

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. ~~Institucijos, vykdančios privalomąjį sveikatos draudimą~~

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.

~~42. Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo šios institucijos:~~

1) Privalomojo sveikatos draudimo taryba;

2) Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Valstybinė ligonių kasa).

~~3) teritorinės ligonių kasos.~~

23. Privalomojo sveikatos draudimo sistemos valstybinio valdymo subjektų Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų 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 (tėvių), globėjas ar rūpintojas, ~~neigalioje asmens su negalia~~ aprūpintojas, slaugantys ar nuolat prižiūrintys namuose asmenį (teikiantys jam pagalbą namuose), kuriam nustatytas neįgalumo lygis (~~vaiką invalidą~~), 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 (tėvių), globėjui ar rūpintojui, slaugantiems namuose ~~visiškos negalios invalidą, pripažintą tokiu iki 2005 m. liepos 1 d.~~ **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 ~~neįgaliais~~ **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 ~~Valstybės registrų įstatymu 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, Pacientų Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu, šio registro nuostatais ir bei kitais teisės aktais, reglamentuojančiais registrų tvarkymą ir duomenų teikimą.

~~4. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro vadovaujančioji tvarkymo įstaiga yra Valstybinė ligonių kasa, o registro tvarkymo įstaigos – Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos.~~

~~5. Vyriausybės nustatytais atvejais ir tvarka asmenims, apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu, išduodami privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimai.“~~

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 ~~teritorinė~~ **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.

~~8. Naujo profilio stacionarinės paslaugos, apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, teikiamos tik gavus leidimą sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.~~

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 pageidaujančiais jas sudaryti suinteresuotaisiais asmenimis. Suinteresuotieji asmenys einamųjų ar kitų metų sutartį dėl ortopedijos techninių priemonių įsigijimo išlaidų apmokėjimo ~~einamiesiems ar kitiems metams~~ gali sudaryti bet kuriuo metu einamaisiais metais. Informacija apie šių sutarčių sudarymo tvarką skelbiama viešai Valstybinės ligonių kasos ir ~~teritorinių ligonių kasų~~ interneto svetainėse **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. Naujas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios galėtų būti apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir šio fondo biudžeto lėšomis jau apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurių teikimo sąnaudos padidėjo dėl organizacinių pakeitimų ir (ar)~~

diegiamų naujų technologijų, vertina Asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo komitetas (toliau – Komitetas) šio įstatymo ir sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.

2. Paraiškas dėl šio straipsnio 1 dalyje nurodytų asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo Komitetui teikia Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, universiteto ligoninės ir sveikatos priežiūros specialistus vienijančios asociacijos. Paraiškos Komitetui teikiamos iki kiekvienų metų kovo 1 dienos ir iki rugsėjo 1 dienos. Komitetas ne vėliau kaip atitinkamai iki kiekvienų metų gegužės 1 dienos arba iki lapkričio 1 dienos įvertina šio straipsnio 1 dalyje nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir jas įtraukia (arba jų neįtraukia) į Kompensuotinių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, vadovaudamasis visais šiais įtraukimo į šį sąrašą kriterijais:

1) asmens sveikatos priežiūros paslaugos veiksmingumas yra pagrįstas medicinos mokslo įrodymais;

2) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poreikis – daugiau kaip vienas sveikatos sutrikimo atvejis, tenkantis 200 000 Lietuvos Respublikos gyventojų per kalendorinius metus.

3. Sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka Komitetas ne vėliau kaip atitinkamai iki einamųjų metų birželio 1 dienos arba gruodžio 1 dienos peržiūri Kompensuotinių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, įvertina jame nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir išdėsto jas prioriteto tvarka, atsižvelgdamas į visus šiuos vertinimo kriterijus:

1) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį ligoms ir būklėms, lemiančioms didžiausią šalies gyventojų ligotumą ir mirtingumą, ir (ar) svarbiausiems vertinamiems visos šalies sveikatos rodikliams;

2) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį pacientų išgyvenamumui;

3) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį pacientų darbingumui ir (ar) neįgalumui;

4) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį pacientų gyvenimo kokybei;

5) asmens sveikatos priežiūros paslaugos poveikį Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų panaudojimo efektyvumui;

6) galimybę užtikrinti visuotinį asmens sveikatos priežiūros paslaugos prieinamumą.

