

LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖ

NUTARIMAS

DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS 2003 M. GEGUŽĖS 14 D. NUTARIMO  
NR. 589 „DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO  
SUDARYMO IR VYKDYMO TAISYKLIŲ PATVIRTINIMO“ PAKEITIMO

2018 m. d. Nr.  
Vilnius

Lietuvos Respublikos Vyriausybė n u t a r i a:

Pakeisti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisykles, patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimu Nr. 589 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklių patvirtinimo“:

1. Pakeisti 8.5 papunktį ir jį išdėstyti taip:

„8.5. ortopedijos techninės techninių priemonių kompensavimo—įsigijimo išlaidos – atsižvelgiant į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų ortopedijos techninių priemonių sąrašą, planuojamą išmokėti išduoti kompensacijų kiekį šių priemonių skaičių ir šių priemonių jų bazinės kainas;“.

2. Pakeisti 8.7 papunktį ir jį išdėstyti taip:

„8.7. išlaidos privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidas sąnaudoms kompensuoti, įskaitant šių institucijų išlaidas privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti, – atsižvelgiant į planuojamas Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų veiklos ir bei kitas su privalomojo sveikatos draudimo administravimu susijusias išlaidas;“.

3. Papildyti 8.9 papunkčiu:

„8.9. medicinos priemonių (prietaisų) nuomos išlaidos – atsižvelgiant į planuojamą nuomoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, skaičių, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis nuomojamų medicinos priemonių (prietaisų), būtinų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, sąrašą ir jų nuomos bazinės kainas.“

4. Pripažinti netekusiu galios 11 punktą:

„11. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšos laikomos atskiroje rezervo sąskaitoje.“

5. Pakeisti III skyrių ir jį išdėstyti taip:

„III SKYRIUS

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FONDO BIUDŽETO VYKDYMAS

„15. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo, išrašytų ir išduotų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo ir kitos kompensuojamosios išlaidos apmokamos vadovaujantis teritorinių ligonių kasų ir atitinkamos veiklos licencijas turinčių įmonių ir įstaigų sutartimis, jeigu teisės aktuose nenumatyta kitaip.

15<sup>+</sup>. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui skiriamos valstybės biudžeto lėšos, kuriomis mokama už asmens sveikatos priežiūros įstaigose, sudariusiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas asmenims, nurodytiems Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 5 dalyje (išskyrus asmenis, nurodytus Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. gegužės 3 d. nutarime Nr. 527 „Dėl Atsiskaitymo su sveikatos priežiūros įstaigomis už karius, karo prievolininkams ir kitiems asmenims teikiamas sveikatos



priežiūros paslaugas tvarkos aprašo patvirtinimo“). Minėtų paslaugų išlaidos apmokamos šių taisyklių 18 punkte nurodytais terminais ir tvarka.

16. Teritorinės ligonių kasos, vykdydamos joms pavestas funkcijas, asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymo ir išdavimo, kompensacijų skyrimo, siuntimo gauti paslaugas ir kitos veiklos, dėl kurios patiriamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos, sutartis sudaro neviršydamos atitinkamai teritorinei ligonių kasai skirtų asignavimų pagal išlaidų straipsnius. Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teritorinių ligonių kasų ir vaistinių sutartys sudaromos Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, atsižvelgiant į Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę.

17. Valstybinė ligonių kasa lėšas teritorinėms ligonių kasoms perveda proporeingai teritorinių ligonių kasų biudžetams pagal atskirus išlaidų straipsnius.

18. Teritorinės ligonių kasos apmoka įmonių ir įstaigų, su kuriomis sudariusios sutartis, pateiktas sąskaitas sutartyse numatytais sąlygomis, neviršydamos atitinkamai teritorinei ligonių kasai skirtų asignavimų pagal išlaidų straipsnius. Teritorinės ligonių kasos ne vėliau kaip per 30 dienų nuo sąskaitos gavimo perveda pinigus sudariusioms su jomis sutartis sveikatos priežiūros įstaigoms ir vaistinėms, atsiskaitydamos pagal pateiktas sąskaitas. Jeigu teritorinės ligonių kasos laiku neatsiskaito, turi būti mokami delspinigiai įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka.

