

## PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO TARYBA

### POSĖDŽIO PROTOKOLAS

2023- Nr. DT-  
Vilnius

Posėdis įvyko 2023 m. spalio 3 d. 9 val. nuotoliniu būdu per Microsoft Teams programą.

Posėdžio pirmininkas Aurimas Pečkauskas.

Posėdžio sekretorė Ligita Poškaitė-Balkauskė.

Posėdyje dalyvavo 9 Privalomojo sveikatos draudimo tarybos (toliau – Taryba arba PSDT) nariai: R. Garšvienė, V. Kalinauskas, E. Kvedaraitė, M. Labašauskaitė, E. Neciunskienė, K. Nemaniūtė-Gagė, A. Pečkauskas, A. Raulušaitienė, D. Sadeckas, nuomonę el. paštu iki posėdžio pateikė 4 PSDT nariai: D. Migaliova, T. Golubajeva, A. Mockevičius, V. Sudaris.

Posėdyje dalyvavo svečiai: Armindas Varkala – UAB Swixx Biopharma atstovas, Egidijus Žekas – UAB Roche Lietuva atstovas, Liudvika Starkienė – Amgen Switzerland AG Vilnius Branch atstovė, Solveiga Kurtinaitė – UAB Bayer atstovė, Martynas Greblikas – IFPA atstovas, Sigitas Ramanauskas – UAB AstraZeneca Lietuva atstovas, Rimantas Žylius – Ministro Pirmininko patarėjas, Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – SAM) ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) atstovai.

A. Pečkauskas pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam posėdžio darbotvarkės projektui, Tarybos nariai pritarė bendru sutarimu.

#### DARBOTVARKĖ:

1. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos tobulinimo.
2. Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų skyrimo.
3. Dėl Lietuvos Respublikos 2024 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto.

1. SVARSTYTA. Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos tobulinimo.

Pranešėja VLK Ekonomikos departamento Kainų skyriaus vedėja Violeta Kutraitė (pranešimas pridedamas).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 25 straipsnio 2 dalimi nustatyta, kad sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs PSDT nuomonę, tvirtina Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodiką (toliau – Metodika). Metodika yra nuolat atnaujinama, atsižvelgiant į partnerių siūlymus ir teisės aktų, reglamentuojančių asmens sveikatos priežiūros (toliau

– ASP) paslaugų savikainos sudedamąsias dalis, pakeitimus. Š. m. rugpjūčio 28 d. Nacionalinės bendradarbiavimo platformos posėdyje socialiniams partneriams buvo pristatyti nauji Metodikos tobulinimo siūlymai.

Pirmiausia siūloma pritarti, kad skaičiuojant ASP paslaugų, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis, bazines kainas būtų naudojami duomenys apie Metodikos nustatyta tvarka atrinktų ASP įstaigų (toliau – reprezentatyvių ASP įstaigų) darbuotojų, tiesiogiai susijusių su atitinkamos ASP paslaugos teikimu, vidutines darbo užmokesčio sąnaudas, tenkančias vienam etatui. Šiuo metu skaičiuojant bazines kainas naudojami duomenys apie šalies atitinkamos darbuotojų grupės (pvz., gydytojų, slaugytojų, kitų sveikatos priežiūros paslaugą teikiančių specialistų ir pan.) vienam etatui tenkanti vidutinį darbo užmokestį. Taip pat siūloma, kad tais atvejais, kai reprezentatyvių ASP įstaigų darbuotojų vidutinės darbo užmokesčio sąnaudos yra mažesnės nei šalies ASP įstaigų atitinkamos darbuotojų grupės vienam etatui tenkantis vidutinis darbo užmokestis, skaičiuojant bazines kainas ir toliau būtų naudojami duomenys apie darbo užmokestį, ne mažesnę kaip šalies ASP įstaigų atitinkamos darbuotojų grupės vienam etatui tenkantis vidutinis darbo užmokestis. Pritarus minėtam siūlymui, skaičiuojant bazines kainas būtų lanksčiau atsižvelgiama į sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokesčius rinkoje.

