

LIETUVOS RESPUBLIKOS

SVEIKATOS DRAUDIMO

ĮSTATYMAS

1996 m. gegužės 21 d. Nr. I-1343

Vilnius

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1 straipsnis. Įstatymo paskirtis

Šis Įstatymas nustato sveikatos draudimo rūšis, privalomojo sveikatos draudimo sistemą: privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamus asmenis, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms kompensavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pagrindus, privalomąjį sveikatos draudimą vykdančias institucijas, privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų ir sveikatos priežiūros įstaigų teises bei pareigas vykdant privalomąjį sveikatos draudimą, ginčų nagrinėjimo tvarką, papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo pagrindus.

2 straipsnis. Pagrindinės šio Įstatymo sąvokos

1. **Apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu** – draudžiamieji privalomuoju sveikatos draudimu, kurie šio Įstatymo nustatyta tvarka moka arba už kuriuos yra mokamos šio Įstatymo nustatyto dydžio įmokos.

2. **Draudėjai** – juridiniai asmenys ir jų filialai bei atstovybės, taip pat fiziniai asmenys, kurie įstatymų nustatyta tvarka privalo mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas, išskyrus šio Įstatymo 44 straipsnyje nurodytus asmenis.

3. **Privalomojo sveikatos draudimo įmokos** – draudžiamųjų ir (arba) jų draudėjų mokamos šio Įstatymo nustatyto dydžio įmokos.

4. **Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas** – šiame Įstatyme nustatytų pajamų ir išlaidų planas biudžetiniams metams.

5. **Privalomasis sveikatos draudimas** – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, šio Įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju

sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims, įvykus draudiminiam įvykiui, sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas, vaistus ir medicinos pagalbos priemones kompensavimą.

6. **Papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas** – papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartyse nustatytos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, atlyginamos pagal šias sutartis po papildomojo sveikatos draudimo draudiminio įvykio. Papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas vykdomas šio Įstatymo, Draudimo įstatymo ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka.

7. **Individuali veikla** – kaip ši sąvoka apibrėžta Lietuvos Respublikos gyventojų pajamų mokesčio įstatyme (toliau – Gyventojų pajamų mokesčio įstatymas).

8. **Atlikėjo veikla** – kaip ši sąvoka apibrėžta Gyventojų pajamų mokesčio įstatyme.

9. **Sporto veikla** – kaip ši sąvoka apibrėžta Gyventojų pajamų mokesčio įstatyme.

10. **Žemės ūkio valdos ar ūkio ekonominis dydis** – dydis, nustatomas bendrąjį standartinį gamybinį pelną, kurio apskaičiavimas reglamentuojamas žemės ūkio ministro nustatyta tvarka, padalijus iš ekonominio dydžio vieneto, kuris lygus 4 143 litų.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [XI-98](#), 2008-12-22, *Žin.*, 2008, Nr. 149-6022 (2008-12-30)

Nr. [XI-1165](#), 2010-11-23, *Žin.*, 2010, Nr. 145-7422 (2010-12-11)

3 straipsnis. Sveikatos draudimo rūšys

Sveikatos draudimas yra:

- 1) privalomasis;
- 2) papildomasis (savanoriškasis).

4 straipsnis. Institucijos, vykdančios privalomąjį sveikatos draudimą

1. 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.

2. Privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklą nustato šis Įstatymas ir kiti teisės aktai.

5 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai

Privalomojo sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai yra gydytojo diagnozuoti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų sveikatos sutrikimai ar sveikatos būklė, kurie yra pagrindas privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiems asmenims teikti šio Įstatymo ir kitų teisės aktų nustatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir apmokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto.

6 straipsnis. Draudžiamieji ir apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu

1. Privalomuoju sveikatos draudimu yra draudžiami:

1) Lietuvos Respublikos piliečiai ir užsieniečiai, nuolat gyvenantys Lietuvos Respublikoje;

2) laikinai Lietuvos Respublikoje gyvenantys užsieniečiai, jeigu jie teisėtai dirba Lietuvos Respublikoje, bei nepilnamečiai jų šeimos nariai;

3) užsieniečiai, nurodyti šio įstatymo 6 straipsnio 4 dalies 17 ir 18 punktuose.

2. Lietuvos Respublikos piliečiai, nuolat ar laikinai gyvenantys šalyse, su kuriomis Lietuvos Respublika yra sudariusi tarptautines sutartis dėl privalomojo sveikatos draudimo, ir šių šalių piliečiai, nuolat ar laikinai gyvenantys Lietuvos Respublikoje, draudžiami privalomuoju sveikatos draudimu šių sutarčių nustatyta tvarka.

3. Apdraustaisiais privalomuoju sveikatos draudimu (toliau – apdraustieji) laikomi:

1) asmenys, už kuriuos šio Įstatymo nustatyta tvarka mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, nustatytos šio Įstatymo 17 straipsnio 1, 3 ir 6 dalyse, ir asmenys, kurie šio Įstatymo nustatyta tvarka moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, nustatytas šio Įstatymo 17 straipsnio 2, 3, 4, 5, 7, 8 ir 9 dalyse;

2) valstybės lėšomis draudžiami asmenys, išvardyti šio straipsnio 4 dalyje.

4. Apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis (išskyrus asmenis, kurie privalo mokėti arba už kuriuos mokamos sveikatos draudimo įmokos pagal šio Įstatymo 17 straipsnio 1, 2, 3, 4, 5, 6 ir 8 dalis), laikomi:

1) asmenys, gaunantys Lietuvos Respublikos įstatymų nustatytą bet kurios rūšies pensiją ar šalpos kompensaciją;

2) nedirbantys darbingo amžiaus asmenys, užsiregistravę gyvenamosios vietos darbo biržoje kaip norintys ir galintys dirbti tam tikrą darbą;

3) nedirbantys darbingo amžiaus asmenys, turintys įstatymų nustatytą būtinąjį valstybinio socialinio pensijų draudimo stažą valstybinei socialinio draudimo senatvės pensijai gauti;

4) moterys, kurioms įstatymų nustatyta tvarka suteiktos nėštumo ir gimdymo atostogos, ir nedirbančios moterys nėštumo laikotarpiu 70 dienų (suėjus 28 nėštumo savaitėms ir daugiau) iki gimdymo ir 56 dienos po gimdymo;

5) vienas iš tėvų (įtėvių), auginantis vaiką iki 8 metų, taip pat vienas iš tėvų (įtėvių), auginantis du ir daugiau nepilnamečių vaikų;

6) asmenys iki 18 metų;

7) Lietuvos Respublikos bendrojo lavinimo, profesinių, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių moksleiviai ir studentai, taip pat Lietuvos Respublikos piliečiai ir kitų valstybių piliečiai bei asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvos Respublikoje, studijuojantys Europos Sąjungos valstybių narių aukštųjų mokyklų dieniniuose skyriuose;

8) valstybės remiami asmenys, gaunantys socialinę pašalpą;

