

LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMO NR. I-1343 2, 5, 8, 9, 10, 12, 12¹, 15, 17, 21, 22, 23, 25,
26 IR 30 STRAIPSNŲ IR II SKYRIAUS PAVADINIMO PAKEITIMO IR ĮSTATYMO
PAPILDYMO 3¹ STRAIPSNIU
ĮSTATYMAS

2022 m. d. Nr.
Vilnius

1 straipsnis. 2 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 2 straipsnio 5 dalį ir ją išdėstyti taip:

„5. Privalomasis sveikatos draudimas – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, šio Įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu ~~draudžiamiesiems~~ **apdraustiems** asmenims, įvykus ~~draudimui~~ **įvykiui**, sveikatos priežiūros paslaugų **priežiūrą** teikimą ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimą, taip pat vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų bei medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų ~~jos išlaidų~~ kompensavimą **Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis**. Privalomasis sveikatos draudimas yra socialinio draudimo rūšis.“

2 straipsnis. Įstatymo papildymas 3¹ straipsniu

Papildyti įstatymą 3¹ straipsniu:

„3¹ straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo principai

Privalomojo sveikatos draudimo principai yra šie:

1) visuotinumą principas, reiškiantis, kad visi šio Įstatymo 6 straipsnio 1 dalyje nurodyti draudžiamieji privalo mokėti (arba už juos turi būti mokamos) sveikatos draudimo įmokas, o šio įstatymo nustatytais atvejais ir tvarka turi teisę gauti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamą sveikatos priežiūrą;

2) solidarumo principas, reiškiantis, kad visų pagal šį Įstatymą privalančių mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas asmenų įmokos, taip pat valstybės biudžeto lėšos prisideda prie privalomojo sveikatos draudimo lėšų kaupimo. Taip sudaromos prielaidos apmokėti apdraustųjų privalomuoju sveikatos draudimu sveikatos priežiūros išlaidas;

3) teismo principas, reiškiantis, kad apdraustasis privalomuoju sveikatos draudimu prisideda prie sveikatos sektoriaus finansavimo pagal savo galimybes (vienu atveju didesnėmis privalomojo sveikatos draudimo įmokomis, kitu – mažesnėmis), tačiau visiems apdraustiesiems vienodai užtikrinama tos pačios kokybės sveikatos priežiūra, nediskriminuojant lyties, rasės, tautybės, pilietybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų, amžiaus, lytinės orientacijos, negalios, etninės priklausomybės, religijos pagrindu.“

3 straipsnis. 5 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 5 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„5 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai

Privalomojo sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai yra ~~gydytojo diagnozuoti sveikatos priežiūros specialisto, kuriam teisės aktais, reguliuojančiais jo profesines teises, suteikta teisė nustatyti sveikatos būklę ir diagnozuoti ligas bei sveikatos sutrikimus, diagnozuotos privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų apdraustų asmenų ligos, sveikatos sutrikimai ar sveikatos būklės, kurie yra pagrindas privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems apdraustiems asmenims teikti šio Įstatymo ir kitų teisės aktų nustatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas~~ **9 straipsnio 2 dalyje nurodytą sveikatos priežiūrą ir apmokėti kompensuoti jos išlaidas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto.**“

4 straipsnis. 8 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 8 straipsnio 2 dalį ir ją išdėstyti taip:

„2. Tais atvejais, kai už šio Įstatymo 17 straipsnio 4, 5, 6, 8 ir 11 dalyse nurodytus asmenis privalomojo sveikatos draudimo įmokos nesumokamos, jų privalomasis sveikatos draudimas įsigalioja nuo tos dienos, kurią jie ar jų draudėjai sumoka visas nesumokėtas šio Įstatymo 17 straipsnyje nustatyto dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas, bet ne daugiau kaip už 5 metus. Nuostata, kad šioje dalyje nurodytų asmenų privalomasis sveikatos draudimas įsigalioja tik sumokėjus visas nesumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas už atitinkamą laikotarpį, netaikoma asmenims, kurie:

1) tuo pačiu metu yra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu kaip kitos kategorijos asmenys ir jų privalomasis sveikatos draudimas galioja;

2) buvo išvykę iš Lietuvos Respublikos ilgiau kaip 6 mėnesius ir nedeklaravo šio išvykimo Lietuvos Respublikos gyvenamosios vietos deklaravimo įstatymo nustatyta tvarka, tačiau privalomojo sveikatos draudimo įmokas administruojančiai Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimui įstaigai pateikia kompetentingų užsienio valstybių institucijų išduotus dokumentus ir (arba) duomenis, patvirtinančius, kad išvykimo laikotarpiu jie buvo apdrausti kitoje šalyje arba buvo suimti ir (arba) nuteisti užsienyje, arba atliko arešto ar terminuoto laisvės atėmimo bausmę užsienyje, o teritorinė ligonių kasa patvirtina, kad išvykimo laikotarpiu jie negavo asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis.“

