

Projektas

LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMO NR. I-1343 4, 6, 7, 8, 9, 9¹, 9², 11, 12¹, 14, 18, 20, 23,
26, 26¹, 26², 27, 28, 30, 31 STRAIPSNIŲ, V IR VI SKYRIŲ PAKEITIMO BEI 32, 33, 34, 35
IR 36 STRAIPSNIŲ PRIPAŽINIMO NETEKUSIAIS GALIOS
ĮSTATYMAS

2023 m. d. Nr.
Vilnius

1 straipsnis. 4 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 4 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„4 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos valstybinio valdymo subjektai

1. Valstybės politiką privalomojo sveikatos draudimo srityje formuoja ir jos įgyvendinimą organizuoja, koordinuoja bei kontroliuoja Sveikatos apsaugos ministerija.
2. Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo:
 - 1) Privalomojo sveikatos draudimo taryba;
 - 2) Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Valstybinė ligonių kasa).
3. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos valstybinio valdymo subjektų veiklą nustato šis Įstatymas ir kiti teisės aktai.“

2 straipsnis. 6 straipsnio pakeitimas

1. Pakeisti 6 straipsnio 4 dalies 9 punktą ir jį išdėstyti taip:

„9) vienas iš tėvų (įtėvių), globėjas ar rūpintojas, asmens su negalia aprūpintojas, slaugantys ar nuolat prižiūrintys namuose asmenį (teikiantys jam pagalbą namuose), kuriam nustatytas neįgalumo lygis, arba asmenį, kuriam nustatytas individualios pagalbos teikimo išlaidų kompensacijos poreikis (iki 2023 m. gruodžio 31 d. specialusis nuolatinės slaugos poreikis ar specialusis nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis). Ši nuostata taip pat taikoma vienam iš tėvų (įtėvių), globėjui ar rūpintojui, slaugantiems namuose asmenį, kuriam iki 2005 m. birželio 30 d. nustatyta visiška negalia;“.

2. Pakeisti 6 straipsnio 4 dalies 10 punktą ir jį išdėstyti taip:

„10) asmenys, teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti asmenimis su negalia;“.

3 straipsnis. 7 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 7 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„7 straipsnis. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registras

1. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą steigia ir jo nuostatus tvirtina Vyriausybė.
2. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro objektai yra privalomuoju sveikatos draudimu draudžiami asmenys, nurodyti šio Įstatymo 6 straipsnio 1 ir 2 dalyse, taip pat valstybės biudžeto lėšomis apmokamą būtinąją medicinos pagalbą, būtinąsias paslaugas ir kitą sveikatos priežiūrą gaunantys asmenys, nurodyti šio Įstatymo 6 straipsnio 5 dalyje.
3. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registras tvarkomas ir jo duomenys teikiami vadovaujantis 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu [\(ES\) 2016/679](#) dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva [95/46/EB](#) (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas), Lietuvos Respublikos kibernetinio saugumo įstatymu, Lietuvos Respublikos teisės gauti informaciją ir duomenų pakartotinio naudojimo įstatymu, Lietuvos Respublikos valstybės informacinių išteklių valdymo

įstatymu, Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu, šio registro nuostatais bei kitais teisės aktais, reglamentuojančiais registrų tvarkymą ir duomenų teikimą.“

4 straipsnis. 8 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 8 straipsnio 2 dalies 2 punktą ir jį išdėstyti taip:

„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 administravimo įstaigai pateikia kompetentingų užsienio valstybių institucijų išduotus dokumentus ir (arba) duomenis, patvirtinančius, kad išvykimo laikotarpiu jie buvo apdrausti valstybiniu socialiniu draudimu kitoje šalyje arba buvo suimti ir (arba) nuteisti užsienyje, arba atliko arešto ar terminuoto laisvės atėmimo bausmę užsienyje, o Valstybinė ligonių kasa patvirtina, kad išvykimo laikotarpiu jie negavo asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kompensuojamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis.“

5 straipsnis. 9 straipsnio pakeitimas

Pripažinti netekusia galios 9 straipsnio 8 dalį.

6 straipsnis. 9¹ straipsnio pakeitimas

Pakeisti 9¹ straipsnio 1 dalį ir ją išdėstyti taip:

„1. Apdraustiesiems ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidos kompensuojamos ir sutartys su juridiniais asmenimis dėl ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų apmokėjimo (toliau – sutartys) sudaromos sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Sutartys sudaromos tarp Valstybinės ligonių kasos ir Lietuvos Respublikoje įsteigtų juridinių asmenų, užsienio valstybėje įsteigtų juridinių asmenų ar kitų organizacijų filialų, įsteigtų Lietuvos Respublikoje (toliau – suinteresuotieji asmenys). Sutartys sudaromos su visais pageidaujanciais jas sudaryti suinteresuotaisiais asmenimis. Suinteresuotieji asmenys einamųjų ar kitų metų sutartį dėl ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų apmokėjimo gali sudaryti bet kuriuo metu einamaisiais metais. Informacija apie šių sutarčių sudarymo tvarką skelbiama viešai Valstybinės ligonių kasos interneto svetainėje. Valstybinė ligonių kasa apmoka suinteresuotųjų asmenų, sudariusių sutartis dėl ortopedijos techninių priemonių, skirtų apdraustiesiems, gamybos ir (ar) pritaikymo, išlaidas ir kompensuoja apdraustųjų, įsigijusių ortopedijos technines priemones savo lėšomis, išlaidas.“

7 straipsnis. 9² straipsnio pakeitimas

Pakeisti 9² straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„9² straipsnis. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų įrašymo į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ir išbraukimo iš šio sąrašo sąlygos ir tvarka

1. Į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą įrašytinų ar iš šio sąrašo brauktinų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nurodytų šio straipsnio 2 dalyje, vertinimą šio Įstatymo ir sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka atlieka Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas (toliau – Komitetas).