4. Komitetas, įvertinęs asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir išdėstęs jas prioriteto tvarka, priima sprendimą siūlyti sveikatos apsaugos ministrui asmens sveikatos priežiūros paslaugą įrašyti (arba jos neįrašyti) į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą. Prieš priimant šioje dalyje nurodytą sprendimą turi būti sudarytos galimybės Komiteto posėdyje dalyvauti ir pateikti savo paaiškinimus šio straipsnio 2 dalyje nurodytiems paraiškų teikėjams. Ne vėliau kaip per 5 darbo dienas nuo sprendimo priėmimo dienos Komiteto sprendimas skelbiamas viešai, o pareiškėjas informuojamas raštu, aiškiai, suprantamai ir išsamiai nurodant objektyviais ir patikrinamais kriterijais pagrįstas Komiteto priimto sprendimo priežastis.

5. Jeigu pareiškėjas nesutinka su Komiteto priimtu sprendimu, jis per 10 darbo dienų nuo sprendimo gavimo dienos turi teisę pateikti skundą sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka. Skundus dėl Komiteto priimtų sprendimų nagrinėja sveikatos apsaugos ministro sudaryta nuolatinė Apeliacinė komisija. Apeliacinė komisija, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka išnagrinėjusi pareiškėjo skundą, ne vėliau kaip per 20 darbo dienų nuo skundo gavimo dienos gali priimti šiuos sprendimus:

1) patenkinti skundą ir siūlyti sveikatos apsaugos ministrui pavesti Komitetui pakartotinai priimti sprendimą, įvertinus Apeliacinės komisijos nurodytus trūkumus;

2) atmesti skundą.

6. Sveikatos apsaugos ministras, atsižvelgęs į Valstybinės ligonių kasos išvadą dėl galimybių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokėti šio straipsnio 1 dalyje nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomonę, ne vėliau kaip atitinkamai iki einamųjų metų spalio 1 dienos arba iki kitų metų balandžio 1 dienos keičia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą pagal Komiteto pateiktus siūlymus.

~~7. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos, neįtrauktos į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą, lieka Kompensuotinių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše ir kitais metais vėl yra vertinamos bei dėstomos prioriteto tvarka šiame straipsnyje nustatyta tvarka.~~

~~8. Komitetas šio straipsnio 2 dalyje nurodytų subjektų siūlymu ir nustatyta tvarka įvertina, ar Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąraše nurodytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitinka visus šio straipsnio 2 dalyje nustatytus įtraukimo į Kompensuotinių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą kriterijus. Asmens sveikatos priežiūros paslaugos, neatitinkančios visų šio straipsnio 2 dalyje nustatytų įtraukimo kriterijų, Komiteto siūlymu išbraukiamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo šio straipsnio 6 dalyje nustatyta 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 sąrašė 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 ~~neįgaliais~~ **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 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~~ **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 apsversto 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 ~~ir teritorinėms ligonių kasoms~~ 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. ~~Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą,~~ **Valstybinės ligonių kasos** santykiai su finansų įstaigomis

Finansų įstaigą Lietuvos Respublikoje Valstybinė ligonių kasa ~~ir teritorinės ligonių kasos~~ 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 ~~ir teritorinės ligonių kasos~~ 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. ~~Teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų bei teritorinių ligonių kasų ir vaistinių sutartys~~

1. ~~Apdraustųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos apmokamos vadovaujantis teritorinės ligonių kasos ir sveikatos priežiūros įstaigos sutartimis, išlaidos už vaistinėse išduotus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones – vadovaujantis teritorinės ligonių kasos ir vaistinių sutartimis. Teritorinės ligonių kasos sudaro sutartis su valstybės, savivaldybių ir kitomis licenciją sveikatos priežiūros ir farmaciei veiklai turinčiomis arba akredituotomis šiai veiklai bei pageidaujančiomis tokias sutartis sudaryti asmens sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis. Su šia sutartimi turi teisę susipažinti visi apdraustieji.~~

2. ~~Sutartys tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų bei tarp teritorinių ligonių kasų ir vaistinių sudaromos vadovaujantis Lietuvos Respublikos civiliniu kodeksu, šiuo ir kitais įstatymais. Sutarčių sudarymo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras, įvertinęs Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.~~

