

2018–2020 METAIS PROGNOZUOJAMŲ PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO PAJAMŲ, IŠLAIDŲ IR LĖŠŲ LIKUČIŲ PAAIŠKINIMAI

2018 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto projektas parengtas atsižvelgiant į pareigą laikytis valdžios sektoriaus išlaidų augimo ribojimo taisyklių, nustatytų Lietuvos Respublikos fiskalinės sutarties įgyvendinimo konstituciniame įstatyme, bei į 2017 m. birželio 29 d. pasitarimo pas Ministrą Pirmininką metu priimtą sprendimą planuoti perteklinį 2018 m. PSDF biudžetą.

I. PAJAMOS IR NUMATOMI LĖŠŲ LIKUČIAI METŲ PRADŽIAI

01 Privalomojo sveikatos draudimo įmokos

Planuojama, kad 2018 m. privalomojo sveikatos draudimo įmokos turėtų sudaryti 1 209 937 tūkst. Eur, t. y. 119 431 tūkst. Eur (arba 11,0 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete. Numatoma, kad 2019 m. ir 2020 m. šios pajamos palaipsniui didės ir sudarys atitinkamai 1 275 642 tūkst. Eur ir 1 345 068 tūkst. eurų. Pagrindinę privalomojo sveikatos draudimo įmokų dalį sudaro dirbančiųjų ir darbdavių mokamos įmokos. Šių įmokų sumos augimą daugiausia lemia numatomas šalies vidutinio darbo užmokesčio augimas bei nedarbo lygio mažėjimas. Minėtų įmokų sumos dydį prognozuoja Valstybinio socialinio draudimo fondo (toliau – VSDF) valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos.

03 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai

PSDF biudžetui skiriamos šios valstybės biudžeto lėšos:

- 1) valstybės biudžeto įmokos už draudžiamųjų valstybės lėšomis sveikatos draudimą;
- 2) valstybės biudžeto asignavimai.

03 01 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis

Planuojama, kad 2018 m. valstybės biudžeto įmokų, mokamų už draudžiamuosius valstybės lėšomis, suma sudarys 499 173 tūkst. Eur, t. y. 49 913 tūkst. Eur (arba 11,1 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete. Šių įmokų suma didėja dėl 2018 m. išaugusios metinės valstybės biudžeto įmokos, mokamos už vieną valstybės lėšomis draudžiamą asmenį.

Už kiekvieną valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamą asmenį valstybės biudžetas PSDF biudžetui moka draudimo įmoką, kurios metinį dydį (procentais) ir bazę, nuo kurios ši įmoka skaičiuojama, nustato Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 16 straipsnio 2 dalis. 2017 m. ši įmoka sudaro 39 proc. Lietuvos statistikos departamento paskelbto užpraeitų metų keturių ketvirčių šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio vidurkio, t. y. ji lygi 283,3 euro. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nuostatomis, nuo 2017 m. šios įmokos dydis kiekvienais metais bus didinamas 2 procentiniais punktais, kol sudarys ne mažiau kaip 9 procentus užpraeitų metų 12 minimaliųjų mėnesinių algų dydžio. Atsižvelgiant į tai, 2018 m. metinė valstybės biudžeto įmoka už vieną valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamą asmenį sudarys 41 proc. Lietuvos statistikos departamento paskelbto užpraeitų metų keturių ketvirčių šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio vidurkio (šis vidurkis sudaro 784,0 Eur) ir bus lygi 321,4 euro. Ši įmoka 2018 m. bus 72,8 Eur (arba 18,5 proc.) mažesnė, nei 9 proc. užpraeitų metų (2016 m.) 12 minimaliųjų mėnesinių algų dydžio.

Numatoma, kad 2018 m. prognozuojamos vidutinės metinės vieno dirbančio asmens privalomojo sveikatos draudimo įmokos (889,9 Eur) ir metinės valstybės biudžeto įmokos, mokamos už vieną draudžiamąjį valstybės lėšomis (321,4 Eur), dydžiai skirsis 3,0 karto (2017 m. prognozuojamos vidutinės metinės vieno dirbančio asmens privalomojo sveikatos draudimo įmokos, sudarančios 838,3 Eur, ir metinės valstybės biudžeto įmokos, mokamos už vieną

draudžiamąjį valstybės lėšomis, sudarančios 283,3 Eur, dydžiai skiriasi 3,2 karto). Pažymėtina, kad savarankiškai įmokas mokančių asmenų, numatytų Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 9 dalyje, metinė privalomojo sveikatos draudimo įmoka 2018 m. turėtų sudaryti apie 410 Eur (9 proc. 12 minimalių mėnesinių algų).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje nustatyta 19 valstybės lėšomis draudžiamų asmenų grupių. Valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu yra draudžiami labiausiai socialiai pažeidžiami asmenys. Asmenys valstybės lėšomis draudžiami tik tuo atveju, jei jie nedirba, nevykdo kitos ekonominės veiklos ar negauna kitų pajamų, nuo kurių mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Didžiausią dalį visų šių asmenų sudaro nedirbantys ir nevykdantys kitos ekonominės veiklos pensininkai, vaikai iki 18 metų, bedarbiai ir studentai. Draudžiamųjų valstybės lėšomis skaičiui nustatyti naudojami Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro (toliau – Draudžiamųjų registras) duomenys. Šis registras funkcionuoja Lietuvos Respublikos gyventojų registro duomenų pagrindu. Draustumas privalomuoju sveikatos draudimu nustatomas pagal Draudžiamųjų registro duomenų teikėjų (pvz., Lietuvos darbo biržos ir kt.) bei valstybinių registrų (pvz., Mokinių registro, Studentų registro, Valstybinio socialinio draudimo išmokų gavėjų registro ir kt.) teikiamus duomenis apie asmenų teisinį statusą ir (ar) sumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Planuojama, kad 2018 m. valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų skaičius sieks apie 1,55 milijono. Paminėtina, kad visų ligonių kasų interneto svetainėse kiekvienas draudžiamasis pagal Draudžiamųjų registro duomenis gali pasitikrinti, ar jis yra apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu.

Atkreiptinas dėmesys, kad valstybės biudžetas už valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis kasmet į PSDF biudžetą perveda iki 0,5 mlrd. Eur, tuo tarpu šių asmenų sveikatos priežiūros išlaidų poreikis sudaro dukart tiek, t. y. apie 1 mlrd. eurų.

03 02 Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai

Planuojama, kad 2018 m. Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimai sudarys 19 288 tūkst. Eur, t. y. 4000 tūkst. Eur (arba 26,2 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete.