2. Komitetas atlieka vertinimą:

1) naujų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, neįrašytų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, kurios galėtų būti apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis;

2) asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įrašytų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, kai dėl jų teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimų, ir (ar) apmokėjimo tvarkos pakeitimų didėja Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos šioms paslaugoms;

3) asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įrašytų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, – dėl jų išbraukimo iš šio sąrašo.

3. Siūlymą dėl šio straipsnio 2 dalyje nurodytų paslaugų įrašymo į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ar išbraukimo iš jo gali pateikti:

- 1) Sveikatos apsaugos ministerija;
- 2) Valstybinė ligonių kasa;
- 3) universiteto ligoninė;
- 4) asmens sveikatos priežiūros specialistus vienijanti asociacija;
- 5) asmens sveikatos priežiūros įstaigas vienijanti asociacija;
- 6) vaistines vienijanti asociacija.

4. Šio straipsnio nustatyta tvarka Komitetas nevertina asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kai:

1) didinamos asmens sveikatos priežiūros paslaugų, įrašytų į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, bazinės kainos ir nekeičiami nei sveikatos apsaugos ministro patvirtinti šių paslaugų teikimo, nei organizavimo reikalavimai, nei apmokėjimo tvarka (išskyrus pačios kainos nustatymą);

2) dėl krizės ar ekstremaliosios situacijos prireikia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokėti naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neįrašytas į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, arba reikia daugiau Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, įrašytoms į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, apmokėti. Šio punkto nuostata taikoma krizės ar ekstremaliosios situacijos metu ir ne ilgiau kaip 6 mėnesius po ekstremaliosios situacijos atšaukimo dienos;

3) dėl sveikatos apsaugos ministro patvirtintų asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo ir (ar) organizavimo reikalavimų pakeitimų nereikia daugiau Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų tokioms paslaugoms teikti;

4) asmens sveikatos priežiūros paslauga kompensuotina Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis vadovaujantis Farmacijos įstatymo 59² straipsnio nustatyta tvarka;

5) siūloma įdiegti naują asmens sveikatos priežiūros paslaugą, neįrašytą į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, arba atlikti asmens sveikatos priežiūros paslaugos, įrašytos į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, teikimo arba organizavimo reikalavimų pakeitimą, kuriais tiesiogiai būtų įgyvendinama šalyje vykdoma sveikatos politika, ir ta konkreti paslauga yra tiesiogiai įvardyta įstatyme arba Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime;

6) siūloma į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą įrašyti naują asmens sveikatos priežiūros paslaugą, leidžiančią nustatyti mutaciją ar biologinį žymenį dėl gydymo kompensuojamuoju vaistu skyrimo.

5. Šio straipsnio 3 dalyje nurodyti subjektai Komitetui teikia paraiškas dėl šio straipsnio 2 dalyje nurodytų asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo. Šio straipsnio 2 dalies 1 ir 2 punktuose nurodytais atvejais kartu su paraiška turi būti teikiamas ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo reikalavimų aprašo projektas (jau galiojančių paslaugos teikimo reikalavimų aprašo pakeitimo projektas). Paraiškos formą ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo reikalavimų aprašo rengimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras.

6. Komitetas einamaisiais metais vertina paraiškas, pateiktas nuo praėjusių metų kovo 2 d. iki einamųjų metų kovo 1 d., ir ne vėliau kaip iki einamųjų metų birželio 1 d. išdėsto vertinamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas prioriteto tvarka, atsižvelgdamas į visus šiuos vertinimo kriterijus:

1) paslaugai įdiegti ir (ar) plėtoti reikalinga infrastruktūra, sveikatos technologija ar organizavimo modelis buvo finansuojami įgyvendinant valstybės biudžeto, Europos Sąjungos struktūrinės ar kitos tarptautinės paramos lėšomis finansuojamą projektą ir reikia užtikrinti projekto vykdymo tęstinumą;

2) paslaugos įdiegimas ir (ar) plėtojimas numatytas įstatymą ar Vyriausybės nutarimą įgyvendinančiame teisės akte;

3) paslaugos poveikis sergamumui ir mirtingumui nuo atitinkamos ligos (sveikatos būklės);

4) paslaugos poveikis pacientų išgyvenamumui;

5) paslaugos poveikis pacientų dalyvumui ir (ar) negaliai;

6) paslaugos poveikis pacientų gyvenimo kokybei;

7) paslaugos poveikis sveikatos sutrikimų bei ligų diagnostikos ir (ar) gydymo efektyvumui (pagal šį kriterijų vertinama tais atvejais, kai paslauga tiesiogiai nedaro įtakos nei vienam iš kriterijų, išvardytų šios dalies 3–6 punktuose);

8) paslaugos teikimo metinis poveikis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui;

9) galimybė užtikrinti visuotinį paslaugos prieinamumą.

7. Šio straipsnio 3 dalyje nurodytų subjektų skundus dėl šio straipsnio 6 dalyje nurodyto Komiteto atlikto vertinimo sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka nagrinėja sveikatos apsaugos ministro sudaryta nuolatinė Apeliacinė komisija.