9) vienas iš tėvų (įtėvių), globėjas ar rūpintojas, slaugantis namuose asmenį, kuriam nustatytas neįgalumo lygis (vaiką invalidą), arba asmenį, pripažintą nedarbingu (iki 2005 m. liepos 1 d. – I grupės invalidu) iki 24 metų, arba asmenį, pripažintą nedarbingu (iki 2005 m. liepos 1 d. – I grupės invalidu) iki 26 metų dėl ligų, atsiradusių iki 24 metų, arba asmenį, kuriam nustatytas specialusis nuolatinės slaugos poreikis (iki 2005 m. liepos 1 d. – visiška negalia);

10) asmenys, teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti neįgaliaisiais;

11) asmenys, sergantys visuomenei pavojingomis užkrečiamosiomis ligomis, kurios yra įtrauktos į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą;

12) pasipriešinimo (rezistencijos) dalyviai – kariai savanoriai, laisvės kovų dalyviai; reabilituoti politiniai kaliniai ir jiems prilyginti asmenys, tremtiniai ir jiems prilyginti asmenys, taip pat asmenys, nukentėję 1991 m. sausio 13-osios ar kituose įvykiuose gindami Lietuvos nepriklausomybę ir valstybingumą;

13) asmenys, prisidėję prie Černobylio atominės elektrinės avarijos padarinių likvidavimo;

14) buvę geto ir buvę mažamečiai fašistinių prievartinio įkalinimo vietų kaliniai;

15) valstybės pripažįstamų tradicinių religinių bendrijų dvasininkai, dvasininkų rengimo mokyklų studentai ir vienuolių noviciatuose atliekantys vienuolinę formaciją naujokai;

16) asmenys, kuriems įstatymų nustatyta tvarka yra pripažintas Afganistano karo dalyvių teisinis statusas;

17) nelydimi nepilnamečiai užsieniečiai;

18) papildomą ir laikiną apsaugą Lietuvos Respublikoje gavę užsieniečiai: asmenys iki 18 metų, asmenys, kuriems nustatyta liga ar organizmo būklė, įrašyta į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą, vieniši tėvai, auginantys nepilnamečius vaikus, moterys nėštumo laikotarpiu 70 dienų (suėjus 28 nėštumo savaitėms ir daugiau) iki gimdymo ir 56 dienos po gimdymo, asmenys, kuriems sukako Lietuvos Respublikos įstatymų nustatytas senatvės pensijos amžius;

19) nesukakęs senatvės pensijos amžiaus ir neturintis draudžiamųjų pajamų Respublikos Prezidento sutuoktinis – Respublikos Prezidento kadencijos laikotarpiu.

5. Lietuvos Respublikos karių, užsieniečių, pateikusių prašymą suteikti jiems prieglobstį Lietuvos Respublikoje, taip pat užsieniečių, kuriems suteikta papildoma ar laikinoji apsauga Lietuvos Respublikoje (išskyrus šio straipsnio 4 dalies 18 punkte nurodytus asmenis), teismo ar teisėsaugos institucijų sulaikytų asmenų, esančių kardomojo kalinimo vietose, nuteistųjų laisvės atėmimu bei asmenų, padariusių visuomenei pavojingą veiką, kuriems teismo nutartimi paskirtos priverčiamosios medicininio pobūdžio priemonės, sveikatos priežiūra apmokama iš valstybės biudžeto lėšų Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – Vyriausybės) ar jos įgaliotos institucijos nustatyta tvarka.

6. Privalomojo sveikatos draudimo fondas disponuoja valstybės biudžeto lėšomis, skirtomis šio straipsnio 4 ir 5 dalyse nurodytų asmenų privalomajam sveikatos draudimui ir asmenų, nurodytų šio straipsnio 5 dalyje, sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, išskyrus, kai šios paslaugos teikiamos Teisingumo, Krašto apsaugos ar Vidaus reikalų ministerijų valdymo srities sveikatos priežiūros įstaigose.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [IX-2163](#), 2004-04-22, *Žin.*, 2004, Nr. 68-2370 (2004-04-29)

Nr. [X-15](#), 2004-11-23, *Žin.*, 2004, Nr. 171-6325 (2004-11-26)

Nr. [X-70](#), 2004-12-22, *Žin.*, 2004, Nr. 188-7002 (2004-12-31)

Nr. [X-178](#), 2005-04-28, *Žin.*, 2005, Nr. 61-2159 (2005-05-14)

Nr. [X-317](#), 2005-07-05, *Žin.*, 2005, Nr. 86-3209 (2005-07-16)

Nr. [X-593](#), 2006-05-04, *Žin.*, 2006, Nr. 57-2023 (2006-05-20)

Nr. [X-1803](#), 2008-11-11, *Žin.*, 2008, Nr. 135-5239 (2008-11-25)

Nr. [XI-98](#), 2008-12-22, *Žin.*, 2008, Nr. 149-6022 (2008-12-30)

Nr. [XI-183](#), 2009-02-19, *Žin.*, 2009, Nr. 25-985 (2009-03-05)

Nr. [XI-391](#), 2009-07-22, *Žin.*, 2009, Nr. 93-3983 (2009-08-04)

Nr. XI-1795, 2011-12-13, *Žin.*, 2011, Nr. 160-7564 (2011-12-28)

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.

3. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registras tvarkomas ir jo duomenys teikiami vadovaujantis Valstybės registrų įstatymu, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu, šio registro nuostatais ir kitais teisės aktais.

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.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-163](#), 2005-04-21, *Žin.*, 2005, Nr. 58-2001 (2005-05-07)

Nr. [XI-448](#), 2009-10-22, *Žin.*, 2009, Nr. 130-5638 (2009-10-31)

8 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo galiojimas

1. Asmenų, nurodytų šio Įstatymo 17 straipsnio 1, 2 ir 6 dalyse, privalomasis sveikatos draudimas įsigalioja nuo tos dienos, kurią už juos buvo pradėtos mokėti arba jie patys pradėjo mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

2. Asmenų, nurodytų šio Įstatymo 17 straipsnio 3, 4, 5, 7 ir 9 dalyse, privalomasis sveikatos draudimas įsigalioja kitą mėnesį po tos dienos, kai 3 mėnesius iš eilės už juos buvo mokamos arba jie patys mokėjo privalomojo sveikatos draudimo įmokas, arba nuo tos dienos, kai šie asmenys sumoka 3 minimaliųjų mėnesinių algų dydžio įmoką. 3 minimaliųjų mėnesinių algų dydžio įmokos sumokėjimas neatleidžia nuo prievolės mokėti šio Įstatymo 17 straipsnyje nustatyto dydžio įmokas.

3. Asmenys, nurodyti šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje, apdraustaisiais laikomi nuo šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje nurodyto statuso įgijimo dienos iki jo netekimo dienos.

4. Asmenys, nurodyti šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje ir 17 straipsnio 1–7 ir 9 dalyse, šio Įstatymo 9–12 straipsniuose nurodytas paslaugas, kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, už kuriuos mokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, gauna dar vieną mėnesį po to, kai už juos nustota mokėti arba kai jie patys nustoja mokėti privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Ši garantija neatleidžia nuo prievolės mokėti šio Įstatymo 17 straipsnyje nustatyto dydžio įmokas.