Antra, siūloma pritarti, kad, skaičiuojant ASP paslaugų bazines kainas, būtų taikomas papildomas koeficientas, kuris suteiktų ASP įstaigoms galimybę gauti papildomų lėšų ir jas naudoti šias ASP paslaugas teikiančių darbuotojų atostoginiams kaupti ir atitinkamu metu išmokėti. Šiuo metu toks papildomas koeficientas Metodikoje nenumatytas ir ASP įstaigos neturi galimybės kaupti reikiamų lėšų ASP paslaugas teikiančių darbuotojų atostoginiams išmokėti. Reikiama lėšų suma būtų sukaupiama per tuos mėnesius, kuriuos šie darbuotojai teiktų PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamas sveikatos priežiūros paslaugas.

Trečia, siūloma pritarti, kad ASP įstaigų bendrųjų ir administracinių bei ūkio sąnaudų koeficientas būtų taikomas skaičiuojant ASP paslaugų bazines kainas atsižvelgiant į ASP įstaigų lygmenis: universiteto, respublikos, regiono ir rajono ligoninės, poliklinikos, pirminės sveikatos priežiūros centrai bei slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės. Šiuo metu taikomas vienas bendras vidutinis šalies koeficientas (2022 m. duomenimis, šio koeficiento reikšmė – 31 proc. tiesioginių paslaugos teikėjų darbo užmokesčio fondo). Šio koeficiento taikymas sudaro prielaidas ASP įstaigoms kompensuoti bendrąsias, administracines, ūkio sąnaudas, kurios susidaro teikiant ASP paslaugas. Tokioms sąnaudoms pagal Metodiką priskiriamos: pacientų transportavimo, pacientų maitinimo, komunalinių paslaugų, ryšių, darbuotojų kvalifikacijos kėlimo, einamojo remonto, mokesčių į biudžetą, ilgalaikio turto nusidėvėjimo (išskyrus medicinos priemonės (prietaiso), tiesiogiai susijusios su atitinkamos paslaugos teikimu, nusidėvėjimo) ir kitas sąnaudas (įskaitant informacinių technologijų (toliau – IT) specialistų darbo užmokesčio, įrangos remonto, IT sistemų palaikymo ir priežiūros, IT įrangos veikimui reikalingų medžiagų panaudojimo sąnaudas). Analizuojant skirtingų lygmenų ASP įstaigų duomenis, matyti, kad šio koeficiento reikšmė skiriasi: pvz., slaugos ir palaikymo ligoninėms turėtų būti taikomas didesnis koeficientas nei poliklinikoms, nes reikėtų atsižvelgti į slaugos ir palaikymo ligoninių išlaidas pacientų maitinimui ir nakvynei. Tokiu atveju vienų ASP įstaigų teikiamų paslaugų sąnaudos kompensuojamos mažiau, kitų – daugiau. Pritarus siūlomam Metodikos keitimui, būtų teisingiau atsižvelgiama į esamus objektyvius bendrųjų, administracinių ir ūkio sąnaudų skirtumus.

Ketvirta, siūloma pritarti, kad tais atvejais, kai ASP paslaugos pagal turinį, teikimo būdą ir (ar) sąnaudas yra analogiškos kitoms ASP paslaugoms, kurių bazinės kainos patvirtintos sveikatos

apsaugos ministro įsakymu ir sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka leidžiama jas indeksuoti pagal Valstybės duomenų agentūros skelbiamus vartotojų kainų indeksus, šių paslaugų bazinės kainos gali būti nustatomos arba keičiamos prilyginant jas galiojančioms analogiškų ASP paslaugų bazinėms kainoms. Šiuo metu kai kurių ASP paslaugų, kurias teikiant atliekama nemažai tyrimų ar procedūrų, bazinės kainos nustatomos pagal ASP paslaugų, teikiamų ASP įstaigose, kainyną Nr. 11-96-2, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. kovo 26 d. įsakymu Nr. 178 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kainyno Nr. 11-96-2 patvirtinimo“, ir Mokamų ASP paslaugų sąrašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. 357 „Dėl Mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“. Minėtais įsakymais patvirtintos tyrimų ar procedūrų kainos nepadengia jų sąnaudų, todėl sveikatos apsaugos ministro raštais buvo leista ASP įstaigoms indeksuoti šias kainas, atsižvelgiant į Lietuvos statistikos departamento skelbiamus vartotojų kainų indeksus. Siūloma Metodikoje nustatyti, kad, skaičiuojant ASP paslaugų, kurias teikiant atliekami atitinkami tyrimai ar procedūros, bazines kainas, būtų imamos ASP įstaigų indeksuotos tyrimų bei procedūrų kainos.