8. Sveikatos apsaugos ministras iki spalio 1 d. priima sprendimą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nurodytų paslaugų sąrašą pagal prioritetą, įrašymo (neįrašymo) į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą ar išbraukimo iš šio sąrašo. Sveikatos apsaugos ministras sprendimą dėl šio straipsnio 4 dalyje nurodytų paslaugų įrašymo į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą priima atsiradus šio straipsnio 4 dalyje nurodytoms aplinkybėms.

9. Šio straipsnio 6 dalyje nurodytų vertinimo kriterijų reikšmės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų išdėstymo pagal prioritetą tvarką bei šio straipsnio 8 dalyje nurodyto sprendimo priėmimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras.“

8 straipsnis. 11 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 11 straipsnio 2 dalies 2 punktą ir jį išdėstyti taip:

„2) už asmenų iki 18 metų, kurie teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti asmenimis su negalia, gydymą.“

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 nurodytą sveikatos priežiūrą, išlaidos. Šios išlaidos kompensuojamos pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas kompensuojamųjų vaistų, medicinos pagalbos priemonių (tarp jų ortopedijos techninių priemonių), specialiosios medicininės paskirties maisto produktų, medicinos priemonių nuomos ir sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas, neviršijant faktinių apdraustojo išlaidų. Apdraustojo išlaidas tarpvalstybinei sveikatos priežiūrai kompensuoja Valstybinė ligonių kasa, jeigu apdraustasis arba jo atstovas, siekiantis gauti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensaciją, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka kreipiasi į Valstybinę 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. 14 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 14 straipsnio 2 dalį ir ją išdėstyti taip:

„2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą pagal Sveikatos apsaugos ministerijos strateginio planavimo dokumentuose nustatytus sveikatos politikos prioritetus, kurie su Sveikatos apsaugos ministerija aptariami ir suderinami šio straipsnio 4 dalyje nurodytų taisyklių nustatyta tvarka, rengia Valstybinė ligonių kasa. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ateinančių dvejų metų prognozuojamus rodiklius teikia Vyriausybei Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Privalomojo sveikatos draudimo tarybos išvada. Vyriausybė apsvarsto atitinkamų metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo

biudžeto projektą ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ateinančių dvejų metų prognozuojamus rodiklius ir ne vėliau kaip likus 75 kalendorinėms dienoms iki biudžetinių metų pabaigos teikia Seimui svarstyti kartu su Lietuvos Respublikos atitinkamų metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo projektu. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas tvirtinamas Lietuvos Respublikos įstatymu.“

11 straipsnis. 18 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 18 straipsnio 1 dalį ir ją išdėstyti taip:

„1. Šio Įstatymo 17 straipsnyje nurodytas privalomojo sveikatos draudimo įmokas administruoja, o šio Įstatymo 17 straipsnio 9 dalyje nurodytu atveju – jas išskaito Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigos Valstybinio socialinio draudimo įstatymo nustatyta tvarka. Surinktos (išskaitytos) įmokos ir su jomis susijusios šio Įstatymo 19 straipsnio 1 dalyje nurodytos sumos per tris dienas nuo jų surinkimo (išskaitymo) dienos pervedamos į Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą. Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigos turi teikti Valstybinei ligonių kasai reikiamą informaciją apie atskirų juridinių ir fizinių asmenų sumokėtas šio Įstatymo 17 straipsnyje nurodytas privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos atsiskaitymus su Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetu gali vykdyti šio Įstatymo 17 straipsnyje nurodytų įmokų ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis finansuojamų asmens sveikatos priežiūros įstaigų socialinio draudimo įmokų tarpusavio įskaitymais. Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos direktorius nustato privalomojo sveikatos draudimo įmokų deklaravimo atvejus ir tvarką.“

12 straipsnis. 20 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 20 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„20 straipsnis. Valstybinės ligonių kasos santykiai su finansų įstaigomis

Finansų įstaigą Lietuvos Respublikoje Valstybinė ligonių kasa privalo pasirinkti konkurso būdu. Konkurso sąlygas nustato Sveikatos apsaugos ministerija.“

13 straipsnis. 23 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 23 straipsnio 4 dalį ir ją išdėstyti taip:

„4. Valstybinė ligonių kasa Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir jo rezervo lėšas laiko, kaip nustatyta Lietuvos Respublikos valstybės išdo įstatyme, įstaigos tvarkomoje sąskaitoje valstybės išde ir (arba) konkurso būdu pasirinktoje finansų įstaigoje arba investuoja šio straipsnio 5 dalyje nustatyta tvarka.“

14 straipsnis. 26 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 26 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„26 straipsnis. Valstybinės ligonių kasos sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo ir sutartys su vaistinėmis dėl kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų apmokėjimo

1. Apdraustiesiems suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos apmokamos vadovaujantis Valstybinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutartimis, o vaistinių išduoti kompensuojamieji vaistai ir medicinos pagalbos priemonės – vadovaujantis Valstybinės ligonių kasos ir vaistinių sutartimis.

2. Sveikatos apsaugos ministras tvirtina standartines šio straipsnio 1 dalyje nurodytų sutarčių sąlygas (išskyrus sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų apmokėjimo priedus, nustatančius asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų nomenklatūrą ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų sumą asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidoms apmokėti). Ne vėliau kaip kitą darbo dieną po patvirtinimo šios sąlygos paskelbiamos Sveikatos

apsaugos ministerijos interneto svetainėje. Standartinėse sutarčių sąlygose nurodomos esminės sutarties sąlygos: sutarties šalių teisės ir pareigos, vaistinėse išduodamų kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo reikalavimai, kainodaros taisyklės, atsiskaitymų tvarka, sutarties šalių atsakomybė, ginčų sprendimo tvarka, sutarties nutraukimo tvarka, sutarties galiojimas, papildymas ar sustabdymas.