5. Už Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokėtas asmens sveikatos priežiūros paslaugas (išskyrus būtinąsias medicinos pagalbos paslaugas), suteiktas asmeniui, nelaikomam apdraustuojui, šio Įstatymo 17 straipsnio 1–9 dalyse nustatytų įmokų mokėtojai moka teritorinei ligonių kasai.

6. Jeigu teritorinė ligonių kasa nustato, kad draudžiamajam per kalendorinį mėnesį suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina viršija 100 bazinių socialinių išmokų, tos teritorinės ligonių kasos teikimu atitinkama teritorinė valstybinė mokesčių inspekcija ir (arba) Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaiga tikrina, ar asmuo yra sumokėjęs visas privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Kiti asmenys tikrinami pasirinktinai.

7. Išlaidos, susijusios su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, ir nesumokėtos privalomojo sveikatos draudimo įmokos iš asmenų išieškamos šio ir kitų įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [IX-1833](#), 2003-11-18, *Žin.*, 2003, Nr. 113-5058 (2003-12-03)

Nr. [IX-2540](#), 2004-11-04, *Žin.*, 2004, Nr. 171-6300 (2004-11-26)

Nr. [XI-98](#), 2008-12-22, *Žin.*, 2008, Nr. 149-6022 (2008-12-30)

Nr. [XI-183](#), 2009-02-19, *Žin.*, 2009, Nr. 25-985 (2009-03-05)

Nr. [XI-391](#), 2009-07-22, *Žin.*, 2009, Nr. 93-3983 (2009-08-04)

Nr. [XI-1795](#), 2011-12-13, *Žin.*, 2011, Nr. 160-7564 (2011-12-28)

II SKYRIUS

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO PASLAUGOS IR JŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMAS

9 straipsnis. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos asmens

sveikatos priežiūros paslaugos

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

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

- 1) informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais;
- 2) Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyti draudžiamųjų sveikatos profilaktiniai patikrinimai.

3. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama:

- 1) pirminės, antrinės ir tretinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos;
- 2) galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo išlaidų kompensacijos;
- 3) šio Įstatymo nustatytos draudžiamųjų išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensacijos;

4) valstybės parama ortopedijos technikos priemonėms įsigyti Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka.

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

1) slaugos ir socialines paslaugas bei patarnavimus, palaikomojo gydymo paslaugas slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir terminais, bet ne ilgiau kaip 120 dienų per kalendorinius metus;

2) šio Įstatymo 11 straipsnyje numatytą medicininę rehabilitaciją ir sanatorinį gydymą.

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

- 1) draudžiamojo laikinojo nedarbingumo ekspertizė;
- 2) (neteko galios);
- 3) patologinis anatomsinis tyrimas asmeniui mirus.

6. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos išvardijamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašė. Šį sąrašą tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

7. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas gali būti detalizuojamas konkrečias sveikatos priežiūros paslaugas nurodant teritorinių ligonių kasų ir sveikatos priežiūros įstaigų sutartyse.

8. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos tik asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios atitinka Vyriausybės nustatytus iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijus.

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

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-317](#), 2005-07-05, *Žin.*, 2005, Nr. 86-3209 (2005-07-16)

Nr. [XI-1149](#), 2010-11-18, *Žin.*, 2010, Nr. 142-7263 (2010-12-04)

10 straipsnis. Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų

kompensavimas apdraustiesiems

1. Apdraustiesiems yra kompensuojamos išlaidos kompensuojamiesiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, išrašytiems ambulatoriniam gydymui Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti, Kompensuojamųjų vaistų bei Kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašus ir įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarką tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones. Išlaidos vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms kompensuojamos pagal bazinės kainas, apskaičiuotas Vyriausybės nustatyta tvarka.

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

1) vaikams iki 18 metų;

2) asmenims, pripažintiems nedarbingais, ar asmenims, sukakusiems senatvės pensijos amžių, kuriems teisės aktų nustatyta tvarka yra nustatytas didelių specialiųjų poreikių lygis.

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

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

1) gaunantiems valstybinę socialinio draudimo senatvės pensiją;

2) gaunantiems šalpos pensiją;

3) gaunantiems II grupės invalidumo pensiją arba iš dalies darbingiems asmenims, kuriems teisės aktų nustatyta tvarka nustatytas 30–40 procentų darbingumo lygis.

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

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-194](#), 2005-05-12, *Žin.*, 2005, Nr. 67-2402 (2005-05-28)

Nr. [X-317](#), 2005-07-05, *Žin.*, 2005, Nr. 86-3209 (2005-07-16)

11 straipsnis. Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimas

apdraustiesiems

1. Visa bazinė medicininės reabilitacijos, įskaitant sveikatą grąžinantį gydymą, kaina kompensuojama šiems apdraustiesiems:

1) vaikams iki 18 metų;

2) asmenims, pripažintiems nedarbingais, ar asmenims, sukakusiems senatvės pensijos amžių, kuriems teisės aktų nustatyta tvarka yra nustatytas didelių specialiųjų poreikių lygis;

3) asmenims, siunčiamiems baigti gydymą po sunkios ligos ar traumos, kurios įrašytos į sveikatos apsaugos ministro patvirtintą sąrašą.

2. 90 procentų bazinės sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo kainos kompensuojama šiems apdraustiesiems:

1) vaikams iki 7 metų;

2) asmenims iki 18 metų, kurie teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti neįgaliaisiais.

3. Bazinę medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo kainą nustato Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

4. Išlaidų medicininei reabilitacijai ir sanatoriniam (antirecidyviniam) gydymui kompensacijų skyrimo ir mokėjimo tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-317](#), 2005-07-05, *Žin.*, 2005, Nr. 86-3209 (2005-07-16)

12 straipsnis. Galūnių, sąnarių ir organų protezavimo, protezų įsigijimo ir centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių išlaidų kompensavimas

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

III SKYRIUS

PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FINANSAI

13 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindas

Privalomojo sveikatos draudimo finansų pagrindą sudaro savarankiškas valstybinio Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, neįtrauktas į valstybės ir savivaldybių biudžetus.

13¹ straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo fondo finansinių ir biudžeto vykdymo ataskaitų rinkiniai

Privalomojo sveikatos draudimo fondo ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo administravimo įstaigų finansinių ataskaitų rinkinių ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio sudėtį ir jų sudarymo reikalavimus reglamentuoja Viešojo sektoriaus atskaitomybės įstatymas. Privalomojo sveikatos draudimo fondo ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo administravimo įstaigų biudžeto vykdymo ataskaitų rinkinių sudėtį ir jų sudarymo reikalavimus reglamentuoja šio Įstatymo 14 straipsnio 4 dalyje nurodytos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisyklės.

Įstatymas papildytas straipsniu:

Nr. [X-1220](#), 2007-06-26, *Žin.*, 2007, Nr. 77-3052 (2007-07-12)

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-1828](#), 2008-11-14, *Žin.*, 2008, Nr. 137-5377 (2008-11-29)

14 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas sudaromas vieneriems metams – nuo sausio 1 dienos iki gruodžio 31 dienos įskaitytinai.