Penkta, siūloma pritarti, kad sprendimas dėl ASP paslaugų bazinių kainų indeksavimo, susijusio su infliacijos augimu, būtų priimamas įvertinus jos pokyčius nuo to paskutinio ASP paslaugų bazinių kainų keitimo, kuriuo buvo siekta kompensuoti didėjančias ASP įstaigų išlaidas, susijusias su išaugusia infliacija. Šiuo metu Metodikoje numatyta, kad sprendimas indeksuoti bazines kainas dėl infliacijos didėjimo priimamas, jei ji pasiekia tam tikrą lygį nuo paskutinio bazinių kainų keitimo. Tačiau jos keičiamos ir kitais tikslais, pvz., nuo 2016 m. iki 2022 m. imtinai ASP bazinės kainos buvo indeksuojamos kasmet, siekiant suteikti ASP įstaigoms galimybę gauti papildomų lėšų ir mokėti didesnius atlyginimus sveikatos priežiūros specialistams. Esant dabartinei Metodikos redakcijai ir tęsiant bazinių kainų indeksavimą dėl sveikatos priežiūros specialistų atlyginimo didinimo ir neindeksuojant bazinių kainų dėl infliacijos pasekmių sušvelninimo ar energijos išteklių kainų padidėjimo, padidėjusios kitos (ne darbo užmokesčio) sąnaudos ASP įstaigoms taip niekada ir nebūtų kompensuojamos.

Siūloma, kad Metodikos tobulinimo siūlymai būtų įgyvendinami skaičiuojant ASP paslaugų bazines kainas nuo 2024 m. sausio 1 d.

Pasisakė Tarybos nariai: A. Pečkauskas, D. Sadeckas, E. Neciunskienė.

Pasisakė posėdžio dalyviai: VLK Ekonomikos departamento direktorė S. Adamkevičiūtė.

PSDT pirmininkas A. Pečkauskas pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

9 Tarybos nariams balsavus už posėdžio metu, 4 nariams – el. paštu, bendru sutarimu pritarta nutarimo projektui.

NUTARTA pritarti pateiktam PSDT nutarimui „Dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, bazinių kainų nustatymo metodikos tobulinimo“.

2. SVARSTYTA. Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų skyrimo.

Pranešėja VLK Ekonomikos departamento Biudžeto skyriaus vedėja Jurgita Šilinaitytė-Šermukšnienė (pranešimas pridedamas).

Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – SDĮ) 23 straipsnio 1 dalyje nustatyta, kad Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšos naudojamos sveikatos apsaugos ministro sprendimu, įvertinus VLK ir PSDT nuomones.

PSDT pateiktas siūlymas svarstyti ir pritarti 2023 m. PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų skyrimui, iš viso 107 mln. Eur, iš jų:

1. 13 mln. Eur – ambulatorinėmis sąlygomis atliktiems brangiems tyrimams ir procedūroms apmokėti pagal PSDF biudžeto 01 išlaidų straipsnį „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“. Ambulatorinėmis sąlygomis atliekami brangieji tyrimai ir procedūros apmokami vadovaujantis Brangiųjų tyrimų ir procedūrų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašu. Šiame tvarkos apraše nustatyta, kad brangieji tyrimai ir procedūros apmokami pagal kiekvieną mėnesį VLK apskaičiuojamus koeficientus, taikytinus nustatant mokėtiną sumą už atliktus kiekvienos rūšies brangiuosius tyrimus ir procedūras. Koeficientų reikšmės (dydžiai) priklauso nuo šiam tikslui skirtos lėšų sumos ir per konkretų mėnesį faktiškai atliktų tyrimų ir procedūrų skaičiaus (koeficientų reikšmės apskaičiuojamos skirtą lėšų sumą dalijant iš sumos, už kurią buvo atlikta brangiųjų tyrimų ar procedūrų). Kuo koeficiento reikšmė mažesnė, tuo mažesnė lėšų suma sumokama gydymo įstaigai už atliktus tyrimus ir procedūras. Pavyzdžiui, 2023 m. mažiausias taikytas koeficientas buvo 0,64441 (hiperbarinės oksigenacijos procedūroms). Tam, kad gydymo įstaigoms 2023 m. sausio–rugpjūčio mėnesiais būtų sumokėta pagal koeficientą, lygų 1,00, būtų reikėję 8,6 mln. Eur didesnės lėšų sumos, nei skirta šiam laikotarpiui. Siekiant užtikrinti ambulatorinėmis sąlygomis atliekamų brangiųjų tyrimų ir procedūrų prieinamumą pacientams ir sumokėti gydymo įstaigoms už visas 2023 m. suteiktas šias paslaugas, taikant koeficientą, lygų 1,00, prognozuojama, jog papildomai reikėtų skirti 13 mln. Eur rezervo rizikos valdymo dalies lėšų.