3. ~~Šiame straipsnyje nurodytų sutarčių tipines formas, kuriose nurodytos esminės sutarties sąlygos: sutarties šalių teisės ir pareigos, teisės aktuose nustatyti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimai ar reikalavimai dėl išlaidų už vaistinėse išduodamus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, kainodaros taisyklės, atsiskaitymų tvarka, sutarties šalių atsakomybė, ginčų sprendimo tvarka, sutarties nutraukimo tvarka, sutarties galiojimas, papildymas ar sustabdymas, tvirtina Valstybinės ligonių kasos direktorius.~~

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. Standartinės 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 ~~ar jos įgaliotų teritorinių ligonių kasų~~ 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 ~~pasirašomos sudaromos tarp Valstybinės ligonių kasos ar jos įgaliotų teritorinių ligonių kasų~~ ir to pageidaujančių ūkio subjektų, atitinkančių šio straipsnio 2 dalyje nurodytas sąlygas.

2. Valstybinė ligonių kasa ~~ar jos įgaliotos teritorinės ligonių kasos~~ 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 ~~ar jos įgaliotų teritorinių ligonių kasų~~ 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, ~~o šių sutarčių tipinę formą, kurioje nurodytos esminės sutarties sąlygos: sutarties šalių teisės ir pareigos, teisės aktuose nustatyti medicinos priemonių nuomos reikalavimai, kainodaros taisyklės, atsiskaitymų tvarka, sutarties šalių atsakomybė, ginčų sprendimo tvarka, sutarties nutraukimo tvarka, sutarties galiojimas, papildymas ar sustabdymas, tvirtina Valstybinės ligonių kasos direktorius. 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. ~~Teritorinių ligonių kasų~~ **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 ~~pasirašo teritorinės ligonių kasos~~ **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. ~~Teritorinės ligonių kasos~~ **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. ~~Šių sutarčių tipinę formą, kurioje nurodomos esminės sutarties sąlygos (sutarties šalių teisės ir pareigos, atsiskaitymo tvarka, sutarties šalių atsakomybė, ginčų sprendimo tvarka, sutarties nutraukimo tvarka, sutarties galiojimas, papildymo ar sustabdymo tvarka), tvirtina Valstybinės ligonių kasos direktorius. 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. ~~Teritorinių ligonių kasų atsiskaitymo su~~ **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. ~~Teritorinės ligonių kasos~~ **Valstybinė ligonių kasa** sutartyse numatytomis sąlygomis, ~~neviršydamos patvirtinto~~ **neviršydama** Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skirtų asignavimų, privalo apmokėti asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių, su kuriomis jos yra sudariusios **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 ~~tai teritorinei~~ **Valstybinei** ligonių kasai, su kuria yra sudariusios sutartį. ~~Teritorinė~~ **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 ~~teritorinės ligonių kasos~~ **Valstybinė ligonių kasa** laiku neatsiskaito, ~~turi būti~~ 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 ~~ar jos įgaliotoms teritorinėms ligonių kasoms~~ atsiskaitant su **šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytais** ūkio subjektais už medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomą ir ~~teritorinėms ligonių kasoms atsiskaitant su ūkio subjektais~~ už I klasės medicinos priemones ~~ir 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 ministerijai~~ **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;

65) teikia siūlymus **sveikatos apsaugos ministrui** dėl ~~teritorinių ligonių kasų~~ **Valstybinės ligonių kasos** ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių, ~~teritorinių ligonių kasų~~ **Valstybinės ligonių kasos** ir vaistinių ar **Valstybinės ligonių kasos** ir šio Įstatymo 26² straipsnyje nurodytų ūkio subjektų sutarčių, taip pat ~~Valstybinės ligonių kasos ar jos įgaliotų teritorinių ligonių kasų~~ ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų sutarčių sudarymo tvarkos;

76) nagrinėja Valstybinės ligonių kasos finansinę ir ekonominę veiklą;