2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą, metinių biudžeto vykdymo ir finansinių ataskaitų rinkinius ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinį 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 įstatymu. Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinį kartu su Privalomojo sveikatos draudimo tarybos išvada, valstybinio audito išvada ir audito ataskaita kasmet, ne vėliau kaip iki balandžio 15 dienos, Sveikatos apsaugos ministerija teikia svarstyti Vyriausybei. Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinys tvirtinamas Seimo nutarimu.

3. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas per vidutinės trukmės laikotarpį (3 metus) turi būti subalansuotas.

4. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sudarymo ir vykdymo taisykles tvirtina Vyriausybė.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-1220](#), 2007-06-26, *Žin.*, 2007, Nr. 77-3052 (2007-07-12)

Nr. [X-1828](#), 2008-11-14, *Žin.*, 2008, Nr. 137-5377 (2008-11-29)

Nr. [XI-1346](#), 2011-04-21, *Žin.*, 2011, Nr. 52-2521 (2011-05-03)

15 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamas sudaro:

- 1) apdraustųjų privalomojo sveikatos draudimo įmokos bei už juos mokamos įmokos;
- 2) valstybės biudžeto įmokos už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis;
- 3) institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, veiklos pajamos;
- 4) papildomi valstybės biudžeto asignavimai;
- 5) savanoriškos juridinių ir fizinių asmenų įmokos;

6) valstybės biudžeto asignavimai ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidoms apmokėti;

7) iš sveikatos priežiūros įstaigų ar vaistinių išieškotos ar jų gražintos lėšos už neteisėtai suteiktas ar neteisėtai pateiktas apmokėti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neteisėtai išrašytas, išduotus ar pateiktus apmokėti vaistus ir medicinos pagalbos priemones;

8) įstatymų nustatyta tvarka iš fizinių ir juridinių asmenų išieškotos lėšos už žalą, padarytą apdrausotojo sveikatai, kai apdrausotojo sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos buvo apmokėtos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų;

9) (neteko galios nuo 2009 m. sausio 1 d.)

2. Seimas gali įstatymu patvirtinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui papildomus valstybės biudžeto asignavimus, jei dėl Fondo biudžeto tvirtinimo metu nenumatytų priežasčių padidėja jo išlaidos arba sumažėja pajamos ir dėl to Fondo biudžetas negali įvykdyti visų šio Įstatymo nustatytų įpareigojimų.

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

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-911](#), 2006-11-16, *Žin.*, 2006, Nr. 132-4988 (2006-12-05)

Nr. [XI-98](#), 2008-12-22, *Žin.*, 2008, Nr. 149-6022 (2008-12-30)

16 straipsnis. Valstybės biudžeto įmokos į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą

1. Seimas, kiekvienais metais tvirtindamas valstybės biudžetą, Vyriausybės teikimu tvirtina į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą pervedamos įmokos vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis, dydį.

2. Šio straipsnio 1 dalyje nustatytos įmokos dydis vienam apdraustajam, draudžiamam valstybės lėšomis, nuo 2009 metų yra 32 procentai, 2010 metais – 33 procentai, 2011 metais – 34 procentai, 2012 metais – 35 procentai Lietuvos statistikos departamento paskelbto užpraeitų metų keturių ketvirčių šalies ūkio darbuotojų vidutinio mėnesinio bruto darbo užmokesčio vidurkio.

3. Valstybės biudžeto bendros pinigų sumos į Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą už apdraustuosius valstybės lėšomis pervedamos teisės aktų nustatyta tvarka.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [IX-1901](#), 2003-12-16, *Žin.*, 2003, Nr. 123-5580 (2003-12-30)

Nr. [X-911](#), 2006-11-16, *Žin.*, 2006, Nr. 132-4988 (2006-12-05)

Nr. [XI-98](#), 2008-12-22, *Žin.*, 2008, Nr. 149-6022 (2008-12-30)

17 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo įmokos

1. Draudėjai moka 3 procentų dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas nuo Valstybinio socialinio draudimo įstatymo nustatyta tvarka apskaičiuotų pajamų, nuo kurių skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos, už asmenis:

1) dirbančius pagal darbo sutartis, narystės pagrindu einančius renkamąsias pareigas renkamose organizacijose, narystės pagrindu dirbančius ūkinėse bendrijose, žemės ūkio bendrovėse arba kooperatinėse organizacijose, viešojo administravimo valstybės tarnautojus, operatyvinės veiklos slaptuosius dalyvius, kuriems pagal su jais sudarytas rašytines slapto bendradarbiavimo sutartis mokamas atlygis, taip pat asmenis, nurodytus Valstybinio socialinio draudimo įstatymo 4 straipsnio 2 dalies 1 ir 2 punktuose;

2) valstybės politikus, Konstitucinio Teismo, Lietuvos Aukščiausiojo Teismo, kitų teismų teisėjus ir kandidatus į teisėjus, prokuratūros pareigūnus, Lietuvos banko valdybos pirmininką, jo pavaduotojus, valdybos narius, Seimo ar Respublikos Prezidento paskirtų valstybės institucijų ar įstaigų vadovus, kitus Seimo ar Respublikos Prezidento paskirtų valstybės institucijų ar įstaigų pareigūnus, Seimo ar Respublikos Prezidento paskirtų valstybinių (nuolatinių) komisijų ir tarybų, kitų valstybinių (nuolatinių) komisijų ir tarybų pirmininkus, jų pavaduotojus ir narius, taip pat pagal specialius įstatymus įsteigtų komisijų ar tarybų pareigūnus, jeigu jiems už darbą mokamas darbo užmokestis;

3) (neteko galios nuo 2012-01-01).

2. Asmenys, nurodyti šio straipsnio 1 dalyje ir Valstybinio socialinio draudimo įstatymo 4 straipsnio 2 dalies 1 ir 2 punktuose, moka 6 procentų dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas nuo Valstybinio socialinio draudimo įstatymo nustatyta tvarka asmeniui apskaičiuotų pajamų, nuo kurių skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos.

3. Asmenys, gaunantys pajamas pagal autorinę sutartį, taip pat sporto veiklos, atlikėjo veiklos pajamas, išskyrus asmenis, kurie verčiasi atitinkama individualia veikla, moka 6 procentų dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas, o draudėjai – 3 procentų dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas nuo pajamų, nuo kurių skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos. Už meno kūrėjo statusą turinčius asmenis, negaunančius pajamų pagal autorinę sutartį ir nepriklausančius asmenims, nurodytiems šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje, 17 straipsnio 1 dalyje ir 4–9 dalyse, privalomojo sveikatos draudimo įmokas sumoka Lietuvos Respublikos atitinkamų metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatyme nurodytas valstybės biudžeto asignavimų valdytojas iš Meno kūrėjų socialinės apsaugos programos Vyriausybės nustatyta tvarka. Šios įmokos dydis – 9 procentai minimaliosios mėnesinės algos, galiojančios mėnesio, už kurį mokama įmoka, paskutinę dieną.