Pažymėtina, kad šiame straipsnyje numatytos lėšos skiriamos valstybės biudžeto PSDF biudžetui deleguotoms funkcijoms finansuoti. Teisės aktais PSDF biudžetui šiuo metu yra priskirtos šios valstybės funkcijos:

- apmokėti gyvybei gelbėti ir išsaugoti skirtų paslaugų išlaidas,
- kompensuoti ortopedijos technikos priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidas,
- propaguoti neatlygintą kraujo donorystę ir mokėti kraujo donorų kompensacijas,
- finansuoti Nacionalinės imunoprofilaktikos programos įgyvendinimo priemones,
- mokėti už būtinosios medicinos pagalbos paslaugas, suteiktas privalomuoju sveikatos draudimu neapdraustiems asmenims,
- kitos.

Baigtinis PSDF biudžetui deleguotų valstybės funkcijų sąrašas patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 15 straipsnio 1 dalyje. Kasmet valstybės biudžeto PSDF biudžetui deleguotų funkcijų įgyvendinimui skiriamų lėšų nepakanka. Šių valstybės deleguotų funkcijų įgyvendinimui yra naudojamos kitos PSDF biudžeto gaunamos pajamos, nors nuolat augančiam sveikatos priežiūros finansavimo poreikiui padengti kitų PSDF biudžeto pajamų dydis nėra pakankamas. Šių valstybės deleguotų funkcijų vykdymui 2018 m. reikėtų skirti apie 87 mln. Eur, o skiriamų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimų suma sudaro tik 19,3 mln. eurų. Skiriant pakankamą valstybės biudžeto asignavimų PSDF biudžetui sumą būtų didinama Lietuvos valdžios sektoriaus išlaidų sveikatos priežiūrai dalis, kuri šiuo metu yra viena mažiausių Europos Sąjungoje (Lietuvoje valdžios sektoriaus išlaidos sveikatai sudaro apie 67 proc. visų išlaidų sveikatai, o Pasaulio sveikatos organizacija rekomenduoja, kad ši dalis turėtų sudaryti apie 80 proc.). Apie nepakankamą valdžios sektoriaus skiriamų lėšų dydį pasisakė Pasaulio sveikatos organizacija. Ji atkreipė dėmesį į tai, kad valstybė sveikatos apsaugai skiria per mažai lėšų ir užkrauna pernelyg didelę sveikatos sistemos finansavimo našą gyventojams, juos nuskurdindama.

Beveik dešimtadalis Lietuvos namų ūkių, mokėdami už sveikatos paslaugas ir vaistus, patiria katastrofinės sveikatos išlaidas. Apie per mažas valdžios sektoriaus išlaidas sveikatos priežiūrai pasisakė ir Europos Komisija.

Planuojama, kad iš viso valstybės biudžeto įmokos ir asignavimai, skiriami PSDF biudžetui, 2018 m. sudarys 518 461 tūkst. Eur, t. y. 53 913 tūkst. Eur arba 11,6 proc. daugiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete.

04 Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos

Pagal šį pajamų straipsnį apskaitomos banko mokamos palūkanos už PSDF biudžeto lėšas, esančias banko sąskaitose, ir kitos veiklos pajamos. Įvertinus bankų skelbiamą informaciją apie situaciją finansų rinkose, 2018–2020 m. neplanuojama gauti institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamų.

05 Savanoriškos asmenų įmokos

Numatoma, kad 2018 m. savanoriškos asmenų įmokos sudarys 2178 tūkst. Eur, t. y. 122 tūkst. Eur (arba 5,9 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete. Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. šios pajamos nežymiai didės ir atitinkamai sudarys 2356 tūkst. Eur ir 2525 tūkst. eurų.

Pagal šį pajamų straipsnį yra apskaitomos Rusijos Federacijos pervedamos lėšos už Rusijos kariškių pensininkų ir jų šeimos narių, nuolat gyvenančių Lietuvos Respublikoje, sveikatos priežiūrą. Šios lėšos pervedamos vadovaujantis 1993 m. lapkričio 18 d. susitarimu tarp Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Rusijos Federacijos Vyriausybės „Dėl socialinių garantijų teikimo tvarkos nuolat Lietuvos Respublikoje gyvenantiems Rusijos Federacijos kariškiams pensininkams“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ir Rusijos Federacijos gynybos ministerijos 1996 m. rugpjūčio 15 d. susitarimu bei 1998 m. spalio 15 d. protokolu. Įmoka už vieno iš nurodytų asmenų sveikatos priežiūros finansavimą yra tokia pati, kaip ir Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmoka, mokama už draudžiamąjį valstybės lėšomis: 2017 m. – 283,3 Eur, 2018 m. planuojama įmoka – 321,4 euro. Planuojama, kad ateinančiais metais šių asmenų turėtų būti apie 6,8 tūkstančio.

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

Planuojama, kad 2018 m. išieškomos ar gražinamos lėšos už PSDF biudžetui padarytą žalą sudarys 2458 tūkst. Eur, t. y. 79 tūkst. Eur (arba 3,3 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete. Numatoma, kad 2019 m. ir 2020 m. šios pajamos atitinkamai sudarys 2452 tūkst. Eur ir 2450 tūkst. eurų.

Pagal šį pajamų straipsnį apskaitomos iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškomos ar jų gražinamos lėšos už neteisėtai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir už šias paslaugas neteisėtai pateiktas apmokėti sąskaitas bei už neteisėtai išrašytus ir išduotus vaistus ar medicinos pagalbos priemones, taip pat iš vaistinių išieškomos ar jų gražinamos lėšos už neteisėtai išduotus vaistus bei medicinos pagalbos priemones ar neteisėtai už juos pateiktas apmokėti sąskaitas, iš fizinių ir juridinių asmenų išieškomos lėšos už apdraustojo privalomuoju sveikatos draudimu sveikatai padarytą žalą ir už kitą PSDF biudžetui padarytą žalą.

07 Lėšos, gražintinos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis

Planuojama, kad 2018 m. lėšos, gražintinos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis, sudarys 12 000 tūkst. Eur, t. y. 1000 tūkst. Eur (arba 7,7 proc.) mažiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete. Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. šios pajamos taip pat sudarys po 12 000 tūkst. eurų.

Šiuo metu Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) yra sudariusi 118 sutarčių dėl 95 bendrinio pavadinimo vaistų su 32 vaistinio preparato rinkodaros teisės turėtojais (jų atstovais) arba juridiniais asmenimis, turinčiais didmeninio platinimo licenciją.

08 Kitos pajamos

Planuojama, kad 2018 m. kitų pajamų bus surinkta 2514 tūkst. Eur, t. y. 516 tūkst. Eur (arba 25,8 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete. Numatoma, kad 2019 m. ir 2020 m. šios pajamos atitinkamai sudarys 2426 tūkst. Eur ir 2278 tūkst. eurų.

Pagal šį pajamų straipsnį apskaitomos Europos Sąjungos šalių narių, Europos ekonominės erdvės šalių ir Šveicarijos konfederacijos pervedamos lėšos už jų apdraustųjų gydymą Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, pajamos už kompensuojamųjų vaistų pasų ir Europos sveikatos draudimo kortelių pakartotinį išdavimą bei kitos PSDF biudžeto pajamos.