2. 80 mln. Eur – priimtoms neapmokėtoms sąskaitoms už išduotus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones (toliau – MPP) apmokėti pagal PSDF biudžeto 02 01 išlaidų straipsnį „Kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms“. Atsižvelgiant į prognozuojamus 2023 m. biudžeto vykdymo duomenis (pateikiami lentelėje žemiau), 2023 m. pabaigoje numatomas daugiau nei du kartus didesnis kreditinis įsiskolinimas, palyginti su 2022 m. pabaigoje buvusiu kreditiniu įsiskolinimu. Siekiant kuo labiau šį 2023 m. pabaigoje numatomą kreditinį įsiskolinimą sumažinti (siekiama sumažinti iki pusės gruodžio mėnesio priimtų sąskaitų sumos), papildomai iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies reikėtų skirti apie 80 mln. Eur. 2023 m. PSDF biudžeto ir šiomis papildomai skirtomis PSDF biudžeto rezervo lėšomis bus sumokėta vaistinėms už 2023 m. sausio–lapkričio mėn. (imtinai) išduotus kompensuojamuosius vaistus ir MPP bei už dalį gruodžio mėn. išduotų kompensuojamųjų vaistų ir MPP. Tokiu būdu būtų sumažinamas kreditinis įsiskolinimas 2023 m. pabaigoje ir sudaroma galimybė gerinti apmokėjimą 2024 m.

3. 2 mln. Eur – prioritetinėms stacionarinėms medicininės reabilitacijos paslaugoms apmokėti pagal PSDF biudžeto 03 išlaidų straipsnį „Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui“. Suteiktos prioritetinės stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos (šios paslaugų grupei priskiriamos medicininės reabilitacijos paslaugos, teikiamos po infarkto, insulto,

endoprotezavimo, sužalojimo ir tam tikrų išorinio poveikio padarinių bei po operacijų dėl onkologinių ligų, ir kt.) apmokamos vadovaujantis Medicininės reabilitacijos ir antirecidyvinių sanatorinio gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašu. Šiame tvarkos apraše nustatyta, kad prioritetinės stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos apmokamos gydymo įstaigų sutartyse su teritorinėmis ligonių kasomis šiam tikslui numatytomis lėšomis, kiekvieną mėnesį nustatant tam tikrą koeficientą. Apskaičiuojant mokėtiną sumą siekiama, kad šio koeficiento reikšmė būtų kuo artimesnė 1,00 (ne didesnė). Jei apskaičiuotas atitinkamo mėnesio koeficientas nesiekia 1,00, skiriamos specialiai šiam tikslui numatytos nepaskirstytos (tikslinės) ir kitos nepaskirstytos medicininės reabilitacijos lėšos. Atsižvelgiant į tai, kad 2023 m., palyginti su 2022 m., daugiau nei 1,5 karto padidėjo teikiamų prioritetinės stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugų skaičius, prognozuojama, kad suplanuotų sutartyse lėšų sumų ir nepaskirstytų lėšų neužteks apmokėti šias svarbias paslaugas, o koeficiento reikšmė bus mažesnė nei 1,00. Siekiant užtikrinti prioritetinės stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumą sunkiomis ligomis sergantiems pacientams ir sumokėti už šias paslaugas gydymo įstaigoms, taikant koeficientą, lygų 1,00, papildomai reikėtų skirti 2 mln. Eur rezervo rizikos valdymo dalies lėšų.

