLK ekspertai tiesiogiai arba netiesiogiai būtų prašę atlygio. Šis faktas leidžia daryti išvadą, kad TLK specialistai patikrinimus atlieka skaidriai ir objektyviai.

Įstaigų ir įmonių konsultavimas laikomas prioritetine jų veiklos priežiūros, kurią atlieka VLK ir TLK, dalimi. Įstaigos ir įmonės buvo konsultuojamos žodžiu, telefonu, raštu arba elektroniniu paštu. Informacija aktualiais arba dažnai pasikartojančiais klausimais skelbta VLK ir TLK interneto svetainėse. 2015 m. TLK specialistai iš viso suteikė 191 630 konsultacijų įstaigoms ir įmonėms, aiškindami teisės aktų nuostatas, reglamentuojančias asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, jų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis tvarką, kompensuojamųjų vaistų išrašymo, išdavimo ir jų įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarką, konsultavo stacionariųjų ir dienos chirurgijos paslaugų kodavimo ir medicinos apskaitos dokumentų formų pildymo klausimais. 2015 m. TLK taikė 5563 kitas metodinės pagalbos įstaigoms priemones (vykdė prevencines priemones, konsultavo įstaigas seminaruose, skelbė informacinius pranešimus interneto svetainėse ir kt.).

Palyginti su 2014 m., 2015 m. TLK suteikė 29 462 (18 proc.) daugiau konsultacijų. 2015 m. TLK įstaigoms ir įmonėms suteikė 760 (16 proc.) daugiau metodinės pagalbos priemonių negu 2014 metais.

2015 m. TLK vykdė įstaigų ir įmonių veiklos duomenų, kaupiamų IS „Sveidra“, stebėseną pagal VLK direktoriaus 2013 m. gruodžio 4 d. įsakymu Nr. 1K-276 „Dėl 2014 metų prioritetinių teritorinių ligonių kasų vykdomos kontrolės kryptių ir stebėsenos rodiklių sąrašo tvirtinimo“ patvirtintus 8 stebėsenos rodiklius. TLK peržiūrėjo 294 248 statistines korteles (forma Nr. 066/a-LK), iš jų 3933 statistinių kortelių duomenis įstaigos turėjo patikslinti.

2015 m. TLK per metus atliko 992 įmonių ir įstaigų kontrolės procedūras. Bendras 2015 m. nustatytos žalos PSDF biudžetui dydis viršijo 971 744 eurus ir buvo 19 proc. didesnis, negu nustatytas 2014 metais. 2015 m. TLK atlikus kontrolės procedūras, kai kurioms įmonėms ir

įstaigoms buvo taikomos atitinkamos poveikio priemonės. Bendras taikytų baudų dydis siekė 15 362 eurus.

2015 m. TLK atliktų kontrolės procedūrų duomenų suvestinė

TLK	Atliktų kontrolės procedūrų skaičius	Planinės kontrolės procedūrų skaičius	Neplaninės kontrolės procedūrų skaičius	Kontrolės procedūrų, kurių metu nustatyta žala PSDF biudžetui, skaičius	Kontrolės procedūrų, kurių metu nenustatyta žalos PSDF biudžetui, skaičius	Nustatyta žala PSDF biudžetui, Eur
Vilniaus	261	136	125	139	122	180 331
Kauno	240	189	51	148	92	386 641
Klaipėdos	213	163	50	126	87	153 269
Šiaulių	117	99	18	90	27	68 563
Panevėžio	161	105	56	64	97	182 940
Iš viso	992	692	300	567	425	971 744

Išsami metinė asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų įstaigų bei įmonių, sudariusių sutartis su VLK ar TLK, veiklos priežiūros ataskaita skelbiama VLK interneto svetainėje.

Nuo 2012 m. buvo pereita prie naujos aktyviojo gydymo (stacionaro ir dienos chirurgijos) paslaugų klasifikacijos ir jų išlaidų apmokėjimo, taikant giminingų diagnozių grupių metodą. Jo esmė: mediciniais ir ekonominiais kriterijais pagrįstas atvejų, kai pacientams taikomas aktyvusis gydymas, klasifikavimas, priskiriant šiuos atvejus tam tikroms kategorijoms (giminingų diagnozių grupėms). Pagrindinis tikslas – užtikrinti teisingą (proporcingą realioms sąnaudoms) ir skaidrų ligoninių teikiamų paslaugų išlaidų apmokėjimą ir turėti priemonę ligoninių veiklos lyginamajai analizei atlikti (lyginant tarpusavyje šalies asmens sveikatos priežiūros įstaigas arba Lietuvos ir užsienio asmens sveikatos priežiūros įstaigas).

Siekiant išvengti ligoninių veiklos sutrikimų ir pritarus Privalomojo sveikatos draudimo tarybai, buvo apsispręsta giminingų diagnozių grupių metodą diegti laipsniškai, todėl 2012–2013 m. šio metodo įdiegimas neturėjo įtakos ligoninių sutartinėms sumoms. Giminingų diagnozių grupių metodo poveikis tapo akivaizdus 2014 m. – 11,5 proc. ligoninių uždirbtų lėšų už aktyviojo gydymo paslaugas buvo apskaičiuotos taikant šį metodą, o 2015 m. – 18,22 proc., iš jų:

- dienos chirurgijos paslaugoms teko 7,03 proc. šių lėšų,
- klasterinėms paslaugoms (infarktų, insultų gydymo) – 1,9 proc. šių lėšų,
- gimdymams – 3,86 proc. šių lėšų,
- vaikams (iki 3 metų) suteiktoms paslaugoms – 5,43 proc. šių lėšų.

Planuojant 2016 m. sutartines sumas ir toliau bus laikomasi laipsniško giminingų diagnozių grupių metodo diegimo.

Esminė sąlyga, leidžianti pateisinti lūkesčius, siejamus su giminingų diagnozių grupių metodo taikymu, – tikslūs šioms grupėms priskiriami kainų koeficientai (kainos turi būti proporcingos sąnaudoms). Šiuo metu taikomi koeficientai yra apskaičiuoti kombinuotu būdu: Lietuvos ligoninių (67) faktinės sąnaudos priskiriamos atitinkamoms sąnaudų grupėms pagal tarptautinę kainos sąnaudų (Australijos AR-DRG klasifikavimo sistema) struktūrą. Aktyviojo gydymo paslaugų kainų disproporcijos kol kas išlieka, nes ligoninių registruojami sąnaudų duomenys yra nepakankamai detalūs atskirų paslaugų savikainai nustatyti ir ligoninių veiklos efektyvumui patikimai įvertinti.

2015 m. I ketv. pradėtas vykdyti detalios sąnaudų apskaitos paciento lygiu projektas (numatoma trukmė – 3 metai), kurio įgyvendinimas leis apskaičiuoti kiekvienos aktyviojo gydymo paslaugos savikainą bei sudėti ir jų pagrindu nustatyti vidutinę paslaugos kainą.

2015 m. buvo siekiama, kad visos šalies stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos, naudodamosi TLK-10-AM, Medicininių intervencijų klasifikacija ir Kodavimo standartais, vienodu būdu priskirtų aktyviojo gydymo atvejus atitinkamoms giminingų diagnozių grupėms. Tuo tikslu buvo atlikta 2014 m. aktyviojo gydymo atvejų klinikinio kodavimo duomenų kokybės analizė, vadovaujantis VPK direktoriaus 2015 m. birželio 29 d. įsakymu Nr. 1K-183 „Dėl Kodavimo standartų patikslinimo, kodavimo standartų priedo „Papildomi Lietuvos kodavimo standartai“ parengimo ir jų paskelbimo“ parengti Papildomi Lietuvos kodavimo standartai, asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir TLK atstovams buvo suorganizuota 15 klinikinio kodavimo mokymų, parengti ir VPK interneto svetainėje paskelbti 4 klinikinio kodavimo biuleteniai, patikrinti 88 gydymo įstaigų duomenys (naudojant automatinius ir neautomatinius tikrinimo metodus). Buvo parengtas ir 2015 m. gruodžio mėn. Stacionariųjų paslaugų apskaitos posistemyje (SPAP) įdiegtas 10 taisyklių duomenų tikrinimo rinkinys.

VPK direktoriaus 2015 m. gruodžio 8 d. įsakymu Nr. 1K-357 „Dėl Stacionare teikiamų aktyviojo gydymo ir transplantacijos paslaugų stebėsenos vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ buvo patvirtintas Stacionare teikiamų aktyviojo gydymo ir transplantacijos paslaugų stebėsenos vykdymo tvarkos aprašas, kuriame nurodyti 4 bendrieji ir 35 specialieji klinikinio kodavimo stebėsenos rodikliai. Pagal šiuos rodiklius numatoma kasmet vertinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų klinikinio kodavimo duomenų kokybę. 2015 m. klinikinio kodavimo stebėsenos rezultatų vertinimo ataskaita yra skelbiama VPK interneto svetainėje.

Siekiant įvertinti PSDF biudžeto lėšų naudojimo efektyvumą, buvo atliktos šios analizės: 2014 m. kelių gydymo etapų vienos hospitalizacijos metu analizė; rehospitalizacijos analizė; gydymo įstaigų veiklos efektyvumo vertinimo kiekybinių rodiklių analizė; širdies transplantacijos 2012–2015 m. išgyvenamumo ir įtakos PSDF biudžetui analizė; 2014 m. aktyviojo gydymo paslaugų analizė bei apžvalga.

02 Vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms.

02 01 kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms.

2015 m. kompensuojamuosius vaistus ir MPP vartojo apie 1,16 mln. pacientų, t. y. apie 40 proc. visų Lietuvos gyventojų (2015 m. iš viso buvo 2,9 mln. gyventojų). Šis rodiklis panašus ir kitose ES valstybėse, kuriose kompensuojamuosius vaistus vartojo 40–60 proc. šalies gyventojų.

2015 m. PSDF biudžete kompensuojamiesiems vaistams ir MPP (įskaitant inovacinius vaistus) buvo numatyta 214 319 tūkst. Eur, t. y. 14 481 tūkst. Eur (7,2 proc.) daugiau nei 2014 metais.

Už pacientams išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP TLK atsiskaito su vaistinėmis pagal jų pateiktas sąskaitas.

2015 m. išduotų kompensuojamųjų vaistų ir MPP (įskaitant inovacinius vaistus) sumą (faktinės išlaidas) sudarė 212 589,8 tūkst. eurų. Ši suma buvo 7509,2 tūkst. Eur (3,7 proc.) didesnė nei 2014 m. (205 080,6 tūkst. eurų). 2015 m. faktinės išlaidos (priimtose apmokėti sąskaitose) buvo 0,8 proc. (1729,2 tūkst. Eur) mažesnės nei planuotosios.

2015 m. iš PSDF biudžeto rezervo buvo skirta 7499,3 tūkst. Eur kompensuojamųjų vaistų ir MPP, kurių teisės aktais nustatytas apmokėjimo terminas viršijamas, įsigijimo išlaidoms iš

dalies kompensuoti, todėl 2015 m. gruodžio 31 d. duomenimis kreditinis įsiskolinimas už kompensuojamuosius vaistus ir MPP sudarė 31 367,7 tūkst. Eur, t. y. 9228,5 tūkst. Eur (22,7 proc.) mažiau nei 2014 m. gruodžio 31 d. duomenimis.

2014 m.			2015 m.		
PSDF biudžeto planas, tūkst. Eur	Faktinės išlaidos pagal priimtas sąskaitas, tūkst. Eur	Faktinių išlaidų ir biudžeto plano skirtumas, proc.	PSDF biudžeto planas, tūkst. Eur	Faktinės išlaidos pagal priimtas sąskaitas, tūkst. Eur	Faktinių išlaidų ir biudžeto plano skirtumas, proc.
199 837,8	205 080,6	2,6	214 319,0	212 589,8	0,8

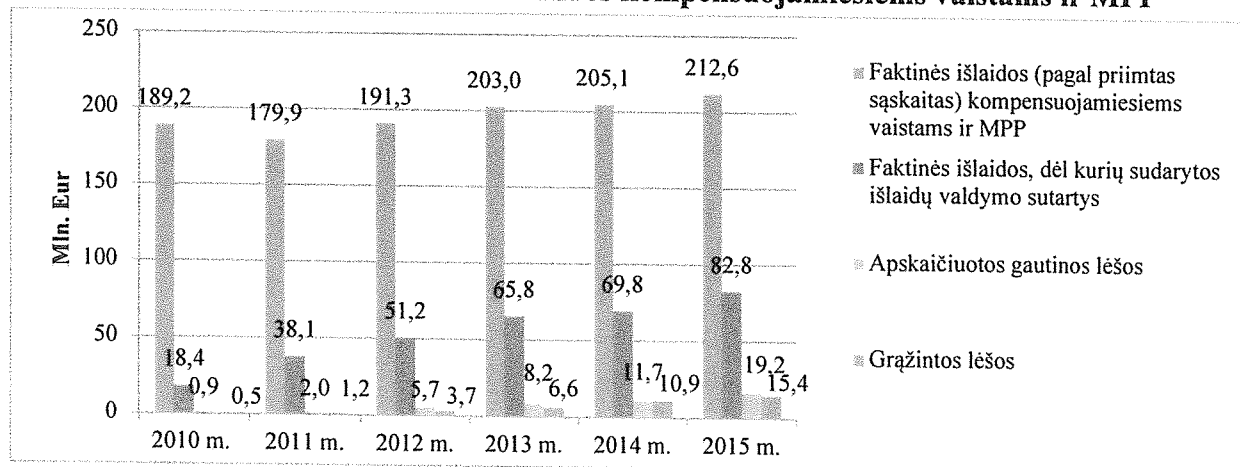
2015 m. Lietuvoje buvo kompensuojamos apie 2100 vaistų (prekiniais pavadinimais) įsigijimo išlaidos. Išrašyta apie 11,5 mln. receptų kompensuojamiesiems vaistams ir MPP (įskaitant inovacinius vaistus), t. y. apie 482 tūkst. receptų mažiau negu 2014 metais. 2015 m. pacientų priemokos už kompensuojamuosius vaistus ir MPP, palyginti su 2014 m., padidėjo apie 2,7 procento. 2015 m. vidutinė paciento mokama priemoka, tenkanti vienam receptui, buvo apie 4,7 Eur, 2014 m. – 4,4 Eur, 2013 m. – 3,8 euro. Vidutinė recepto priemoka padidėjo, nes sumažėjo išrašomų receptų skaičius, t. y. gydytojai ant vieno recepto blanko išrašo didesnę kiekį vaistų ilgesniam gydymo laikotarpiui, todėl pacientai vienu kartu turi daugiau primokėti.

2015 m. PSDF biudžeto išlaidų, tenkančių vienam kompensuojamųjų vaistų receptui, vidutinė suma sudarė 18,57 Eur, 2014 m. – 17,19 Eur, 2013 m. – 16,78 euro. 2015 m., palyginti su 2014 m., PSDF biudžeto išlaidų, tenkančių vienam kompensuojamųjų vaistų receptui, suma padidėjo apie 8 proc., arba 1,4 Eur (duomenys pateikiami Aiškinamojo rašto 4, 5 ir 6 prieduose).

2015 m. VLK su 31 vaistų gamintoju buvo sudariusi 108 PSDF biudžeto išlaidų kompensuojamiesiems vaistams valdymo sutartis dėl 83 bendrinių pavadinimų vaistų. 2015 m., vykdamas minėtas sutartis, į PSDF biudžetą buvo grąžinta 15 369,7 tūkst. eurų.

Tobulinant PSDF biudžeto sudarymą ir siekiant, kad iš vaistų gamintojų pervestos lėšos būtų skirtos vaistų ir MPP įsigijimo išlaidoms kompensuoti, 2015 m. pusė planinių lėšų, grąžintinų pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis (5792 tūkst. Eur), buvo numatyta naujų inovacinių vaistų įsigijimo išlaidoms kompensuoti. Šiomis lėšomis buvo kompensuojamos 19 inovacinių vaistų įsigijimo išlaidos. 2015 m. išduotų inovacinių vaistų faktinės išlaidos sudarė 8369,7 tūkst. eurų. Ši suma buvo 2577,7 tūkst. Eur (44,5 proc.) didesnė nei numatyta 2015 m. PSDF biudžete.