19. Sąskaitas už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir išduotus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones kartą per mėnesį sveikatos priežiūros įstaigos ir vaistinės pateikia tai teritorinei ligonių kasai, su kuria sudariusios sutartis.

20. Gavusios lėšas iš Valstybinės ligonių kasos, teritorinės ligonių kasos apmoka sąskaitas proporeingai anksčiausiai priimtų ir neapmokėtų sąskaitų sumai.

21. Priimdamos sąskaitas, teritorinės ligonių kasos patikrina sąskaitų išrašymo pagrįstumą.

22. Teritorinės ligonių kasos atsakingos už teisingą ir teisėtą lėšų, gaunamų iš Valstybinės ligonių kasos, naudojimą. Jos kontroliuoja savo veiklos zonoje asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekį ir kokybę, taip pat ar suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitinka nustatytuosius reikalavimus, ar teisėtai išrašomi ir išduodami vaistai ir medicinos pagalbos priemonės, su tuo susijusių sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių veiklą.

23. Nustačiusios, kad sveikatos priežiūros įstaigos ar vaistinės neteisėtai panaudojo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas ir (ar) kitaip padarė jam žalą, teritorinės ligonių kasos, vadovaudamosi Lietuvos Respublikos civiliniu kodeksu, reikalauja iš sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių grąžinti lėšas arba išieško neteisėtai panaudotas lėšas ir (ar) padarytą žalą. Šios lėšos grąžinamos ir įtraukiamos į teritorinės ligonių kasos, kuri sumokėjo už neteisėtai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir (ar) išduotus vaistus, ir (ar) medicinos pagalbos priemones, biudžetą kaip papildomos lėšos ir skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms ir (ar) vaistų, ir (ar) medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidoms apmokėti.

24. Jeigu dėl fizinių ir juridinių asmenų, neatsižvelgiant į jų nuosavybės formą, susijusių su Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetu, kaltės buvo nepagrįstų išmokų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto arba padaryta kitokių nuostolių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui, šie fiziniai ir juridiniai asmenys privalo nuostolius atlyginti teisės aktų nustatyta tvarka.

24<sup>1</sup>. Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudų kompensacijos už sveikatos draudimo įmokų surinkimą ir pervedimą į Privalomojo sveikatos draudimo fondą mokamos vadovaujantis šia tvarka: Fondo valdyba Valstybinei ligonių kasai kiekvieną ketvirtį iki jo pirmojo mėnesio 15 dienos pateikia praėjusį ketvirtį į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą pervestų (tarpusavyje įskaitytų) privalomojo sveikatos draudimo įmokų ir su jomis susijusių sumų suderinimo pažymą, joje nurodo mokėtiną Valstybinio socialinio draudimo fondui veiklos sąnaudų kompensacijos už sveikatos draudimo įmokų surinkimą ir pervedimą į Privalomojo sveikatos draudimo fondą sumą. Valstybinė ligonių kasa per 10 kalendorinių dienų patvirtina gautą suderinimo pažymą, o jeigu nustato neatitikimų, suderinimo pažymą grąžina tikslinti Fondo valdybai ir nurodo



grąžinimo priežastis. Fondo valdyba patikslina grąžintą suderinimo pažymą ir pakartotinai pateikia ją Valstybinei ligonių kasai. Jeigu gautoje patikslintoje suderinimo pažymoje nebenustatoma neatitiktimų, Valstybinė ligonių kasa ją patvirtina. Patikslinta suderinimo pažyma turi būti patvirtinama ne vėliau kaip per 15 kalendorinių dienų nuo pirmosios atitinkamo ataskaitinio laikotarpio suderinimo pažymos pateikimo Valstybinei ligonių kasai. Valstybinė ligonių kasa per 30 kalendorinių dienų nuo suderinimo pažymos patvirtinimo perveda į Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžetą Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudų kompensaciją už sveikatos draudimo įmokų surinkimą ir pervedimą į Privalomojo sveikatos draudimo fondą.