4. 12 mln. Eur – asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, kurių išlaidos apmokamos pagal PSDF biudžeto 05 išlaidų straipsnį „Sveikatos programoms ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms“. Šios lėšos būtų skiriamos:

4.1. 4 mln. Eur – pagal prevencines programas teikiamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms. Šiais metais nuo gegužės 1 d., atlikus Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos<sup>1</sup> (toliau – Širdies ligų prevencijos programa) pakeitimus, žymiai išaugo pagal šią programą suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius ir padidėjo už jas mokama suma: pagal 2023 m. birželio–rugpjūčio mėnesiais prisiimtus įsipareigojimus suma už šias paslaugas, palyginti su tuo pačiu laikotarpiu 2022 m., padidėjo 2,4 karto. Šiuo metu pagal Širdies ligų prevencijos programą teikiamoms paslaugoms apmokėti 2023 m. skirta 17,3 mln. Eur, prognozuojama, kad šiais metais tam reikėtų iš viso apie 22,2 mln. Eur. Šiam viršijimui apmokėti neužtenka PSDF biudžeto lėšų, todėl, siekiant laiku atsiskaityti su gydymo įstaigomis už šiais metais pagal Širdies ligų prevencijos programą suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat įvertinus kitų prevencinių programų vykdymo rezultatus, siūloma iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies skirti papildomus 4 mln. Eur.

4.2. 8 mln. Eur – Europos Parlamento ir Tarybos reglamentams įgyvendinti pagal PSDF biudžeto 05 06 02 išlaidų straipsnį „Lietuvos apdraustųjų gydymui Europos Sąjungos šalyse (moka Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos)“. VLK ir teritorinės ligonių kasos įgyvendina Europos Sąjungos teisės aktų nuostatas dėl tarpvalstybinės sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo. Vienas iš sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų kompensavimo mechanizmų yra įtvirtintas Europos Parlamento ir Tarybos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentuose 883/2004 ir 987/2009 (toliau – Reglamentai). Šie teisės aktai nustato, kad vienoje Europos Sąjungos valstybėje apdraustas socialiniu draudimu asmuo turi teisę gauti tam tikras sveikatos priežiūros paslaugas kitoje Europos Sąjungos valstybėje, o išlaidas privalo apmokėti asmenį socialiniu draudimu apdraudusi įstaiga. Tam, kad apdraustieji galėtų pasinaudoti šia teise, jie užsienio gydymo įstaigai privalo pateikti teisę į išmokas patvirtinantį dokumentą. VLK ir teritorinės ligonių

---

<sup>1</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymas Nr. V-913 „Dėl Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos patvirtinimo“.

kasos išduoda įvairius apdraustųjų teisę į sveikatos priežiūrą Europos Sąjungos šalyse patvirtinančius dokumentus, kurių pagrindu Europos Sąjungos šalyse suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas apmoka gydymo šalies socialinio draudimo įstaiga, vadovaudamasi savo šalies teisės aktais ir bazinėmis kainomis, o VLK, gavusi užsienio valstybės paraišką, kompensuoja jai šias išlaidas Reglamentų nustatyta tvarka.

Didėjant Europos sveikatos draudimo kortelės žinomumui ir ja besinaudojančių asmenų skaičiui bei asmens sveikatos priežiūros paslaugų kainoms, nuolat daugėja iš Europos Sąjungos valstybių gaunamų apmokėti sąskaitų, didėja prašoma kompensuoti suma. Dėl šios priežasties reikia skirti vis daugiau PSDF biudžeto lėšų Reglamentams įgyvendinti. Vadovaudamasi Reglamentų nuostatomis, VLK privalo pagrįstas sąskaitas apmokėti per 18 kalendorinių mėnesių nuo atitinkamos paraiškos pateikimo. Dėl tokio ilgo atsiskaitymo termino dalis mokėtinų sumų pagal kalendoriniais metais gautas sąskaitas įprastai perkeliamos į kitus biudžetinius metus. Atsižvelgiant į tai, kad 2024 m. numatomos ribotos PSDF biudžeto galimybės, siekiama mažinti lėšų poreikį 2024 m. ir kuo daugiau gautų sąskaitų apmokėti 2023 m.

2023 m. rugsėjo 29 d. duomenimis, iš PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies yra skirta 95,1 mln. Eur. Skyrus PSDT nutarimo projekte nurodytą lėšų sumą (107 mln. Eur), planuojama, kad likusi PSDF biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų suma sudarytų 441 mln. Eur.

Pasisakė Tarybos nariai: A. Pečkauskas, E. Neciunskienė.

Pasisakė posėdžio dalyviai: VLK direktorius G. Kacevičius.

PSDT pirmininkas A. Pečkauskas pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

9 Tarybos nariams posėdyje, 4 nariams – el. paštu balsavus už, pritarė nutarimo projektui.

NUTARTA pritarti papildytam PSDT nutarimui „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų skyrimo“.