3. Vaistinės, pageidaujančios sudaryti šias sutartis, privalo turėti vaistinės veiklos licenciją.

4. Sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis dėl šio Įstatymo 9 straipsnio nuostatas atitinkančių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sudaromos pagal Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu nustatytą asmens sveikatos priežiūros paslaugų poreikį ir, atsižvelgiant į šį poreikį, Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse nurodytu pagrindu nustatytą sveikatos priežiūros mastą. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, pageidaujančios sudaryti šias sutartis, privalo:

1) turėti galiojančią asmens sveikatos priežiūros veiklos licenciją;

2) atitikti Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 1 ir 4 dalyse nurodytu pagrindu nustatytus įstaigų išdėstymo reikalavimus (jei asmens sveikatos priežiūros įstaigoms tokie reikalavimai nustatyti), išskyrus šio straipsnio 5 dalyje nurodytą atvejį;

3) teikti asmens sveikatos priežiūros paslaugas (dėl kurių sudaroma sutartis), atitinkančias šių paslaugų teikimo kokybės reikalavimus. Atitikties kokybės reikalavimams vertinimo metodiką nustato sveikatos apsaugos ministras;

4) užtikrinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą pacientams bazinėmis kainomis (išskyrus Sveikatos sistemos įstatymo numatytas išimtis).

5. Sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa nėra sudariusi sutarčių dėl tam tikrų paslaugų, sudaromos tais atvejais, kai asmens sveikatos priežiūros įstaigos, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis dėl šių paslaugų, nepatenkina Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu nustatyto šių paslaugų poreikio ir, atsižvelgiant į šį poreikį, neužtikrina Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse nurodytu pagrindu nustatyto sveikatos priežiūros masto. Sutartys sudaromos vadovaujantis šiais kriterijais:

1) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų kompleksiskumas;

2) kokia dalimi sveikatos apsaugos ministro nustatyti paslaugos teikimo reikalavimai užtikrinami tuo pačiu paslaugos teikimo adresu;

3) per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų (dėl kurių sudaroma sutartis) skaičius;

4) per praėjusius 3 metus nustatyti, vykdant ūkio subjektų priežiūrą, privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai.

6. Šio straipsnio 1 dalyje nurodytų sutarčių sudarymo tvarkos aprašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

7. Šio straipsnio 5 dalyje nurodytus kriterijus, taikomus atitinkamoms paslaugoms, dėl kurių sudaroma sutartis, detalizuoja, kriterijų reikšmes ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė.“

15 straipsnis. 26¹ straipsnio pakeitimas

Pakeisti 26¹ straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„26¹ straipsnis. Valstybinės ligonių kasos sutartys su ūkio subjektais dėl medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų apmokėjimo

1. Sutartys dėl medicinos priemonių, įrašytų į šio Įstatymo 12² straipsnio 2 dalyje nurodytą sąrašą, nuomos išlaidų apmokėjimo sudaromos tarp Valstybinės ligonių kasos ir to pageidaujančių ūkio subjektų, atitinkančių šio straipsnio 2 dalyje nurodytas sąlygas.

2. Valstybinė ligonių kasa sudaro šio straipsnio 1 dalyje nurodytas sutartis su ūkio subjektu, jeigu šis užtikrina įrašytos į šio Įstatymo 12² straipsnio 2 dalyje nurodytą sąrašą medicinos priemonės

tiekimą į Lietuvos Respublikos rinką, garantinį aptarnavimą, nuolatinę priežiūrą ir keičiamųjų dalių tiekimą.

3. Valstybinės ligonių kasos sutartys su ūkio subjektais dėl medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų apmokėjimo sudaromos vadovaujantis šiuo Įstatymu, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka ir laikantis skaidrumo, nediskriminavimo bei vienodo vertinimo principų.

4. Šio straipsnio 1 dalyje nurodytų sutarčių sudarymo tvarkos aprašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Sveikatos apsaugos ministras tvirtina standartines šio straipsnio 1 dalyje nurodytų sutarčių sąlygas (išskyrus sutarčių priedus, nustatančius ūkio subjekto tiekiamų į rinką medicinos priemonių sąrašą). Ne vėliau kaip kitą darbo dieną po patvirtinimo šios sąlygos paskelbiamos Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje. Standartinėse sutarčių sąlygose nurodomos esminės sutarties sąlygos: sutarties šalių teisės ir pareigos, kainodaros taisyklės, atsiskaitymų tvarka, sutarties šalių atsakomybė, ginčų sprendimo tvarka, sutarties nutraukimo tvarka, sutarties galiojimas, papildymas ar sustabdymas.“

16 straipsnis. 26² straipsnio pakeitimas

Pakeisti 26² straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„26² straipsnis. Valstybinės ligonių kasos sutartys su ūkio subjektais dėl medicinos pagalbos priemonių apmokėjimo

1. Sutartis dėl medicinos priemonių, įrašytų į šio Įstatymo 10 straipsnio 1 dalyje nurodytą Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašą ir pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintuose medicinos priemonių saugos techniniuose reglamentuose nurodytas taisykles klasifikuojamų kaip gaminamos I klasės medicinos priemonės arba *in vitro* diagnostikos medicinos priemonės, skirtos savikontrolei (toliau – I klasės medicinos priemonės ir *in vitro* diagnostikos priemonės, skirtos savikontrolei), apmokėjimo sudaro Valstybinė ligonių kasa su to pageidaujančiais ūkio subjektais, atitinkančiais šio straipsnio 2 dalyje nurodytas sąlygas. Ši nuostata netaikoma vaistinėms, su kuriomis sutartys sudaromos šio Įstatymo 26 straipsnyje nustatyta tvarka.