~~24<sup>2</sup>. Einamųjų metų lapkričio-gruodžio mėnesiais viršplaninės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos (teigiamas numatomų bendrų metinių šio biudžeto pajamų ir Lietuvos Respublikos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu nustatytų pajamų skirtumas) sveikatos apsaugos ministro sprendimu, suderinus su Lietuvos Respublikos finansų ministerija, gali būti skiriamos privalomojo sveikatos draudimo paslaugų, nurodytų Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo II skyriuje, išlaidoms, viršijančioms Lietuvos Respublikos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatyme joms numatytas einamųjų metų lėšas, kompensuoti einamaisiais metais, jeigu šio biudžeto einamųjų metų rezervas sudaro ne mažiau kaip 5 procentus praėjusiais metais Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą pervestų pajamų. Ši Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo dydį nurodanti sąlyga taikoma priimant sprendimą dėl viršplaninių pajamų panaudojimo ir turi būti tenkinama iki einamųjų metų gruodžio 31 dienos.~~

15. Valstybinė ligonių kasa sudaro sutartis su įmonėmis ir įstaigomis, pagal kurias kompensuoja sveikatos priežiūros išlaidas, nurodytas šių taisyklių 8.4–8.6 papunkčiuose bei 8.9 papunktyje (jei nėra įgaliojusi teritorinių ligonių kasų sudaryti sutarčių dėl šiame papunktyje nurodytų išlaidų kompensavimo), neviršydama atitinkamam išlaidų straipsniui numatytų lėšų. Teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su įmonėmis ir įstaigomis dėl šių taisyklių 8.1–8.3 bei 8.6 papunkčiuose nurodytų sveikatos priežiūros išlaidų kompensavimo, taip pat dėl 8.9 papunktyje nurodytų išlaidų apmokėjimo (jei yra įgalios), neviršydamos joms skirtų pagal atitinkamus išlaidų straipsnius asignavimų.

16. Įmonės ir įstaigos sąskaitas dėl šių taisyklių 8 punkte nurodytų išlaidų kompensavimo kartą per mėnesį pateikia apmokėti Valstybinei ligonių kasai arba teritorinei ligonių kasai, priklausomai nuo to, su kuria iš jų yra sudariusios sutartis dėl atitinkamų išlaidų apmokėjimo.

17. Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos patikrina priimamų sąskaitų išrašymo pagrįstumą.

18. Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos apmoka įmonių ir įstaigų, su kuriomis yra sudariusios sutartis, pateiktas sąskaitas sutartyse numatytomis sąlygomis, neviršydamos atitinkamam išlaidų straipsniui numatytų asignavimų ar atitinkamai teritorinei ligonių kasai skirtų lėšų (jei sąskaitas apmoka teritorinė ligonių kasa). Lėšos ne vėliau kaip per 30 dienų nuo sąskaitos gavimo pervedamos sutartis su Valstybine ligonių kasa ar teritorinėmis ligonių kasomis sudariusioms įstaigoms ir įmonėms, jeigu šiose sutartyse ar teisės aktuose nenustatytas kitas atsiskaitymo terminas.

19. Valstybinė ligonių kasa lėšas teritorinėms ligonių kasoms pveda proporcingai jų biudžetams pagal atskirus išlaidų straipsnius. Gavusios lėšas iš Valstybinės ligonių kasos, teritorinės ligonių kasos apmoka sąskaitas. Jei gautos lėšų sumos nepakanka sąskaitoms visiškai apmokėti, pirmiausia proporcingai apmokamos anksčiausiai priimtos ir neapmokėtos sąskaitos. Teritorinės ligonių kasos yra atsakingos už teisingą ir teisėtą lėšų, gaunamų iš Valstybinės ligonių kasos, naudojimą.

20. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui skiriamomis valstybės biudžeto lėšomis mokama už asmens sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, paslaugas, suteiktas asmenims, nurodytiems Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 6 straipsnio 5 dalyje (išskyrus asmenis, nurodytus Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. gegužės 3 d. nutarime Nr. 527 „Dėl Atsiskaitymo su sveikatos priežiūros



įstaigomis už kariams ir kitiems asmenims suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir patarnavimus tvarkos aprašo patvirtinimo“). Minėtų paslaugų išlaidos apmokamos pagal šių taisyklių 18 punkte nurodytus terminus ir tvarką.