4. 9 procentų dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas nuo sumos, nuo kurios skaičiuojamos socialinio draudimo įmokos, moka fiziniai asmenys, kurie verčiasi:

1) individualia ne žemės ūkio veikla, išskyrus asmenis, nurodytus šio straipsnio 5 dalyje;

2) individualia žemės ūkio veikla ir yra pridėtinės vertės mokesčio mokėtojai (išskyrus šio straipsnio 7 dalyje nurodytus asmenis).

5. Fiziniai asmenys, kurie, vykdydami individualią veiklą, gyventojų pajamų mokesčių nuo individualios veiklos pajamų sumoka įsigydami verslo liudijimus, kas mėnesį moka 9 procentų minimaliosios mėnesinės algos, galiojančios mėnesio, už kurį mokama įmoka, paskutinę dieną, dydžio

privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Asmenų, nurodytų šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje, 17 straipsnio 1 dalies 1 ir 2 punktuose ir 2 dalyje, įmokos apskaičiuojamos proporcingai išduoto verslo liudijimo galiojimo laikotarpiui.

6. Individualios įmonės už individualių įmonių savininkus ir ūkinės bendrijos už ūkinių bendrijų tikruosius narius moka 9 procentų dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas nuo sumos, nuo kurios skaičiuojamos jų socialinio draudimo įmokos. Tais atvejais, kai individuali įmonė ar ūkinė bendrija laikinai nevykdo veiklos ir apie tai yra informavusi Valstybinę mokesčių inspekciją prie Lietuvos Respublikos finansų ministerijos jos nustatyta tvarka arba turi likviduojamos ar bankrutuojančios įmonės statusą, individualių įmonių savininkai ir ūkinių bendrijų tikrieji nariai kas mėnesį už save moka 9 procentų minimaliosios mėnesinės algos, galiojančios mėnesio, už kurį mokama įmoka, paskutinę dieną, dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas, jeigu jie nepriklauso asmenims, išvardytiems šio straipsnio 1–8 dalyse ir šio įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje.

7. Asmenys, kurie nepriklauso išvardytiems šio straipsnio 1–5 dalyse bei šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje ir kurių žemės ūkio valdos ar ūkio ekonominis dydis pagal valstybės įmonės Žemės ūkio informacijos ir kaimo verslo centro atliktus skaičiavimus už praėjusių metų laikotarpį nuo sausio 1 dienos iki gruodžio 31 dienos yra ne didesnis kaip 2 ekonominio dydžio vienetai, kas mėnesį moka už save 3 procentų minimaliosios mėnesinės algos, galiojančios mėnesio, už kurį mokama įmoka, paskutinę dieną, dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

8. Asmenys, gaunantys Ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatyme nurodytas iš Valstybinio socialinio draudimo fondo lėšų mokamas pašalpas, nuo kurių Gyventojų pajamų mokesčio įstatymo nustatyta tvarka turi būti išskaičiuotas gyventojų pajamų mokestis, nuo šių pajamų moka 6 procentų dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

9. Asmenys, nepriklausantys išvardytiems šio straipsnio 1–8 dalyse ir šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje, kas mėnesį moka už save 9 procentų minimaliosios mėnesinės algos, galiojančios mėnesio, už kurį mokama įmoka, paskutinę dieną, dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

10. Asmenų, išskyrus asmenis, išvardytus šio straipsnio 1 ir 7 dalyse, šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje ir Valstybinio socialinio draudimo įstatymo 4 straipsnio 2 dalies 1 ir 2 punktuose, metinė privalomojo sveikatos draudimo įmoka negali būti mažesnė kaip 9 procentai 12 minimaliųjų mėnesinių algų, galiojančių tų metų kiekvieno atitinkamo mėnesio paskutinę dieną, dydžio. Asmenų, išvardytų šio straipsnio 7 dalyje, metinė privalomojo sveikatos draudimo įmoka negali būti mažesnė kaip 3 procentai 12 minimaliųjų mėnesinių algų, galiojančių tų metų kiekvieno atitinkamo mėnesio paskutinę dieną, dydžio.

11. Fizinį asmenų, nurodytų šio straipsnio 4 dalyje, metinė privalomojo sveikatos draudimo įmoka negali būti mažesnė kaip 9 procentai nuo 12 minimaliųjų mėnesinių algų, galiojančių tų metų kiekvieno atitinkamo mėnesio paskutinę dieną. Šio straipsnio 4 dalyje nurodytų fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia ne žemės ūkio veikla, metinė privalomojo sveikatos draudimo įmoka nuo individualios veiklos pajamų skaičiuojama nuo sumos, ne didesnės kaip 48 Vyriausybės patvirtintų einamųjų metų draudžiamųjų pajamų dydžių suma. Šio straipsnio 4 dalyje nurodytų fizinių asmenų, kurie verčiasi individualia žemės ūkio veikla, metinė privalomojo sveikatos draudimo įmoka nuo šios individualios veiklos pajamų skaičiuojama nuo sumos, ne didesnės kaip 12 Vyriausybės patvirtintų einamųjų metų draudžiamųjų pajamų dydžių suma.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-15](#), 2004-11-23, *Žin.*, 2004, Nr. 171-6325 (2004-11-26)

Nr. [XI-98](#), 2008-12-22, *Žin.*, 2008, Nr. 149-6022 (2008-12-30)

Nr. [XI-183](#), 2009-02-19, *Žin.*, 2009, Nr. 25-985 (2009-03-05)

Nr. [XI-391](#), 2009-07-22, *Žin.*, 2009, Nr. 93-3983 (2009-08-04)

Nr. [XI-960](#), 2010-06-30, *Žin.*, 2010, Nr. 86-4518 (2010-07-20)

Nr. [XI-1097](#), 2010-11-09, *Žin.*, 2010, Nr. 137-6998 (2010-11-23)

Nr. [XI-1103](#), 2010-11-09, *Žin.*, 2010, Nr. 137-7004 (2010-11-23)

Nr. [XI-1165](#), 2010-11-23, *Žin.*, 2010, Nr. 145-7422 (2010-12-11)

Nr. XI-1795, 2011-12-13, *Žin.*, 2011, Nr. 160-7564 (2011-12-28)

18 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo įmokų administravimo ir mokėjimo tvarka

1. Šio Įstatymo 17 straipsnio 5, 7 ir 9 dalyse nurodytas privalomojo sveikatos draudimo įmokas administruoja Valstybinė mokesčių inspekcija prie Finansų ministerijos Mokesčių administravimo įstatymo nustatyta tvarka ir šias įmokas bei su jomis susijusias šio Įstatymo 19 straipsnio 2 dalyje nurodytas sumas per tris dienas perveda į Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės mokesčių inspekcijos prie Finansų ministerijos nustatyta tvarka Valstybinė mokesčių inspekcija prie Finansų ministerijos turi teikti Valstybinei ligonių kasai ir teritorinėms ligonių kasoms reikiamą informaciją apie asmenų sumokėtas šio Įstatymo 17 straipsnio 5, 7 ir 9 dalyse nurodytas privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Valstybinė mokesčių inspekcija prie Finansų ministerijos nustato privalomojo sveikatos draudimo įmokų deklaravimo atvejus ir tvarką.