5 straipsnis. II skyriaus pavadinimo pakeitimas

Pakeisti II skyriaus pavadinimą ir jį išdėstyti taip:

„II SKYRIUS

**PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO PASLAUGOS IR JŲ IŠLAIDŲ
KOMPENSAVIMAS FONDO BIUDŽETO LĖŠOMIS KOMPENSUOJAMA SVEIKATOS
PRIEŽIŪRA“.**

6 straipsnis. 9 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 9 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„9 straipsnis. — Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos

1. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos: prevencinė medicinos pagalba, medicinos pagalba, medicininė reabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskirti asmens sveikatos priežiūrai, ir asmens sveikatos ekspertizė.

2. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo apmokama ši prevencinė medicinos pagalba:

1) informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais;

2) Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyti draudžiamųjų sveikatos profilaktiniai patikrinimai.

3. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama:

1) pirminės, antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos;

2) galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo išlaidų kompensacijos;

3) šio Įstatymo nustatytos draudžiamųjų išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensacijos;

4) ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų kompensacijos;

5) medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų kompensacijos.

4. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama medicininė reabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskirti asmens sveikatos priežiūrai, apima:

1) slaugos ir socialines paslaugas bei patarnavimus, palaikomojo gydymo paslaugas slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka ir terminais, bet ne ilgiau kaip 120 dienų per kalendorinius metus. Į 120 dienų per kalendorinius metus terminą neįskaičiuojamas Vyriausybės paskelbtos ekstremaliosios situacijos ir karantino laikotarpis;

~~2) šio Įstatymo 11 straipsnyje numatyta medicininę reabilitaciją ir sanatorinį (antirecidyvinių) gydymą (toliau – sanatorinis gydymas).~~

~~5. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos šios asmens sveikatos ekspertizės paslaugos:~~

~~1) draudžiamąjį laikinojo nedarbingumo ekspertizę;~~

~~2) *Neteko galios*~~

~~3) patologinis anatomsinis tyrimas asmeniui mirus.~~

~~6. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos išvardijamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašė. Šį sąrašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras.~~

~~7. *Neteko galios*~~

~~8. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros įstaigoms apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios atitinka Vyriausybės nustatytas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygas.~~

~~9. Naujo profilio stacionarinės paslaugos, apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, gali būti teikiamos tik gavus leidimą sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.~~

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojama sveikatos priežiūra

1. Apdraustiesiems Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojama:

1) šio straipsnio 2 dalyje nurodyta sveikatos priežiūra, teikiama įvykus draudiminiam įvykiui;

2) kita šio straipsnio 3 dalyje nurodyta sveikatos priežiūra, padedanti išvengti draudiminio įvykio;

3) šio straipsnio 4 dalyje nurodytas dantų protezavimas.

2. Įvykus draudiminiam įvykiui, apdraustieji turi teisę gauti šio Įstatymo ir kitų teisės aktų, reguliuojančių sveikatos priežiūros teikimą, reikalavimus atitinkančią sveikatos priežiūrą:

1) asmens sveikatos priežiūros paslaugas (įskaitant medicininę reabilitaciją);

2) vaistus, medicinos pagalbos priemones (tarp jų ortopedijos technines priemones) ir nuomojamas medicinos priemones.

3. Apdraustiesiems Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojama ši sveikatos priežiūra, padedanti išvengti draudiminio įvykio:

1) vakcinų, kurių kompensavimas numatytas Nacionalinėje imunoprofilaktikos programoje. Vakcinų į Nacionalinę imunoprofilaktikos programą įtraukiamos pagal šiuos kriterijus: ligos, kuriai skirta vakcina, pavojingumą gyvybei ir keliamą neįgalumo grėsmę, jos paplitimą ir užkrečiamumą, atsižvelgiant į asmenų amžių, sveikatos būklę ir (ar) kitus veiksnius bei galimybes kompensuoti vakcinas (atsižvelgiant į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto galimybes);

2) asmens sveikatos priežiūros specialistų pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintas ligų ir sveikatos sutrikimų prevencines programas teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Ligos ir sveikatos sutrikimai, dėl kurių vykdomos prevencinės programos, ir apdraustieji, kuriems teikiamos prevencinėse programose nurodytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, parenkami pagal šiuos kriterijus: sergamumo liga ar sveikatos sutrikimu ir (ar) mirtingumo nuo jų mastą Lietuvoje, galimybes diagnozuoti ligą ar sveikatos sutrikimą ir, juos nustačius, taikyti efektyvų gydymą, atsižvelgiant į asmenų amžių, sveikatos būklę ir (ar) kitus veiksnius, bei galimybes kompensuoti pagal prevencines programas teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (atsižvelgiant į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto galimybes);