Planuojama, kad 2018 m. PSDF biudžeto pajamos iš viso turėtų sudaryti 1 747 548 tūkst. Eur, t. y. 173 061 tūkst. Eur (arba 11,0 proc.) daugiau, nei numatyta 2017 m. PSDF biudžete. Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. PSDF biudžeto pajamos iš viso sudarys atitinkamai 1 813 337 tūkst. Eur ir 1 882 782 tūkst. eurų.

Planuojama, kad PSDF biudžeto apyvartos lėšų likutis 2018 m. sausio 1 d. duomenimis sudarys 5792 tūkst. Eur, o numatomas ateinančių metų PSDF biudžeto rezervas metų pradžioje – 98 889 tūkst. Eur (pagrindinė šio rezervo dalis turėtų sudaryti 26 213 tūkst. Eur, t. y. 1,5 proc. 2018 m. pajamų plano, o rizikos valdymo dalis – 72 676 tūkst. Eur). Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. PSDF biudžeto apyvartos lėšų likutis metų pradžioje sudarys po 5792 tūkst. Eur, o numatomas atitinkamų metų PSDF biudžeto rezervas – po 167 390 tūkst. Eur kasmet.

II. IŠLAIDOS IR NUMATOMI LĖŠŲ LIKUČIAI METŲ PABAIGOJE

01 Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms

2018 m. asmens sveikatos priežiūros paslaugoms iš viso numatoma skirti 1 186 008 tūkst. Eur, t. y. 75 251 tūkst. Eur (arba 6,8 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete. Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. šios išlaidos atitinkamai sudarys 1 266 228 tūkst. Eur ir 1 299 578 tūkst. eurų.

Pagrindinę PSDF biudžeto išlaidų dalį (daugiau nei 70 proc. visų išlaidų) sudaro lėšos, skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti. Asmens sveikatos priežiūros paslaugas gali teikti tik gydymo įstaigos, turinčios licencijas ir reikiamus žmogiškuosius bei materialinius išteklius. Tai gali būti valstybės ir savivaldybių arba privačios gydymo įstaigos, kurių teikiamos paslaugos skirstomos į pirminės ambulatorinės, slaugos, paslaugas, teikiamas gydytojų specialistų, dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir ambulatorinės chirurgijos bei stacionaro paslaugas. Už minėtas paslaugas mokama pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas bazines kainas (šios kainos skaičiuojamos balais), taikant atitinkamą šių bazinių kainų balo vertę. Šiuo metu teisės aktais nustatyta asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų balo vertė (ji galioja atsiskaitant už paslaugas, suteiktas nuo 2016 m. sausio 1 d.) yra lygi 1 Eur arba siekia iki 1 euro.

Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skiriamos papildomos PSDF biudžeto lėšos leistų plėtoti prioritetines ar teikti naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, tokiu būdu gerinant pacientų sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę. Viena pagrindinių pastarojo dešimtmečio užduočių – skatinti ligonines modernizuoti savo veiklą taip, kad pacientai galėtų išvengti guldyimo į ligoninę, jei jis nėra būtinas, bei dalį rajono ligoninėse teikiamų stacionarinių paslaugų keisti slaugos ir palaikomojo gydymo, geriatrijos paslaugomis, gerinant šių paslaugų prieinamumą. Gydymąsi ligoninėje vis dažniau keičia ambulatorinis gydymas, dienos stacionaras ir dienos chirurgija. Taip taupomas paciento laikas, mažėja nebūtino stacionarinio gydymo atveju, išvengiama su gydymu ligoninėje susijusios rizikos, pavyzdžiui, hospitalinių infekcijų.

Paminėtina, kad nuosekliai stiprinama ir šeimos gydytojo institucija. Siekiant panaudoti svertus, skatinančius šeimos gydytojus teikti daugiau ir įvairesnių aukštos kokybės paslaugų, mokėjimo už šių medikų paslaugas sistema nuolat tobulinama. Šeimos gydytojams papildomai mokama už gerus darbo rezultatus, kaimo gyventojų ar gyventojų, turinčių nuolatinės slaugos

poreikį, aptarnavimą, be to mokamas priedas už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Pirminė ambulatorinė asmens sveikatos priežiūra yra bene svarbiausia sveikatos apsaugos sistemos sritis: būtent į šeimos gydytoją kreipiamasi staiga sunegalavus ar dėl pagrindinių sveikatos problemų. Užsienio šalių patirtis rodo, kad apie 80 proc. visų sveikatos problemų turėtų spręsti šeimos medicina. Tad ir Lietuvoje nuolat siekiama gerinti šių paslaugų kokybę ir prieinamumą, finansiškai skatinant šeimos gydytojus už kokybiškai atliktą darbą:

- 2018–2020 m. planuojama įvesti naujus priedus už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. 2018 m. planuojama įvesti skatinimą už paciento, kuriam namuose taikomas parenterinis maitinimas, priežiūrą, nėščiąjų patikrą dėl virusinio hepatito B, paciento būklės psichodiagnostinį įvertinimą (atliekamą gydytojo psichiatro ar gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro), įtariant bandymą nusižudyti, skatinimą už psichologinę-psichoterapinę intervenciją, o nuo 2020 m. – gliukozės toleravimo mėginio atlikimą rizikos grupės asmenims.

- 2020 m. planuojama didinti šeimos gydytojo kompetenciją, suteikiant šeimos gydytojui teisę skirti ir vertinti dar daugiau laboratorinių tyrimų.

Siekiant aukštesnės pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugų kokybės, nuo 2017 m. balandžio 1 d. pradėta gydymo įstaigas skatinti už šeimos gydytojų paslaugų, atitinkančių Nacionalinius akreditavimo standartus šeimos medicinos paslaugai, teikimą. Pažymėtina, kad pačių įstaigų akreditavimosi rezultatas yra kokybiškų šeimos gydytojų paslaugų teikimas gyventojams, į pacientą orientuota priežiūra, prevencija, rūpinimasis ne tik pacientu, bet ir jo šeima. Taip pat pradėta papildomai mokėti už kiekvieną prie PAASP paslaugas teikiančios įstaigos prisirašiusį, apdraustą privalomuoju sveikatos draudimu gyventoją, kuriam nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis. Tikimasi, kad tai paskatins gydymo įstaigas labiau rūpintis šiais sunkiai sergančiais pacientais, užtikrinti jiems kokybišką ir prieinamą pirminę asmens sveikatos priežiūrą.

Siekiant užtikrinti racionalų antibiotikų vartojimą šalyje, 2019 m. planuojama įvesti ir pradėti finansiškai skatinti šeimos gydytojus už dar vieną naują gerų darbo rezultatų rodiklį – racionalų antibiotikų skyrimą vaikams.