2. Šio Įstatymo 17 straipsnio 1–4 ir 6 dalyse nurodytas privalomojo sveikatos draudimo įmokas administruoja, o šio Įstatymo 17 straipsnio 8 dalyje nurodytu atveju – įmokas išskaito Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigos Valstybinio socialinio draudimo įstatymo nustatyta tvarka ir šias įmokas bei su jomis susijusias šio Įstatymo 19 straipsnio 1 dalyje nurodytas sumas per tris dienas perveda 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 straipsnio 1–4, 6 ir 8 dalyse 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 straipsnio 1–4, 6 ir 8 dalyse nurodytų įmokų ir iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto finansuojamų sveikatos priežiūros įstaigų socialinio draudimo įmokų tarpusavio įskaitymais. Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos nustato privalomojo sveikatos draudimo įmokų deklaravimo atvejus ir tvarką.

3. Šio Įstatymo 17 straipsnio 1–4, 6 ir 8 dalyse nurodytos įmokos mokamos Valstybinio socialinio draudimo įstatymo nustatyta tvarka.

4. Asmenys, nurodyti šio Įstatymo 17 straipsnio 4 dalyje, kas mėnesį moka 9 procentų minimaliosios mėnesinės algos, galiojančios mėnesio, už kurį mokama įmoka, paskutinę dieną, dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Įmoka už atitinkamą mėnesį sumokama iki to mėnesio paskutinės dienos. Asmenys, nurodyti šio Įstatymo 17 straipsnio 4 dalyje, gali įmokų kas mėnesį nemokėti, jeigu jie moka ir (arba) už juos yra mokamos šio Įstatymo 17 straipsnio 1, 2 ir 6 dalyse nurodytos privalomojo sveikatos draudimo įmokos arba jeigu jie yra asmenys, išvardyti šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje, – tokie asmenys įmokas sumoka šio straipsnio 5 dalyje nustatyta tvarka.

5. Pasibaigus kalendoriniams metams, asmenys, nurodyti šio Įstatymo 17 straipsnio 3 ir 4 dalyse, turi perskaičiuoti už praėjusius kalendorinius metus mokėtinas privalomojo sveikatos draudimo įmokas atsižvelgdami į šio Įstatymo 17 straipsnio 3, 4, 10 ir 11 dalių nuostatas ir ne vėliau kaip iki gegužės 1 dienos sumokėti per praėjusius kalendorinius metus sumokėtos privalomojo sveikatos draudimo įmokų sumos ir mokėtinos privalomojo sveikatos draudimo įmokų sumos skirtumą.

6. Asmenys, nurodyti šio Įstatymo 17 straipsnio 5 dalyje, šio Įstatymo 17 straipsnio 5 dalyje nurodytas sveikatos draudimo įmokas už mėnesius, už kuriuos jie moka ir (arba) už juos yra mokamos šio Įstatymo 17 straipsnio 1, 2 ar 6 dalyse nurodytos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, arba jie yra asmenys, išvardyti šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje, turi teisę sumokėti kartą per metus, tačiau ne vėliau kaip iki kitų metų gegužės 1 dienos.

7. Šio Įstatymo 17 straipsnio 5, 7 ir 9 dalyse nurodytos įmokos mokamos į Valstybinės mokesčių inspekcijos prie Finansų ministerijos biudžeto pajamų surenkamąją sąskaitą.

8. Šio Įstatymo 17 straipsnio 10 ir 11 dalyse nurodytų nuostatų įgyvendinimo tvarką nustato Lietuvos Respublikos Vyriausybė.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [IX-1833](#), 2003-11-18, *Žin.*, 2003, Nr. 113-5058 (2003-12-03)

Nr. [IX-2540](#), 2004-11-04, *Žin.*, 2004, Nr. 171-6300 (2004-11-26)

Nr. [X-402](#), 2005-11-17, *Žin.*, 2005, Nr. 144-5236 (2005-12-10)

Nr. [XI-98](#), 2008-12-22, *Žin.*, 2008, Nr. 149-6022 (2008-12-30)

Nr. [XI-183](#), 2009-02-19, *Žin.*, 2009, Nr. 25-985 (2009-03-05)

Nr. [XI-391](#), 2009-07-22, *Žin.*, 2009, Nr. 93-3983 (2009-08-04)

Nr. XI-1795, 2011-12-13, *Žin.*, 2011, Nr. 160-7564 (2011-12-28)

19 straipsnis. Atsakomybė už privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimą

1. Pažeidus šio Įstatymo 17 straipsnio 1–4 dalyse nurodytų įmokų apskaičiavimo ir mokėjimo tvarką, draudėjams baudos skiriamos ir delspinigiai skaičiuojami Valstybinio socialinio draudimo įstatymo nustatyta tvarka.

2. Pažeidus šio Įstatymo 17 straipsnio 5, 7 ir 9 dalyse nurodytų įmokų apskaičiavimo ir mokėjimo tvarką, asmenims, kurie privalo mokėti ir (ar) apskaičiuoti šias įmokas, baudos skiriamos ir delspinigiai skaičiuojami Mokesčių administravimo įstatymo nustatyta tvarka.

3. Jeigu teritorinės valstybinės mokesčių inspekcijos ir Valstybinio socialinio draudimo fondo administravimo įstaigos laiku neperveda į Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą surinktų privalomojo sveikatos draudimo įmokų, jos moka delspinigius pagal finansų ministro nustatytą delspinigių normą, taikomą už pavėluotą mokesčio mokėjimą.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [IX-1833](#), 2003-11-18, *Žin.*, 2003, Nr. 113-5058 (2003-12-03)

Nr. [IX-2540](#), 2004-11-04, *Žin.*, 2004, Nr. 171-6300 (2004-11-26)

Nr. [XI-98](#), 2008-12-22, *Žin.*, 2008, Nr. 149-6022 (2008-12-30)

Nr. [XI-183](#), 2009-02-19, *Žin.*, 2009, Nr. 25-985 (2009-03-05)

Nr. [XI-391](#), 2009-07-22, *Žin.*, 2009, Nr. 93-3983 (2009-08-04)

20 straipsnis. Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, santykiai su Lietuvos bankų įstaigomis

Banką Lietuvos Respublikoje Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos privalo pasirinkti konkurso būdu. Konkurso sąlygas nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

21 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidas sudaro:

1) iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, nustatytų pagal šį Įstatymą, išlaidos, sveikatos priežiūros įstaigoms, su kuriomis teritorinės ligonių kasos yra sudariusios sutartis, apmokėtos išlaidos;

2) išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti šio Įstatymo nustatyta tvarka kompensavimas apdraustiesiems;

3) medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidų šio Įstatymo nustatyta tvarka kompensavimas apdraustiesiems;

4) galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo, centralizuotai apmokamų vaistų bei medicinos pagalbos priemonių kompensavimo išlaidos;

5) ortopedijos technikos priemonių įsigijimo išlaidos;

6) išlaidos privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidoms apmokėti.