2. Valstybinė ligonių kasa sudaro šio straipsnio 1 dalyje nurodytas sutartis su ūkio subjektais, jeigu šie užtikrina I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, tiekimą į Lietuvos Respublikos rinką ir visas šias priemones išduoda (parduoda) sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.

3. Šio straipsnio 1 dalyje nurodytos sutartys sudaromos vadovaujantis šiuo Įstatymu, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka ir laikantis skaidrumo, nediskriminavimo bei vienodo vertinimo principų.

4. Šio straipsnio 1 dalyje nurodytų sutarčių sudarymo tvarkos aprašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Sveikatos apsaugos ministras tvirtina standartines šio straipsnio 1 dalyje nurodytų sutarčių sąlygas (išskyrus sutarčių priedus, nustatančius išduodamų I klasės medicinos priemonių ir (arba) *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, ir veiklos adresų sąrašą). Ne vėliau kaip kitą darbo dieną po patvirtinimo šios sąlygos paskelbiamos Sveikatos apsaugos ministerijos interneto svetainėje. Standartinėse sutarčių sąlygose nurodomos esminės sutarties sąlygos: sutarties šalių teisės ir pareigos, kainodaros taisyklės, atsiskaitymų tvarka, sutarties šalių atsakomybė, ginčų sprendimo tvarka, sutarties nutraukimo tvarka, sutarties galiojimas, papildymas ar sustabdymas.“

17 straipsnis. 27 straipsnio pakeitimas

1. Pakeisti 27 straipsnio pavadinimą ir jį išdėstyti taip:

„27 straipsnis. Atsiskaitymo su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, vaistinėmis ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytais ūkio subjektais tvarka ir terminai“.

2. Pakeisti 27 straipsnio 1 dalį ir ją išdėstyti taip:

„1. Valstybinė ligonių kasa sutartyse numatytais sąlygomis, neviršydamą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skirtų asignavimų, privalo apmokėti asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių, su kuriomis yra sudariusi sutartis, pateiktas sąskaitas.“

3. Pakeisti 27 straipsnio 2 dalį ir ją išdėstyti taip:

„2. Sąskaitas už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir išduotus kompensuojamuosius vaistus bei medicinos pagalbos priemones kartą per mėnesį asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir vaistinės pateikia Valstybinei ligonių kasai. Valstybinė ligonių kasa ne vėliau kaip per 30 dienų nuo sąskaitos gavimo dienos perveda pinigus sudariusioms su ja sutartis asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir vaistinėms, atsiskaitydama pagal pateiktas sąskaitas. Jei Valstybinė ligonių kasa laiku neatsiskaito, mokami delspinigiai įstatymų ir kitų delspinigių mokėjimą reguliuojančių teisės aktų nustatyta tvarka.“

4. Pakeisti 27 straipsnio 5 dalį ir ją išdėstyti taip:

„5. Šio straipsnio nuostatos *mutatis mutandis* taikomos Valstybinei ligonių kasai atsiskaitant su šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytais ūkio subjektais už medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomą ir už I klasės medicinos priemones bei *in vitro* diagnostikos priemones, skirtas savikontrolei.“

18 straipsnis. 28 straipsnio pakeitimas

1. Pakeisti 28 straipsnio 2 dalį ir ją išdėstyti taip:

„2. Privalomojo sveikatos draudimo taryba vykdo šias funkcijas:

- 1) svarsto perspektyvinius ir einamuosius privalomojo sveikatos draudimo uždavinius;
- 2) teikia siūlymus sveikatos apsaugos ministrui dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, sąrašo;
- 3) teikia išvadą dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projekto, Privalomojo sveikatos draudimo fondo metinių ataskaitų rinkinio;
- 4) teikia siūlymus sveikatos apsaugos ministrui dėl privalomąjį sveikatos draudimą reglamentuojančių teisės aktų;
- 5) teikia siūlymus sveikatos apsaugos ministrui dėl Valstybinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių, Valstybinės ligonių kasos ir vaistinių ar Valstybinės ligonių kasos ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų sutarčių sudarymo tvarkos;
- 6) nagrinėja Valstybinės ligonių kasos finansinę ir ekonominę veiklą;
- 7) nagrinėja kitus privalomojo sveikatos draudimo klausimus.“

2. Pakeisti 28 straipsnio 3 dalies 2 punkto a papunktį ir jį išdėstyti taip:

„a) du darbdavių organizacijų atstovai, kurie deleguojami bendru Lietuvos pramonininkų konfederacijos, Lietuvos darbdavių konfederacijos, Lietuvos verslo konfederacijos, Lietuvos Respublikos žemės ūkio rūmų, asociacijos „Investors‘ Forum“, Lietuvos prekybos, pramonės ir amatų rūmų asociacijos sutarimu. Jeigu šių organizacijų bendro sutarimo nėra, kiekviena jų sveikatos apsaugos ministrui teikia po vieną kandidatą į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narius, iš kurių Tarybos nuostatuose nustatyta tvarka atrenkami du darbdavių organizacijų atstovai;“.