Gerinant psichikos sveikatos centrų veiklą ir užtikrinant geresnę pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, 2018 m. numatoma pritraukti daugiau specialistų – tikslinti psichiatrų, medicinos psichologų, psichikos sveikatos slaugytojų ir socialinių darbuotojų aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvą.

Siekiant skatinti greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) paslaugas teikiančias įstaigas ir užtikrinti geresnę GMP paslaugų prieinamumą bei kokybišką jų teikimą, PSDF biudžeto lėšomis papildomai mokama už gerų GMP rezultatų rodiklius: už operatyvumą ir darbo intensyvumą rodiklius. Taip pat papildomai mokama ir už GMP pervežimus į perkutaninės koronarinės intervencijos centrus dėl ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu arba insulto gydymo centrus dėl ūminio galvos smegenų insulto. GMP paslaugas teikiančioms įstaigoms sudaryta galimybė organizuoti papildomas GMP brigadas (šiam tikslui skiriant papildomas PSDF biudžeto lėšas) savivaldybėse, kurių stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose neteikiamos chirurgijos ir (ar) reanimacijos ir intensyviosios terapijos paslaugos bei savivaldybėse, kuriose dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtos ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo restruktūrizuojamos asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir nebeteikiamos aktyviajam gydymui priskiriamos stacionarinės paslaugos vaikams.

Ateityje ir toliau planuojama skatinti kokybiškų ir efektyvių GMP paslaugų teikimą. Planuojama pradėti skatinti GMP paslaugas teikiančias įstaigas už kokybiško pacientų, kuriems taikoma dirbtinė plaučių ventilacija namuose, transportavimo GMP automobiliu iš gydymo įstaigos į namus arba iš namų į gydymo įstaigą užtikrinimą, taip pat už klausos ir (ar) kalbėjimo negalią turinčių asmenų skambučių atpažinimą ir priėmimą.

Siekiant plėtoti ambulatorinę sveikatos priežiūrą, 2017 m. buvo įvestos naujos paslaugos, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, pvz. konsultacijos, teikiamos peritonine dialize gydomiems pacientams, naujos ambulatorinės chirurgijos paslaugos – krūties stulpelinė biopsija, pagalbinio apvaisinimo paslaugos.

2018–2020 m. numatoma ir toliau plėtoti ekonomiškai efektyvias sveikatos priežiūros

paslaugas, toliau diegti naujas PSDF biudžeto lėšomis teikiamas gydytojų specialistų konsultacijas, kurių metu atliekami tiriamieji ir gydomieji veiksmai (pvz. gydytojo geriatro išplėstinę konsultaciją, gydytojo reumatologo išplėstinę konsultaciją, reta liga sergančio paciento išplėstinę konsultaciją ir kt.), naujas dienos stacionaro paslaugas (pvz. geriatrijos paslaugas, plėsti vaikų ir suaugusiųjų dienos stacionaro paslaugų spektrą ir kt.). Tokiu būdu siekiama skatinti sudėtingų diagnostikos ir gydymo metodų taikymą ambulatorinėje praktikoje ir mažinti hospitalizaciją.

Be to, 2018–2020 m. numatoma plėtoti telemedicinos paslaugas. Tai leis užtikrinti greitesnę pacientų ištyrimą ir sumažinti laukiančiųjų gydytojų specialistų konsultacijų eiles. Taip pat planuojama naujais tyrimais papildyti visuotinį naujagimių tikrinimą dėl paveldimų medžiagų apykaitos ligų.

Nuo 2018 m. planuojama praplėsti ambulatorinės slaugos paslaugų namuose gavėjų aprėptį bei didinti iš PSDF apmokamų paslaugų skaičių ir taip didinti šių paslaugų prieinamumą.

Paminėtina, kad 2017 m. II pusmetį buvo skirtos PSDF biudžeto rezervo lėšos (iš viso 24,6 mln. Eur pagal PSDF biudžeto 01, 03 ir 05 išlaidų straipsnius) asmens sveikatos priežiūros paslaugų bazinių kainų didinimui, taip siekiant sudaryti sąlygas gydymo įstaigoms už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas gauti daugiau lėšų ir jas naudoti jų darbuotojų darbo užmokesčiui didinti. Ateinančiais metais numatomos papildomos lėšos, siekiant užtikrinti šių įsipareigojimų tęstinumą visus metus.

02 Vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms

2018 m. vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms planuojama skirti 310 935 tūkst. Eur, t. y. 19 251 tūkst. Eur (arba 6,6 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2017 m. rugpjūčio 28 d. įsakymu Nr. V-1008 „Dėl Vaistų politikos gairių patvirtinimo“ patvirtintose Vaistų politikos gairėse numatyta, kad siekiant užtikrinti valstybės lėšų, numatytų vaistams kompensuoti, didėjimą, augant PSDF biudžetui, išlaidų vaistams dalis didėtų ne mažesniu procentu nei didėja bendras PSDF biudžetas. 2018 m. PSDF biudžeto išlaidos, palyginti su 2017 m. PSDF biudžetu, didėja 6,6 procento.

Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. lėšos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms sudarys atitinkamai 340 500 tūkst. Eur ir 367 000 tūkst. eurų. Pagal šį straipsnį apskaitomos PSDF biudžeto išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, taip pat – išlaidos labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui ir gydymui nenumatytais atvejais. Sprendimas dėl atitinkamos lėšų sumos skyrimo kiekvienai iš šių sričių priimamas atskirai, įvertinant Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę.

2016 m. Lietuvoje kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones vartojo apie 1,15 milijono pacientų, t. y. apie 41 proc. visų Lietuvos gyventojų (kitose Europos Sąjungos šalyse – apie 40–60 proc. gyventojų), iš jų vyresni kaip 60 metų gyventojai, vartojantys kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, sudarė apie 578 tūkst. pacientų, t. y. apie 50 proc. visų gyventojų, vartojusių kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones. 2017 m. pirmą pusmetį kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones vartojo apie 1 mln. pacientų, iš jų vyresni kaip 60 metų gyventojai, vartojantys kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, sudarė apie 538 tūkst. pacientų, t. y. apie 54 proc. visų gyventojų vartojusių kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones. 2016 m. Lietuvoje kompensuotos apie 2,3 tūkst. vaistų (prekiniais pavadinimais) įsigijimo išlaidos. Dėl senstančios populiacijos ir didėjančio ambulatorinių paslaugų teikimo masto, vis daugiau skiriama kompensuojamųjų vaistų ir atitinkamai didėja PSDF biudžeto išlaidos jų įsigijimo išlaidoms apmokėti. PSDF biudžeto lėšų, skiriamų kompensuojamiesiems vaistams, poreikis didėja ir dėl numatomo naujų bei įrašytų į Rezervinį vaistų sąrašą (šis sąrašas yra skelbiamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje) vaistinių preparatų sunkioms ligoms gydyti įsigijimo išlaidų kompensavimo. Taigi augančios lėšos leistų pradėti kompensuoti naujus, aukštą terapinę vertę turinčius vaistus, šiuo metu esančius rezerviniame sąrašė.