87) 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 verslo 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 ~~pensininkų~~ **vyresnio amžiaus žmonių ir neįgalųjų asmenų su negalia** interesus ginančių organizacijų atstovas, deleguojamas bendru ~~Pensininkų~~ **Vyresnio amžiaus žmonių** reikalų tarybos ir ~~Neįgalųjų reikalų~~ **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 ~~pensininkų~~ **vyresnio amžiaus žmonių ir neįgalųjų 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) rengia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą, Privalomojo sveikatos draudimo fondo ataskaitų rinkinius, vykdo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą;~~
- ~~2) prižiūri teritorinių ligonių kasų veiklą;~~
- ~~3) sudaro iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų rezervą ir šio Įstatymo bei kitų teisės aktų nustatyta tvarka jį naudoja;~~
- ~~4) šio Įstatymo nustatyta tvarka naudoja laikinai laisvas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas;~~
- ~~5) atlieka teritorinių ligonių kasų auditą arba sudaro sutartis su audito įmonėmis dėl teritorinių ligonių kasų audito;~~
- ~~6) Valstybės registrų įstatymo, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo, Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro nuostatų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka tvarko Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą;~~
- ~~7) šio Įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis kompensuoja apdraustųjų sveikatos priežiūrą;~~
- ~~8) atlieka šio Įstatymo 15 straipsnio 5 dalyje nurodytas valstybės deleguotas funkcijas;~~
- ~~9) 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;~~
- ~~10) tvirtina šio Įstatymo 26, 26⁺ ir 26² straipsniuose nurodytų sutarčių tipines formas;~~
- ~~11) sudaro šio Įstatymo 26⁺ straipsnyje nurodytas sutartis su ūkio subjektais dėl medicinos priemonių, įrašytų į šio Įstatymo 12² straipsnio 2 dalyje nurodytą sąrašą, nuomos išlaidų apmokėjimo, jeigu šios funkcijos nepaveda atlikti teritorinėms ligonių kasoms;~~
- ~~12) įstatymų nustatyta tvarka išieško Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą iš ūkio subjektų, su kuriais yra sudarytos sutartys dėl medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų apmokėjimo, jeigu šios funkcijos nepaveda teritorinėms ligonių kasoms;~~
- ~~13) kitas šio Įstatymo, Valstybinės ligonių kasos nuostatų ir kitų teisės aktų nustatytas 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 gražina 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 nustatyta tvarka naudoti jai perduotas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas, kitas teisėtai įgytas lėšas ir turtą;~~

2) ~~įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka sudaryti sutartis;~~

3) ~~įsigyti Vyriausybės ir Lietuvos banko vertybinių popierių ir jais disponuoti;~~

4) ~~Privalomojo sveikatos draudimo tarybos siūlymu įgyvendinti priemones papildomoms pajamoms gauti;~~

5) nustatyti Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų sandarą;

~~6) įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka nemokamai gauti iš ministerijų, kitų Vyriausybės įstaigų, savivaldybių vykdomųjų institucijų, teritorinių ligonių kasų, Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigų, sveikatos priežiūros įstaigų, kitų įmonių, įstaigų, organizacijų informaciją, būtiną Valstybinės ligonių kasos funkcijoms atlikti. Tokios informacijos sąrašas nustatomas Valstybinės ligonių kasos nuostatuose;~~

~~7) tvarkyti draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmens duomenis, įskaitant ypatingus asmens duomenis, susijusius su prevencinės medicinos pagalbos, medicinos pagalbos, medicininės reabilitacijos, slaugos, socialinių paslaugų ir patarnavimų, priskirtų asmens sveikatos priežiūrai, bei asmens sveikatos ekspertizės paslaugų teikimu ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimu;~~

~~8) kontroliuoti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį, kokybę ir atitiktį joms taikomiems reikalavimams, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, išrašymo ir išdavimo teisėtumą, taip pat su šių paslaugų teikimu, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, išrašymu ir išdavimu susijusią sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų veiklą;~~

~~9) tikrinti, ar teisingai išrašomos sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų sąskaitos, ir su tuo susijusius buhalterinius bei kitus dokumentus;~~

~~10) atlikti finansinę bei ekonominę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo ir sveikatos priežiūros paslaugų struktūros, prieinamumo bei kokybės kitimo tendencijų analizę;~~

~~11) Valstybinė ligonių kasa gali turėti ir kitų teisių, kurias nustato įstatymai, Valstybinės ligonių kasos nuostatai ir kiti teisės aktai.~~

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, ši 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.

32 straipsnis. Teritorinės ligonių kasos

1. Teritorinės ligonių kasos steigia ir jų nuostatus tvirtina Valstybinė ligonių kasa. Teritorinių ligonių kasų skaičių bei jų teritorinės veiklos zonas nustato Valstybinė ligonių kasa, suderinusi su Sveikatos apsaugos ministerija. Steigiama ne daugiau kaip 5 teritorinės ligonių kasos.