2010–2015 m. PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir MPP

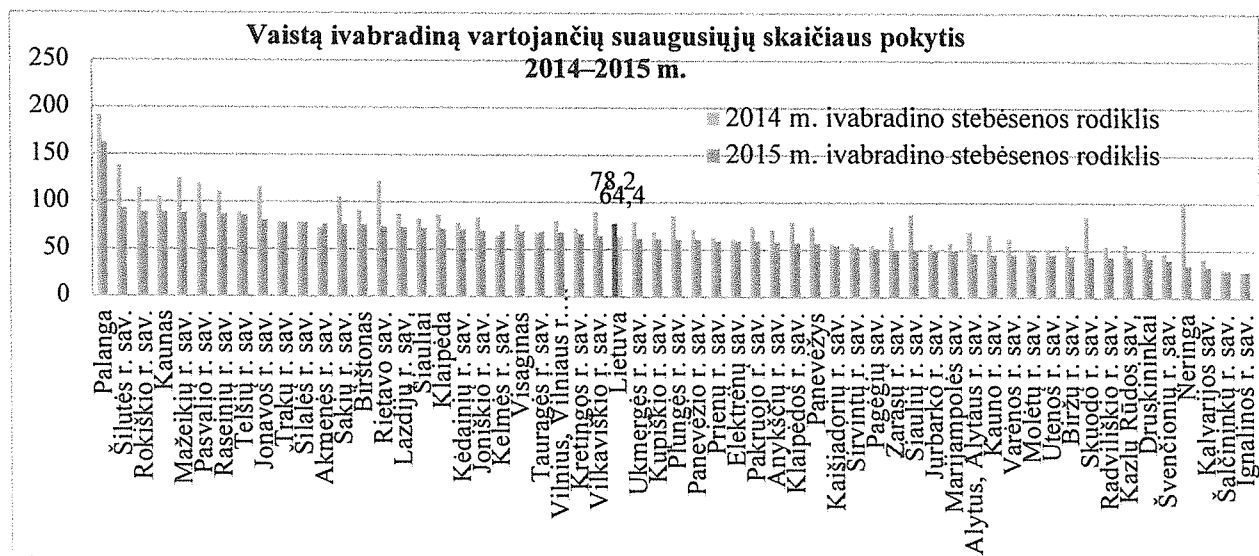


Dalis nuo visų faktinių išlaidų (pagal priimtas sąskaitas) kompensuojamiesiems vaistams ir MPP, proc.	2010 m.	2011 m.	2012 m.	2013 m.	2014 m.	2015 m.
Faktinės išlaidos, dėl kurių sudarytos sutartys	9,7	21,2	26,8	32,4	34,0	38,9
Apskaičiuotos gautinos lėšos	0,5	1,1	3,0	4,0	5,7	9,0
Grąžintos lėšos	0,3	0,7	1,9	3,3	5,3	7,2

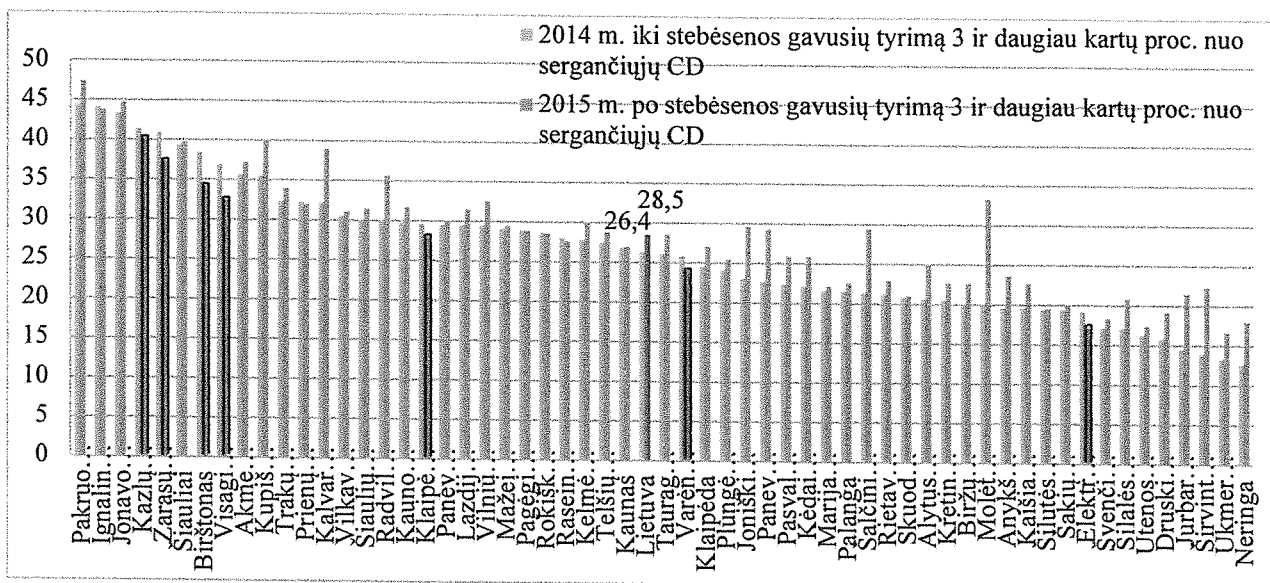
VLK, siekdama, kad vaistai būtų kuo racionaliau skiriami ir vartojami bei mažėtų pacientų už juos mokama suma, 2015 m. pradėjo vykdyti Skatinimo racionaliai vartoti vaistus 2015–2017 m. priemonių planą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-1273 „Dėl Skatinimo racionaliai vartoti vaistus 2015–2017 m. priemonių plano patvirtinimo“.

Atsižvelgiant į tai, 2015 m. pabaigoje pradėta rengti socialinė programa „Būk protingas, neprimokėk už vaistus“. Įgyvendinant šį projektą, buvo parengtas vaizdo klipas, garso klipas ir socialinė reklama didžiųjų miestų viešajame transporte. Šio projekto tikslas – skatinti pacientus pasirinkti generinius vaistus (pigescius, tačiau ne prastesnius).

Įgyvendinant minėtą priemonių planą, 2015 m. padidintas vaistų, kuriems taikoma stebėseną, skyrimo rodiklių, leisiančių gydytojui ar gydymo įstaigos administratoriams įvertinti savo veiklą ir palyginti ją su kolegų ar kitų gydymo įstaigų veikla, skaičius. 2014 m. buvo stebimas 1 rodiklis – „Asmenų, vartojančių vaistą ivabradiną, skaičius, tenkantis 10 000 suaugusiųjų, prisirašiusių prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų TLK veiklos zonos savivaldybėse“, o 2015 m. kompensuojamųjų vaistų stebėseną papildė naujas rodiklis – „Kompensuojamuosius vaistus (kurių ATC kodas pagal II lygį yra A10) cukriniam diabetui gydyti vartojančių suaugusiųjų, kuriems buvo suteikta gliukozilinto hemoglobino nustatymo paslauga 3 ar 4 kartus per metus, skaičius, tenkantis 100 suaugusiųjų, vartojančių kompensuojamuosius vaistus cukriniam diabetui gydyti“. Atlikta palyginamoji stebėsenos rodiklių 2014 m. ir 2015 m. IS „Sveidra“ duomenų analizė. Stebimas rodiklio reikšmės regioninių netolygumų skiriant vaistą ivabradiną mažėjimas daugelyje savivaldybių.



Sergančiųjų cukriniu diabetu stebėsenos rodiklio pasiskirstymo pagal savivaldybes analizė atskleidžia, kad, vykdant stebėseną, dažniau atliekamas tyrimas, parodantis cukrinio diabeto gydymo kokybę. Taip sudaromos sąlygos ne tik pacientams laiku gauti reikalingus tyrimus, bet ir gydytojams tinkamai stebėti cukriniu diabetu sergančių pacientų gydymo efektyvumą.



02 02 centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms.

2015 m. PSDF biudžeto išlaidos centralizuotai apmokamiems vaistams ir MPP iš viso sudarė 39 711,9 tūkst. eurų.

2015 m., kaip ir 2 metus prieš tai, buvo vykdomos derybos dėl į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą (toliau – Sąrašas), patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugpjūčio 28 d. įsakymu Nr. V-910 „Dėl Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašo patvirtinimo“, įrašytų vienintelio gamintojo gaminamų vaistinių preparatų kainų. 2015 m. buvo derėtasi su 9 vaistų gamintojais dėl 17 pavadinimų centralizuotai apmokamų vaistų. 2015 m. šių vaistų kainos vidutiniškai sumažėjo 4 procentais. Bendras teigiamas ekonominis efektas, pasiektas derantis dėl centralizuotai apmokamų vaistų, sudaro apie 0,72 mln. eurų.

Viena iš VLK funkcijų yra netiesioginis apdraustųjų aprūpinimas centralizuotai apmokamais vaistais ir MPP. Apdraustieji minėtais vaistais ir MPP aprūpinami per gydymo įstaigas.

Išlaidų suma centralizuotai apmokamiems vaistams 2015 m. sudarė 25 372,4 tūkst. Eur, t. y. 5 proc. daugiau nei 2014 metais. 2014 m. ši suma sudarė 24 097,0 tūkst. eurų.

2015 m. Sąrašas buvo papildytas nauja indikacija – diabetinės geltonosios dėmės paburkimams gydyti pradėti centralizuotai pirkti antineovaskuliarizuojantys vaistai, kurie iki tol buvo perkami tik amžinės geltonosios dėmės degeneracijai gydyti. Taip pat 2015 m. sąrašas buvo papildytas vaistu *Tocilizumab* sisteminiam jaunatviniam artritui, jaunatviniam poliartritui ir reumatoidiniam artritui gydyti.

Išlaidų suma centralizuotai apmokamoms MPP sudarė 14 339,5 tūkst. Eur arba 12,2 proc. daugiau nei 2014 metais. 2014 m. ši suma siekė 12 783,4 tūkst. eurų.

2015 m., siekiant mažinti pacientų, laukiančių nemokamo klubo ir kelio sąnario endoprotezo, eiles, sąnarių endoprotezams įsigyti buvo skirta 20 proc. daugiau lėšų, palyginti su

2014 metais. Skyrus daugiau lėšų ir įsigijus didesnę kiekį sąnarių endoprotezų, 2015 m. žymiai sutrumpėjo nemokamo sąnario endoprotezo paskyrimo laukimo laikas. Pvz., klubo sąnario endoprotezo paskyrimo laukimo laikas sutrumpėjo perpus – nuo 14 mėn. (2014 m.) iki 7 mėn. (2015 metais).

2015 m. išlaidos kochleariniams implantams sudarė apie 1630 tūkst. eurų. Palyginti su 2014 m., šios išlaidos padidėjo apie 530 tūkst. eurų. Tokį išlaidų padidėjimą lėmė 2014 m. pakeistas Kochlearinio implanto, BAHA įsriegiamojo kaulinio implanto, vidurinės ausies sistemos ir atsarginio šių medicinos pagalbos priemonių procesoriaus įsigijimo išlaidų kompensavimo PSDF biudžeto lėšomis tvarkos aprašas. Pakeitus šį teisės aktą, buvo pradėtos kompensuoti dviejų kochlearinių implantų vaikams įsigijimo išlaidos (iki tol buvo kompensuojamos vieno kochlearinio implanto įsigijimo išlaidos). Informacija apie pacientų prašymus kompensuoti jų išlaidas kelio ir klubo sąnarių endoprotezams bei klausos aparatams, įsigytiems savomis lėšomis, pateikta Aiškinamojo rašto 7 priede.

02 03 retų ligų ir būklių gydymui bei nenumatytiems atvejams.

2015 m. išlaidų suma retų ligų ir būklių gydymui bei gydymui nenumatytais atvejais sudarė 4562 tūkst. Eur, t. y. 65,2 proc. daugiau nei 2014 metais. 2014 m. ši suma siekė 2760,8 tūkst. eurų. 2015 m. suplanuotos 3186 Eur sumos neužteko 2014 m. kreditiniam įsiskolinimui padengti ir prisiimtiems įsipareigojimams įvykdyti, todėl papildomai buvo panaudota 1376 tūkst. Eur suma iš PSDF biudžeto rezervo.

2015 m. buvo išnagrinėta 590 prašymų (6,9 proc. mažiau negu 2014 m.) kompensuoti gydymo išlaidas 579 pacientams, tuo tarpu 2014 m. buvo gauti 634 gydymo įstaigų prašymai kompensuoti gydymo išlaidas 609 pacientams, kuriems diagnozuotos retos ligos ir būklės. Šiems pacientams buvo kompensuotos reikiamų vaistų ir MPP įsigijimo išlaidos. 2015 m. gautų prašymų skaičius sumažėjo, nes kai kurie vaistai buvo pradėti kompensuoti išrašant 3 formos receptus, todėl buvo gauta mažiau prašymų iš gydymo įstaigų.

03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui.

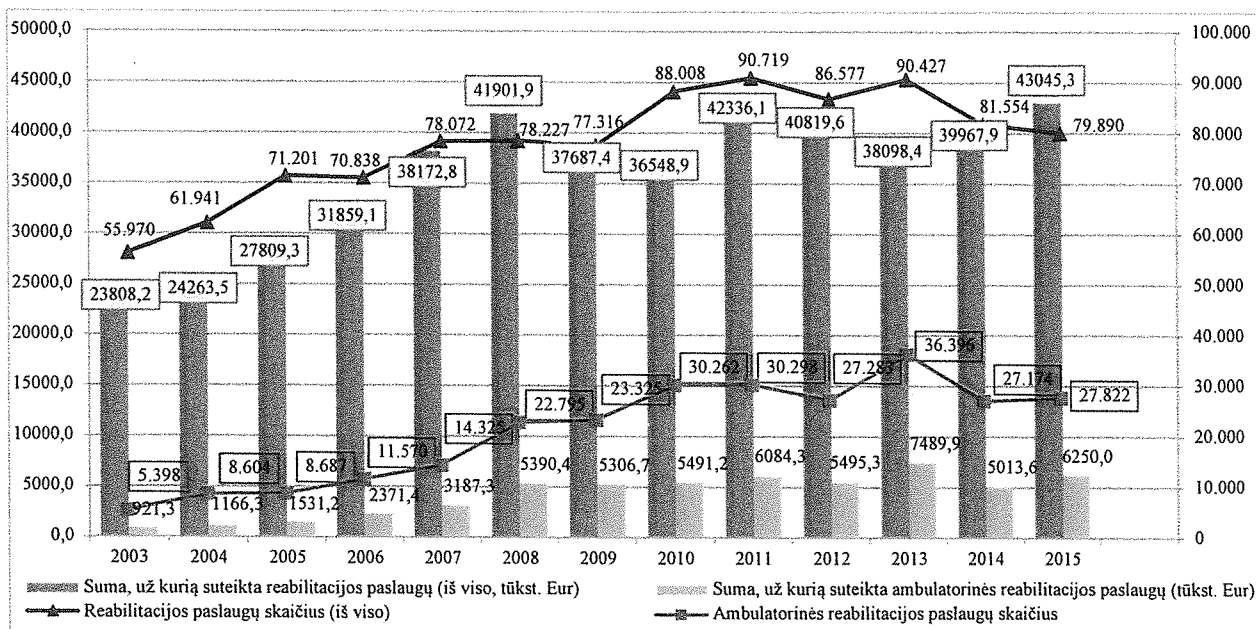
2015 m. pacientams medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų buvo suteikta už 43 045,3 tūkst. eurų (duomenys pateikiami Aiškinamojo rašto 8 priede). Kreditinis įsiskolinimas už suteiktas medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugas 2015 m. gruodžio 31 d. duomenimis sudarė 3772,3 tūkst. eurų (už gruodžio mėnesį suteiktas paslaugas).

2015 m. pacientams buvo suteikta 79 890 medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo paslaugų (iš jų 27 822 – ambulatorinės reabilitacijos paslaugos).

Suteiktų ambulatorinės reabilitacijos paslaugų skaičius žymiai nekito: 2015 m. buvo suteikta 648 ambulatorinės reabilitacijos paslaugomis daugiau nei 2014 metais.

Nuo 2015 m. II pusmečio PSDF biudžeto lėšomis buvo pradėtos finansuoti naujos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos suaugusiesiems (paslaugos teikiamos vadovaujantis Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 21 d. įsakymu Nr. V-788 „Dėl Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“). 2015 m. buvo suteikta 61 psichosocialinės reabilitacijos paslauga už 19,3 tūkst. eurų.

Medicininės reabilitacijos paslaugų teikimo ir faktinių išlaidų šioms paslaugoms dinamika 2003–2015 m.



04 Ortopedijos techninėms priemonėms.

Viena iš VLK funkcijų – užtikrinti ortopedijos techninių priemonių (toliau – OTP) gamybos ir pritaikymo išlaidų kompensavimą apdraustiesiems. Vadovaujantis Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarkos aprašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. kovo 31 d. įsakymu Nr. V-234 „Dėl Valstybės paramos ortopedijos techninėms priemonėms įsigyti organizavimo tvarkos patvirtinimo“, 24¹ punktu, atsiskaitant už pagamintas ir išduotas OTP yra taikomas kintamasis balas.