3) profilaktiniai sveikatos patikrinimai, atliekami sveikatos apsaugos ministro patvirtintoms apdraustųjų grupėms, kurios nustatomos atsižvelgiant į apdraustųjų amžių, sveikatos būklę ir (ar) jų veiklos rizikos sveikatai mastą;

4) dantų dengimas dantų ėduonies profilaktikai skirtomis medžiagomis sveikatos apsaugos ministro patvirtintoms apdraustųjų grupėms, kurios nustatomos atsižvelgiant į dantų ėduonies paplitimo mastą, dantų ėduonies atsiradimo riziką bei galimybes kompensuoti dantų dengimą dantų ėduonies profilaktikai skirtomis medžiagomis (atsižvelgiant į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto galimybes);

4. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamas dantų protezavimas atliekamas šiems apdraustiesiems, kai jų kramtymo funkcija atitinka sveikatos apsaugos ministro nustatytus kriterijus: vaikams, asmenims, kuriems sukako senatvės pensijos amžius, asmenims, kurie yra pripažinti nedarbingais arba iš dalies darbingais, bei asmenims, kuriems buvo taikytas gydymas dėl burnos, veido ir žandikaulių onkologinės ligos.

5. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos išvardijamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašuose. Šiuos sąrašus tvirtina sveikatos apsaugos ministras.

6. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros įstaigoms apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atitinkančios Vyriausybės nustatytas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygas.

7. Šio straipsnio 2–4 dalyse nurodytos sveikatos priežiūros teikimo ir kompensavimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras.

8. Naujo profilio stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, gali būti teikiamos tik gavus leidimą sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.“

7 straipsnis. 10 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 10 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„10 straipsnis. Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimas apdraustiesiems

1. Apdraustiesiems yra kompensuojamos išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, išrašytiems ambulatoriniam gydymui sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti, ~~Kompensuojamųjų vaistų~~ bei Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašus tvirtina sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos nuomonę. Kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuojamos pagal bazines kainas, apskaičiuotas Vyriausybės nustatyta tvarka.

2. 100 procentų bazinės kompensuojamųjų vaistų, įrašytų į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti ~~bei į Kompensuojamųjų vaistų sąrašus~~ **sąrašą**, ir medicinos pagalbos priemonių, įrašytų į Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašą, ambulatoriniam gydymui kainos kompensuojama šiems apdraustiesiems:

1) vaikams iki 18 metų;

2) asmenims, kuriems nustatytas 0–25 procentų darbingumo lygis (iki 2005 m. liepos 1 d. pripažintiems I grupės invalidais);

3) asmenims, sukausiems Lietuvos Respublikos socialinio draudimo pensijų įstatyme nustatyta senatvės pensijos amžių (toliau – senatvės pensijos amžius), kuriems yra nustatytas didelių specialiųjų poreikių lygis;

4) 75 metų ir vyresniems asmenims.

3. 100, 90, 80 arba 50 procentų bazinės kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių ambulatoriniam gydymui kainos kompensuojama apdraustiesiems, nepaminėtiems šio straipsnio 2 dalyje, kuriems diagnozuotos ligos, sindromai ir būklės, įrašyti į Ligų ir kompensuojamųjų

vaistų joms gydyti sąrašą arba Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašą pagal kompensavimo lygius.

4. 50 procentų bazinės ~~kompensuojamųjų vaistų, įrašytų į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą, ir~~ medicinos pagalbos priemonių, įrašytų į Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašą, kainos gydant ambulatoriškai kompensuojama šiems šio straipsnio 2 ir 3 dalyse nepaminėtiems apdraustiesiems:

- 1) gaunantiems socialinio draudimo senatvės pensiją;
- 2) senatvės pensijos amžių sukakusiems asmenims, kurie gauna šalpos neįgalumo pensiją, socialinę pensiją ar šalpos kompensaciją, arba asmenims, gaunantiems šalpos senatvės pensiją;
- 3) asmenims, kuriems nustatytas 30–40 procentų darbingumo lygis (iki 2005 m. liepos 1 d. pripažintiems II grupės invalidais).

5. Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, naudojamų hospitalizuotiems stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose apdraustiesiems gydyti, išlaidos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, išskyrus atvejus, kai apdraustasis savo iniciatyva gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvos Respublikoje yra taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas. Šiuo atveju apdraustasis privalo sveikatos priežiūros įstaigai apmokėti gydytojo skiriamų ir apdraustojo pasirenkamų vaistų ar medicinos pagalbos priemonių kainų skirtumą (šis skirtumas gali būti apmokamas ir iš papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo ar kitų lėšų).