21. Nustačiusios, kad įmonės ir įstaigos neteisėtai panaudojo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas ar kitaip padarė jam žalą, Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos, vadovaudamosi Lietuvos Respublikos civiliniu kodeksu, reikalauja grąžinti neteisėtai panaudotas lėšas ir (ar) išieško šiam biudžetui padarytą žalą.

22. Jeigu dėl fizinių ir juridinių asmenų, susijusių su Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetu, kaltės buvo nepagrįstų išmokų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto arba padaryta kitokių nuostolių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui, šie fiziniai ir juridiniai asmenys, neatsižvelgiant į jų nuosavybės formą, privalo atlyginti nuostolius teisės aktų nustatyta tvarka.

23. Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos – sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į Privalomojo sveikatos draudimo fondą – sąnaudų kompensacijos mokamos šia tvarka: Fondo valdyba Valstybinei ligonių kasai kiekvieną ketvirtį iki jo pirmojo mėnesio 15 dienos pateikia praėjusį ketvirtį į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą pervestų (tarpusavyje įskaitytų) privalomojo sveikatos draudimo įmokų ir su jomis susijusių sumų suderinimo pažymą (joje nurodoma Valstybinio socialinio draudimo fondui mokėtina kompensacijos už sveikatos draudimo įmokų surinkimą ir pervedimą į Privalomojo sveikatos draudimo fondą suma). Valstybinė ligonių kasa per 10 kalendorinių dienų patvirtina gautą suderinimo pažymą. Jei nustatoma neatitikimų, suderinimo pažyma grąžinama tikslinti Fondo valdybai, nurodant grąžinimo priežastis. Fondo valdyba patikslina grąžintą suderinimo pažymą ir pakartotinai pateikia ją Valstybinei ligonių kasai. Jeigu patikslintoje suderinimo pažymoje nebe nustatoma neatitikimų, Valstybinė ligonių kasa ją patvirtina. Patikslinta suderinimo pažyma turi būti patvirtinama ne vėliau kaip per 15 kalendorinių dienų nuo pirmosios atitinkamo ataskaitinio laikotarpio suderinimo pažymos pateikimo Valstybinei ligonių kasai dienos. Valstybinė ligonių kasa per 30 kalendorinių dienų nuo suderinimo pažymos patvirtinimo perveda į Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžetą kompensaciją už sveikatos draudimo įmokų surinkimą ir pervedimą į Privalomojo sveikatos draudimo fondą.

24. Einamųjų metų lapkričio–gruodžio mėnesiais viršplaninės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos (teigiamas numatomų bendrų metinių šio biudžeto pajamų ir Lietuvos Respublikos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu nustatytų pajamų skirtumas) sveikatos apsaugos ministro sprendimu, suderinus su Lietuvos Respublikos finansų ministerija, gali būti skiriamos sveikatos priežiūros išlaidų, nurodytų Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo II skyriuje, išlaidoms, viršijančioms Lietuvos Respublikos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatyme joms numatytas einamųjų metų lėšas, kompensuoti einamaisiais metais, jeigu šio biudžeto einamųjų metų rezervas sudaro ne mažiau kaip 5 procentus praėjusiais metais Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą pervestų pajamų. Ši Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo dydį nurodanti sąlyga taikoma priimant sprendimą dėl viršplaninių pajamų panaudojimo ir turi būti tenkinama iki einamųjų metų gruodžio 31 dienos.“

Ministras Pirmininkas

Sveikatos apsaugos ministras

L. v. sk. vsl. funkcijos  
Teisėkūrinis  
skyriaus v. n.  
Kazys Kuškus  
2018-09-06

Lietuvos Respublikos  
Sveikatos apsaugos ministras

Aurelijus Veryga  
2018-09-07

VLK prie SAM  
Dokumentų valdymo skyriaus  
vyriausioji specialistė

Alina Raciūnienė  
2018-09-27