2. Teritorinė ligonių kasa yra juridinis asmuo, veikiantis pagal šį Įstatymą, Biudžetinių įstaigų įstatymą bei šio straipsnio 1 dalyje nurodytus nuostatus, išlaikomas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, turintis antspaudą su Lietuvos valstybės herbu ir sąskaitas bankuose. Biudžetinių įstaigų įstatymas teritorinėms ligonių kasoms taikomas tiek, kiek jų veiklos nereglamentuoja šis Įstatymas.

3. Teritorinės ligonių kasos direktorių Valstybės tarnybos įstatymo nustatyta tvarka skiria ir atleidžia iš pareigų Valstybinės ligonių kasos direktorius.

4. Už savo veiklą teritorinės ligonių kasos yra atskaitingos Valstybinei ligonių kasai.

33 straipsnis. Teritorinių ligonių kasų funkcijos

Teritorinės ligonių kasos atlieka šias funkcijas:

1) sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis, vaistinėmis ir šio Įstatymo 26² straipsnyje nurodytais ūkio subjektais, Valstybinei ligonių kasai įgaliojus — ir su šio Įstatymo 26¹ straipsnyje nurodytais ūkio subjektais, šiose sutartyse nustatytu laiku ir tvarka apmoka jiems už draudžiamiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išduotus vaistus, medicinos pagalbos priemones, I klasės medicinos priemones ir *in vitro* diagnostikos priemones, skirtas savikontrolei, medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidas;

2) šio Įstatymo 10, 11, 12 straipsniuose nustatyta tvarka kompensuoja draudžiamiesiems vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo bei galūnių, sąnarių ir organų protezų įsigijimo ir protezavimo išlaidas;

3) Valstybės registų įstatymo, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo, Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro nuostatų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka tvarko Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą;

4) finansuoja savivaldybių sveikatos programas;

5) analizuoja ir įvertina duomenis apie apskrities savivaldybių gyventojų sveikatos būklę ir gyventojų demografinės struktūros kitimo tendencijas;

6) kontroliuoja savo veiklos zonoje iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kiekį, kokybę ir atitiktį joms taikomiems reikalavimams, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, Valstybinei ligonių kasai įgaliojus — ir medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, išrašymo ir išdavimo teisėtumą, taip pat su šių paslaugų teikimu, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, Valstybinei ligonių kasai įgaliojus — ir su medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, išrašymu ir išdavimu susijusių sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26¹ ir 26² straipsniuose nurodytų ūkio subjektų veiklą;

7) tikrina, ar teisingai išrašomos sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26² straipsnyje nurodytų ūkio subjektų, Valstybinei ligonių kasai įgaliojus — ir šio Įstatymo 26¹ straipsnyje nurodytų ūkio subjektų sąskaitos ir su tuo susijusius buhalterinius bei kitus dokumentus;

8) ~~Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir sąlygomis kontroliuoja draudžiamiesiems teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir tinkamumą;~~

9) ~~vadovaudamosi Civiliniu kodeksu ir kitais įstatymais, reikalauja iš sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26² straipsnyje nurodytų ūkio subjektų, Valstybinei ligonių kasai įgaliojus ir šio Įstatymo 26⁴ straipsnyje nurodytų ūkio subjektų atlyginti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą. Šios lėšos gražinamos ir įtraukiamos į teritorinės ligonių kasos, kuri apmokėjo už neteisėtai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ar išduotus vaistus, medicinos pagalbos priemones, I klasės medicinos priemones ir *in vitro* diagnostikos priemones, skirtas savikontrolei, medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidas, biudžetą kaip papildomos lėšos ir yra skiriamos asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, vaistams, medicinos pagalbos priemonėms, I klasės medicinos priemonėms ir *in vitro* diagnostikos priemonėms, skirtoms savikontrolei, Valstybinei ligonių kasai įgaliojus ir medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidoms apmokėti;~~

10) ~~savo veiklos zonoje atlieka finansinę bei ekonominę Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo ir sveikatos priežiūros paslaugų struktūros, prieinamumo bei kokybės kitimo tendencijų analizę;~~

11) ~~skelbia informaciją apie savo veiklą, praneša draudžiamiesiems apie teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jų teikimo tvarką ir sąlygas;~~

12) ~~vykdo kitas įstatymų, teritorinių ligonių kasų nuostatų ir kitų teisės aktų nustatytas funkcijas.~~