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

3. Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų veiklos išlaidoms gali būti skiriama iki 2 procentų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.

22 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervas

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui stabilizuoti numatomas rezervas. Jis turi būti ne didesnis kaip 10 procentų metinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų sumos.

2. Rezervo lėšos Vyriausybės nustatyta tvarka naudojamos laikinam pajamų trūkumui padengti arba išlaidoms, kurių tvirtinant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą nebuvo galima numatyti, apmokėti.

23 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo ir kitų laikinai

laisvų Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimas

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo ir kitas Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto laikinai laisvas lėšas Valstybinė ligonių kasa ir teritorinės ligonių kasos privalo laikyti konkurso būdu pasirinktose Lietuvos bankų įstaigose arba investuoti į Vyriausybės ar Lietuvos banko vertybinius popierius. Gautos pajamos turi būti naudojamos privalomojo sveikatos draudimo reikmėms.

2. Operacijas su laikinai laisvomis Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis prižiūri Sveikatos apsaugos ministerija.

24 straipsnis. Kasos apyvartos lėšos

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete numatomos kasos apyvartos lėšos. Jos sudaromos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų likučio, o kai jo nepakanka – iš planinių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų. Kasos apyvartos lėšų dydis nustatomas tvirtinant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą.

2. Kasos apyvartos lėšos naudojamos kasos pajamų laikinam trūkumui padengti ir turi būti gražintos ne vėliau kaip iki biudžetinių metų pabaigos.

25 straipsnis. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo

sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų nustatymo tvarka

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

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

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 farmacinei 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, tarp teritorinių ligonių kasų ir vaistinių, vadovaujantis Civiliniu kodeksu, šiuo ir kitais įstatymais, sudaromos Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka, atsižvelgiant į Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones.

27 straipsnis. Teritorinių ligonių kasų atsiskaitymo su sveikatos priežiūros įstaigomis ir vaistinėmis tvarka ir terminai

1. Teritorinės ligonių kasos sutartyse numatytais sąlygomis, neviršydamos patvirtinto Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto skirtų asignavimų, privalo apmokėti asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių, su kuriomis jos yra sudariusios sutartis, pateiktas sąskaitas.

2. Sąskaitas už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir išduotus kompensuojamuosius vaistus bei medicinos pagalbos priemones kartą per mėnesį sveikatos priežiūros įstaigos ir vaistinės pateikia tai teritorinei ligonių kasai, su kuria yra sudariusios sutartį. Teritorinė ligonių kasa ne vėliau kaip per 30 dienų nuo sąskaitos gavimo dienos perveda pinigus sudariusioms su ja sutartis sveikatos priežiūros įstaigoms ir vaistinėms atsiskaitydama pagal pateiktas sąskaitas. Jei teritorinės ligonių kasos laiku neatsiskaito, turi būti mokami delspinigiai įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka.

3. Jeigu faktinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos yra didesnės, negu yra patvirtintos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų plane, Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones, šio Įstatymo ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka priima sprendimus nustatyti tokį išmokų ir kompensacijų dydį, kuris atitinka patvirtintą išlaidų planą.

4. Jeigu faktinės Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos yra mažesnės negu patvirtintame Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete, Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Valstybinės ligonių kasos ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nuomones, teikia siūlymus Vyriausybei patikslinti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą. Tikslinant Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą, numatomos reikalingos lėšos susidariusiems delspinigiams padengti teisės aktų nustatyta tvarka.

IV SKYRIUS

INSTITUCIJOS, VYKLANČIOS PRIVALOMĄJĮ SVEIKATOS DRAUDIMĄ

28 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo taryba

1. Privalomojo sveikatos draudimo taryba yra kolegiali patariamoji institucija. Privalomojo sveikatos draudimo tarybą sudaro, jos sudėtį ir nuostatus tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija.

2. Privalomojo sveikatos draudimo taryba:

- 1) svarsto perspektyvinius ir einamuosius privalomojo sveikatos draudimo uždavinius;
- 2) teikia siūlymus Sveikatos apsaugos ministerijai 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 konsoliduotųjų ataskaitų rinkinio;
- 4) teikia siūlymus dėl privalomąjį sveikatos draudimą reglamentuojančių teisės aktų;
- 5) teikia siūlymus dėl Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų struktūros reikalavimų ir veiklos išlaidų normatyvų bei Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto paskirstymo;
- 6) teikia siūlymus dėl sutarčių tarp teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų bei teritorinių ligonių kasų ir vaistinių sudarymo tvarkos;
- 7) nagrinėja Valstybinės ligonių kasos finansinę ir ekonominę veiklą;
- 8) nagrinėja kitus privalomojo sveikatos draudimo klausimus.

3. Į Privalomojo sveikatos draudimo tarybą įeina:

- 1) šeši valstybės valdymo institucijų atstovai – po vieną Nacionalinės sveikatos tarybos, Sveikatos apsaugos ministerijos, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Finansų ministerijos, Valstybinės ligonių kasos ir teritorinių ligonių kasų atstovą;
- 2) penki apdraustųjų atstovai – du darbdavių organizacijų atstovai, vienas ne medikų profesinių sąjungų atstovas, vienas pacientų organizacijų atstovas, vienas savivaldybių asociacijos atstovas;
- 3) penki sveikatos priežiūros ir farmacijos paslaugų teikėjų atstovai – du medikų profesinių sąjungų atstovai (iš jų – vienas gydytojų profesinės sąjungos, vienas slaugos specialistų profesinės sąjungos), du sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų organizacijų atstovai, vienas farmacininkų organizacijų atstovas.

4. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos darbui vadovauja pirmininkas. Jis renkamas paprasta balsų dauguma dalyvaujant ne mažiau kaip 2/3 Privalomojo sveikatos draudimo tarybos narių.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-1220](#), 2007-06-26, *Žin.*, 2007, Nr. 77-3052 (2007-07-12)

Nr. [X-1828](#), 2008-11-14, *Žin.*, 2008, Nr. 137-5377 (2008-11-29)

29 straipsnis. Valstybinė ligonių kasa

1. Valstybinė ligonių kasa veikia pagal šį Įstatymą, Biudžetinių įstaigų įstatymą bei Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus nuostatus. Biudžetinių įstaigų įstatymas Valstybinei ligonių kasai taikomas tiek, kiek jos veiklos nereglamentuoja šis Įstatymas.

2. Valstybinės ligonių kasos direktorių Valstybės tarnybos įstatymo nustatyta tvarka skiria ir atleidžia iš pareigų sveikatos apsaugos ministras.

3. Valstybinė ligonių kasa yra juridinis asmuo, išlaikomas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, turintis atspaudą su Lietuvos valstybės herbu ir sąskaitas Lietuvos Respublikos bankuose.

