LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS DRAUDIMO ĮSTATYMO PAKEITIMO
Į S T A T Y M A S

2002 m. gruodžio 3 d. Nr. IX-1219
Vilnius

(Žin., 1996, Nr. 55-1287, Nr. 99; 1997, Nr. 61-1441; 1998, Nr. 115-3231; 1999, Nr. 62-2035; 2000, Nr. 92-2882, Nr. 111-3565; 2001, Nr. 21-694, Nr. 102-3625; 2002, Nr. 72-3021)

1 straipsnis. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo nauja redakcija
Pakeisti Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymą ir jį išdėstyti taip:

„**LIETUVOS RESPUBLIKOS**
SVEIKATOS DRAUDIMO

Į S T A T Y M A S

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. **Privalomojo sveikatos draudimo įmokos** – valstybės, darbdavių ar pačių draudžiamųjų mokamos šio Įstatymo nustatyto dydžio įmokos.
3. **Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas** – šiame Įstatyme nustatytų pajamų ir išlaidų planas biudžetiniams metams.
4. **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.
5. **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.

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 Lietuvos Respublikos piliečiai ir kitų valstybių piliečiai bei asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvos Respublikoje, taip pat laikinai Lietuvos Respublikoje gyvenantys kitų valstybių piliečiai bei asmenys be pilietybės, jeigu jie teisėtai dirba Lietuvos Respublikoje, bei nepilnamečiai jų šeimos nariai (toliau – draudžiamieji).

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 8 straipsnio 3 dalyje nustatyta tvarka mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, nustatytos šio Įstatymo 17 straipsnio 1, 2, 3 ir 5 dalyse, bei asmenys, kurie šio Įstatymo 8 straipsnio 3 ir 4 dalyse nustatyta tvarka moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, nustatytas šio Įstatymo 17 straipsnio 4, 5 ir 6 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 ir 5 dalis), laikomi:

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

2) 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, bei nedirbančios moterys jų nėštumo laikotarpiu 70 dienų (suėjus 28 nėštumo savaitėms ir daugiau) iki gimdymo ir 56 dienos po gimdymo;

5) vienas iš tėvų, auginantis vaiką iki 8 metų, taip pat vienas iš tėvų, auginantis du ir daugiau vaikų iki jų pilnametystės;

6) asmenys iki 18 metų;

7) Lietuvos Respublikos bendrojo lavinimo, profesinių, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių moksleiviai ir studentai;

8) valstybės remiami asmenys, gaunantys socialinę pašalpą;

9) asmenys, teisės aktų nustatyta tvarka pripažinti invalidais;

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

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

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

13) buvusieji geto ir buvusieji mažamečiai fašistinių prievartinio įkalinimo vietų kaliniai;

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

15) asmenys, kuriems įstatymų nustatyta tvarka yra pripažintas Afganistano karo dalyvių teisinis statusas.

5. Lietuvos Respublikos karių, užsieniečių, pateikusių prašymą suteikti jiems pabėgėlio statusą, 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.

7 straipsnis. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu įskaita

1. Draudžiamuosius privalomuoju sveikatos draudimu registruoja ir jų įskaitą tvarko teritorinės ligonių kasos Valstybinės ligonių kasos nustatyta tvarka. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą tvarko Valstybinė ligonių kasa įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka.

2. Vyriausybės nustatyta tvarka bendras socialinio draudimo ir privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimas išduodamas kiekvienam pilnamečiam Lietuvos Respublikos piliečiui ir kitų valstybių piliečiams bei asmenims be pilietybės, nuolat gyvenantiems Lietuvos Respublikoje, taip pat laikinai Lietuvos Respublikoje gyvenantiems kitų valstybių piliečiams bei asmenims be pilietybės, draudžiamiems privalomuoju sveikatos draudimu, jei jie teisėtai dirba Lietuvos Respublikoje.

3. Bendro socialinio draudimo ir privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimo įvedimo, išdavimo ir pildymo tvarką tvirtina Vyriausybė Sveikatos apsaugos ministerijos bei Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos teikimu.