34 straipsnis. Teritorinių ligonių kasų teisės

Teritorinės ligonių kasos turi teisę:

1) ~~įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka naudoti joms perduotas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas, kitas teisėtai įgytas lėšas ir turtą;~~

2) ~~įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka sudaryti sutartis. Sudaryti sutartis dėl teritorinės ligonių kasos turto naudojimo teritorinės ligonių kasos gali tik gavusios steigėjo leidimą;~~

3) ~~Privalomojo sveikatos draudimo tarybos siūlymu įgyvendinti priemones papildomoms pajamoms gauti;~~

4) ~~teikti pasiūlymus Valstybinei ligonių kasai dėl teritorinės ligonių kasos sandaros;~~

5) ~~įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka nemokamai gauti iš ministerijų, kitų Vyriausybės įstaigų, savivaldybių vykdomųjų institucijų, Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigų, sveikatos priežiūros įstaigų, kitų įmonių, įstaigų, organizacijų informaciją, būtiną teritorinės ligonių kasos funkcijoms atlikti. Šios informacijos sąrašas nustatomas teritorinės ligonių kasos nuostatuose;~~

6) ~~tvarkyti draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu asmens duomenis, įskaitant ypatingus asmens duomenis, susijusius su prevencinės medicinos pagalbos, medicinos pagalbos, medicininės reabilitacijos, slaugos, socialinių paslaugų ir patarnavimų, priskirtų asmens sveikatos priežiūrai, bei asmens sveikatos ekspertizės paslaugų teikimu ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimu;~~

7) ~~nustačius faktus, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos neatitinka teisės aktų, reikalaujanti, kad sveikatos priežiūros įstaigų administracija patikrintų asmens sveikatos priežiūros specialisto kvalifikaciją;~~

8) ~~siūlyti Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie Sveikatos apsaugos ministerijos panaikinti sveikatos priežiūros įstaigos, jos struktūrinio padalinio ar asmens sveikatos priežiūros specialisto licenciją asmens sveikatos priežiūros veiklai;~~

9) ~~teikti pasiūlymus Privalomojo sveikatos draudimo tarybai, Valstybinei ligonių kasai ir kitoms institucijoms dėl privalomojo sveikatos draudimo organizavimo;~~

10) ~~teikti ieškinius asmenims dėl jiems neteisėtai suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų išieškojimo;~~

11) ~~analizuoti ir vertinti joms priskirtose teritorijose esančių įmonių, įstaigų, organizacijų komercinės, ūkinės ar kitokios veiklos poveikį sveikatai, teikti siūlymus šiais klausimais teritorinės~~

ligonių kasos stebėtojų tarybai, organizuoti ir apmokėti draudžiamųjų atrankinius sveikatos būklės stebėjimus;

12) teritorinės ligonių kasos gali turėti ir kitų teisių, nustatytų įstatymų, teritorinių ligonių kasų nuostatų ir kitų teisės aktų.

35 straipsnis. Teritorinės ligonių kasos stebėtojų taryba

1. Teritorinėje ligonių kasoje 4 metams sudaroma stebėtojų taryba. Stebėtojų taryba — kolegialus patariamasis organas. Į teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybą įeina Sveikatos apsaugos ministerijos atstovas, Valstybinės ligonių kasos atstovas ir po vieną į aptarnaujamą teritoriją įeinančių savivaldybių tarybų deleguotą atstovą — tarybos narį. Teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybos darbui vadovauja teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybos pirmininkas, renkamas iš teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybos narių paprasta balsų dauguma dalyvaujant ne mažiau kaip 2/3 teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybos narių. Teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybos pirmininku negali būti Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės ligonių kasos atstovas.

2. Teritorinės ligonių kasos stebėtojų taryba:

- 1) renka teritorinės ligonių kasos taikinimo komisiją;
- 2) prižiūri, kaip sudaromos ir vykdomos teritorinės ligonių kasos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teritorinės ligonių kasos ir vaistinių ar šio Įstatymo 26² straipsnyje nurodytų ūkio subjektų sutartys, taip pat teritorinės ligonių kasos ir šio Įstatymo 26¹ straipsnyje nurodytų ūkio subjektų sutartys, jeigu Valstybinė ligonių kasa įgaliojo teritorines ligonių kasas sudaryti šias sutartis;
- 3) teikia siūlymus Valstybinės ligonių kasos direktoriui skirti ir atleisti teritorinės ligonių kasos direktorius;