PSDF biudžeto lėšomis iš viso kompensuojama 60 rūšių OTP. Brangiausios iš jų yra rankų ir kojų protezinės sistemos. Atsižvelgiant į tai, kad jos skiriamos sunkiems ligoniams, bei į šių sistemų brangumą (daugeliui pacientų jas būtų sunku įsigyti savo lėšomis), VLK protezines sistemas priskiria prioritetiniams poklasiams ir skiria jiems didesnę finansavimą. 2015 m. buvo kompensuota 131 tūkst. OTP, kurias gavo beveik 83 tūkst. apdraustųjų. Iš jų 93 pacientams buvo kompensuotos rankų protezinių sistemų ir 1200 pacientų – kojų protezinių sistemų įsigijimo išlaidos.

2015 m. OTP gamybos ir pritaikymo išlaidoms kompensuoti iš PSDF biudžeto buvo skirta 14 481 tūkst. Eur, iš kurių 10 137 tūkst. Eur skirti OTP gamybos ir pritaikymo išlaidoms apmokėti ir 4344 tūkst. Eur – neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti. 2015 m. faktinės išlaidos (suma pagal priimtas sąskaitas, įskaitant neapibrėžtuosius įsipareigojimus) sudarė 14 456,3 tūkst. Eur, arba 99,8 proc. planuotų išlaidų. Neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti buvo panaudotos planinės 2015 m. lėšos (4344 tūkst. eurų). Informacija apie neapibrėžtuosius įsipareigojimus už pagamintas ir išduotas OTP pateikiama Aiškinamojo rašto 9 priede.

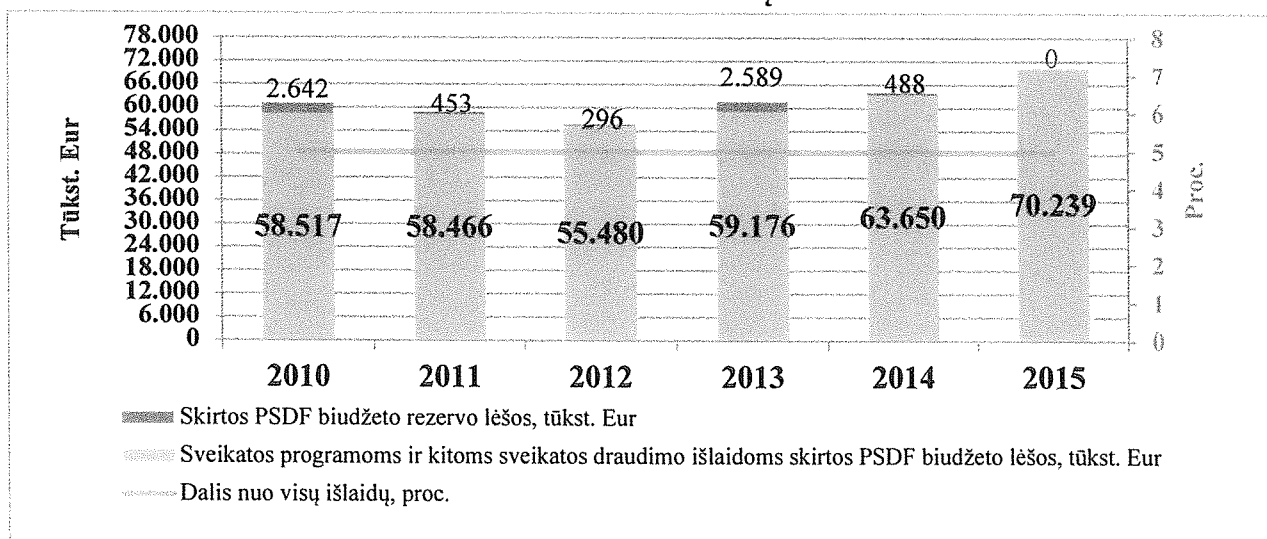
2015 m. OTP gamybos ir pritaikymo išlaidų kompensuota (apmokėta) už 10 055,9 tūkst. eurų. 2015 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas už pagamintas ir išduotas OTP sudarė 842 tūkst. eurų. Palyginti su 2014 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas padidėjo 56,4 tūkst. Eur, arba 7,2 proc. (2014 m. gruodžio 31 d. duomenimis, kreditinis įsiskolinimas siekė 785,6 tūkst. eurų).

05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms.

PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos įvairios sveikatos programos. 2015 m. sveikatos programoms finansuoti ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti buvo skirta 70 239 tūkst. eurų. Kadangi pastaruoju metu vis daugiau dėmesio skiriama ligų prevencijai, 13 376,3 tūkst. eurų buvo skirta šešioms prevencinėms programoms vykdyti. Laiku užkirtus kelią ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas, išvengiama didesnių gydymo išlaidų, todėl 2015 m. buvo toliau vykdomos Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio, Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos, Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių, Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos ir Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis finansavimo programos.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 20 d. įsakymu Nr. V-51 „Dėl sveikatos paslaugų prieinamumo ir priimtino stebėsenai reikalingų duomenų teikimo“ buvo nustatyta, kad VLK du kartus per metus, t. y. pasibaigus I metų pusmečiui ir vieniems metams, turi teikti informaciją Sveikatos apsaugos ministerijai apie PSDF biudžeto lėšomis finansuojamų prevencinių programų vykdymą.

Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms skiriama apie 5 proc. PSDF biudžeto lėšų



05 01 Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programai.

Programa skirta moterims nuo 25 iki 60 metų.

– Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programai, patvirtintai Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 30 d. įsakymu Nr. V-482 „Dėl Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, finansavimo programos patvirtinimo“, vykdyti 2015 m. buvo išleista 1551,5 tūkst. eurų. Pagal šią programą moterys nuo 25 iki 60 metų kas trejus metus gali pasitikrinti dėl gimdos kaklelio vėžio.

Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių finansavimo programa							
Metai	Skirta PSDF biudžeto lėšų, tūkst. Eur			Suma pagal priimtas sąskaitas, tūkst. Eur	Apmokėta, tūkst. Eur	Lėšų panaudojimas, proc. (priimta sąsk./skirta*100)	Patikrintų asmenų skaičius IS „Sveidra“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2011	1559,6	1505,2	54,4	1263,3	1242,7	81,0	113 077
2012	1581,4	1538,0	43,4	1426,9	1441,8	90,2	125 529
2013	1247,9	1126,0	121,9	1201,9	1204,9	96,3	109 816
2014	1465,2	1438,0	27,2	1418,8	1396,6	96,8	118 534
2015	1590,8	1590,8	0,0	1571,2	1551,5	98,8	128 225

Lietuvoje Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa vykdoma jau daugiau nei 11 metų. Nuo programos vykdymo pradžios iki 2015 m. pabaigos 1 kartą citologinio tepinėlio paėmimo ir jo rezultatų įvertinimo paslaugos buvo suteiktos 296 266 moterims, 2 kartus – 213 627 moterims, 3 kartus – 125 111 moterų, 4 kartus – 36 583 moterims, 5 kartus – 4918 moterų. Iš viso nuo programos vykdymo pradžios moterims, dalyvavusioms programoje, buvo paimti daugiau kaip 1295 tūkst. citologinių tepinėlių. Bent 1 kartą per nurodytą laikotarpį programoje sudalyvavo 677 tūkst. moterų. 2015 m. pagal šią programą pasitikrino 128 225 moterys, t. y. beveik 8 proc. daugiau nei 2014 metais.

Pradėjus vykdyti minėtą programą, pasikeitė sergamumo gimdos kaklelio vėžiu struktūra. Iki 2004 m. vyravo sergamumas invaziniu vėžiu. Pradėjus vykdyti programą, 2004 m. padaugėjo išaiškintų ankstyvųjų ikivėžinių (*in situ*) susirgimų atvejų, o nuo 2007 m. vis dažniau išaiškinami gimdos kaklelio *in situ* atvejai, kurie yra visiškai išgydomi. Pradėjus vykdyti minėtą prevencinę programą, Lietuvoje buvo nustatyta 570 gimdos kaklelio vėžio atvejų ir tik 256 ikivėžiniai gimdos kaklelio susirgimai (*Ca in situ*). Jau 2005 m. įvyko pirmieji teigiami sergamumo gimdos kaklelio vėžiu pokyčiai: diagnozuoti 533 *Ca in situ* atvejai, o vėžio – tik 500 atvejų. Per visą programos vykdymo laikotarpį sergamumo gimdos kaklelio vėžio struktūroje ikivėžinės *Ca in situ* stadijos susirgimų registruojama daugiau nei vėžio atvejų.

Lietuvos vėžio registro duomenimis, 2010 m. buvo užregistruoti 634 *Ca in situ* atvejai, 2011 m. – 702, 2012 m. – 805 (preliminariais duomenimis), o 2013 m. – daugiau kaip 729 (preliminariais duomenimis) atvejai.

Vykdam programą teikiamos šios paslaugos: informavimo dėl gimdos kaklelio piktybinių navikų profilaktikos paslauga, gimdos kaklelio citologinio tepinėlio paėmimo ir rezultatų įvertinimo paslauga, gimdos kaklelio citologinio tepinėlio ištyrimo paslauga, gimdos kaklelio biopsijos ir jos rezultatų įvertinimo paslauga, gimdos kaklelio biopsijos medžiagos ištyrimo paslauga.

Gydymo įstaigoms už faktiškai suteiktas paslaugas mokama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatytais bazinėmis kainomis (balais).

05 02 Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai.

Programa skirta moterims nuo 50 iki 69 metų (imtinai). Šiai amžiaus grupei priskiriamos moterys gali 1 kartą per 2 metus sudalyvauti programoje ir pasitikrinti dėl krūties vėžio.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programai, patvirtintai Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 23 d. įsakymu Nr. V-729 „Dėl Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programos patvirtinimo“, vykdyti 2015 m. buvo išleista 1983,2 tūkst. eurų.

Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programa							
Metai	Skirta PSDF biudžeto lėšų, tūkst. Eur			Suma pagal priimtas sąskaitas, tūkst. Eur	Apmokėta, tūkst. Eur	Lėšų panaudojimas, proc. (priimta sąsk./skirta*100)	Patikrintų asmenų skaičius (IS „Sveidra“ duomenimis)
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2011	1518,3	1469,1	49,2	1476,7	1447,5	97,3	75 910
2012	1763,1	1713,7	49,3	1586,0	1625,0	90,0	82 429
2013	1563,8	1423,9	139,9	1531,8	1489,9	98,0	80 348
2014	1861,4	1826,3	35,2	1836,7	1818,9	98,7	93 121
2015	2036,9	2036,9	0,0	1996,2	1983,2	98,0	96 593

Programos tikslas – nustatyti ligą kuo ankstyvesnėje stadijoje. Ši programa Lietuvoje vykdoma nuo 2005 m., joje dalyvaujančios 50–69 metų moterys kas dvejus metus gali pasitikrinti dėl krūties vėžio. Iš viso nuo 2005 m. spalio iki 2015 m. gruodžio mėnesio bent vieną kartą programoje sudalyvavo virš 367 tūkst. moterų. Atrankinės mamografinės patikros dėl krūties vėžio finansavimo programoje 2015 m. sudalyvavo 96 593 moterys, t. y. apie 4 proc. daugiau moterų nei 2014 metais.

Vykdamą programą stebimi teigiami pokyčiai sergamumo krūties vėžiu struktūroje, nes kasmet diagnozuojama mažiau vėlyvųjų stadijų vėžio.

Vykdamą programą teikiamos šios paslaugos: informavimo dėl krūties piktybinių navikų profilaktikos ir siuntimo atlikti mamografiją paslauga, mamogramų atlikimo paslauga ir mamogramų įvertinimo paslauga.

Gydymo įstaigoms už faktiškai suteiktas paslaugas mokama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatytais bazinėmis kainomis (balais).

05 03 Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai.

Programa skirta vyrams nuo 40 iki 55 metų ir moterims nuo 50 iki 65 metų. Jie programoje gali dalyvauti 1 kartą per metus.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programai, patvirtintai Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymu Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“, vykdyti 2015 m. buvo išleista 4580,7 tūkst. eurų.

Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa							
Metai	Skirta PSDF biudžeto lėšų, tūkst. Eur			Suma pagal priimtas sąskaitas, tūkst. Eur	Apmokėta, tūkst. Eur	Lėšų panaudojimas, proc. (priimta sąsk./skirta*100)	Patikrintų asmenų skaičius IS „Sveidra“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2011	2974,9	2890,5	84,5	2792,5	2752,6	93,9	163 919
2012	3658,4	3557,9	100,5	3319,4	3347,1	90,7	189 225
2013	3482,7	3191,8	290,9	3430,1	3389,4	98,5	198 209
2014	4223,6	4143,6	80,0	4178,4	4113,3	98,9	223 889
2015	4628,4	4628,4	0,0	4671,3	4580,7	100,9	239 549

Pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą rizikos grupei priskiriami asmenys minėtoje programoje kviečiami dalyvauti kasmet. Palyginus 2014 m. ir 2015 m., šioje programoje sudalyvavo apie 7 proc. daugiau asmenų nei 2014 m. (2014 m. – 223 tūkst., o 2015 m. – 239 tūkst. asmenų). Iš viso bent vieną kartą programoje (nuo 2006 m. iki 2015 m. pabaigos) sudalyvavo daugiau nei 600 tūkst. asmenų.

Pagal programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie didelę širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti širdies ir kraujagyslių ligų tikimybę paslauga, išsamaus širdies ir kraujagyslių ligų tikimybės įvertinimo paslauga.

Gydymo įstaigoms už faktiškai suteiktas paslaugas mokama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatytais bazinėmis kainomis (balais).

05 04 Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai.

Programa skirta vyrams nuo 50 iki 75 metų ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu. Minėtoms amžiaus grupėms priskiriami asmenys pagal šią programą gali pasitikrinti 1 kartą per 2 metus.

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai, patvirtintai Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-973 „Dėl Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, vykdyti 2015 m. buvo išleista 1811,5 tūkst. eurų.

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa							
Metai	Skirta PSDF biudžeto lėšų, tūkst. Eur			Suma pagal priimtas sąskaitas, tūkst. Eur	Apmokėta, tūkst. Eur	Lėšų panaudojimas, proc. (priimta sąsk./skirta*100)	Patikrintų asmenų skaičius IS „Sveidra“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2011	1981,7	1917,3	64,5	1757,5	1747,8	88,7	108 616
2012	1724,6	1677,8	46,8	1527,3	1556,1	88,6	90 742
2013	1731,8	1587,6	144,3	1671,8	1656,1	96,5	107 789
2014	1792,5	1759,1	33,4	1741,6	1738,9	97,2	109 155
2015	1861,7	1861,7	0,0	1835,2	1811,5	98,6	115 795

Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa Lietuvoje pradėta vykdyti 2006 metais. Nuo 2009 m. programoje numatyti amžiaus grupei priskiriami vyrai kviečiami tikrintis sveikatą kas dvejus metus. 2013 m. dėl prostatos vėžio pasitikrino daugiau nei 107 tūkst. vyrų, 2014 m. – 109 tūkst. vyrų, o 2015 m. – 115 tūkst. vyrų. Iš viso nuo programos vykdymo pradžios iki 2015 m. pabaigos bent vieną kartą šioje programoje sudalyvavo daugiau nei 428 tūkst. vyrų.

Vykdamą programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie ankstyvąją priešinės liaukos vėžio diagnostiką paslauga, prostatos specifinio antigeno nustatymo paslauga, urologo konsultacijos ir priešinės liaukos biopsijos paslauga.

Gydymo įstaigoms už faktiškai suteiktas paslaugas mokama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatytais bazinėmis kainomis (balais).

05 05 Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai.

Programa skirta 50–74 metų asmenims. Šiai amžiaus grupei priskiriami asmenys gali 1 kartą per 2 metus patikrinti pagal minėtą programą.

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programai, patvirtintai Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymu Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“, vykdyti 2015 m. buvo išleista 2634,3 tūkst. eurų.

Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa							
Metai	Skirta PSDF biudžeto lėšų, tūkst. Eur			Suma pagal priimtas sąskaitas, tūkst. Eur	Apmokėta, tūkst. Eur	Lėšų panaudojimas, proc. (priimta sąsk./skirta*100)	Patikrintų asmenų skaičius IS „Sveidra“ duomenimis
	iš viso	iš jų					
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos				
2011	922,6	911,6	10,9	709,1	699,9	76,9	66 832
2012	1469,9	1428,8	41,1	1354,6	1335,6	92,2	147 550
2013	1397,2	1232,6	164,6	1347,9	1311,6	96,5	141 641
2014	2412,2	2367,5	44,8	2374,2	2269,7	98,4	234 324
2015	2689,1	2689,1	0,0	2630,8	2634,3	97,8	210 543

Siekiant kuo ankstyvesnėje stadijoje diagnozuoti storosios žarnos vėžį ir sumažinti mirtingumą nuo šios ligos, 2009 m. birželio 23 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ buvo patvirtinta Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa. Siekiant, kad tikslinei amžiaus grupei priskiriami asmenys aktyviau naudotųsi Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje numatytais paslaugomis, nuo 2015 m. gegužės mėn. minėtoje programoje buvo numatyti papildomi žmonių informavimo būdai (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 gegužės 4 d. įsakymas Nr. V-561 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. birželio 23 d. įsakymo Nr. V-508 „Dėl Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programos patvirtinimo“ pakeitimo“) – asmenys gali būti informuojami apie galimybę patikrinti dėl storosios žarnos vėžio ne tik jų apsilankymo pas šeimos gydytoją metu, bet ir laišku, telefonu, elektroniniu paštu ar kitais priimtinais informavimo būdais.

2014 m. šioje programoje sudalyvavo daugiau nei 234 tūkst. asmenų, t. y. apie 65 proc. daugiau nei 2013 metais (2013 m. programa dar nebuvo vykdoma šalies mastu), o 2015 m. – 210 tūkst. asmenų.

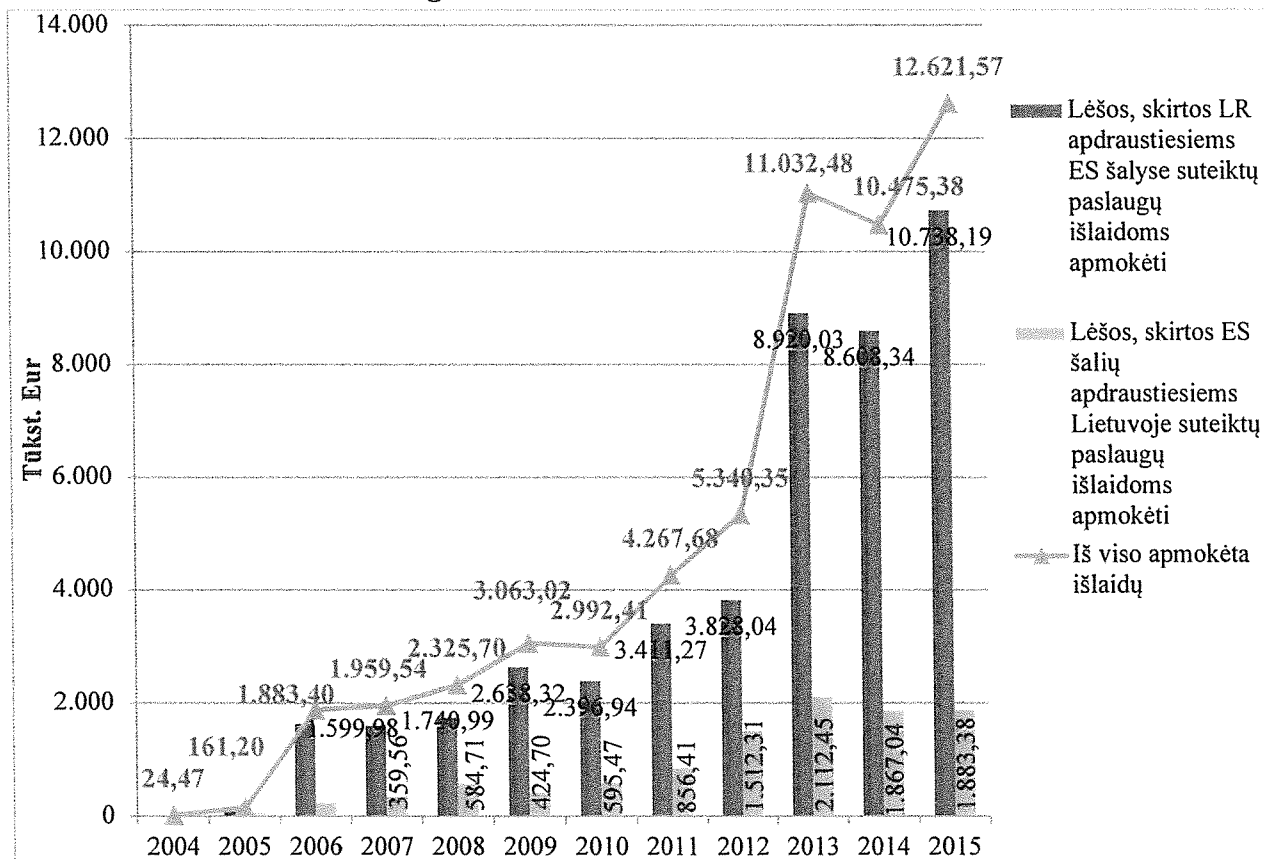
Pagal programą teikiamos šios paslaugos: informavimo apie storosios žarnos vėžio ankstyvąją diagnostiką paslauga, imunocheminio slaptos kraujavimo testo išmatose rezultatų įvertinimo paslauga, paciento siuntimo pas gydytoją specialistą atlikti kolonoskopiją paslauga, gydytojo specialisto konsultacija su kolonoskopija ir, prireikus, biopsijos medžiagos paėmimu, taikant intraveninę nejautrą, biopsijos medžiagos histologinio ištyrimo ir įvertinimo paslauga.

Gydymo įstaigoms už faktiškai suteiktas paslaugas mokama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatytais bazinėmis kainomis (balais).

05 06 Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti.

Socialinės apsaugos sistemas koordinuojantiems reglamentams įgyvendinti 2015 m. išleista 12 621,6 tūkst. eurų: už Lietuvos Respublikos apdraustiesiems Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse ir Šveicarijos Konfederacijoje (toliau – ES šalys) suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas sumokėta 10 738,2 tūkst. eurų, o už kitų ES šalių apdraustiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigoms sumokėta 1 883,4 tūkst. eurų.

PSDF biudžeto lėšų, skirtų Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti, augimo dinamika 2009–2015 metais



Įgyvendindama šiuos tiesioginio taikymo teisės aktus, VLK PSDF biudžeto lėšomis apmoka:

- ES šalyse suteiktų būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas,
- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka siunčiamiems tirtis, konsultuotis ir (ar) gydytis į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas,
- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems, persikėlusius gyvenanti į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas,
- Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose įstaigose ES šalių apdraustiesiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų bei išrašytų kompensuojamųjų vaistų išlaidas. Šias PSDF biudžeto išlaidas kompensuoja ES šalių privalomąjį sveikatos draudimą įgyvendinančios įstaigos.

05 06 01 Europos Sąjungos šalių apdraustųjų gydymui Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose (*moka TLK*).

2015 m. ES šalių apdraustųjų kompetentingoms įstaigoms VLK pateikė apmokėti virš 8 tūkst. sąskaitų (pateiktų apmokėti sąskaitų suma sudarė 2644,69 tūkst. Eur) už 2014 m. II pusm. ir 2015 m. sausio–rugpjūčio mėn. ES šalių apdraustiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas jų laikino buvimo Lietuvoje metu bei už ES šalių apdraustiesiems, 2014 m. gyvenusiems Lietuvoje, suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Daugiausia sąskaitų buvo pateikta Norvegijos (45 proc.), Vokietijos (12 proc.), Jungtinės Karalystės (10 proc.) ir Latvijos (9 proc.) susižinojimo tarnyboms. Šių šalių susižinojimo tarnybos turės kompensuoti didžiausią PSDF biudžeto išlaidų dalį: Latvija – 61 proc., Norvegija – 13 proc., Jungtinė Karalystė – 8 proc., o Vokietija – 7 proc. visos pateiktos kompensuoti sumos.

05 06 02 Lietuvos apdraustųjų gydymui Europos Sąjungos šalyse (*moka VLK*).

2015 m. VLK PSDF biudžeto lėšomis apmokėjo 11 829 ES šalių susižinojimo tarnybų pateiktas standartizuotas sąskaitas (E125 ir E127 formos pažymas), taip pat kompensavo apdraustųjų išlaidas būtiniosios medicinos pagalbos paslaugoms ES šalyse gauti pagal 446 pagrįstus prašymus. Didžiąją šių išlaidų dalį (96,86 proc.) sudaro VLK apmokėtos faktinėmis išlaidomis pagrįstos sąskaitos (E125 formos pažymos).

Daugiausia 2015 m. apmokėtų sąskaitų (E125 formos pažymų) gauta iš Vokietijos (40 proc. visų apmokėtų sąskaitų), iš Lenkijos (26 proc.), iš Ispanijos (5 proc.) ir Švedijos (4 proc.). Iš kitų ES šalių gautos ir apmokėtos sąskaitos sudaro tik 25 proc. visų apmokėtų sąskaitų. Daugiausia PSDF biudžeto lėšų VLK skyrė Vokietijoje (33 proc. sumos), Jungtinėje Karalystėje (16 proc. sumos), Norvegijoje (10 proc. sumos) ir Prancūzijoje (9 proc. sumos) Lietuvos Respublikos apdraustiesiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti. Kitose ES šalyse Lietuvos Respublikos apdraustiesiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos sudaro 32 proc. sumos.

78 proc. faktinėms išlaidoms skirtų lėšų buvo panaudota apmokėti apdraustiesiems ES šalyse suteiktos būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas ir 22 proc. lėšų – apmokėti apdraustiesiems ES šalyse suteiktų planinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas, iš jų: 5 proc. lėšų – apdraustiesiems, išsiųstiems gydytis / tirti į užsienį sveikatos apsaugos ministro 2010 m. rugpjūčio 16 d. įsakymu Nr. V-729 „Dėl Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis Europos ekonominei erdvei priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašo patvirtinimo“ patvirtinto Pacientų siuntimo konsultuotis, išsitiirti ir (ar) gydytis Europos ekonominei erdvei priklausančiose valstybėse ir Šveicarijoje tvarkos aprašo nustatyta tvarka, suteiktų planinių sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms kompensuoti, ir 17 proc. lėšų – apdraustųjų, gyvenančių kitose ES šalyse, gyvenamojoje šalyje suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti.

05 08 Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastųjų išlaidų finansavimo programai.

Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastas išlaidas pradėta kompensuoti 1999 metais. Šiomis lėšomis apmokamos širdies, inkstų, kepenų, plaučių, širdies ir plaučių komplekso, kasos ir inksto komplekso, kraujodaros kamieninių ląstelių, akies ragenos transplantacijos paslaugos, taip pat paruošimo transplantacijai paslaugos, donoro identifikavimo ir paruošimo paslaugos, tolesnės paciento stacionarinės priežiūros paslaugos, paciento ambulatorinis

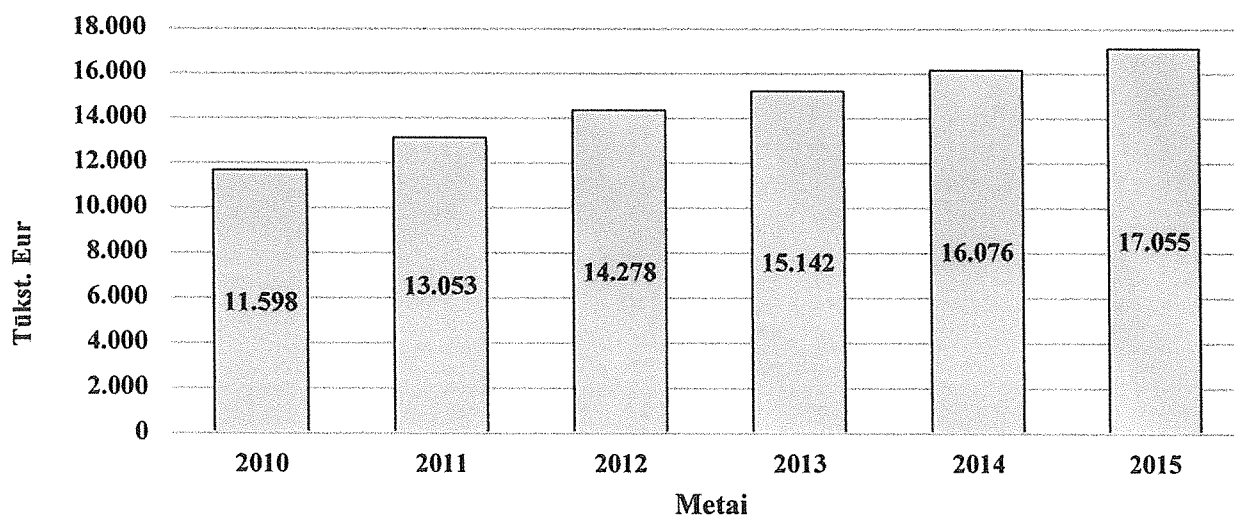
stebėjimas ir gydymas po transplantacijos, paciento gydymas po transplantacijos dėl kitų su organų transplantacija susijusių priežasčių.

Šiomis lėšomis taip pat mokama už mirusio žmogaus audinių ir organų donorystės, audinių ir organų paėmimo bei ištyrimo paslaugas.

2015 m. stacionare atliktų transplantacijų skaičius IS „Sveidra“ duomenimis

	Transplantacijų skaičius 2015 m.	Vidutinė vienos transplantacijos, atliekamos stacionare, kaina, Eur
Donoro identifikavimas, ištyrimas, paruošimas ir kt.	56	1774
Inkstų transplantacija	115	17 640
ALOKKL transplantacija	59	135 517
AUTOKKL transplantacija	128	34 494
Kepenų transplantacija	8	56 533
Ragenos transplantacija	48	2181
Širdies transplantacija	16	133 787
Plaučių transplantacija	2	68 505
Kasos-inksto komplekso transplantacija	1	12 610

Žmogaus organų ir audinių transplantacijos paprastųjų išlaidų finansavimo programa



□ Iš viso apmokėta, įskaitant PSDF biudžeto rezervo lėšas

Gydymo įstaigoms už faktiškai suteiktas paslaugas mokama Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais nustatytais bazinėmis kainomis (balais), neviršijant išlaidų sąmatoje numatytos lėšų sumos. 2015 m. bazinių kainų balo vertė buvo 0,99 euro.

05 10 dantų protezavimo paslaugoms

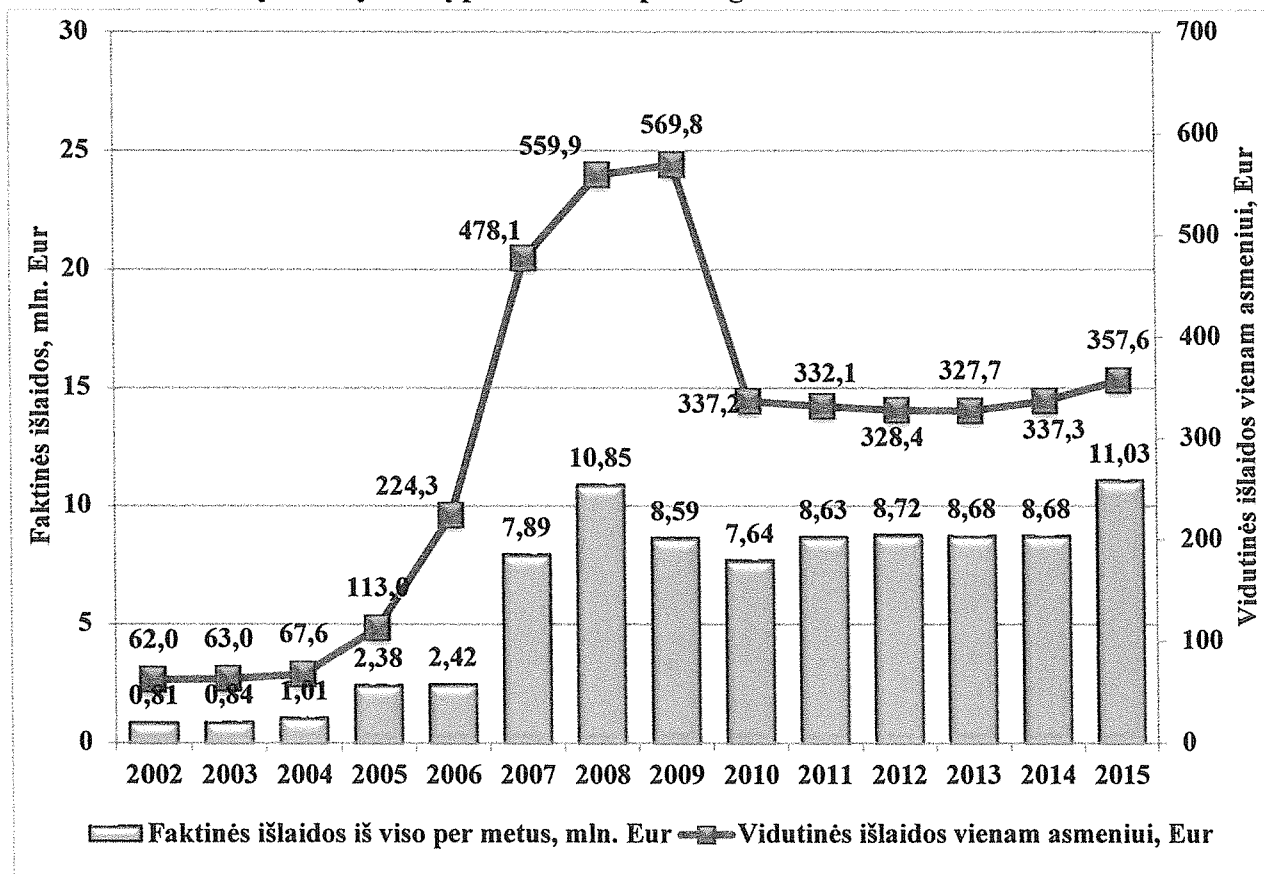
Dantų protezavimo paslaugoms, kurių išlaidos kompensuojamos vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 21 d. įsakymu Nr. V-890 „Dėl Dantų

protezavimo paslaugų teikimo ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo patvirtinimo“, 2015 m. išleista 10 912,4 tūkst. eurų. 2015 m. šios paslaugos buvo suteiktos 30 848 asmenims. Duomenys apie 2009–2015 m. dantų protezavimo paslaugų laukimo eiles pateikiami Aiškinamojo rašto 10 priede.