3. Pakeisti 28 straipsnio 3 dalies 2 punkto c papunktį ir jį išdėstyti taip:

„c) vienas asmens sveikatos priežiūros įstaigų organizacijų atstovas, kuris deleguojamas bendru Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos, Lietuvos ligoninių asociacijos, Lietuvos rajonų ligoninių asociacijos ir Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos sutarimu. Jeigu šių organizacijų bendro sutarimo nėra, kiekviena jų sveikatos apsaugos ministrui teikia po vieną kandidatą į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narius, iš kurių Tarybos nuostatuose nustatyta tvarka atrenkamas vienas asmens sveikatos priežiūros įstaigų organizacijų atstovas;“.

4. Pakeisti 28 straipsnio 3 dalies 3 punkto c papunktį ir jį išdėstyti taip:

„c) vienas vyresnio amžiaus žmonių ir asmenų su negalia interesus ginančių organizacijų atstovas, deleguojamas bendru Vyresnio amžiaus žmonių reikalų tarybos ir Asmens su negalia gerovės tarybos sutarimu. Jeigu šių organizacijų bendro sutarimo nėra, kiekviena jų sveikatos apsaugos ministrui teikia po vieną kandidatą į Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narius, iš kurių Tarybos nuostatuose nustatyta tvarka atrenkamas vienas vyresnio amžiaus žmonių ir asmenų su negalia interesus ginančių organizacijų atstovas;“.

19 straipsnis. 30 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 30 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„30 straipsnis. Valstybinės ligonių kasos funkcijos

Valstybinė ligonių kasa atlieka šias funkcijas:

- 1) šio įstatymo nustatyta tvarka rengia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą, Privalomojo sveikatos draudimo fondo ataskaitų rinkinius, vykdo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą;
- 2) sudaro iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų rezervą ir šio Įstatymo nustatyta tvarka jį naudoja;
- 3) šio Įstatymo nustatyta tvarka naudoja laikinai laisvas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas;
- 4) šio Įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis kompensuoja apdraustųjų sveikatos priežiūros išlaidas;
- 5) sudaro sutartis su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, vaistinėmis, šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytais ūkio subjektais, šiose sutartyse nustatyta tvarka apmoka apdraustiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išduotus vaistus, medicinos pagalbos priemones, I klasės medicinos priemones ir *in vitro* diagnostikos priemones, skirtas savikontrolei, bei medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidas;
- 6) registruoja privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro nuostatų nustatyta tvarka;
- 7) sudaro su vaistinio preparato registruotojais (jų atstovais) arba juridiniais asmenimis, turinčiais didmeninio platinimo licenciją, gydymo prieinamumo gerinimo ir finansinės rizikos pasidalijimo sutartis, kuriose numatoma, kad jie į Privalomojo sveikatos draudimo fondą grąžina šiose sutartyse nurodyto dydžio lėšas, gautas už kompensuojamuosius vaistinius preparatus;
- 8) vykdo asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų ūkio subjektų, su kuriais sudarė sutartis dėl išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, priežiūrą, vertindama asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, atitiktį teisės aktų reikalavimams ir jų apmokėjimo teisėtumą, taip pat vaistų, medicinos pagalbos priemonių, I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, bei medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, išrašymo ir išdavimo teisėtumą bei su tuo susijusią asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir kitų ūkio subjektų veiklą;
- 9) sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka atlieka finansinę ir ekonominę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo analizę;
- 10) vertina Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kiekį, struktūrą ir jų pokyčius;
- 11) įgyvendina Europos Sąjungos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nuostatas privalomojo sveikatos draudimo srityje;
- 12) šio Įstatymo nustatyta tvarka kompensuoja tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidas;
- 13) atlieka šio Įstatymo 15 straipsnio 5 dalyje nurodytas valstybės deleguotas funkcijas;
- 14) Valstybinės ligonių kasos interneto svetainėje skelbia informaciją apie savo veiklą, informuoja apie Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamą sveikatos priežiūrą, jos teikimo sąlygas ir tvarką;
- 15) konsultuoja apdraustuosius ir draudžiamuosius privalomojo sveikatos draudimo klausimais;
- 16) vykdo kitas šio Įstatymo, Valstybinės ligonių kasos nuostatų ir kitų teisės aktų nustatytas funkcijas.“

20 straipsnis. 31 straipsnio pakeitimas

Pakeisti 31 straipsnį ir jį išdėstyti taip:

„31 straipsnis. Valstybinės ligonių kasos teisės

Valstybinė ligonių kasa turi teisę:

1) įstatymų ir kitų teisės aktų, reglamentuojančių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymą, vykdymą bei atskaitomybę, nustatyta tvarka naudoti jai perduotas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas, kitas teisėtai įgytas lėšas ir turtą;

2) įstatymų ir kitų teisės aktų, reglamentuojančių sutarčių sudarymą, nustatyta tvarka sudaryti sutartis;

3) tikrinti, ar teisingai išrašomos asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų sąskaitos ir su tuo susijusius buhalterinius bei kitus dokumentus;

4) reikalauti grąžinti neteisėtai gautas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas ir (ar) išieškoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą, *inter alia* žalą, atsiradusią, kai už sveikatos priežiūros paslaugas, suteiktas apdraustajam dėl fizinių ar juridinių asmenų jo sveikatai padarytos žalos, sumokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. 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;