Atsižvelgiant į tai, kad lėšų kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos

priemonėms poreikis nuolat didėja dėl gyventojų senėjimo ir dėl naujų aukštą terapinę vertę turinčių vaistų kompensavimo poreikio, yra įgyvendinamos įvairios priemonės šių vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kainoms mažinti. Siekiama, kad 2018 m. už šiuos vaistus ir medicinos pagalbos priemones mokamos paciento priemokos sudarytų ne daugiau kaip 20 proc. bendros kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų sumos. 2016 m. pacientų sumokėtų priemokų dalis sudarė 20,4 proc. nuo bendros gyventojų kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų sumos. 2017 m. pirmąjį pusmetį pacientų sumokėtų priemokų dalis jau sudarė 20 proc. nuo bendros gyventojų kompensuojamųjų vaistų įsigijimo išlaidų sumos. Sėkmingą minėtų priemonių įgyvendinimą turėtų atėityje patvirtinti didėjantis išduodamų kompensuojamųjų generinių vaistų vidutinių palaikomųjų dienos dozių (angl. *Defined Daily Dose* – DDD) skaičius, palyginti su bendru išduodamų kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiumi. 2016 m. kompensuojamųjų generinių vaistų DDD skaičius įvertintas pirmą kartą ir sudarė 285 DDD, tenkančias 1000 gyventojų per dieną, arba 48,8 proc. nuo bendro suvartoto kompensuojamųjų vaistų DDD skaičiaus.

Viena iš VLK funkcijų – netiesioginis (per asmens sveikatos priežiūros įstaigas) apdraustųjų aprūpinimas centralizuotai perkamais vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis. Šiuos vaistus ir priemones centralizuotai perka VLK ir paskirsto šalies ligoninėms. Centralizuotai perkami vaistai onkologinėms, uždegiminėms sąnarių, žarnyno ir odos ligoms gydyti, miokardo infarktui ir smegenų insultui gydyti bei kt. Taip pat centralizuotai perkamos medicinos pagalbos priemonės: dirbtiniai širdies vožtuvai, sąnarių endoprotezai, neurostimulatoriai, tracheozofaginiai kalbamieji protezai ir kiti organų ar jų dalių protezai (kochleariniai implantai) bei kt. Paminėtina, kad 2015 m. buvo patvirtinti medicinos pagalbos priemonių įrašymo į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą kriterijai. Į Rezervinį centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų sąrašą įrašomi nauji aukštą terapinę vertę turintys vaistiniai preparatai, kurie palaiptui turi būti perkeltami į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą.

Numatoma, kad 2018 m. lėšų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, kurių įsigijimo išlaidos apmokamos centralizuotai, poreikis didės dėl nuolat Rezervinį vaistų sąrašą papildančių vaistinių preparatų, kurie pretenduoja būti įrašyti į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą (pvz., *Trastuzumabo emtansinas* krūties vėžiui gydyti, *Ramucirumabum* – skrandžio vėžiui gydyti). Į Rezervinį vaistų sąrašą dažniausiai įrašomi nauji labai brangūs preparatai, kurių kompensavimui reikalingos papildomos PSDF biudžeto lėšos.

2018 m. lėšų poreikis centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms taip pat didėja dėl pacientų, gydomų į Centralizuotai apmokamų vaistinių preparatų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą įrašytais vaistiniais preparatais, skaičiaus. Pvz., kasmet auga pacientų, gydomų vaistiniais preparatais nuo įvairių onkologinių susirgimų, skaičius. Tam įtaką daro ir prevencinės programos – išaiškinamas didesnis onkologinių susirgimų skaičius, daugiau pacientų prireikia gydymo.

Pažymėtina, kad nuo 2018 m. kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms skirtomis lėšomis numatoma apmokėti anti-D imunoglobulino įsigijimo išlaidas, o centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms skirtomis lėšomis – krešėjimo faktorių įsigijimo išlaidas (iki šiol šios lėšos buvo apmokamos pagal PSDF biudžeto 05 išlaidų straipsnį „Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms“).

Pagal šį išlaidų straipsnį taip pat apskaitomos lėšos, skiriamos labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymui bei gydymui nenumatytais atvejais. Pažymėtina, kad ne visada yra sukurti vaistai labai retoms būklėms gydyti, nes dėl mažo sergančiųjų skaičiaus sunku atlikti reikiamus klinikinius tyrimus, įrodančius vaisto efektyvumą. Tai lemia didelę jau sukurtų vaistų šioms ligoms gydyti kainą. Nuo 2016 m. sprendimus dėl labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo ir gydymo nenumatytais atvejais priima sveikatos apsaugos ministro įsakymu sudaryta Labai retų žmogaus sveikatos būklių gydymo išlaidų kompensavimo komisija. Per metus išduota 343 VLK garantiniai raštai pagal 42 asmens sveikatos priežiūros įstaigų prašymus kompensuoti 244 pacientų, kuriems buvo diagnozuotos labai retos būklės, gydymo išlaidas. Didžiausia dalis lėšų labai retoms būklėms gydyti tenka vaistams, skiriamiems ypač retoms metabolinėms ligoms bei retoms onkologinėms

ligoms gydyti.

03 Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui

2018 m. medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti planuojama skirti 50 531 tūkst. Eur, t. y. 2935 tūkst. Eur (arba 6,2 proc.) daugiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete. Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. lėšos medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti sudarys atitinkamai 51 303 tūkst. Eur ir 51 359 tūkst. eurų.

Sergančiųjų sunkiomis ligomis gydymas neatsiejamas nuo medicininės reabilitacijos. Tai svarbus gydymo etapas, skiriamas po ūmių ligų, operacijų, taip pat sergantiems lėtinėmis ligomis ar joms paūmėjus, po traumų ir kt., leidžiantis pacientą greičiau išgydyti, grąžinti jį į darbo rinką, integruoti į visuomenę, atkurti jo biosocialinius gebėjimus ir išvengti antrinio neįgalumo. Pagal Pasaulio sveikatos organizacijos nuostatus, prioritetas turi būti teikiamas sergančių sunkiomis ūmiais ligomis arba sunkias traumas patyrusių ligonių reabilitacijai.