4) aprobuoja teritorinės ligonių kasos darbuotojų etatus bei išlaidų sąmatą;

5) prižiūri ir analizuoja teritorinės ligonių kasos administracijos veiklą, finansinių išteklių naudojimą;

6) aprobuoja teritorinės ligonių kasos direktoriaus pateiktą teritorinės ligonių kasos metinių biudžeto vykdymo ir finansinių ataskaitų rinkinius. Metinių biudžeto vykdymo ir finansinių ataskaitų rinkiniai skelbiami viešai ne vėliau kaip einamųjų metų gegužės 1 dieną;

7) nagrinėja ir sprendžia kitus privalomojo sveikatos draudimo klausimus, priskirtus teritorinės ligonių kasos funkcijoms.

3. Teritorinės ligonių kasos stebėtojų taryba turi teisę organizuoti teritorinės ligonių kasos auditą. Auditas apmokamas iš teritorinės ligonių kasos valdymui skirtų lėšų. Jeigu randama teritorinės ligonių kasos buhalterinės apskaitos ir finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinio sudarymo trūkumų, teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybos pirmininkas turi sukviesti neeilinį teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybos posėdį. Teritorinės ligonių kasos stebėtojų taryba taip pat turi teisę nemokamai gauti sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis teritorinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis, veiklos ekonominio finansinio bei medicininio audito duomenis.

4. Teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybos veiklos tvarką nustato teritorinės ligonių kasos nuostatai.

36 straipsnis. Teritorinės ligonių kasos taikinimo komisija

1. Teritorinės ligonių kasos taikinimo komisiją iš keturių asmenų 4 metams renka teritorinės ligonių kasos stebėtojų taryba jos pirmininko teikimu. Vienas komisijos narys turi atstovauti pacientų asociacijoms, veikiančioms teritorinės ligonių kasos teritorijoje. Ši komisija sprendžia ginčus tarp draudžiamųjų, sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių, šio Įstatymo 26² straipsnyje nurodytų ūkio subjektų, taip pat šio Įstatymo 26¹ straipsnyje nurodytų ūkio subjektų, kai teritorinė ligonių kasa yra sudariusi šio Įstatymo 26¹ straipsnyje nurodytų sutarčių, ir teritorinės ligonių kasos dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, I klasės medicinos priemonių ir *in vitro* diagnostikos priemonių, skirtų savikontrolei, taip pat medicinos priemonių, būtinų apdraustųjų sveikatos priežiūrai namuose užtikrinti, nuomos išlaidų apmokėjimo ir sutarčių vykdymo. Komisijos narių balsams pasiskirsčius po lygiai, komisijos pirmininko balsas yra lemiamas.

~~2. Teritorinės ligonių kasos taikinimo komisijos veiklos tvarką nustato teritorinės ligonių kasos nuostatai.~~

22 straipsnis. V skyriaus pakeitimas

Pakeisti V skyrių ir jį išdėstyti taip:

„V SKYRIUS

~~DRAUDŽIAMŲJŲ, SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ, VAISTINIŲ IR ŪKIO SUBJEKTŲ, SUDARIUSIŲ SU TERITORINĖMIS LIGONIŲ KASOMIS SUTARTIS, TEISĖS IR PAREIGOS VYKDANT PRIVALOMĄJĮ SVEIKATOS DRAUDIMĄ~~

38 straipsnis. Draudžiamųjų teisės taikant privalomąjį sveikatos draudimą

Draudžiamieji turi teisę:

- ~~1) įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka pasirinkti asmens sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria teritorinė ligonių kasa yra sudariusi sutartį, ir gauti privalomojo sveikatos draudimo garantuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas;~~
- ~~2) gauti iš sveikatos priežiūros įstaigos, su kuria teritorinė ligonių kasa yra sudariusi sutartį, informaciją apie savo sveikatos būklę, numatomus tyrimus, procedūras, gydymo būdą ir jo poveikį, teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų mastą, teikimo sąlygas ir vietą. Analogišką informaciją apie neveiksnius asmenis turi teisę gauti jų teisiniai atstovai;~~
- ~~3) gauti kompensaciją iš sveikatos priežiūros įstaigų už žalą, padarytą jų sveikatai dėl sveikatos priežiūros įstaigų ar asmens sveikatos priežiūros specialistų kaltės, nepaisant, ar tai buvo numatyta teritorinės ligonių kasos ir sveikatos priežiūros įstaigų sutartyse. Kompensacijos dydį ir mokėjimo tvarką nustato įstatymai ar kiti teisės aktai;~~
- ~~4) kreiptis į teritorinių ligonių kasų komisijas, Valstybinę ligonių kasą, teismą dėl įstatymų ar kitų teisės aktų, reglamentuojančių privalomąjį sveikatos draudimą, pažeidimų.~~