6. Paciento priemokos už kompensuojamuosius vaistus, įrašytus į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą, bei ~~į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą, ir~~ medicinos pagalbos priemones, įrašytas į Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašą, skiriamus senatvės pensijos amžių sukakusiems arba Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatyme nurodytiems neįgaliesiems asmenims, kurių užpraeitą mėnesį gautų socialinio draudimo pensiją, išskyrus socialinio draudimo našlių pensiją (kartu su socialinio draudimo senatvės arba netekto darbingumo (invalidumo) pensijų priemokomis), šalpos išmokų, valstybinių pensijų, užsienio valstybės pensijų, ~~pensijų išmokų, mokamų pagal Lietuvos Respublikos pensijų kaupimo įstatymą ir Lietuvos Respublikos papildomo savanoriško pensijų kaupimo įstatymą,~~ kompensacinių išmokų profesionaliojo scenos meno įstaigų kūrybiniais darbuotojams, valstybinių signataro rentų, valstybinių signataro našlių ir našlaičių rentų, rentų buvusiems sportininkams, kompensacijų už ypatingas darbo sąlygas ir (ar) draudžiamųjų pajamų, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatyme, suma sudaro mažiau kaip 100 procentų einamųjų metų minimalių vartojimo poreikių dydžio, apskaičiuoto Lietuvos Respublikos socialinės paramos išmokų atskaitos rodiklių ir bazinio bausmių ir nuobaudų dydžio nustatymo įstatymo nustatyta tvarka, arba 75 metų ir vyresniems asmenims, padengiamos Vyriausybės nustatyta tvarka.“

8 straipsnis. 12 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 12 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„12 straipsnis. ~~Galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių išlaidų kompensavimas~~
Centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto

~~Galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių išlaidų kompensavimo tvarką ir sąrašą nustato Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.~~
Centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos nuomonę. Centralizuotai apmokamų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kompensavimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.“

9 straipsnis. 12¹ straipsnio pakeitimas

Pakeisti 12¹ straipsnio 2 dalį ir ją išdėstyti taip:

„2. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų kompensuojamos tarpvalstybinės sveikatos priežiūros, atitinkančios Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnio 2 dalyje nustatytas sąlygas ir apimančios šio Įstatymo 9 straipsnyje (išskyrus 9 straipsnio 5 dalį) nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vaistus, medicinos pagalbos priemones ir medicinos priemones, išlaidos. Šios išlaidos kompensuojamos pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas kompensuojamųjų vaistų, medicinos pagalbos priemonių, medicinos priemonių ir sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas, neviršijant faktinių apdraustojo išlaidų. Apdraustojo išlaidas tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai kompensuoja Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos, jeigu apdraustasis arba jo atstovas, siekiantis gauti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensaciją, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka kreipiasi į teritorinę ligonių kasą ne vėliau kaip per vienus metus nuo asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo ir (arba) vaistų, ir (arba) medicinos pagalbos priemonių, ir (arba) medicinos priemonių išdavimo.“

10 straipsnis. 15 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 15 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„15 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamas sudaro:

- 1) apdraustųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos ir už juos mokamos įmokos;
- 2) valstybės biudžeto įmokos, mokamos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis;
- 3) valstybės biudžeto asignavimai, skiriami:

a) Privalomojo sveikatos draudimo fondui priskirtoms valstybės funkcijoms atlikti (ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidoms kompensuoti, paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti, išlaidoms apmokėti, kompensacijoms kraujo donorams neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti bei Nacionalinės imunoprofilaktikos programos priemonėms finansuoti);

b) šio Įstatymo 6 straipsnio 5 dalyje nurodytų asmenų sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti;

c) šio Įstatymo 8 straipsnio 5 dalyje nurodytoms sveikatos priežiūros išlaidoms apmokėti;

d) šio straipsnio 2 ir 3 dalyse nurodytais atvejais;

e) paciento priemokoms už kompensuojamuosius vaistus, įrašytus į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą bei į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą, ir medicinos pagalbos priemones, įrašytas į Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašą, skiriamas šio įstatymo 10 straipsnio 6 dalyje nurodytiems asmenims, padengti;

4) institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos;

5) savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos;