Medicininę reabilitaciją pacientui skiria ir siuntimą išrašo jį gydantis gydytojas, atsižvelgęs į fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo rekomendacijas bei įvertinęs paciento diagnozę, sveikatos būklę, ligos sunkumą. Gydantysis gydytojas taip pat sprendžia, ar reabilitacijos paslaugos turi būti teikiamos ambulatorinėmis, ar stacionarinėmis sąlygomis. Reabilitacijos įstaigą pacientas gali pasirinkti pats. Suaugusiesiems dėl tos pačios ligos gali būti skiriamas tik vienas reabilitacinio gydymo kursas per metus. Tuo tarpu vaikai medicininės reabilitacijos gali būti siunčiami pagal poreikį neribotą kursų skaičių per kalendorinius metus motyvuotu gydančio gydytojo sprendimu. Vaikai iki 8 metų turi teisę į reabilitacijos įstaigas vykti lydimi juos slaugančio asmens, už kurio maitinimą ir apgyvendinimą sumokama PSDF biudžeto lėšomis. Vyresnis nei 8 metų vaikas gali būti lydimas slaugančio asmens, jei vaikui yra nustatytas neįgalumas arba jei gydytojų konsultacinė komisija nustato, kad vaikui reikalinga slauga dėl adaptacijos ar elgesio sutrikimų, dėl sunkių centrinės ar periferinės nervų sistemos, atramos-judamojo aparato pažeidimų, traumų, operacijų. Paminėtina, kad vaikų medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui planuojama skirti iki 20 proc. visų medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui skiriamų lėšų.

04 Ortopedijos technikos priemonėms

2018 m. ortopedijos technikos priemonėms planuojama skirti 12 010 tūkst. Eur, t. y. 1310 tūkst. Eur (arba 9,8 proc.) mažiau, nei numatyta patvirtintame 2017 m. PSDF biudžete. Šios lėšos bus skiriamos einamaisiais metais pagamintų ir išduotų ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti. Atsižvelgiant į tai, kad ortopedijos technikos priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidas, kurių apmokėjimas priskiriamas neapibrėžtiems įsipareigojimams, numatoma padengti 2017 m., lėšos 2018 m. ir vėlesniais metais šiam tikslui nebenumatomos. Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. lėšos ortopedijos technikos priemonėms sudarys atitinkamai 12 510 tūkst. Eur ir 13 010 tūkst. eurų.

Ortopedijos technikos priemonės – tai medicinos priemonės, kurioms priskiriami įtvarai, tvirtinami iš išorės prie kūno dalies (viršutinių ir apatinių galūnių bei stuburo įtvarinės sistemos), papildomieji ir keičiamieji kūno dalių protezai (rankų, kojų protezinės sistemos, krūties protezai), kraujotakos sistemos gydamosios priemonės bei ortopedinė avalynė. Nuo 2017 m. klausos aparatai ir akių protezai priskirti ortopedijos technikos priemonėms. Apdraustieji ortopedijos technikos priemonės gali įsigyti ortopedijos įmonėse, kurios yra pasirašiusios sutartis su VLK dėl apdraustųjų aprūpinimo minėtomis priemonėmis. Neįgalieji, neturintys galimybės atvykti į ortopedijos įmonę dėl sveikatos būklės, taip pat asmenys, besigydantys ligoninėse, šiomis priemonėmis aprūpinami jų gyvenamojoje vietoje, gydymosi įstaigoje arba globos namuose. Per metus vidutiniškai kompensuojamos apie 120 tūkst. ortopedijos technikos priemonių gamybos ir pritaikymo išlaidos. Iš jų didžiausią dalį (53 proc.) sudaro apatinių galūnių įtvarinės sistemos. Kompensuojamosiomis ortopedijos technikos priemonėmis per metus aprūpinama vidutiniškai 80 tūkst. apdraustųjų. Ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos gali būti kompensuojamos ir tiesiogiai apdraustiesiems, įsigijusiems ortopedijos technikos priemonės savo lėšomis. 2016 metais 15 apdraustųjų įsigijo ortopedijos technikos priemonės savo lėšomis. Šioms apdraustųjų išlaidoms

kompensuoti buvo skirta 2,6 tūkst. eurų.

Pažymėtina, kad ortopedijos technikos priemonių finansavimas yra svarbus ne tik pacientui, bet ir valstybei, nes tinkamai pritaikytos šios priemonės neigiamam iš dalies arba beveik visiškai gražina prarastą funkciją, tai reiškia – padidėja žmogaus galimybės savarankiškai gyventi ir dirbti. Ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos nuo 2004 metų. VLK, pritarus Privalomojo sveikatos draudimo tarybai, ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti skiriamas lėšas paskirsto pagal šiuos 9 ortopedijos technikos priemonių poklasių: protezinių sistemų (rankų ir kojų kartu), krūtų protezų, individualiai gaminamų įtvarinių sistemų, serijiniu būdu gaminamų įtvarinių sistemų, pagal užsakymą pagamintos sudėtingos ortopedinės avalynės, pagal užsakymą pagamintos nesudėtingos ortopedinės avalynės ir batų įdėklų, kraujotakos sistemų gydomųjų priemonių (vaikams po nudegimų), klausos aparatų (su individualiais ar standartiniais ausies įdėklais), akių protezų. Paminėtina, kad nuo 2017 m., siekiant efektyviau naudoti ortopedijos technikos priemonėms skiriamas PSDF biudžeto lėšas, kompensuojamos ne tik pagal užsakymą, bet ir serijiniu būdu gaminamų ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos, gerinant apdraustųjų aprūpinimą moderniomis ortopedijos technikos priemonėmis į kompensuojamųjų ortopedijos technikos priemonių sąrašus įtraukti modernūs šlaunies ir blauzdos protezai.

Atsiradus teisinėms galimybėms į kompensuojamųjų ortopedijos techninių priemonių sąrašus įtraukti naujus gaminius, 2017 m. pradėtos kompensuoti šlaunies protezų su hidrauliniu kelio sąnariu (KPM3-4) ir blauzdos protezų su vakuuminio tvirtinimo sistema ir aktyvia pėda (KPM2-2) įsigijimo išlaidos. Planuojama, kad šias protezines sistemas 2017 m. gaus apie 50 apdraustųjų. Gerinant ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimą apdraustiesiems, 2018–2020 m. numatoma PSDF biudžeto lėšomis kompensuoti ir kitų modernių protezinių sistemų (pvz., mioelektrinių rankos protezų, šlaunies protezų su mikroprocesoriumi valdomu kelio sąnariu) įsigijimo išlaidas.

2018 m. numatoma tobulinti klausos aparatų įsigijimo išlaidų kompensavimo sistemą, atsižvelgiant į pacientų poreikius. Planuojama, kad 2018 m. bus nustatyti aukštesni kokybiniai reikalavimai klausos aparatams, taip pat bus perskaičiuotos klausos aparatų vaikams ir suaugusiesiems, turintiems didžiausią klausos negalią, bazinės kainos. Planuojama, kad 2017 m. bus išduota apie 5,5 tūkst. klausos aparatų, prognozuojama, kad 2018 m. jų bus išduota apie 7,2 tūkstančio.

05 Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms

Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms 2018 m. planuojama skirti 94 958 tūkst. Eur, t. y. 6340 tūkst. Eur (arba 7,2 proc.) daugiau, palyginti su patvirtintu 2017 m. PSDF biudžetu. Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. lėšos sveikatos programoms finansuoti ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti atitinkamai sudarys 117 106 tūkst. Eur ir 125 912 tūkst. eurų.