Dantų protezavimo paslaugų išlaidos PSDF biudžeto lėšomis apdraustiesiems kompensuojamos pagal faktines dantų protezavimo išlaidas, bet ne daugiau kaip:

1. asmenims, sulaukusiems senatvės pensijos amžiaus, ir asmenims, kurie pripažinti nedarbingais arba iš dalies darbingais, – iki 376,51 balo (yra išimčių, kai gali būti kompensuota iki 1158,48 balo);
2. vaikams – iki 1158,48 balo.

Faktinių išlaidų dantų protezavimo paslaugoms dinamika 2002–2015 m.



05 11 Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programai.

Programa skirta vaikams nuo 6 iki 14 metų.

Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis programai, patvirtintai Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. rugsėjo 16 d. įsakymu Nr. V-713 „Dėl Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis ir išlaidų kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tvarkos aprašo bei krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų bazinių kainų patvirtinimo“, finansuoti 2015 m. buvo išleista 525 tūkst. eurų. 2015 m. šioje programoje dalyvavo daugiau nei 41 tūkst. vaikų.

Vaikų krūminių dantų dengimo silantinėmis medžiagomis finansavimo programa					
Metai	Skirta PSDF lėšų (įskaitant rezervo lėšas, jei jos buvo skirtos), tūkst. Eur	Suma pagal priimtas sąskaitas, tūkst. Eur	Apmokėta, tūkst. Eur	Lėšų panaudojimas, proc. (priimta sąsk./skirta*100)	Patikrintų asmenų skaičius IS „Sveidra“ duomenimis
2011	600,3	511,0	501,0	85,1	39 307
2012	564,8	502,3	518,7	88,9	39 837
2013	505,1	483,3	480,3	95,7	39 697
2014	569,8	534,6	531,9	93,8	42 655
2015	569,4	524,0	525,0	92,0	41 080

Kasmet pagal šią programą yra suteikiama apie 60 tūkst. 1–4 dantų dengimo silantinėmis medžiagomis paslaugų.

05 12 Priklausomybės ligų gydymo programai.

Priklausomybės ligų gydymo programai 2015 m. buvo skirta 525,3 tūkst. Eur, panaudota – 525,2 tūkst. eurų.

Programa skirta pagerinti specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, organizuojant ankstyvąją priklausomybės ligų diagnostiką, laiku suteikiant reikiamą medicininę bei psichologinę pagalbą, tobulinant sergančiųjų priklausomybės ligomis reabilitaciją ir integraciją į bendruomenę.

Psichikos sveikatos centrai ir Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių bei Panevėžio priklausomybės ligų centrai PSDF biudžeto lėšomis teikia ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas vaikams, paaugliams ir suaugusiesiems, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu.

Pagal programą teikiamos šios paslaugos: alkoholio ir narkotinių medžiagų ankstyvosios diagnostikos (vaikams) paslaugos, jei yra indikacijų, atliekama ankstyvoji infekcinių ligų, žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV), tuberkuliozės, virusinių hepatitų diagnostika (suaugusiesiems ir vaikams), psichologinis ištyrimas ir konsultacijos bei socialinio darbuotojo konsultacijos (vaikams), alkoholio, opioidų ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų abstinencijos gydymas (vaikams), specializuota ambulatorinė ir stacionarinė medicininė reabilitacija (vaikams).

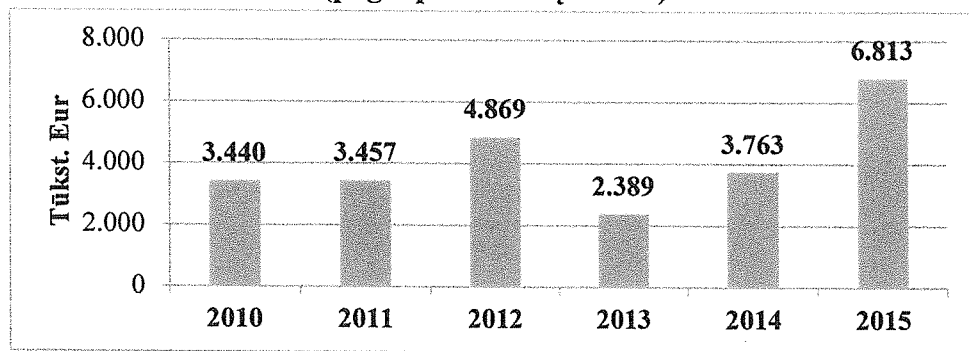
2009–2015 m. Priklausomybės ligų gydymo programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-1288, reglamentuojama, kad, sudarant išlaidų sąmatą, medikamentams ir diagnostinėms priemonėms skiriama 45 proc., mokos fondui – ne mažiau kaip 40 proc., o likusios lėšos naudojamos infrastruktūrai gerinti ir kitoms išlaidoms apmokėti.

Gydymo įstaigoms buvo mokama pagal gydymo įstaigų ir TLK sudarytas išlaidų sąmatas, neviršijant jose numatytų sumų. Nuo 2016 m. išlaidos priklausomybės ligų gydymui įskaičiuotos į paslaugų bazines kainas.

05 13 Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti.

Šioms priemonėms finansuoti 2015 m. buvo skirta 6371,6 tūkst. Eur, t. y. 1712 tūkst. Eur daugiau nei 2014 m. (2014 m. buvo skirta 4658,8 tūkst. Eur). 2015 m. panaudota (pagal priimtas sąskaitas) suma – 6812,6 tūkst. eurų, t. y. 3050 tūkst. Eur arba 81 proc. daugiau nei 2014 metais.

**2010–2015 m. Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms panaudotos lėšos
(pagal priimtas sąskaitas)**



2015 m. išlaidos Nacionalinei imunoprofilaktikos 2014–2018 metų programai (toliau – Imunoprofilaktikos programa) finansuoti išaugo, nes 2015 m. buvo pradėtos kompensuoti naujų vakcinų įsigijimo išlaidos. Pagal Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendorių, 2015 m. 15–16 metų paaugliai pradėti skiepyti nuo difterijos, stabligės ir kokliušo, o 65 metų ir vyresni asmenys bei rizikos grupėms priskiriami asmenys pradėti skiepyti pneumokokine polisacharidine konjuguota vakcina. Šiuo metu pagal Imunoprofilaktikos programą centralizuotai perkamos šios vakcinos:

Vakcinos, nurodytos Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendoriuje	Kitos vakcinos
• hepatito B vakcina naujagimiams, kūdikiams ir vaikams; • vakcina nuo tuberkuliozės (BCG); • kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės, inaktyvuota poliomieliito vakcina; • kokliušo (neląstelinio), difterijos, stabligės, inaktyvuota poliomieliito, Heamophilus influenzae B tipo vakcina; • tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcina; • pneumokokinė polisacharidinė konjuguota vakcina vaikams iki 2 m.; • difterijos, stabligės, kokliušo (neląstelinio) vakcina 15–16 m. paaugliams (skiepijimai pradėti nuo 2015 m. spalio); • žmogaus papilomos viruso vakcina*	• vakcina nuo pasiutligės; • imunoglobulinas nuo pasiutligės; • inaktyvuota poliomieliito vakcina; • difterijos, stabligės (suaugusiųjų) vakcina; • einamųjų metų sezoninė gripo vakcina; • hepatito B vakcina studentams, kurie mokymo vietose vykdo sveikatos priežiūros ir su ja susijusią veiklą mokymo tikslais (2014 m. rugsėjo mėn.–2015 m. rugsėjo mėn.); • pneumokokinė polisacharidinė konjuguota vakcina, skirta rizikos grupėms asmenims skiepyti

* planuojama pradėti skiepyti nuo 2016 m. rugsėjo 1 d.

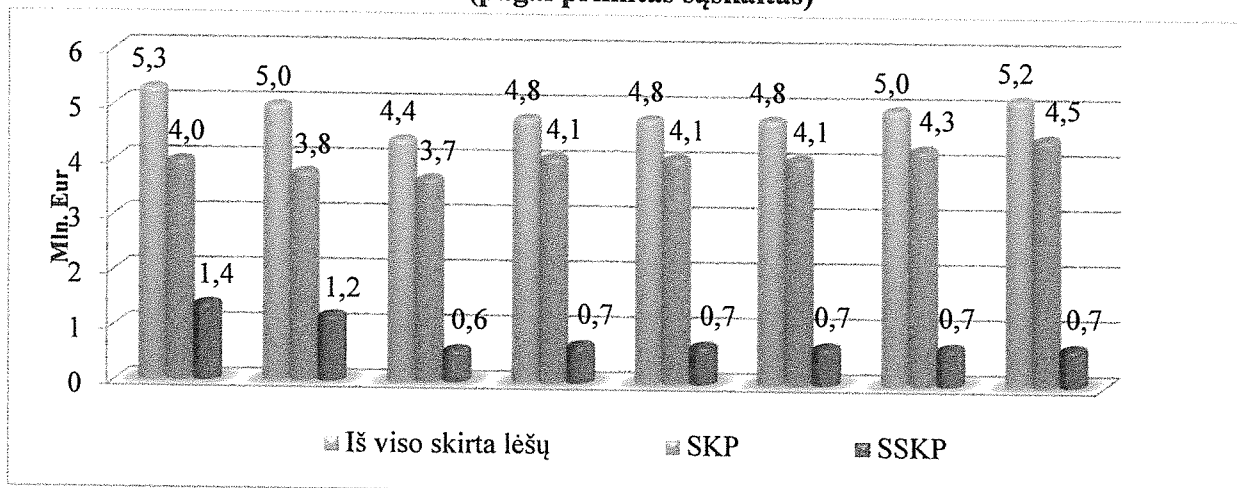
05 14 skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai.

2015 m. išlaidos skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai siekė 5206,5 tūkst. eurų. Skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą sudaro skubi konsultacinė pagalba ir specializuota skubi konsultacinė pagalba.

Gydymo įstaigoms mokama pagal gydymo įstaigų ir TLK sudarytas išlaidų sąmatas, neviršijant jose numatytų sumų. Skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikia 8 ligoninės: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Klaipėdos universitetinė ligoninė, VšĮ Klaipėdos

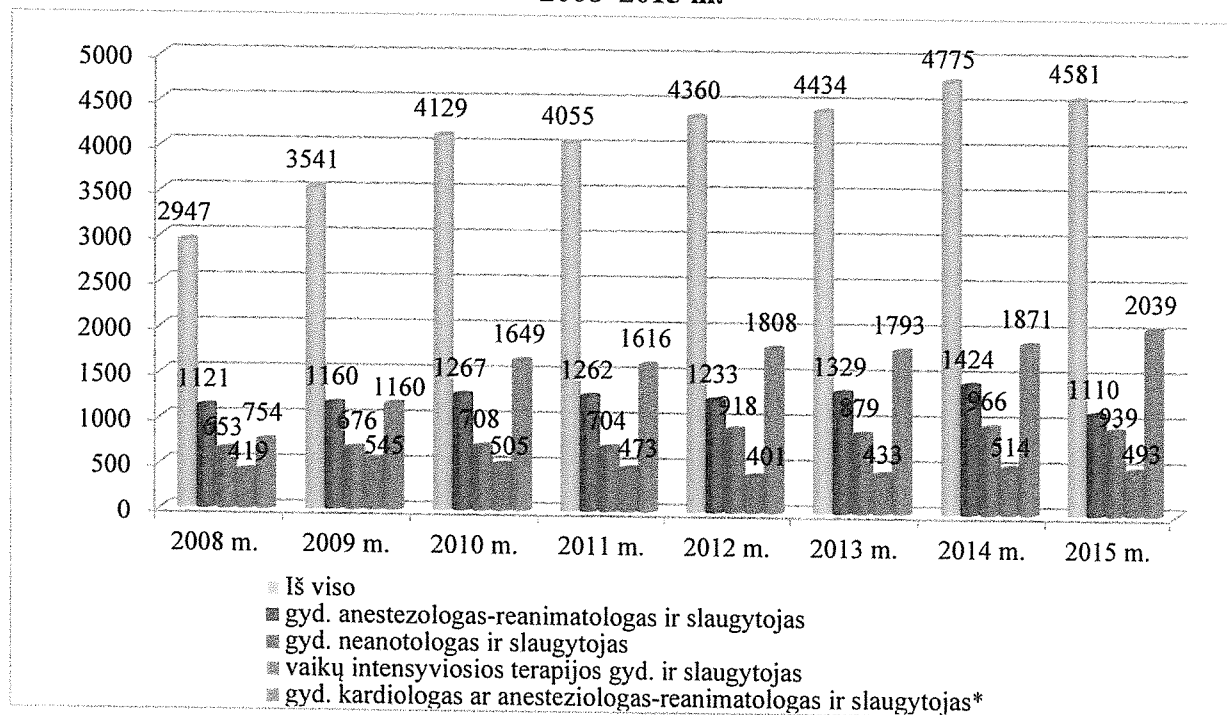
jūrininkų ligoninė, VšĮ Klaipėdos apskrities ligoninė, VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė, VšĮ Panevėžio ligoninė ir VšĮ Šiaulių ligoninė.

**2010–2015 m. skubios konsultacinės sveikatos priežiūros pagalbos išlaidos
(pagal priimtas sąskaitas)**



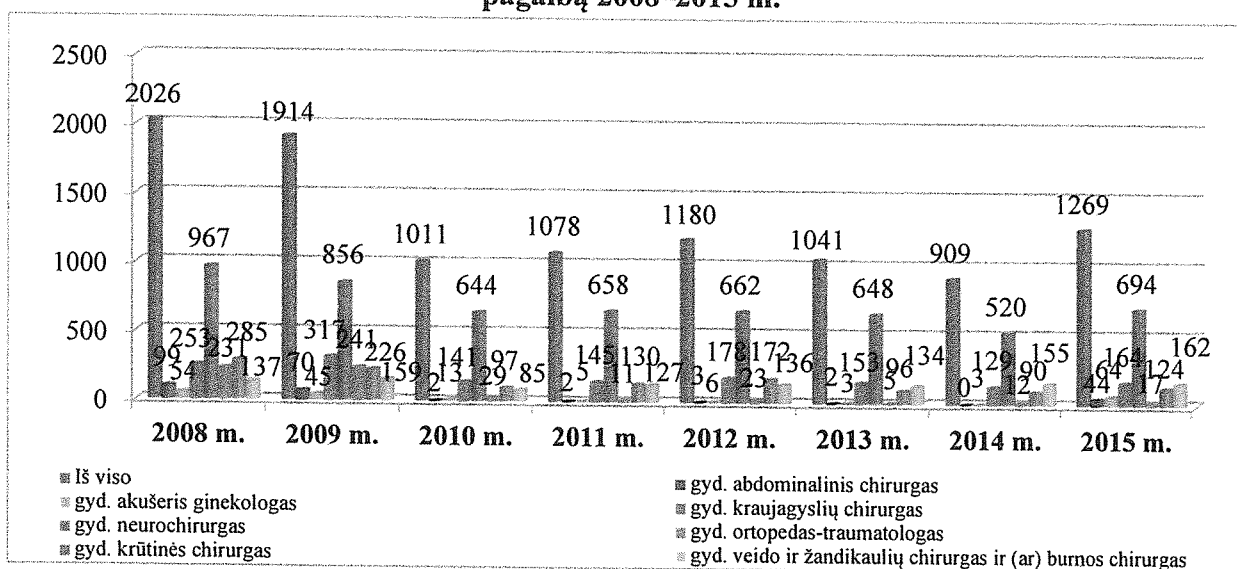
Skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikia šios gydytojų brigados: anesteziologas-reanimatologas ir slaugytojas; gydytojas neonatologas ir slaugytojas; vaikų intensyviosios terapijos gydytojas ir slaugytojas; gydytojas kardiologas ar anesteziologas-reanimatologas ir slaugytojas (lėšos paskirstomos pagal brigadų, reikalingų paros postui išlaikyti, skaičių).