6) išieškotos ar grąžintos lėšos už Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą:

a) iš sveikatos priežiūros įstaigų išieškotos ar jų grąžintos lėšos už neteisėtai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, už šias paslaugas neteisėtai pateiktas apmokėti sąskaitas, už neteisėtai išrašytas ir išduotus vaistus bei medicinos pagalbos priemones;

b) iš vaistinių išieškotos ar jų grąžintos lėšos už neteisėtai išduotus vaistus bei medicinos pagalbos priemones ar neteisėtai už juos pateiktas apmokėti sąskaitas, taip pat iš šio Įstatymo 26² straipsnyje nurodytų ūkio subjektų išieškotos ar jų grąžintos lėšos už neteisėtai išduotas medicinos pagalbos priemones ar neteisėtai už jas pateiktas apmokėti sąskaitas;

c) iš fizinių ir juridinių asmenų išieškotos lėšos už apdraustojo privalomuoju sveikatos draudimu sveikatai padarytą žalą, kai už jam suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas sumokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, ir už kitą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą. Žala Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui gali būti pripažinta mažareikšme žala ir neisieškoma, jeigu ši žala Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui yra nedidelė ir jos išieškojimo išlaidos didesnės už išieškomą sumą. Žalos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui pripažinimo mažareikšme žala tvarką, mažareikšmės žalos dydį nustato sveikatos apsaugos ministras ar jo įgaliota institucija;

~~d) iš ūkio subjektų, su kuriais sudarytos medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų apmokėjimo sutartys, išieškotos ar jų grąžintos lėšos;~~

~~7) vaistinio preparato rinkodaros teisės turėtojų (jų atstovų) arba juridinių asmenų, turinčių didmeninio platinimo licenciją, pervestos lėšos pagal gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis, sudarytas su Valstybine ligonių kasa;~~

~~8) kitos teisėtai gautos pajamos.~~

~~2. Seimas gali įstatymu patvirtinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui skiriamus papildomus valstybės biudžeto asignavimus, jeigu:~~

~~1) padidėja Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos arba sumažėja šio fondo biudžeto pajamos ir dėl to Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas negali įvykdyti visų šio Įstatymo nustatytų įpareigojimų;~~

~~2) einamaisiais metais panaudojama pagrindinė Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšų dalis ir ją numatoma atkurti iš papildomų valstybės biudžeto asignavimų.~~

~~3. Seimas įstatymu gali skirti valstybės biudžeto lėšų visoms ūkininkų privalomojo sveikatos draudimo įmokoms, numatytoms šio Įstatymo 17 straipsnio 5 dalyje, ar jų daliai sumokėti.~~

~~4. Jeigu vykdant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą gaunama viršplaninių pajamų ir einamųjų metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervas sudaro ne mažiau kaip 5 procentus praėjusiais metais Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą pervestų pajamų, gautos viršplaninės pajamos einamaisiais metais gali būti naudojamos šio Įstatymo II skyriuje nurodytoms išlaidoms, viršijančioms Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatyme šioms išlaidoms numatytas einamųjų metų lėšų sumas, kompensuoti sveikatos apsaugos ministro sprendimu.~~

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos ir valstybės biudžeto asignavimai Valstybinei ligonių kasai

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamas sudaro:

1) privalomojo sveikatos draudimo įmokos:

a) Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos administruojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos ir su jomis susijusios lėšos;

b) Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto įmokos, mokamos už draudžiamuosius, draudžiamus valstybės lėšomis;

2) valstybės biudžeto asignavimai, skiriami:

a) valstybės deleguotoms funkcijoms, nurodytoms šio straipsnio 5 dalyje, vykdyti;

b) šio straipsnio 2 dalyje nurodytais atvejais;

3) kitos teisėtai gautos pajamos.

2. Seimas gali įstatymu patvirtinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui skiriamus papildomus valstybės biudžeto asignavimus, jeigu:

1) padidėja Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos arba sumažėja šio fondo biudžeto pajamos ir dėl to Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas negali įvykdyti visų šio Įstatymo nustatytų įpareigojimų;

2) einamaisiais metais panaudojamas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervas ir jį numatoma atkurti iš papildomų valstybės biudžeto asignavimų.

3. Valstybinė ligonių kasa disponuoja šio straipsnio 1 dalies 2 punkte nurodytais valstybės biudžeto asignavimais.

4. Jeigu vykdant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą gaunama viršplaninių pajamų ir einamųjų metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervas sudaro ne mažiau kaip 5 procentus praėjusiais metais Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą pervestų pajamų, gautos viršplaninės pajamos einamaisiais metais gali būti naudojamos šio Įstatymo II skyriuje nurodytoms išlaidoms, viršijančioms Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatyme šioms išlaidoms numatytas einamųjų metų lėšų sumas, kompensuoti ir šio straipsnio 5 dalyje nurodytoms valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti šio straipsnio 9

dalyje nurodytais atvejais sveikatos apsaugos ministro sprendimu. Skiriant viršplanines lėšas turi būti nepažeista Lietuvos Respublikos fiskalinės sutarties įgyvendinimo konstitucinio įstatymo 4 straipsnio 2 dalis.