PSDF biudžeto lėšomis finansuojamos šios prevencinės sveikatos programos:

- Gimdos kaklelio piktybinių navikų prevencinių priemonių, apmokamų iš PSDF biudžeto lėšų, finansavimo programa (ši programa skirta moterims nuo 25 iki 60 metų),

- Atrankinės mamografinės patikros dėl krūtų vėžio finansavimo programa (ši programa skirta moterims nuo 50 iki 70 metų),

- Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa (ši programa skirta vyrams nuo 40 iki 55 metų ir moterims nuo 50 iki 65 metų),

- Priešinės liaukos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa (ši programa skirta vyrams nuo 50 iki 70 metų ir vyrams nuo 45 metų, jei jų tėvai ar broliai sirgo priešinės liaukos vėžiu),

- Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programa (ši programa skirta asmenims nuo 50 iki 75 metų).

Dauguma širdies ir kraujagyslių bei vėžinių susirgimų sukelia mirtį ar negalią tik todėl, kad jos diagnozuojamos ir pradedamos gydyti per vėlai. Prevencija suteikia galimybę išvengti ligų.

Pastaruoju metu ligų prevencijai skiriama vis daugiau dėmesio. Nemaža gyventojų dalis jau pasitikrino sveikatą pagal prevencines programas. Pavyzdžiui, pagal Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programą sveikatą tikrinasi 46–56 proc. programoje galinčių dalyvauti žmonių ir Lietuva patenka į vieną iš geriausiai šią programą vykdančių Europos Sąjungos šalių pagal programoje dalyvavusių asmenų skaičių (nuo šios programos vykdymo pradžios iki 2017 m. pradžios pagal šią programą bent vieną kartą pasitikrino daugiau kaip 710 tūkst. asmenų). 2016 m. duomenimis Storosios žarnos vėžio ankstyvosios diagnostikos finansavimo programoje sudalyvavo 232 tūkst. asmenų, t. y. apie 11 proc. daugiau, nei 2015 m. Laiku užkirtus kelių ligai, išsaugoma asmens sveikata ir darbingumas, nereikia kreiptis į specialistus dėl tolesnio gydymo, taupomas gydytojų darbo laikas, išvengiama didesnių gydymo išlaidų, todėl ir 2018–2020 m. planuojama toliau vykdyti minėtas prevencines programas. Paminėtina ir tai, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-814 „Dėl Nacionalinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programos patvirtinimo“ buvo patvirtinta Nacionalinė vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 m. programa, kurioje numatyta tęsti iš PSDF biudžeto lėšų finansuojamų vėžio atrankinės patikros programų vykdymą.

Taip pat PSDF biudžeto lėšos skiriamos:

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

Pagrindiniai kraujo donorų kompensacijų ir neatlygintos kraujo donorystės propagavimo vykdytojai – šalies kraujo donorystės įstaigos, siekiančios propaguoti neatlygintą 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. Norima pasiekti, kad iki 2020 m. gruodžio 31 d. kiekvienoje kraujo donorystės įstaigoje 100 proc. visų donacijų sudarytų neatlygintos kraujo ir jo sudėtinių dalių donacijos. 2016 m. neatlygintos donacijos sudarė apie 88 proc. nuo visų donacijų.

2018 m. vykdant Nacionalinę imunoprofilaktikos programą, numatoma pradėti skiepyti vaikus nuo rotavirusinės infekcijos. Vakcina, kuria bus skiepijami vaikai nuo 2 mėnesių, jau yra įtraukta į vaikų profilaktinių skiepimų kalendorių. Suprantant vaikų skiepų svarbą ir siekiant užtikrinti gerą augančios kartos sveikatą, ateinančiais metais iš PSDF biudžeto numatoma skirti daugiau lėšų imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti.

Įgyvendinant Europos Parlamento ir Tarybos reglamentus, PSDF biudžeto lėšomis apmokamos:

- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse ir Šveicarijos Konfederacijoje (toliau – ES šalys) suteiktų būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidos,
- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka siunčiamiems tirtis, konsultuotis ir (ar) gydytis į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos,
- Lietuvos Respublikos apdraustiesiems, persikėlusiems gyvenanti į kitas ES šalis, šiose šalyse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos,
- Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai priklausančiose įstaigose ES šalių apdraustiesiems suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų bei išrašytų kompensuojamųjų vaistų išlaidos. Šias PSDF biudžeto išlaidas kompensuoja ES šalių kompetentingos įstaigos.

Paminėtina, kad nuo 2018 m. asmens sveikatos priežiūros įstaigų aprūpinimo anti-D imunoglobulinu ir stacionariam gydymui skirtais kraujo vaistiniais preparatais bei rekombinantiniais krešėjimo faktoriais išlaidas numatoma finansuoti ne pagal PSDF biudžeto 05 išlaidų straipsnį „Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms“, o iš PSDF

biudžeto 01 ir 02 išlaidų straipsniams numatytų lėšų (kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms skirtomis lėšomis numatoma apmokėti anti-D imunoglobulino įsigijimo išlaidas, centralizuotai apmokamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms skirtomis lėšomis – krešėjimo faktorių įsigijimo išlaidas, o asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skiriamomis lėšomis – vaisto *optaplex* įsigijimo išlaidas).

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

Privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti 2018 m. planuojama skirti 20 402 tūkst. Eur, t. y. 2505 tūkst. Eur (arba 14,0 proc.) daugiau, palyginti su patvirtintu 2017 m. PSDF biudžetu. Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. šios lėšos sudarys po 21 409 tūkst. Eur kasmet.

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

- diegiama Eilių ir atsargų valdymo informacinė sistema, kurios priemonėmis bus administruojamos asmenų, laukiančių sąnarių endoprotezų, dantų protezavimo ir kitų paslaugų, eilės, sudaroma galimybė pacientui viešajame portale greitai ir patogiai gauti reikiamą informaciją apie savo prašymo būseną;

- vykdoma Europos duomenų mainų informacinės sistemos (EDMIS) plėtra, skirta E. formų ir struktūrizuotų elektroninių dokumentų išdavimo, registravimo ir verifikavimo procesui automatizuoti. Vystoma EDMIS posistemė leis greičiau parengti teritorinių ligonių kasų išduodamas E. formas ir struktūrizuotus elektroninius dokumentus ir įvertinti gaunamose E. formų ir struktūrizuotų elektroninių dokumentų pažymose įrašytų duomenų pagrįstumą;

- vykdomas dalinės sąnaudų apskaitos paciento lygiu diegimo projektas. Jį įgyvendinus, bus galima apskaičiuoti kiekvienos aktyviojo gydymo paslaugos (DRG grupės) savikainą bei jos struktūrą ir jų pagrindu nustatyti vidutinę paslaugos kainą ir kiti.