5) įstatymų, reglamentuojančių vertybinių popierių valdymą ir disponavimą jais, nustatyta tvarka valdyti vertybinius popierius bei jais disponuoti;

6) tvarkyti draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmens duomenis, įskaitant specialiųjų kategorijų asmens duomenis, privalomojo sveikatos draudimo vykdymo tikslais;

7) įstatymų ir kitų teisės aktų, reglamentuojančių informacijos teikimą, nustatyta tvarka nemokamai gauti iš ministerijų, Vyriausybės įstaigų, savivaldybių institucijų, Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigų, asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kitų įmonių, įstaigų bei organizacijų informaciją, būtiną Valstybinės ligonių kasos funkcijoms atlikti. Tokios informacijos sąrašas nustatomas Valstybinės ligonių kasos nuostatuose;

8) Lietuvos Respublikos civilinio proceso kodekso nustatyta tvarka teikti ieškinius;

9) teikti siūlymus Sveikatos apsaugos ministerijai, Privalomojo sveikatos draudimo tarybai ir kitoms institucijoms dėl privalomojo sveikatos draudimo organizavimo, šį draudimą reglamentuojančių teisės aktų tobulinimo;

10) turi ir kitų teisių, kurias nustato įstatymai, Valstybinės ligonių kasos nuostatai ir kiti teisės aktai.“

21 straipsnis. 32, 33, 34, 35 ir 36 straipsnių pripažinimas netekusiais galios

Pripažinti netekusiais galios 32, 33, 34, 35 ir 36 straipsnius.

22 straipsnis. V skyriaus pakeitimas

Pakeisti V skyrių ir jį išdėstyti taip:

„V SKYRIUS

APDRAUSTŲJŲ TEISĖS IR ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ, VAISTINIŲ IR ŠIO ĮSTATYMO 26¹ ir 26² STRAIPNIUOSE NURODYTŲ ŪKIO SUBJEKTŲ, SUDARIUSIŲ SUTARTIS SU VALSTYBINE LIGONIŲ KASA, PAREIGOS

38 straipsnis. Apdraustųjų teisės įgyvendinant privalomąjį sveikatos draudimą

Apdraustieji turi teisę:

1) asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančių įstatymų nustatyta tvarka pasirinkti asmens sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria Valstybinė ligonių kasa yra sudariusi sutartį;

2) šio Įstatymo nustatyta tvarka ir pagrindais gauti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamą sveikatos priežiūrą;

3) Europos Sąjungos socialinės apsaugos sistemų koordinavimo reglamentų nustatyta tvarka gauti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamą sveikatos priežiūrą kitose

Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyse, Jungtinėje Didžiosios Britanijos ir Šiaurės Airijos Karalystėje ar Šveicarijos Konfederacijoje;

4) šio Įstatymo nustatyta tvarka gauti tarpvalstybinės sveikatos priežiūros išlaidų kompensaciją iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto;

5) gauti iš asmens sveikatos priežiūros įstaigos, su kuria Valstybinė ligonių kasa yra sudariusi sutartį, informaciją apie teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų mastą, teikimo sąlygas ir vietą;

6) susipažinti su šio Įstatymo 26, 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytomis sutartimis;

7) kreiptis į Valstybinę ligonių kasą, teismą dėl įstatymų ar kitų teisės aktų, reguliuojančių privalomąjį sveikatos draudimą, pažeidimų.

39 straipsnis. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų, sudariusių sutartis su Valstybine ligonių kasa, pareigos

1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su Valstybine ligonių kasa, privalo:

1) užtikrinti apdraustiesiems privalomojo sveikatos draudimo garantuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, jų kokybę ir prieinamumą;

2) užtikrinti informacijos apie asmens sveikatą konfidencialumą, išskyrus pacientų teises ir asmens duomenų tvarkymą reglamentuojančiuose teisės aktuose nustatytus atvejus;

3) garantuoti, kad visi apdraustieji turėtų lygias teises, kai jiems teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos;

4) laiku teikti Valstybinės ligonių kasos direktoriaus nustatytą informaciją Valstybinei ligonių kasai;

5) teikti informaciją apdraustiesiems apie nekompensuojamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jų teikimo sąlygas ir tvarką;

6) atlyginti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą, jeigu ji atsirado dėl netinkamai suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, ar pateiktų neteisingų duomenų dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis.

2. Vaistinės, sudariusios sutartis su Valstybine ligonių kasa, privalo:

1) užtikrinti apdraustųjų aprūpinimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų kompensuojamaisiais vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka ir terminais;

2) sutartyje su Valstybine ligonių kasa nurodytais terminais teikti Valstybinei ligonių kasai ataskaitas ir informaciją apie kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išdavimą (pardavimą);

3) sudaryti sąlygas Valstybinei ligonių kasai vykdyti vaistinių priežiūrą vertinant vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kompensuojamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, išdavimo teisėtumą;

4) atlyginti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą, jeigu ji atsirado dėl neteisėtai išduotų (parduotų) vaistų ar medicinos pagalbos priemonių ar pateiktų neteisingų duomenų dėl vaistų ar medicinos pagalbos priemonių apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis.