5. Valstybinė ligonių kasa vykdo šias valstybės deleguotas funkcijas, finansuojamas valstybės biudžeto lėšomis:

- 1) apmoka paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti, išlaidas;
- 2) apmoka išlaidas kompensacijoms kraujo donorams mokėti ir neatlygintinai kraujo donorystei propaguoti;
- 3) apmoka šio Įstatymo 6 straipsnio 5 dalyje nurodytos sveikatos priežiūros išlaidas;
- 4) apmoka šio Įstatymo 8 straipsnio 5 dalyje nurodytos sveikatos priežiūros išlaidas;
- 5) padengia išlaidas paciento priemokoms už kompensuojamuosius vaistus, įrašytus į Ligonų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą, ir medicinos pagalbos priemones, įrašytas į Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašą, skiriamus šio Įstatymo 10 straipsnio 6 dalyje nurodytiems asmenims;

6) Seimui įvedus tiesioginį valdymą, karo, nepaprastąją padėtį, paskelbus mobilizaciją ar priėmus sprendimą panaudoti ginkluotąsias pajėgas, Vyriausybei paskelbus valstybės lygio ekstremaliąją situaciją ir (ar) karantiną visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje, pagal atitinkamoje situacijoje įgalioto priimti sprendimus asmens sprendimus apmoka Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis nekompensuotinas išlaidas.

6. Valstybės biudžeto asignavimų šio straipsnio 5 dalyje nurodytoms valstybės deleguotoms funkcijoms vykdyti valdytoja yra Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

7. Šio straipsnio 5 dalyje nurodytoms valstybės deleguotoms funkcijoms vykdyti skirtos valstybės biudžeto lėšos (pajamos ir išlaidos) Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete administruojamos atskirai.

8. Valstybės biudžeto lėšomis apmokamos faktinės šio straipsnio 5 dalyje nurodytų valstybės deleguotų funkcijų vykdymo išlaidos. Pasibaigus biudžetiniams metams, nepanaudoti valstybės biudžeto asignavimai, skirti šio straipsnio 5 dalyje nurodytoms valstybės deleguotoms funkcijoms vykdyti, grąžinami į valstybės biudžetą.

9. Jeigu einamaisiais metais valstybės biudžeto asignavimų, skirtų šio straipsnio 5 dalyje nurodytoms valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti, neužtenka, laikinai iki einamųjų metų pabaigos jų nenutrūkstamam vykdymui užtikrinti gali būti skiriamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto einamųjų metų viršplaninės pajamos šio straipsnio 4 dalyje nustatyta tvarka arba Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšos šio Įstatymo 23 straipsnyje nustatyta tvarka. Ne vėliau kaip per dvejus metus (pasibaigus biudžetiniams metams, kuriais buvo panaudotos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos) šiuo tikslu panaudotos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos atkuriamos valstybės biudžeto lėšomis.

10. Valstybinei ligonių kasai iš šio straipsnio 6 dalyje nurodytų valstybės biudžeto lėšų mokamos Valstybinės ligonių kasos veiklos sąnaudų, susidarančių vykdant šio straipsnio 5 dalyje nurodytas valstybės deleguotas funkcijas, kompensacijos. Šių kompensacijų dydžio apskaičiavimo ir kompensacijų mokėjimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras, suderinęs su finansų ministru. Šioje dalyje nurodytos kompensacijos laikomos šio straipsnio 1 dalies 3 punkte nurodytomis pajamomis ir naudojamos šio Įstatymo 21 straipsnio 1 dalies 4 punkte nurodytoms išlaidoms apmokėti.

11. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padaryta žala pripažįstama mažareikšme ir neišieškoma, jeigu jos išieškojimo išlaidos yra didesnės už išieškomą sumą. Žalos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui pripažinimo mažareikšme žala tvarką ir mažareikšmės žalos dydį nustato sveikatos apsaugos ministras ar jo įgaliota institucija.“

11 straipsnis. 17 straipsnio pakeitimas

Papildyti 17 straipsnį 14 dalimi:

„14. Jei asmenims, nurodytiems šio straipsnio 2 dalyje, už kalendorinį mėnesį nėra apskaičiuota pajamų, nuo kurių skaičiuojamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, ir šie asmenys nepriskiriami šio straipsnio 3–10 dalyse ir šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje išvardytiems asmenims, iki kitų metų gegužės 1 d. už tą kalendorinį mėnesį, kurį pajamų neturėjo, jie privalo sumokėti 6,98 procento Vyriausybės patvirtintos minimaliosios mėnesinės algos, galiojančios mėnesio, už kurį mokama įmoka, paskutinę dieną, dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.“

12 straipsnis. 21 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 21 straipsnį ir jį išdėstyti taip