Ateinančiais metais šioms išlaidoms numatomos papildomos lėšos, nes planuojama ligonių kasas įpareigoti vykdyti šias naujas papildomas funkcijas:

- Išankstinės pacientų registracijos informacinės sistemos tvarkytojo funkcijas (sveikatos apsaugos ministro 2016 m. spalio 27 d. įsakymas Nr. V-1208 „Dėl išankstinės pacientų registracijos informacinės sistemos valdytojo teisių ir pareigų pakeitimo“; nuo 2018 m. sausio 1 d.);

- Kompensuojamųjų vaistinių preparatų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių kainų deklaravimo ir kainyno sudarymo informacinės sistemos tvarkytojo funkcijas (sveikatos apsaugos ministro 2017 m. birželio 12 d. įsakymas Nr. V-693 „Dėl Kompensuojamųjų ir nekompensuojamųjų vaistinių preparatų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių kainų deklaravimo ir kainynų sudarymo informacinės sistemos „IDRUG“ valdytojo ir tvarkytojo teisių ir pareigų perdavimo“; nuo 2018 m. sausio 1 d.);

- Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinės sistemos (ESPBI) pagrindinio tvarkytojo funkcijas (Lietuvos Respublikos Vyriausybės pasitarimo 2017 m. liepos 3 d. protokolinis nutarimas Nr. 30, sveikatos apsaugos ministro 2017 m. liepos 17 d. įsakymas Nr. V-878 „Dėl Lietuvos e. sveikatos sistemos 2017–2025 metų plėtros programos patvirtinimo“; nuo 2018 m. liepos 1 d.);

- kompensuoti PSDF biudžeto lėšomis medicinos prietaisų nuomos išlaidas (įsigaliojus Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 1, 2, 9, 121, 15, 21, 27 ir 30 straipsnių pakeitimo ir įstatymo papildymo 12² ir 26¹ straipsniais įstatymo projektui, nuo 2018 m.

sausio 1 d.).

Paminėtina, kad šiame straipsnyje numatytomis lėšomis taip pat dengiamos išlaidos, susijusios su PSDF biudžeto ir jo rezervo lėšų laikymu banko sąskaitose bei mokėjimo operacijų vykdymu. Šiuo metu yra susiduriama su ekonomine situacija, kuomet bankai juridiniams asmenims už banko sąskaitoje esančius lėšų likučius (dažniausiai viršijančius 1 mln. Eur sumą) taiko neigiamas palūkanas. Pagal su banku sudarytą sutartį už PSDF biudžeto rezervo sąskaitoje esančius lėšų likučius bus taikomos -0,4 proc. palūkanos. Tai reiškia, kad, įvertinus ateinančių trejų metų PSDF biudžeto rezervo dydį, per metus PSDF mokėtinų bankui palūkanų suma gali sudaryti nuo 100 tūkst. Eur iki 600 tūkst. eurų. Siekiant mažinti šias išlaidas, kartu su 2018 m. PSDF biudžeto projektu teikiamas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo pakeitimo projektas, kuris atvertų alternatyvas lėšų laikymui banko sąskaitoje ir tokiu būdu leistų taupyti viešąsias lėšas (plačiau apie minėto pakeitimo turinį ir tikslus paaiškinama minėto projekto aiškinamajame rašte).

Pažymėtina, kad pagal Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 21 straipsnio 3 dalį, visoms šioms išlaidoms gali būti skiriama iki 2 proc. PSDF biudžeto lėšų. Planuojama, kad 2018 m. šios išlaidos turėtų sudaryti apie 1,2 proc. visų PSDF biudžeto išlaidų.

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

Planuojama, kad VSDF veiklos sąnaudoms, susidarantioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į PSDF biudžetą, kompensuoti 2018 m. reikės skirti 4203 tūkst. Eur, t. y. 412 tūkst. Eur (arba 8,9 proc.) mažiau, palyginti su patvirtintu 2017 m. PSDF biudžetu. 2018–2020 m. šios kompensacijos dydis turėtų sudaryti 0,34 proc. atitinkamais metais planuojamos pervesti į PSDF biudžetą VSDF valdybos administruojamų privalomojo sveikatos draudimo įmokų sumos (šios lėšos apskaitomos pagal PSDF biudžeto 01 pajamų straipsnį „Privalomojo sveikatos draudimo įmokos“). Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. šios išlaidos atitinkamai sudarys 4281 tūkst. Eur ir 4514 tūkst. eurų.

08 Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervui papildyti (sudaryti)

Vienas iš teisės aktuose numatytų PSDF biudžeto rezervo formavimo šaltinių yra planiniai šio biudžeto pajamų atskaitymai į PSDF biudžeto rezervą. Atsižvelgiant į pareigą laikytis valdžios sektoriaus išlaidų augimo ribojimo taisyklių, nustatytų Lietuvos Respublikos fiskalinės sutarties įgyvendinimo konstituciniame įstatyme, 2018 m. numatoma dalį augančių PSDF biudžeto pajamų (68 501 tūkst. Eur) pervesti į šio biudžeto rezervą.

Planuojama, kad 2018 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso turėtų sudaryti 1 747 548 tūkst. Eur, t. y. 173 061 tūkst. Eur (arba 11,0 proc.) daugiau, palyginti su patvirtintu 2017 m. PSDF biudžetu (iš jų 68 501 tūkst. Eur numatoma skirti PSDF biudžeto rezervui papildyti). Planuojama, kad 2019 m. ir 2020 m. PSDF biudžeto išlaidos iš viso turėtų sudaryti atitinkamai 1 813 337 tūkst. Eur ir 1 882 782 tūkst. eurų.

Numatoma, kad PSDF biudžeto apyvartos lėšų likutis 2018–2020 m. pabaigoje kasmet sudarys po 5792 tūkst. eurų. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 24 straipsnyje nustatyta, kad PSDF biudžeto apyvartos lėšos turi būti sudaromos iš PSDF biudžeto lėšų likučio, jei jo nepakanka – iš planinių PSDF biudžeto pajamų. Šios lėšos naudojamos laikinam pajamų trūkumui padengti ir turi būti grąžinamos ne vėliau kaip iki biudžetinių metų pabaigos. Šios apyvartos lėšos yra itin svarbios pirmosiomis metų dienomis, kai, nepaisant dėl objektyvių priežasčių sulėtėjusio pajamų surinkimo, su gydymo įstaigomis už jų suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas siekiama atsiskaityti laiku ir nenutrūkstamai.

Planuojama, kad 2018–2020 m. PSDF biudžeto rezervo lėšų likutis metų pabaigoje turėtų kasmet sudaryti po 167 390 tūkst. eurų. Planuojama, kad pagrindinė PSDF biudžeto rezervo lėšų dalis 2018 m. pabaigoje sudarys 26 213 tūkst. Eur, o PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo lėšų dalis – 141 177 tūkst. eurų.

PRIDEDAMA. 7 lapai.