**Pacientų skaičiaus dinamika teikiant skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą
2008–2015 m.**



Specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikia šie gydytojai specialistai: neurochirurgas, veido ir žandikaulio chirurgas ir (ar) burnos chirurgas, kraujagyslių chirurgas, krūtinės chirurgas, abdominalinės chirurgijos gydytojas, akušeris ginekologas, ortopedas traumatologas.

Pacientų skaičiaus dinamika teikiant specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą 2008–2015 m.



Lėšos skubiai konsultacinei sveikatos priežiūros pagalbai teikti paskirstomos pagal brigadų, reikalingų paros postui išlaikyti, skaičių. Specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikiančių gydytojų neurochirurgų paslaugų išlaidoms apmokėti skiriamos visos paros posto išlaikymui numatytos lėšos. Specializuotą skubią konsultacinę sveikatos priežiūros pagalbą teikiančių gydytojų – krūtinės chirurgų, kraujagyslių chirurgų, veido, žandikaulio ir (ar) burnos chirurgų – paslaugų išlaidoms apmokėti skiriama po 50 proc. paros posto išlaikymui numatytų lėšų. Lėšos specializuotai skubiai konsultacinei neurochirurgijos, krūtinės chirurgijos, kraujagyslių chirurgijos, veido, žandikaulio ir (ar) burnos chirurgijos sveikatos priežiūros pagalbai teikti TLK paskirstomos pagal gyventojų skaičių. Atsižvelgiant į gydytojų specialistų – abdominalinės chirurgijos gydytojo, akušerio ginekologo, ortopedo traumatologo – suteiktas paslaugas, apmokamos faktinės jų išlaidos.

05 16 kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti.

2015 m. išlaidos kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti siekė 1106,8 tūkst. eurų.

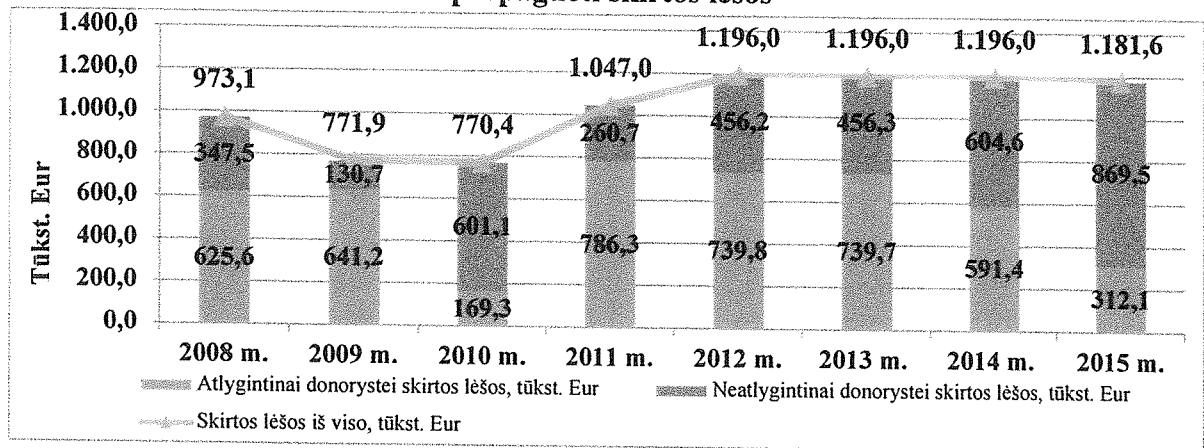
Lėšos, skirtos kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti pervedamos kraujo donorystės įstaigoms, nevirsijant šių įstaigų ir TLK patvirtintose išlaidų sąmatose numatytų sumų.

Pagrindiniai Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo 2006–2015 m. programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. lapkričio 28 d. įsakymu Nr. V-992 „Dėl Neatlygintinos kraujo donorystės propagavimo programos 2006–2015 m. patvirtinimo“, vykdytojai – kraujo donorystės įstaigos, siekiančios propaguoti neatlygintiną kraujo donorystę ir mokančios kompensacijas kraujo donorams Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatyta tvarka. Kraujo ar jo sudedamųjų dalių donorams, davusiems nustatytą kraujo ar jo sudedamųjų dalių dozę ir pageidaujantiems gauti kelionės į kraujo donorystės įstaigą ir papildomo maitinimo išlaidų kompensaciją, iš valstybės biudžeto lėšų sumokama 12 eurų kompensacija.

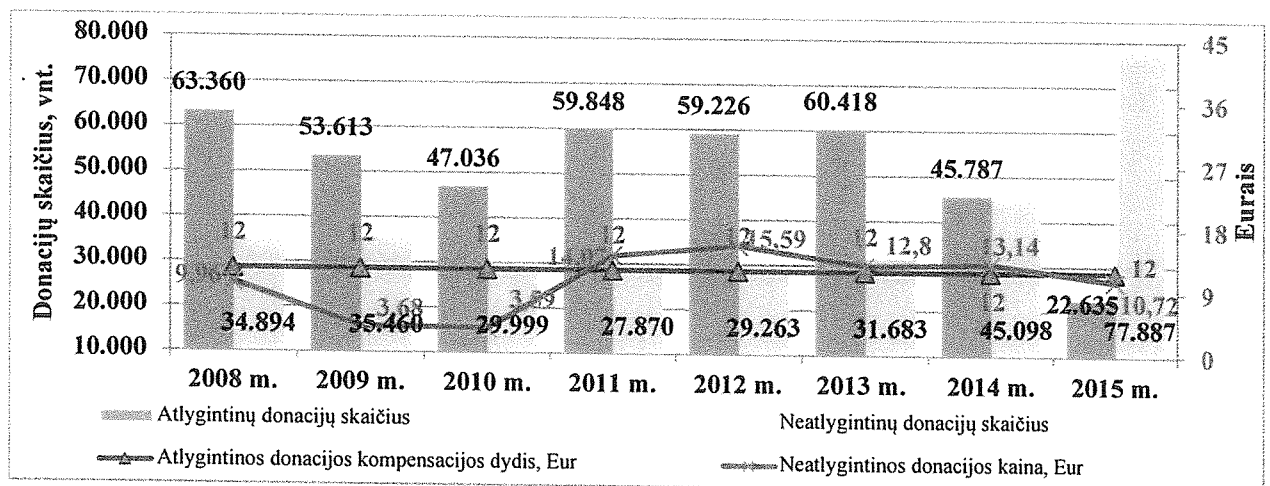
Minėtos programos pagrindinis tikslas – diegti neatlygintinos kraujo donorystės principus ir pasiekti, kad šios programos įgyvendinimo IV etape (2014–2015 m.) visose kraujo donorystės

įstaigose būtų surenkama iki 55 proc. neatlygintinų donacijų. 2015 m. buvo surinkta 77 proc. šių donacijų.

2008–2015 m. kraujo donorų kompensacijoms ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti skirtos lėšos



Donacijų skaičius ir išlaidos vienai donacijai 2008–2015 m.



05 17 asmens sveikatos priežiūros įstaigoms aprūpinti antirezus imunoglobulinais ir krešėjimo faktoriais, skirtais stacionariniam gydymui.

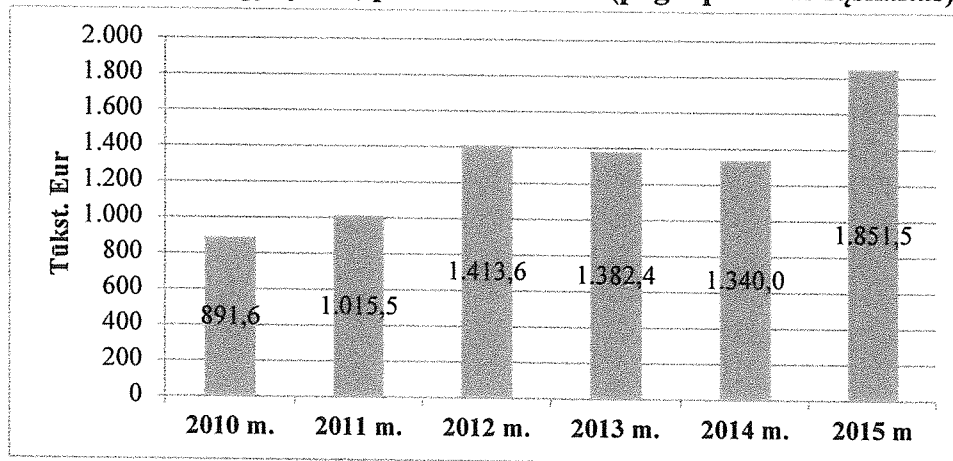
2015 m. antirezus imunoglobulinams ir krešėjimo faktoriams, skirtiems stacionariniam gydymui, buvo skirta 1748,1 tūkst. Eur, iš kurių išleista – 1748,1 tūkst. eurų. VLN centralizuotai perka antirezus (Anti-D) imunoglobuliną ir aprūpina juo asmens sveikatos priežiūros įstaigas. 2015 m. antirezus imunoglobulinas gydymo įstaigoms buvo skiriamas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-810 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis perkamo anti-D imunoglobulino skyrimo indikacijų, paskirstymo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, apskaitos ir atskaitomybės už jo panaudojimą tvarkos aprašo patvirtinimo“. Kraujo vaistiniai preparatai ir rekombinantiniai krešėjimo faktoriai 2015 m. buvo centralizuotai perkami vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro 2015 m. birželio 11 d. įsakymu Nr. V-740 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo anti-D imunoglobulinu ir stacionariniam gydymui skirtais kraujo vaistiniais preparatais ir rekombinantiniais krešėjimo faktoriais“.

Antirezus imunoglobulinas skiriamas moterims, kurių kraujo grupės rezus (Rh) faktorius yra neigiamas, o būsimo vaiko tėvo kraujo grupės Rh faktorius – teigiamas. Jei neatitinka minėti

rezus faktoriai, moters kūne gaminami specifiniai apsauginiai baltymai imunoglobulinai, gebantys naikinti į motinos kraują patekusius vaisiaus eritrocitus. Per metus sunaudojama apie 7000 antirezus imunoglobulino ampulių.

Kraujo krešėjimo faktoriai užsakomi pagal gydymo įstaigų prašymus. Perkami šie kraujo krešėjimo faktoriai: VII, VIII, IX, XIII krešėjimo faktorius, eptakogas alfa, žmogaus protrombininis kompleksas, aktyvuotas protrombino koaguliacijos kompleksas, žmogaus Vilebrando faktorius ir žmogaus VIII koaguliacijos faktorius. Lietuvos gydymo įstaigos yra visiškai aprūpintos kraujo krešėjimo faktoriais.

2010–2015 m. antirezus imunoglobulinams ir krešėjimo faktoriams, skirtiems stacionariniam gydymui, panaudotos lėšos (pagal priimtas sąskaitas)

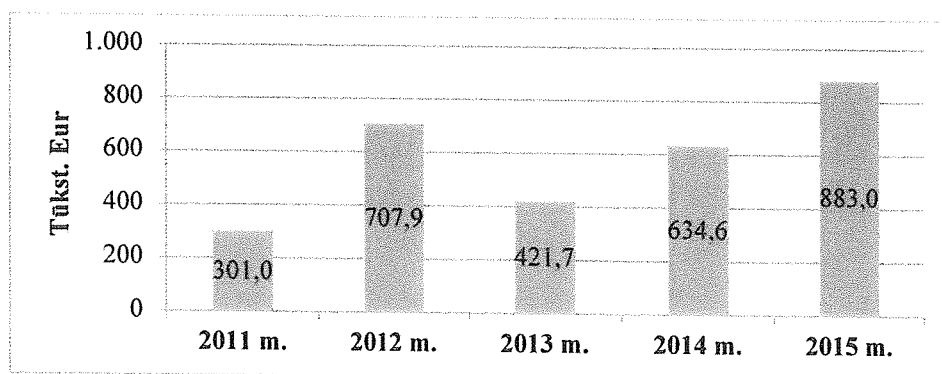


05 19 vaistų atspariajai tuberkuliozei gydyti įsigijimo išlaidoms kompensuoti.

Minėtoms priemonėms finansuoti 2015 m. buvo skirta 868,9 tūkst. Eur, išleista (apmokėta) – 868,9 tūkst. eurų. Skiriamos lėšos naudojamos vaistams, skirtiems dauginio atsparumo vaistams tuberkuliozei (atspariajai tuberkuliozei) gydyti, įsigyti. Nupirktais vaistais visiškai tenkinami gydymo įstaigų poreikiai. Vaistai skiriami stacionare ir ambulatoriškai gydomiems pacientams.

Vaistai atspariajai tuberkuliozei gydyti perkami, vadovaujantis Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo krypties aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815 „Dėl Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“.

2011–2015 m. Tuberkuliozės profilaktikos ir kontrolės programos priemonėms finansuoti panaudotos lėšos (pagal priimtas sąskaitas)



06 Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms.

Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidos 2015 m. sudarė 13 421,1 tūkst. Eur, t. y. 97,4 proc. planuotų išlaidų, arba tik 1 proc. visų 2015 m. PSDF biudžeto pajamų (Sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnio 3 dalyje numatyta, kad šioms išlaidoms gali būti skiriama iki 2 proc. PSDF biudžeto lėšų). 2015 m. patvirtintas darbo užmokesčio fondas sudarė 5561 tūkst. eurų. Faktinis darbo užmokesčio fondas siekė 5338,8 tūkst. Eur, arba 96 proc. planuotų išlaidų.

Faktinės išlaidos ilgalaikiam turtui įsigyti sudarė 3866,4 tūkst. Eur, iš jų – 1827,5 tūkst. Eur – nematerialiajam turtui (programinei įrangai ir licencijoms) ir 2038,9 tūkst. Eur – ilgalaikiam materialiajam turtui (kompiuterinei technikai, biuro įrangai ir kt.) įsigyti.

2015 m. buvo atlikti šie darbai:

1. įdiegta duomenų apdorojimo, saugojimo, kopijavimo ir atstatymo įranga;
2. tęsiami Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro plėtros darbai;
3. pradėti vykdyti Eilių valdymo sprendimo sutarties įgyvendinimo I ir II etapai (PSDF biudžeto išlaidų centralizuotai perkamiems sąnarių endoprotezams ir jų priedams apskaitos bei kompensacijų, skiriamų pacientams už savo lėšomis įsigytus endoprotezus, laukimo eilės valdymo funkcijos papildomos atsargų valdymo funkcija);
4. pasirašyta sutartis dėl SAP (*angl.* „Systems Applications and Products in Data Processing“) programinės įrangos licencijų atnaujinimo ir šios programinės įrangos techninio aptarnavimo;
5. pagal IS „Sveidra“ priežiūros ir plėtros paslaugų sutartį atliktas šios sistemos tobulinimas;
6. patobulinta paslaugų grupavimo pagal AR-DRG programinė įranga (sukurtos naujos ir patobulintos veikiančios SPAP funkcijos bei užtikrinta SPAP programinės įrangos autorinė priežiūra ir palaikymas);
7. pagal 2014 m. sutartį atlikti Gyventojų aptarnavimo ir konsultavimo informacinės sistemos aptarnavimo, priežiūros, tobulinimo ir plėtros darbai;
8. įdiegta VLK informacinių sistemų administratorių veiksmų kontrolės sistema.

VLK vykdo ir kitą svarbią veiklą – perka Europos sveikatos draudimo kortelės blankus, gydytojo tapatybę patvirtinančių lipdukų blankus ir kompensuojamųjų vaistų pasų blankus. Apdraustiesiems, kurie galėjo pasinaudoti būtina pagalba ES šalyse, 2015 m. buvo išduota apie 170 tūkst. vnt. Europos sveikatos draudimo kortelių. Neturėdami kompensuojamųjų vaistų pasų, apdraustieji negalėtų gauti kompensuojamųjų vaistų. Gydytojo tapatybę patvirtinančių lipdukų blankų 2015 m. išduota daugiau nei 11 mln. vnt., o kompensuojamųjų vaistų pasų – virš 240 tūkst. vienetų.