„21 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos

1. ~~Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidas sudaro:~~

- 1) ~~išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms;~~
- 2) ~~išlaidos vaistams, medicinos pagalbos priemonėms ir medicinos priemonių nuomai;~~
- 3) ~~išlaidos medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam gydymui;~~
- 4) ~~išlaidos ortopedijos techninėms priemonėms;~~
- 5) ~~išlaidos sveikatos programoms vykdyti ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti;~~
- 6) ~~išlaidos privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti;~~
- 7) ~~išlaidos Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į Privalomojo sveikatos draudimo fondą, kompensuoti;~~

8) ~~Neteko galios.~~

2. ~~Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu Valstybinė ligonių kasa, suderinusi su Sveikatos apsaugos ministerija, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas gali skirti valstybinėms ir savivaldybių sveikatos programoms finansuoti.~~

3. ~~Šio straipsnio 1 dalies 6 punkte numatytoms išlaidoms gali būti skiriama iki 2 procentų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.~~

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidas sudaro:

- 1) išlaidos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (įskaitant medicininę reabilitaciją);
- 2) išlaidos vaistams, medicinos pagalbos priemonėms (tarp jų ortopedijos techninėms priemonėms) ir medicinos priemonių nuomai;
- 3) išlaidos sveikatos programoms vykdyti ir kitoms sveikatos draudimo išlaidoms apmokėti;
- 4) išlaidos privalomojo sveikatos draudimo sistemos funkcionavimui užtikrinti ir šį draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti;
- 5) išlaidos Valstybinio socialinio draudimo fondo veiklos sąnaudoms, susidarančioms dėl privalomojo sveikatos draudimo įmokų surinkimo ir pervedimo į Privalomojo sveikatos draudimo fondą, kompensuoti.

2. Šio straipsnio 1 dalies 4 punkte numatytoms išlaidoms gali būti skiriama iki 2 procentų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, nurodytų šio Įstatymo 15 straipsnio 1 dalyje.“

13 straipsnis. 22 straipsnio pakeitimas

Papildyti 22 straipsnio 1 dalį 4 punktu:

„4) lėšos, skiriamos rezervui atkurti šio Įstatymo 15 straipsnio 9 dalyje nurodytu atveju.“

14 straipsnis. 23 straipsnio pakeitimas

1. Pakeisti 23 straipsnio 1 dalį ir ją išdėstyti taip:

„1. Pagrindinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo dalies lėšos skirstomos Vyriausybės nutarimu. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšos naudojamos sveikatos apsaugos ministro sprendimu, įvertinus Valstybinės ligonių kasos ir

Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšų skyrimo ir naudojimo tvarką nustato Vyriausybė. **Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšos skiriamos ir naudojamos nepažeidžiant Lietuvos Respublikos fiskalinės sutarties įgyvendinimo konstitucinio įstatymo 4 straipsnio 2 dalies.**“

2. Pakeisti 23 straipsnio 2 dalį ir ją išdėstyti taip:

~~„2. Pagrindinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo dalies lėšos naudojamos:~~

~~1) Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidoms, susidariusioms dėl ekstremaliosios situacijos (įvykio) (didelio masto gyventojų sveikatos sutrikimai dėl stichinių nelaimių, didelio masto gaisrų, epidemijų, teroro aktų, karo veiksmų), apmokėti, kai šiam tikslui neužtenka einamųjų metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų;~~

~~2) Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų trūkumui kompensuoti, kai nesurenkama 1/12 ir daugiau einamųjų metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu nustatytų einamųjų metų planuotų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir neužtenka kasos apyvartos lėšų.~~

Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšos naudojamos:

1) Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų trūkumui padengti, kai nevykdomas einamųjų metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu nustatytas einamųjų metų pajamų planas ir neužtenka apyvartos lėšų šio Įstatymo II skyriuje nustatytoms privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidoms kompensuoti;

2) Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamoms ir išlaidoms, paskirstytoms metų ketvirčiais, subalansuoti;

3) šio Įstatymo II skyriuje nustatytoms privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidoms kompensuoti;

4) Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidoms, susidariusioms dėl ekstremaliosios situacijos ar ekstremaliojo įvykio, apmokėti, kai šiam tikslui neužtenka einamųjų metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų;

5) šio Įstatymo 15 straipsnio 5 dalyje nurodytoms valstybės deleguotoms funkcijoms finansuoti, kai tam neužtenka skirtų valstybės biudžeto asignavimų.“

3. Pakeisti 23 straipsnio 3 dalį ir ją išdėstyti taip:

~~„3. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšos naudojamos:~~

~~1) Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų trūkumui padengti, kai nevykdomas einamųjų metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu nustatytas einamųjų metų pajamų planas ir neužtenka apyvartos lėšų šio Įstatymo II skyriuje nustatytoms privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidoms kompensuoti;~~

~~2) Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamoms ir išlaidoms, paskirstytoms metų ketvirčiais, subalansuoti;~~