3. SVARSTYTA. Dėl Lietuvos Respublikos 2024 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto.

Pranešėja VLK Ekonomikos departamento Biudžeto skyriaus vedėja Jurgita Šilinaitytė-Šermukšnienė (pranešimas pridedamas).

Lietuvos Respublikos 2024–2026 m. PSDF biudžeto pajamos, išlaidos ir lėšų likučiai buvo suplanuoti atsižvelgiant į strateginiuose dokumentuose nustatytus veiklos prioritetus bei remiantis nuo 2024 m. sausio 1 d. įsigaliosiančia Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – Įstatymas) redakcija<sup>2</sup>.

Šiuo Įstatymu buvo atskirtos valstybės deleguotos PSDF biudžetui funkcijos, numatant atskirą (nesusijusį su PSDF lėšomis) joms skirtą valstybės biudžeto lėšų administravimą, ir atitinkamai patikslintos nuostatos dėl valstybės biudžeto lėšų skyrimo. Minėtoms funkcijoms buvo

---

<sup>2</sup> Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 2, 5, 6, 8, 9, 9<sup>1</sup>, 10, 12, 12<sup>1</sup>, 15, 17, 21, 22, 23, 26, 30, 43 straipsnių ir II skyriaus pavadinimo pakeitimo ir įstatymo papildymo 3<sup>1</sup> straipsniu įstatymas.

priskirta nauja funkcija – Lietuvos Respublikos Seimui įvedus tiesioginį valdymą, karo, nepaprastąją padėtį, paskelbus mobilizaciją ar priėmus sprendimą panaudoti ginkluotąsias pajėgas, Lietuvos Respublikos Vyriausybei paskelbus valstybės lygio ekstremaliąją situaciją ir (ar) karantiną visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje, pagal atitinkamoje situacijoje įgalioto priimti sprendimus asmens sprendimus apmokėti PSDF biudžeto lėšomis nekompensuotinas išlaidas.

Įstatymu buvo patikslinta PSDF biudžeto pajamų struktūra. PSDF biudžeto pajamoms nebepriskiriamos išieškotos ir grąžintos lėšos dėl PSDF biudžetui padarytos žalos, Europos ekonominės erdvės šalių narių ir Šveicarijos Konfederacijos pervedamos lėšos už šių šalių apdraustųjų gydymą Lietuvos Respublikos asmens sveikatos priežiūros įstaigose bei lėšos, pervedamos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis. Šios lėšos bus laikomos PSDF sąnaudų kompensacija.

Atsižvelgiant į Įstatymo nuostatas, nuo ateinančių metų pasikeis ir PSDF biudžeto išlaidų struktūra. Nebelieka šių atskirų PSDF biudžeto išlaidų straipsnių: 03 straipsnio „Medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui“ (šios išlaidos priskirtos 01 straipsniui „Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms“) ir 04 straipsnio „Ortopedijos techninėms priemonėms“ (šios išlaidos priskirtos 02 straipsniui „Vaistams, medicinos pagalbos priemonėms (įskaitant ortopedijos technines priemones) ir medicinos priemonių nuomai“). Įgyvendinant Įstatymo 15 straipsnio 7 dalį, pagal kurią valstybės deleguotoms funkcijoms skirtos valstybės biudžeto lėšos (pajamos ir išlaidos) PSDF biudžete turi būti administruojamos atskirai, PSDF biudžeto išlaidų straipsniai papildomi nauju 06 straipsniu „Valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto asignavimais“.

Pasisakė Tarybos nariai: A. Pečkauskas, K. Nemaniūtė-Gagė, R. Garšvienė.

Pasisakė posėdžio dalyviai: VLK direktorius G. Kacevičius.

PSDT pirmininkas A. Pečkauskas pasiūlė balsuoti dėl pritarimo pateiktam nutarimo projektui.

8 Tarybos nariams balsavus už posėdžio metu, 1 susilaikius, 3 nariams balsavus už el. paštu, 1 – susilaikius, pritarta nutarimo projektui.

NUTARTA pritari pateiktam PSDT nutarimui „Dėl Lietuvos Respublikos 2024 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymo projekto“.

Posėdžio pirmininkas  
Aurimas Pečkauskas

Posėdžio sekretorė  
Ligita Poškaitė-Balkauskė