2015 m. VLK buvo atliktas ligonių kasų kokybės vadybos sistemos persertifikavimo auditas, užtikrinantis ISO 9001 kokybės standarto sertifikatą tęstinumą. ISO kokybės sertifikatas patvirtina efektyvų įstaigos procesų valdymą, gerą įstaigos vidaus tvarką ir nuolatinę veiklos tobulinimą.

Ligonių kasos siekia efektyviai valdyti žmogiškuosius išteklius, mažinti darbuotojų kaitą, didinti veiklos rezultatyvumą ir pasitenkinimą darbu, todėl kryptingai tobulinama darbuotojų kompetencija, ugdomi lojalūs, aukštos kvalifikacijos darbuotojai – 2015 m. iš viso 77 proc. VLK darbuotojų tobulino kvalifikaciją (vienam VLK darbuotojui vidutiniškai tenka 18 akad. val. kvalifikacijos tobulinimo).

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

2015 m. VLK Valstybinio socialinio draudimo fondui kompensavo 3724 tūkst. Eur veiklos sąnaudų.

08 Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervas.

2015 m. nebuvo atliekami planiniai PSDF biudžeto pajamų atskaitymai į rezervą.

Apyvartos lėšos.

2015 m. pabaigoje apyvartos lėšų likutis sudarė 13 303 tūkst. eurų. Iš minėtos sumos 5009 tūkst. Eur sudarė viršplaninės pajamos, 2502 tūkst. Eur – planinių išlaidų ekonomija (iš viso – 7511 tūkst. Eur PSDF biudžeto lėšų daugiau nei planuota). 2016 m. 7511 tūkst. Eur bus pervesti į atskirą PSDF biudžeto rezervo sąskaitą.

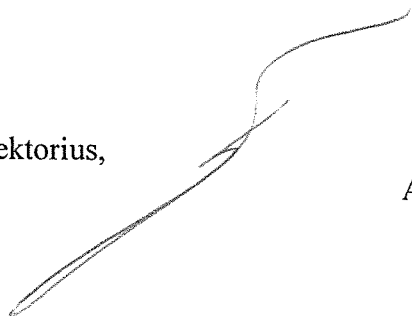
Lėšų likutis 2015 m. gruodžio 31 d. duomenimis.

PSDF biudžeto lėšų likutį 2015 m. gruodžio 31 d. duomenimis iš viso sudarė 13 303 tūkst. Eur (iš jų 5792 tūkst. Eur – planinės apyvartos lėšos, 5009 tūkst. Eur – 2015 m. viršplaninės pajamos, 2502 tūkst. Eur – 2015 m. išlaidų ekonomija).

PSDF biudžeto rezervo lėšų likutį 2015 m. sausio 1 d. duomenimis iš viso sudarė 73 073 tūkst. Eur (iš kurių 2014 m. PSDF biudžeto lėšų likutis, pervestas į PSDF biudžeto rezervą, sudarė 21 758 tūkst. Eur, o 2014 m. PSDF biudžeto rezervo sąskaitos likutis siekė 51 315 tūkst. eurų). Kaip minėta, 2015 m. buvo panaudota 14 949 tūkst. Eur rezervo lėšų, todėl 2015 m. gruodžio 31 d. rezervas sudarė 58 124 tūkst. eurų.

PRIDEDAMA. 11 lapų.

Valstybinės ligonių kasos
prie Sveikatos apsaugos ministerijos
Informacinių technologijų departamento direktorius,
laikiniai vykdančias direktoriaus funkcijas



Aurimas Baliukevičius

2015 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio aiškinamojo rašto
1 priedas

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO INFORMACINĖS SISTEMOS „SVEIDRA“ STATISTINIŲ DUOMENŲ APIE PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO IŠLAIDAS VALSTYBĖS LĖŠOMIS DRAUDŽIAMŲ ASMENŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪRAI ATASKAITA

2015 m.
(ataskaitinis laikotarpis: metai)

Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto išlaidų straipsnis	Valstybės lėšomis draudžiamų asmenų, kuriems suteikta sveikatos priežiūra, skaičius, tūkst.	PSDF biudžeto išlaidų suma	Išduotų vaistų / priemonių skaičius, tūkst. vnt.	Išrašytų receptų skaičius, tūkst. vnt.	Priemokų suma, tūkst. Eur
01 Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms*	1900	738 024 tūkst. balų	–	–	–
02 01 Kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms	977	189 094 tūkst. eurų	–	10 332	47 074
03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui	58	36 782 tūkst. balų	–	–	–
04 Ortopedijos techninėms priemonėms	64	8357 tūkst. eurų	105	–	–
05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms (<i>žmogaus audinių, ląstelių ir organų transplantacijos paslaugoms</i>)	2	14 652 tūkst. balų	–	–	–

Pastaba:

* išskyrus duomenis apie gerus pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros darbo rezultatus, greitosios medicinos pagalbos paslaugas ir slaugos paslaugas namuose (nurodomas valstybės lėšomis draudžiamų asmenų, kurių sveikatos priežiūros išlaidos buvo apmokėtos PSDF biudžeto lėšomis (t. y. bazinis mokėjimas už prirašytą gyventoją), skaičius).

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO PAJAMŲ DUOMENŲ SUVESTINĖ

2015 m.

(ataskaitinis laikotarpis)

(tūkst. Eur)

Kodas	Straipsnio pavadinimas	Suma
01	Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo:	924 822
	įmokos	924 613
	baudos	10
	delspinigiai	199
02	Valstybinės mokesčių inspekcijos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo:	22 743
	įmokos	22 424
	baudos	6
	delspinigiai	313
03	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, iš jų:	416 279
03 01	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis	401 491
03 02	Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai	14 788
04	Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos, iš jų:	31
04 01	palūkanos	29
04 02	kitos veiklos pajamos	2
05	Savanoriškos asmenų įmokos	1 835
05 01	Rusijos Federacijos pervedamos lėšos už Rusijos kariškių pensininkų ir jų šeimos narių, nuolat gyvenančių Lietuvoje, sveikatos priežiūrą	1 835
05 02	Kitos savanoriškos asmenų įmokos	0
06	Išieškomos ar grąžinamos lėšos už Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą, iš jų:	2 583
06 01	iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir už šias paslaugas neteisėtai pateiktas apmokėti sąskaitas	627
06 02	iš vaistinių išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai išduotus vaistus ir medicinos pagalbos priemones ar neteisėtai už juos pateiktas apmokėti sąskaitas	8
06 03	iš fizinių ir juridinių asmenų išieškomos lėšos už apdraustojo privalomuoju sveikatos draudimu sveikatai padarytą žalą ir už kitą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą	1 937
06 04	iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų grąžinamos lėšos už neteisėtai išrašytus ir išduotus vaistus bei medicinos pagalbos priemones	11
07	Lėšos, grąžintos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis	15 370
08	Kitos pajamos, iš jų:	2 958
08 01	Europos Sąjungos šalių narių pervedamos lėšos už Europos Sąjungos šalių apdraustųjų gydymą Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros įstaigose	2 636
08 02	pajamos už Europos sveikatos draudimo kortelių pakartotinį išdavimą	7
08 03	pajamos už kompensuojamųjų vaistų pasų pakartotinį išdavimą	285
08 04	kitos pajamos	30
IŠ VISO		1 386 621

**2015 M. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO FAKTINIŲ IŠLAIDŲ
ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMS SUVESTINĖ**

Periodiškumas: metinė

(Eur)

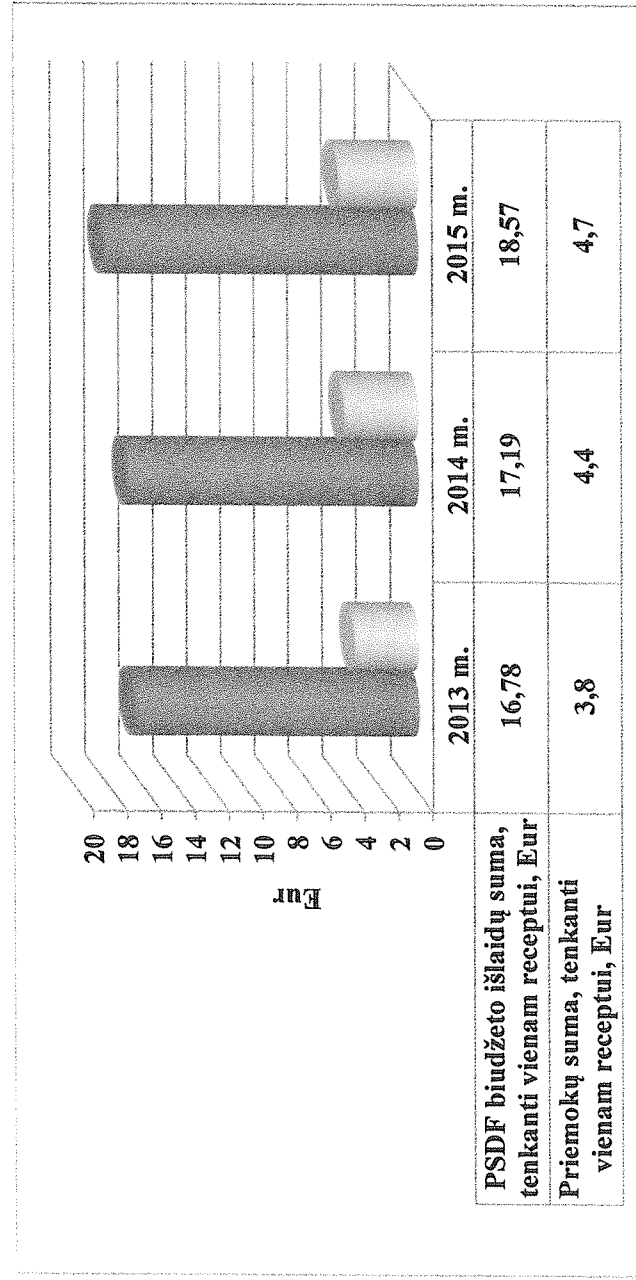
Išlaidų straipsnio kodas	Išlaidų straipsnio pavadinimas	Metinis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas	Suma už faktiškai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal teritorinių ligonių kasų priimtas apmokėti sąskaitas	Skirtumas (4-3) +/-	Ivykdymas procentais (4/3*100)
1	2	3	4	5	6
01 01	Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms iš viso, iš jų:	593.463.200	591.983.201,28	-1.479.998,72	99,8
01 01 01	pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (bazinis mokėjimas už prirašytą gyventoją)		483.354.166,43		
01 01 02	pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros skatinamosioms paslaugoms		52.472.951,73		
01 01 03	geriems pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros darbo rezultatams (neįtraukiant psichikos ir odontologinės sveikatos priežiūros gerų rezultatų) apmokėti		51.266.801,28		
01 01 04	geriems pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros darbo rezultatams apmokėti		3.556.274,42		
01 01 05	geriems pirminės ambulatorinės odontologinės sveikatos priežiūros darbo rezultatams apmokėti		1.333.007,42		
01 02	Greitosios medicinos pagalbos paslaugoms iš viso, iš jų:	149.354.100	149.042.088,65	-312.011,35	99,8
01 02 01	greitosios medicinos pagalbos paslaugoms (bazinis mokėjimas už greitosios medicinos pagalbos brigadų paslaugas)		136.586.139,35		
01 02 02	greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnyboms		10.590.364,79		
01 02 03	pacienčių transportavimo dėl normalaus ar gresiančio priešlaikinio gimdymo ir dėl patologijos pagimdžius paslaugoms		393.939,98		
01 02 04	greitosios medicinos pagalbos geriems darbo rezultatams apmokėti		1.471.644,53		
01 03	Slaugos paslaugoms iš viso, iš jų:	155.696.300	150.021.874,45	-5.674.425,55	96,4
01 03 01	slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugoms		126.901.606,77		
01 03 02	slaugos paslaugoms namuose		10.027.111,68		
01 03 03	paliatyviosios pagalbos paslaugoms		12.091.356,96		
01 03 04	sergančiųjų cukriniu diabetu slaugos paslaugoms		1.001.799,04		

01 04	Ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms iš viso, iš jų:		599.286.488,02		
01 04 01	ambulatorinėms specializuotoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms		417.880.853,45		
01 04 02	dienos stacionaro paslaugoms		56.950.681,97		
01 04 03	dienos chirurgijos paslaugoms		89.938.628,03		
01 04 04	priėmimo-skubiosios pagalbos skyriaus paslaugoms		8.191.658,25		
01 04 05	stebėjimo paslaugoms		21.067.164,75		
01 04 06	priėmimo-skubiosios pagalbos ir specializuotų ambulatorinių chirurgijos paslaugų teikimui priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose užtikrinti	2.117.679.300	2.250.000,00	-8.370.493,37	99,6
01 04 07	ambulatorinės chirurgijos paslaugoms		3.007.501,57		
01 05	Stacionarinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms iš viso, iš jų:		1.510.022.318,61		
01 05 01	aktyviojo gydymo paslaugoms		1.453.882.621,30		
01 05 02	ilgalaikio gydymo paslaugoms		56.139.697,31		
01 06	Brangiesiems tyrimams ir procedūroms		113.732.696,55		
01 06 01	paprastosios hemodializės procedūroms		62.105.656,69		
01 06 02	kompiuterinės tomografijos tyrimams		23.189.031,42		
01 06 03	kompiuterinės tomografijos angiografijos procedūroms		1.541.996,95		
01 06 04	hiperbarinės oksigenacijos procedūroms		297.833,86		
01 06 05	gydomosios kraujo gravitacinės chirurgijos procedūroms	113.733.100	299.568,06	-403,45	100,0
01 06 06	magnetinio rezonanso tomografijos (iki 1 teslos magnetinio lauko stiprumo) tyrimams		4.850.774,42		
01 06 07	magnetinio rezonanso tomografijos (1 teslos ir magnetinio lauko stiprumo) tyrimams		16.609.675,58		
01 06 08	magnetinio rezonanso angiografijos procedūroms		629.242,18		
01 06 09	hematologijos brangiesiems tyrimams		2.749.271,17		
01 06 10	pozitronų emisijos tomografijos tyrimams		1.459.646,22		
–	Tikslinės lėšos vaistiniams preparatams	2.925.000	2.812.438,06	-112.561,94	96,2
01	Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms iš viso (įskaitant papildomas lėšas)	3.132.851.000,00	3.116.901.105,62	-15.949.894,38	99,5
Nepaskirstytos lėšos (2015 m. pabaigoje)		0,00			
Iš viso (neįskaitant rezervo)		3.116.901.105,62			
Rezervo lėšos		78.397.668,65			
Iš viso (įskaitant rezervą)		3.195.298.774,27			

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO IŠLAIDŲ SUMOS IR PRIEMOKŲ SUMOS, TENKANČIŲ VIENAM KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONIŲ RECEPTUI, DIAGRAMA

2015 m.
(ataskaitinis laikotarpis)

Praėjusių 3 metų duomenys (stulpelinė diagrama)



2015 metų Privalomojo sveikatos
draudimo fondo metinių biudžeto
vykdymo ataskaitų rinkinio
aiškinamojo rašto 5 priedas

**PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO IŠLAIDŲ KOMPENSUOJAMIESIEMS VAISTAMS
IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONĖMS DUOMENŲ SUVESTINĖ**

2015 m.
(ataskaitinis laikotarpis)