3. Šio Įstatymo 26¹ straipsnyje nurodyti ūkio subjektai, sudarę sutartis su Valstybine ligonių kasa, privalo:

1) sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka ir terminais užtikrinti apdraustųjų aprūpinimą medicinos priemonėmis, kurios būtinos jų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti ir kurių nuomos išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų;

2) sutartyje su Valstybine ligonių kasa nurodytais terminais teikti Valstybinei ligonių kasai informaciją apie medicinos priemones, kurios būtinos apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti ir kurių nuomos išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų;

3) sudaryti sąlygas Valstybinei ligonių kasai vykdyti ūkio subjektų priežiūrą vertinant medicinos priemonių, kurios būtinos apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti ir kurių nuomos išlaidos kompensuojamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, išdavimo teisėtumą;

4) atlyginti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą, jeigu ji atsirado dėl neteisėtai išduotų medicinos priemonių, kurios būtinos apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti ir kurių nuomos išlaidos kompensuotos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, ar pateiktų neteisingų duomenų dėl nuomos išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis.

4. Šio Įstatymo 26² straipsnyje nurodyti ūkio subjektai, sudarę sutartis su Valstybine ligonių kasa, privalo:

1) sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka ir terminais užtikrinti apdraustųjų aprūpinimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų kompensuojamomis I klasės medicinos priemonėmis ir *in vitro* diagnostikos priemonėmis, skirtomis savikontrolei;

2) sutartyje su Valstybine ligonių kasa nurodytais terminais teikti Valstybinei ligonių kasai ataskaitas ir informaciją apie iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų kompensuojamų I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, išdavimą (pardavimą);

3) sudaryti sąlygas Valstybinei ligonių kasai vykdyti ūkio subjektų priežiūrą vertinant iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų kompensuojamų I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, išdavimo teisėtumą;

4) atlyginti žalą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui, jeigu ji buvo padaryta dėl neteisėtai išduotų (parduotų) iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų kompensuojamų I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, ar pateiktų neteisingų duomenų dėl I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, apmokėjimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.“

23 straipsnis. VI skyriaus pakeitimas

Pakeisti VI skyrių ir jį išdėstyti taip:

„VI SKYRIUS GINČŲ SPRENDIMO TVARKA

40 straipsnis. Ginčų tarp draudžiamųjų ir Valstybinės ligonių kasos dėl privalomojo sveikatos draudimo sprendimo tvarka

Draudžiamųjų skundus dėl Valstybinės ligonių kasos sprendimų (neveikimo) dėl privalomojo sveikatos draudimo nagrinėja Lietuvos administracinių ginčų komisija Lietuvos Respublikos ikiteisminio administracinių ginčų nagrinėjimo tvarkos įstatymo nustatyta tvarka arba teismas Lietuvos Respublikos administracinių bylų teisenos įstatymo nustatyta tvarka.

41 straipsnis. Ginčų tarp apdraustųjų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sprendimo tvarka

Apdraustųjų skundai dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, kompensuojamų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, nagrinėjami Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatyta tvarka.

41¹ straipsnis. Ginčų tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių, šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų bei Valstybinės ligonių kasos sprendimo tvarka

Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų skundus dėl Valstybinės ligonių kasos sprendimų (neveikimo) dėl sutarčių, kurios sudaromos pagal šio Įstatymo 26, 26¹ ir 26² straipsnius, sudarymo, nesudarymo ir vykdymo sprendžia Lietuvos administracinių ginčų komisija Ikiteisminio administracinių ginčų nagrinėjimo

tvarkos įstatymo nustatyta tvarka arba teismas Administracinių bylų teisenos įstatymo nustatyta tvarka.“

24 straipsnis. Įstatymo įsigaliojimas, įgyvendinimas ir taikymas

1. Šis įstatymas, išskyrus šio straipsnio 2 dalį, įsigalioja 2024 m. liepos 1 d.
2. Lietuvos Respublikos Vyriausybė ir sveikatos apsaugos ministras iki 2024 m. gegužės 31 d. priima šio įstatymo įgyvendinamuosius teisės aktus.
3. Šio įstatymo 14, 15 ir 16 straipsniais pakeistų Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 26, 26¹ ir 26² straipsnių nuostatos netaikomos sutartims su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, vaistinėmis ir ūkio subjektais, sudarytoms iki šio įstatymo įsigaliojimo. Šios sutartys lieka galioti iki jose numatyto termino pabaigos.
4. Teritorinių ligonių kasų taikinimo komisijoms iki šio įstatymo įsigaliojimo pateikti ir neišnagrinėti bei nebaigti nagrinėti skundai po šio įstatymo įsigaliojimo nagrinėjami Valstybinėje ligonių kasoje prie Sveikatos apsaugos ministerijos pagal iki šio įstatymo įsigaliojimo galiojusias teisės aktų nuostatas.
5. Teritorinių ligonių kasų iki šio įstatymo įsigaliojimo nebaigtus spręsti draudžiamųjų ir sveikatos priežiūros įstaigų ginčus dėl privalomojo sveikatos draudimo garantuojamų paslaugų baigia spręsti Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos pagal iki šio įstatymo įsigaliojimo galiojusias teisės aktų nuostatas.
6. Iki šio įstatymo įsigaliojimo pradėtos leidimo teikti naujo profilio stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apmokamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, išdavimo procedūros ir Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komiteto atliekamos procedūros įsigaliojus šiam įstatymui baigiamos vykdyti ir sprendimai priimami pagal iki šio įstatymo įsigaliojimo galiojusias nuostatas.

Skelbiu šį Lietuvos Respublikos Seimo priimtą įstatymą.

Respublikos Prezidentas