~~3) šio Įstatymo II skyriuje nustatytoms privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidoms kompensuoti;~~

~~4) Vyriausybės nutarimu šio straipsnio 2 dalyje nurodytiems pagrindinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšų dalies naudojimo tikslams, kai pagrindinė Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo lėšų dalis einamaisiais biudžetiniais metais jau panaudota ar jos neužtenka šio straipsnio 2 dalyje nurodytoms išlaidoms padengti.~~

Pagrindinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo dalies lėšos naudojamos:

1) Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų trūkumui kompensuoti, kai nesurenkama 1/12 ir daugiau einamųjų metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rodiklių patvirtinimo įstatymu nustatytų einamųjų metų planuotų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų ir neužtenka šio biudžeto apyvartos lėšų;

2) šio straipsnio 2 dalies 4 ir 5 punktuose nurodytiems tikslams, kai Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo rizikos valdymo dalies lėšų einamaisiais biudžetiniais metais neužtenka šiems tikslams įgyvendinti.“

15 straipsnis. 25 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 25 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„25 straipsnis. — ~~Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų nustatymo tvarka~~

1. ~~Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazines kainas nustato Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.~~

2. ~~Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų nustatymo metodiką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija.~~

Asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarka

1. **Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, apmokėjimo tvarkas ir būdus Valstybinės ligonių kasos teikimu tvirtina sveikatos apsaugos ministras.**

2. **Sveikatos apsaugos ministras tvirtina Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų nustatymo metodiką, įvertinęs Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę, ir pagal šią metodiką Valstybinės ligonių kasos apskaičiuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazines kainas.“**

16 straipsnis. 26 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 26 straipsnio 2 dalį ir ją išdėstyti taip:

„2. ~~Sutartys tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų, tarp teritorinių ligonių kasų ir vaistinių, vadovaujantis Civiliniu kodeksu, šiuo ir kitais įstatymais, sudaromos Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, atsižvelgiant į Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Sutartys tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų bei tarp teritorinių ligonių kasų ir vaistinių sudaromos vadovaujantis Civiliniu kodeksu, šiuo ir kitais įstatymais. Sutarčių sudarymo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.“~~

17 straipsnis. 30 straipsnio pakeitimas

1. Pakeisti 30 straipsnio 7 punktą ir jį išdėstyti taip:

„7) ~~šio Įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis užtikrina prevencinės medicinos pagalbos, medicinos pagalbos, medicininės reabilitacijos, slaugos, socialinių paslaugų ir patarnavimų, priskirtų asmens sveikatos priežiūrai, bei asmens sveikatos ekspertizės paslaugų teikimo išlaidų apmokėjimą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis per teritorines ligonių kasas kompensuoja apdraustųjų sveikatos priežiūrą;“.~~

2. Pakeisti 30 straipsnio 8 punktą ir jį išdėstyti taip:

„8) ~~šio Įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis užtikrina paslaugų, skirtų gyvybei gelbėti ir išsaugoti, išlaidų apmokėjimą per teritorines ligonių kasas vykdo šio Įstatymo 15 straipsnio 5 dalyje nurodytas valstybės deleguotas funkcijas;“.~~

3. Pakeisti 30 straipsnio 9 punktą ir jį išdėstyti taip:

„9) ~~sudaro gydymo prieinamumo gerinimo ir rizikos pasidalijimo sutartis su vaistinio preparato rinkodaros teisės turėtojais~~ **registruotojais** (jų atstovais) arba juridiniais asmenimis, turinčiais didmeninio platinimo licenciją, **pagal kurias jie į Privalomojo sveikatos draudimo fondą grąžina šiose sutartyse nurodyto dydžio lėšas, gautas už kompensuojamuosius vaistinius preparatus;“.**

18 straipsnis. Įstatymo įsigaliojimas, įgyvendinimas ir taikymas

1. Šis įstatymas, išskyrus šio straipsnio 2 dalį, įsigalioja 2024 m. sausio 1 d.
2. Lietuvos Respublikos Vyriausybė, sveikatos apsaugos ministras ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktorius iki 2023 m. gruodžio 31 d. priima šio įstatymo įgyvendinamuosius teisės aktus.
3. Šio įstatymo 11 straipsniu papildyto 17 straipsnio 14 dalies nuostatos netaikomos iki karo Ukrainoje pabaigos Ukrainos piliečiams, kurie įsidarbino iki 2022 m. vasario 24 d. ir kurie dėl karo Ukrainoje išvyko iš Lietuvos, suteikus jiems nemokamas atostogas ar kitaip atleidus juos nuo pareigų, išsaugant darbo vietą.

Skelbiu šį Lietuvos Respublikos Seimo priimtą įstatymą.

Respublikos Prezidentas