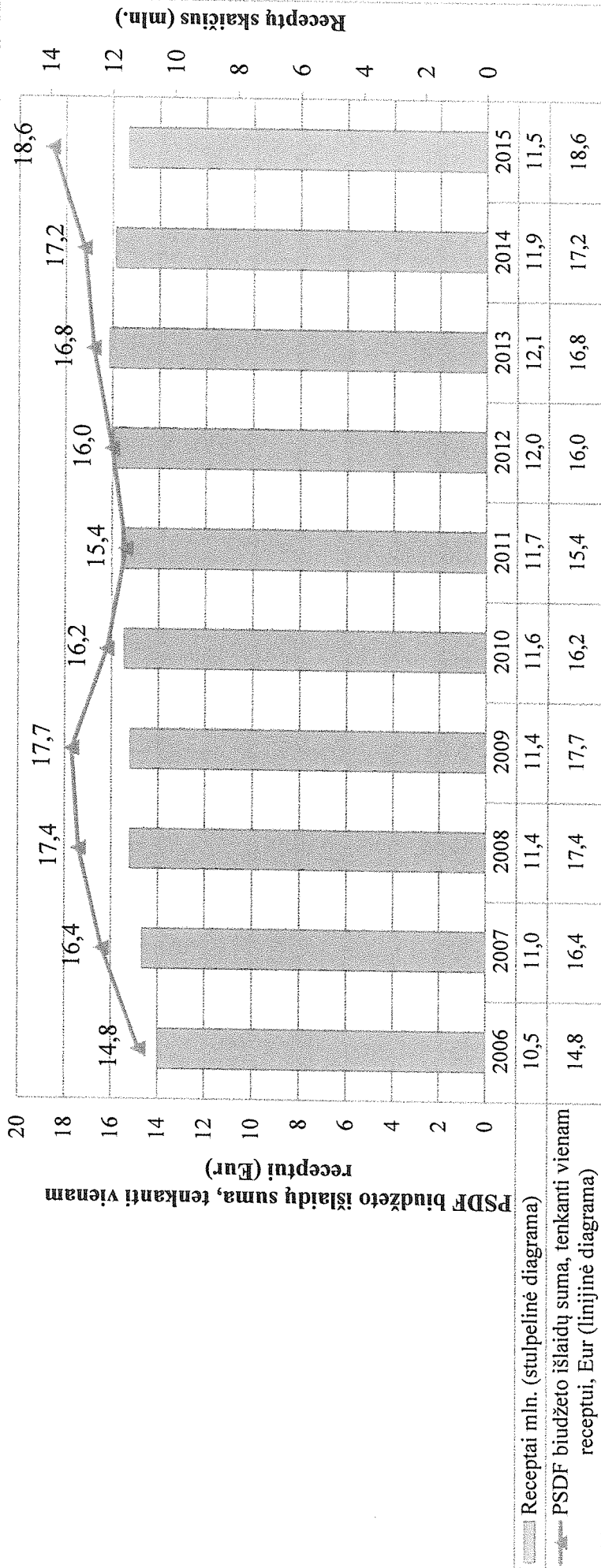
Praėjusių 2 metų duomenys:

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos (priimta sąskaitų), tūkst. Eur				Priemokų suma, tūkst. Eur				Receptų skaičius, tūkst. vnt.			
2014 m.	2015 m.	skirtumas	pokytis, proc.	2014 m.	2015 m.	skirtumas	pokytis, proc.	2014 m.	2015 m.	skirtumas	pokytis, proc.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
205.080,6	212.589,8	+7.509,2	+3,7	52.352,3	53.770,9	+1.418,6	+2,7	11.932,3	11.450,6	-481,7	-4,0

KOMPENSUOJAMŲJŲ VAISTŲ IR MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONIŲ RECEPTŲ SKAIČIAUS IR PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO IŠLAIDŲ SUMOS, TENKANČIOS VIENAM RECEPTUI, DIAGRAMA

2015 m.
(ataskaitinis laikotarpis)

Praėjusiu 10 metų duomenys:



**PACIENTŲ PRAŠYMŲ KOMPENSUOTI JŲ IŠLAIDAS KELIO IR KLUBO SĄNARIŲ
ENDOPROTEZAMS BEI KLAUSOS APARATAMS, ĮSIGYTIEMS SAVOMIS LĖŠOMIS, DUOMENŲ
SUVESTINĖ**

2015 m.
(ataskaitinis laikotarpis)

Kelio endoprotezai			Pastabos
pacientų skaičius	suma, Eur	ataskaitinis laikotarpis / kompensacijos laukimo terminas	
154	136 244,32	2015 m.	2015 m. 154 pacientams buvo sumokėta 136 244,32 Eur kompensacijų
2015-01-01 136 pacientai; 2015-12-31 116 pacientų	Kompensacijos suma: 1) 948,40 Eur 2) 877,79 Eur 3) 878,12 Eur	Vidutinis kompensacijos laukimo terminas – 8 mėn.	Pirmoje skiltyje nurodyta, kaip pasikeitė kompensacijos laukimo eilė nuo sausio 1 d. iki gruodžio 31 d. (pacientų sumažėjo nuo 136 iki 116). Antroje skiltyje nurodytos kompensuojamosios sumos, kurios nustatomos pagal operacijos metu galiojusią mažiausią centralizuotai nupirkto kelio endoprotezavimo sistemos komplekto kainą

Klubo endoprotezai			Pastabos
pacientų skaičius	suma, Eur	ataskaitinis laikotarpis / kompensacijos laukimo terminas	
1423	619 414,79	2015 m.	2015 m. 1423 pacientams buvo sumokėta 619 414,79 Eur kompensacijų
2015-01-01 996 pacientai; 2015-12-31 516 pacientų	Kompensacijos suma: 1) 511,92 Eur 2) 501,43 Eur 3) 422,15 Eur 4) 446,86 Eur	Vidutinis kompensacijos laukimo terminas – 7 mėn.	Pirmoje skiltyje nurodyta, kaip pasikeitė kompensacijos laukimo eilė nuo sausio 1 d. iki gruodžio 31 d. (pacientų sumažėjo nuo 996 iki 516). Antroje skiltyje nurodytos kompensuojamosios sumos, kurios nustatomos pagal operacijos metu galiojusią mažiausią centralizuotai nupirkto klubo endoprotezavimo sistemos komplekto kainą

Klausos aparatai			Pastabos
Pacientų skaičius	suma, Eur	ataskaitinis laikotarpis / kompensacijos laukimo terminas	
1514	106 550,32	2015 m.	2015 m. 1514 asmenų buvo sumokėta 106 550,32 Eur kompensacijų
2013 m. gauti 1129 prašymai; 2014 m. gauti 1302 prašymai; 2015 m. gauti 1383 prašymai	Kompensacijos suma: 44,09–278,25 Eur (pagal kompensacijų kategorijas)	Vidutinis kompensacijos laukimo terminas – 6 mėn.	Pirmoje skiltyje nurodyta, kaip pasikeitė laukimo eilė per trejus metus. Antroje skiltyje nurodytos centralizuotai pirktų klausos aparatų kainos (tokio pat dydžio yra ir kompensacijų sumos). Klausos aparatai centralizuotai perkami kiekvienais metais, todėl kasmet nustatomos naujos kompensacijų sumos

2015 M. PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO IŠLAIDŲ MEDICININEI REABILITACIJAI IR SANATORINIAM GYDYMUI DUOMENŲ SUVESTINĖ

Išlaidos medicininei rehabilitacijai ir sanatoriniam gydymui, iš viso, Eur

Eil. Nr.	TLK pavadinimas	2015 m. planas			Suma, už kurią faktiškai suteikta paslaugų	Skirtumas (+/-)	
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos	Iš viso		(6-5)	proc. (6/5*100)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Vilniaus TLK	14.025.000	0	14.025.000	13.908.390,95	-116.609,05	99,2
2	Kauno TLK	11.203.700	0	11.203.700	11.235.365,56	31.665,56	100,3
3	Klaipėdos TLK	6.423.300	0	6.423.300	6.344.523,89	-78.776,11	98,8
4	Šiaulių TLK	6.330.600	0	6.330.600	6.298.047,72	-32.552,28	99,5
5	Panevėžio TLK	5.584.800	0	5.584.800	5.258.935,22	-325.864,78	94,2
	Iš viso	43.567.400	0	43.567.400	43.045.263,34	-522.136,66	98,8

Išlaidos suaugusiųjų medicininei rehabilitacijai, Eur

Eil. Nr.	TLK pavadinimas	2015 m. planas			Suma, už kurią faktiškai suteikta paslaugų	Skirtumas (+/-)	
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos	Iš viso		(6-5)	proc. (6/5*100)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Vilniaus TLK	11.266.200	0	11.266.200	11.348.307,56	82.107,56	100,7
2	Kauno TLK	9.548.700	0	9.548.700	9.563.591,14	14.891,14	100,2
3	Klaipėdos TLK	5.061.600	0	5.061.600	5.014.954,38	-46.645,62	99,1
4	Šiaulių TLK	5.043.800	0	5.043.800	5.147.321,32	103.521,32	102,1
5	Panevėžio TLK	4.569.400	0	4.569.400	4.301.037,11	-268.362,89	94,1
	Iš viso	35.489.700	0	35.489.700	35.375.211,51	-114.488,49	99,7

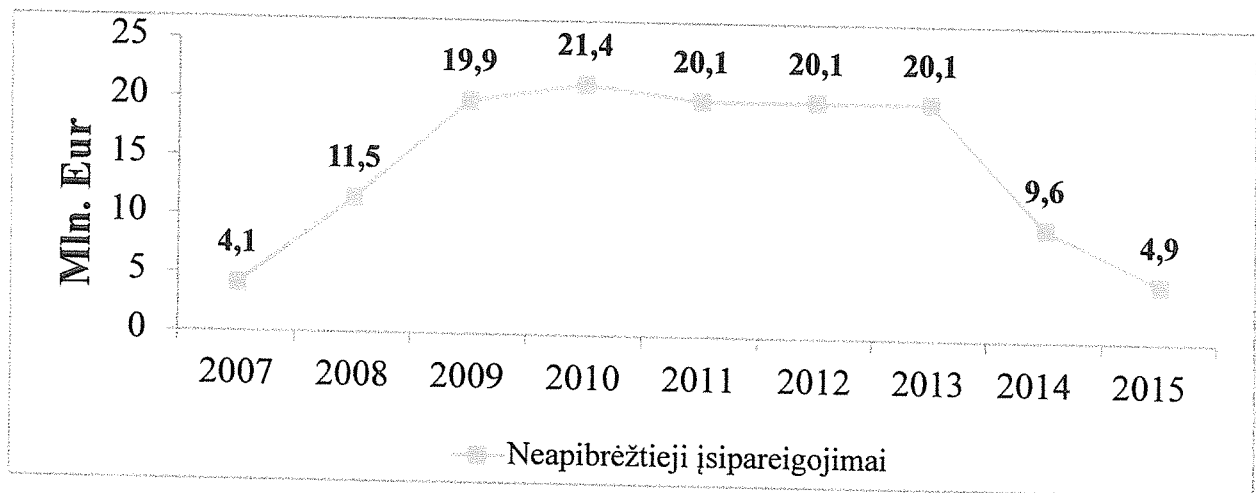
Išlaidos vaikų medicininei rehabilitacijai ir sanatoriniam gydymui, Eur

Eil. Nr.	TLK pavadinimas	2015 m. planas			Suma, už kurią faktiškai suteikta paslaugų	Skirtumas (+/-)	
		PSDF biudžeto lėšos	PSDF biudžeto rezervo lėšos	Iš viso		(6-5)	proc. (6/5*100)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Vilniaus TLK	2.758.800	0	2.758.800	2.560.083,39	-198.716,61	92,8
2	Kauno TLK	1.655.000	0	1.655.000	1.671.774,42	16.774,42	101,0
3	Klaipėdos TLK	1.361.700	0	1.361.700	1.329.569,51	-32.130,49	97,6
4	Šiaulių TLK	1.286.800	0	1.286.800	1.150.726,40	-136.073,60	89,4
5	Panevėžio TLK	1.015.400	0	1.015.400	957.898,11	-57.501,89	94,3
	Iš viso	8.077.700	0	8.077.700	7.670.051,83	-407.648,17	95,0

2015 metų Privalomojo
sveikatos draudimo fondo
metinių biudžeto vykdymo
ataskaitų rinkinio aiškinamojo
rašto 9 priedas

NEAPIBRĖŽTŲJŲ ĮSIPAREIGOJIMŲ UŽ 2009–2011 M. PAGAMINTAS IR IŠDUOTAS ORTOPEDINES TECHNINES PRIEMONES SUMA

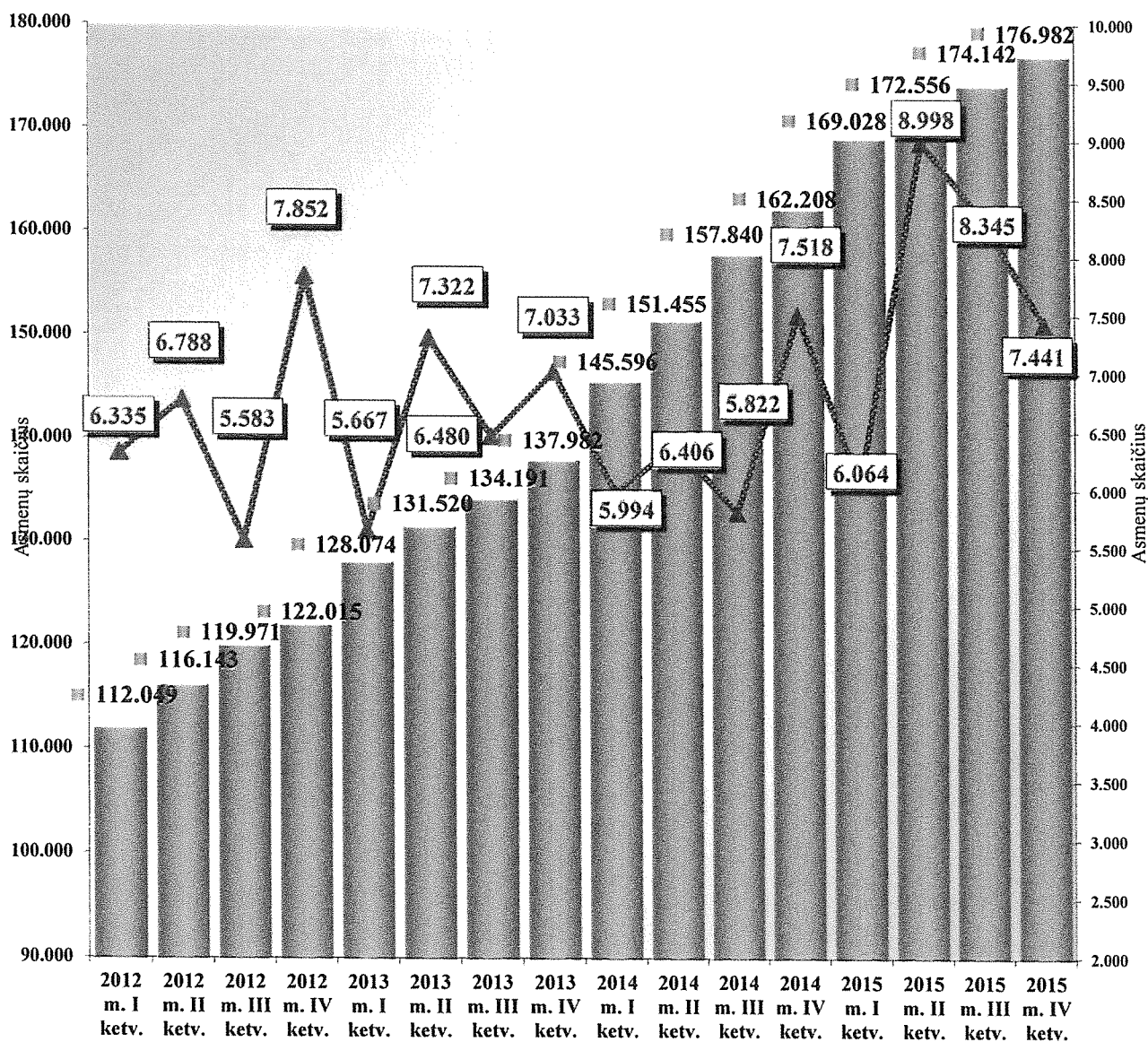
(2015 m. gruodžio 31 d. duomenys)



2011–2013 m. neapibrėžtieji įsipareigojimai už pagamintas ir išduotas ortopedijos technines priemones (OTP) sudarė 20,1 mln. eurų. 2014–2015 m. dėl 17,4 mln. eurų buvo pasirašytos taikos sutartys, mokėjimus išdėstant per 2014–2017 metus.

Atsižvelgiant į 2014–2017 m. mokėjimų išdėstymą, 2015 m. ortopedijos įmonėms išmokėta 4,3 mln. eurų, skirtų OTP gamybos ir pritaikymo išlaidoms, kurių apmokėjimas priskiriamas neapibrėžtiesiems įsipareigojimams padengti. 2016–2017 m. pagal sudarytas taikos sutartis OTP įmonėms liko apmokėti 4,9 mln. eurų.

DANTŲ PROTEZAVIMO PASLAUGŲ LAUKIMO EILIŲ POKYČIO DIAGRAMA



■ Laukiančiųjų eilėje ataskaitinio laikotarpio pradžioje skaičius (iš viso pagal TLK sąrašą)

▲ Aptarnautų asmenų skaičius