4. Už savo veiklą Valstybinė ligonių kasa atskaitinga Sveikatos apsaugos ministerijai.

30 straipsnis. Valstybinės ligonių kasos funkcijos

Valstybinė ligonių kasa atlieka šias funkcijas:

1) rengia Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą, metinių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo ataskaitų ir finansinių ataskaitų rinkinius ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo konsoliduotųjų ataskaitų rinkinį, 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 užtikrina prevencinės medicinos pagalbą, medicinos pagalbą, medicininės reabilitacijos, slaugos, socialinių paslaugų ir patarnavimų, priskirtų asmens sveikatos priežiūrai, bei asmens sveikatos ekspertizės paslaugų teikimo išlaidų apmokėjimą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis per teritorines ligonių kasas;

8) kitas šio Įstatymo, Valstybinės ligonių kasos nuostatų ir kitų teisės aktų nustatytas funkcijas.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-1220](#), 2007-06-26, *Žin.*, 2007, Nr. 77-3052 (2007-07-12)

Nr. [X-1828](#), 2008-11-14, *Žin.*, 2008, Nr. 137-5377 (2008-11-29)

Nr. [XI-448](#), 2009-10-22, *Žin.*, 2009, Nr. 130-5638 (2009-10-31)

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 turta;
- 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 rehabilitacijos, slaugos, socialinių paslaugų ir patarnavimų, priskirtų asmens sveikatos priežiūrai, bei asmens sveikatos ekspertizės paslaugų teikimu ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimu;
- 8) kontroliuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekį ir kokybę, taip pat kad suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitiktų nustatytus reikalavimus, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išrašymo ir išdavimo teisėtumą bei su tuo susijusią sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių veiklą;
- 9) tikrinti, ar teisingai išrašomos sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių 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.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [IX-2540](#), 2004-11-04, *Žin.*, 2004, Nr. 171-6300 (2004-11-26)

Nr. [XI-448](#), 2009-10-22, *Žin.*, 2009, Nr. 130-5638 (2009-10-31)

Nr. [XI-714](#), 2010-03-30, *Žin.*, 2010, Nr. 41-1939 (2010-04-10)

32 straipsnis. Teritorinės ligonių kasos

1. Teritorines ligonių kasas 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 ir vaistinėmis, šiose sutartyse nustatytu laiku bei tvarka apmoka joms už draudžiamiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir išduotus vaistus bei medicinos pagalbos priemones;

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 registru 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 asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kiekį ir kokybę, taip pat ar suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos atitinka nustatytus reikalavimus, ar teisėtai išrašomi ir išduodami vaistai ir medicinos pagalbos priemonės, bei su tuo susijusią sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių veiklą;

7) tikrina, ar teisingai išrašomos sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių 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) vadovaudamasi Civiliniu kodeksu ir kitais įstatymais, reikalauja iš sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių atlyginti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui padarytą žalą. Šios lėšos grąžinamos ir įtraukiamos į teritorinės ligonių kasos, kuri apmokėjo už neteisėtai suteiktas asmens sveikatos priežiūros

paslaugas ar išduotus vaistus ir medicinos pagalbos priemones, biudžetą kaip papildomos lėšos ir yra skiriamos apmokėti asmens sveikatos priežiūros paslaugoms ar vaistams bei medicinos pagalbos priemonėms;

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.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [XI-448](#), 2009-10-22, *Žin.*, 2009, Nr. 130-5638 (2009-10-31)

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, reikalauti, 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.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [IX-2540](#), 2004-11-04, *Žin.*, 2004, Nr. 171-6300 (2004-11-26)

Nr. [XI-448](#), 2009-10-22, *Žin.*, 2009, Nr. 130-5638 (2009-10-31)

Nr. [XI-714](#), 2010-03-30, *Žin.*, 2010, Nr. 41-1939 (2010-04-10)

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 bei teritorinės ligonių kasos ir vaistinių sutartys;

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.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-1220](#), 2007-06-26, *Žin.*, 2007, Nr. 77-3052 (2007-07-12)

Nr. [X-1268](#), 2007-07-04, *Žin.*, 2007, Nr. 81-3326 (2007-07-21)

Nr. [X-1828](#), 2008-11-14, *Žin.*, 2008, Nr. 137-5377 (2008-11-29)

Nr. [XI-714](#), 2010-03-30, *Žin.*, 2010, Nr. 41-1939 (2010-04-10)

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 ir teritorinės ligonių kasos dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo ir sveikatos priežiūros 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.

Straipsnio pakeitimai:

Nr. [X-1268](#), 2007-07-04, *Žin.*, 2007, Nr. 81-3326 (2007-07-21)

37 straipsnis. Teritorinės ligonių kasos medicininio audito komisija

1. Teritorinės ligonių kasos medicininio audito komisiją iš trijų asmenų 3 metams renka teritorinės ligonių kasos stebėtojų taryba jos pirmininko teikimu. Teritorinės ligonių kasos medicininio audito komisijos nariai turi būti asmens sveikatos priežiūros specialistai.

2. Teritorinės ligonių kasos medicininio audito komisija pagal savo kompetenciją kontroliuoja sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis teritorinė ligonių kasa yra sudariusi sutartis, teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą arba siūlo teritorinės ligonių kasos direktoriui sudaryti sutartis su nepriklausomais ekspertais šiai kontrolei atlikti.

3. Teritorinės ligonių kasos medicininio audito komisijos veiklos tvarką nustato teritorinės ligonių kasos nuostatai.

V SKYRIUS

DRAUDŽIAMŪJŲ IR SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ, 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 ir vaistinių, sudariusių sutartis su teritorine

ligonių kasa, 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;

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.

VII SKYRIUS

PAPILDOMASIS (SAVANORIŠKASIS) SVEIKATOS DRAUDIMAS

42 straipsnis. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo institucijos

Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo institucijos yra draudimo įmonės, teisės aktų nustatyta tvarka gavusios leidimą (licenciją) šiai sveikatos draudimo veiklai.

43 straipsnis. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai

1. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai yra apdraustojo kreipimasis į sveikatos priežiūros įstaigą dėl papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartyse numatytų ir gydytojo diagnozuotų sveikatos sutrikimų ir (ar) sveikatos būklių, sudarančių pagrindą teikti apdraustiesiems šiose sutartyse numatytų rūšių ir masto asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei patarnavimus. Šių paslaugų ir patarnavimų išlaidas papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartyse nustatytais sąlygomis apmoka draudikas.

2. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo lėšomis apmokamos sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos, taip pat išlaidos kompensuojamiesiems vaistams, kurių neapmoka Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas, valstybės ar savivaldybių biudžetai. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo lėšomis gali būti apmokama ir ta sveikatos priežiūros paslaugų ar išlaidų kompensuojamiesiems vaistams dalis, kuri neapmokama Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, valstybės ar savivaldybių biudžetų lėšomis.

44 straipsnis. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartys

Papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas grindžiamas draudėjo ir draudiko sutartimis, kurių sudarymo ir vykdymo taisyklės nustato Vyriausybė. Draudėju gali būti juridinis arba fizinis asmuo.

45 straipsnis. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo lėšos

Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo lėšas sudaro savanoriškos (papildomos) juridinių ir fizinių asmenų piniginės įmokos savanoriškąjį (papildomąjį) sveikatos draudimą vykdančioms draudimo įmonėms.