39 straipsnis.— Sveikatos priežiūros įstaigų, vaistinių ir šio Įstatymo 26² straipsnyje nurodytų ūkio subjektų, sudariusių sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, pareigos vykdant privalomąjį sveikatos draudimą

- 1. Sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su teritorine ligonių kasa, privalo:**
 - ~~1) užtikrinti draudžiamiesiems privalomojo sveikatos draudimo garantuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, jų prieinamumą ir tinkamumą;~~
 - ~~2) užtikrinti informacijos apie asmens sveikatą konfidencialumą, išskyrus įstatymų nustatytus atvejus;~~
 - ~~3) esant draudiminiam įvykiui, garantuoti, kad visi draudžiamieji turėtų lygias teises, kai jiems teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos;~~
 - ~~4) laiku teikti Valstybinės ligonių kasos nustatytą informaciją Valstybinei ligonių kasai ir teritorinėms ligonių kasoms;~~
 - ~~5) teikti informaciją draudžiamajam apie asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios nepriskirtos apmokamoms iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, jų teikimo sąlygas bei tvarką.~~
- 2. Vaistinės, sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, privalo:**
 - ~~1) užtikrinti apdraustųjų aprūpinimą iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų kompensuojamais vaistais ir medicinos pagalbos priemonėmis Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir terminais;~~
 - ~~2) sutartyje nurodytais terminais teikti teritorinei ligonių kasai ataskaitas ir informaciją apie kompensuojamųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išdavimą (pardavimą);~~
 - ~~3) sudaryti sąlygas teritorinei ligonių kasai kontroliuoti vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, kurių 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 (parduotų) vaistų ar medicinos pagalbos priemonių, kompensuojamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.~~

3. Šio Įstatymo 26² straipsnyje nurodyti ūkio subjektai, sudarę sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, 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 nurodytais terminais teikti teritorinei 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 teritorinei ligonių kasai kontroliuoti 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.

V SKYRIUS

APDRAUSTŲJŲ TEISĖS IR ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ, VAISTINIŲ IR ŠIO ĮSTATYMO 26¹ ir 26² STRAIPSNIUOSE 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 DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO VYKDYMO SPRENDIMO TVARKA

~~40 straipsnis. — Ginčų tarp draudžiamųjų ir teritorinių ligonių kasų dėl privalomojo sveikatos draudimo vykdymo sprendimo tvarka~~

~~1. Draudžiamųjų ir teritorinių ligonių kasų ginčus dėl privalomojo sveikatos draudimo vykdymo nagrinėja teritorinės ligonių kasos taikinimo komisija. Teritorinės ligonių kasos taikinimo komisija privalo per 30 dienų nuo kreipimosi, o jeigu reikia papildomos informacijos ir tyrimo — papildomai per 15 dienų, išnagrinėti prašymą ir priimti sprendimą.~~

~~2. Teritorinės ligonių kasos taikinimo komisijos sprendimą draudžiamasis įstatymų nustatyta tvarka gali apskusti teismui.~~

~~41 straipsnis. — Ginčų tarp draudžiamųjų ir sveikatos priežiūros įstaigų dėl privalomojo sveikatos draudimo vykdymo sprendimo tvarka~~

~~1. Draudžiamųjų ir sveikatos priežiūros įstaigų ginčus dėl privalomojo sveikatos draudimo garantuojamų paslaugų sprendžia teritorinės ligonių kasos. Teritorinė ligonių kasa privalo per 30 dienų nuo kreipimosi, o jeigu reikia papildomos informacijos ir tyrimo — papildomai per 15 dienų, išnagrinėti prašymą ir priimti sprendimą.~~

~~2. Teritorinės ligonių kasos sprendimą draudžiamasis ar sveikatos priežiūros įstaiga įstatymų nustatyta tvarka gali apskusti teismui.~~

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