8 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo galiojimas

1. Valstybinė mokesčių inspekcija administruoja šio Įstatymo 17 straipsnio 1, 2, 3, 4, 5 ir 6 dalyse numatytas privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Valstybinės ligonių kasos ir Valstybinės mokesčių inspekcijos prie Finansų ministerijos nustatyta tvarka teritorinės valstybinės mokesčių inspekcijos turi teikti Valstybinei ligonių kasai ir teritorinėms ligonių kasoms reikalingą informaciją apie atskirų įmonių, organizacijų ir fizinių asmenų sumokėtas ir nesumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

2. Jei teritorinė ligonių kasa nustato, kad draudžiamajam per kalendorinį mėnesį suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina viršija 100 MGL, tos teritorinės ligonių kasos teikimu šio straipsnio 1 dalyje numatytos institucijos tikrina, ar asmuo yra sumokėjęs visas privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Kiti asmenys tikrinami pasirinktinai.

3. Asmenys, už kuriuos mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, ir asmenys, mokantys privalomojo sveikatos draudimo įmokas, laikomi apdraustaisiais nuo tos dienos, kurią už juos buvo pradėtos mokėti arba jie pradėjo mokėti šias įmokas.

4. Asmenys, už kuriuos mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, ir asmenys, kurie moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, nustatytas šio Įstatymo 17 straipsnio 1, 2, 3, 4, 5 ir 6 dalyse, apdraustaisiais laikomi dar vieną mėnesį po to, kai už juos nustota mokėti ar kai jie nustoja mokėti nustatyto dydžio įmokas, jeigu šios įmokos prieš tai buvo mokėtos paskutinius 3 mėnesius.

5. Už Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamas sveikatos priežiūros paslaugas, išskyrus būtinosios medicinos pagalbos paslaugas, suteiktas asmeniui, nelaikomam apdraustuoju, teritorinei ligonių kasai moka šio Įstatymo 17 straipsnio 4, 5 ir 6 dalyse nustatytos įmokos mokėtojas už save arba šio Įstatymo 17 straipsnio 1, 2, 3 ir 5 dalyse nustatytos įmokos mokėtojai už asmenis, kuriems suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

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

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 reabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskirti asmens sveikatos priežiūrai, ir asmens sveikatos ekspertizė.

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

1) informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais;

2) Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyti draudžiamųjų sveikatos profilaktiniai patikrinimai.

3. Iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama:

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

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

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

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

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

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

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

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

1) draudžiamojo laikinojo nedarbingumo ekspertizė;

2) invalidumo ir (ar) ilgalaikio ir pastovaus darbingumo praradimo ekspertizė asmenims iki 18 metų;

3) patologinis anatominis 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 sąraše. 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.

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 bazines kainas, apskaičiuotas Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka. Bazinei kompensuojamojo vaisto kainai apskaičiuoti imamos gamintojo kainos turi būti mažesnės arba ne daugiau kaip 5 procentais didesnės už mažiausią atitinkamų vaistų gamintojo Europos Sąjungos šalyse kainą. Jeigu vaistas neregistruotas Europos Sąjungos šalyse, apskaičiuojant tokių kompensuojamųjų vaistų bazinę kainą imama vaisto gamintojo kaina, galiojanti gamintojo šalyje. Jei Europos Sąjungos ir vaistų gamintojų šalyse pasikeičia vaistų gamintojų kainos, Kompensuojamųjų vaistų bazinių kainų kainynas tikslinamas kartą per metus Sveikatos apsaugos ministerijos 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) I grupės invalidams.

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, ambulatoriniam gydymui kainos kompensuojama asmenims, gaunantiems valstybinę socialinio draudimo senatvės bei II grupės invalidumo pensijas, taip pat šalpos (socialinių) pensijų gavėjams, nepaminėtiems šio straipsnio 2 ir 3 dalyse.

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).

11 straipsnis. Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo išlaidų kompensavimas apdraustiesiems

1. Visa bazinė medicininės reabilitacijos, įskaitant sveikatą grąžinantį gydymą, kaina kompensuojama asmenims iki 18 metų, taip pat I grupės invalidams, apdraustiems asmenims,

siunčiamiems baigti gydymą po sunkios ligos ar traumos, kurios įrašytos į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintą sąrašą.

2. 90 procentų bazinės sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo kainos kompensuojama vaikams iki 7 metų ir invalidams iki 18 metų.

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.

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.

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 ir jo vykdymo metinę apyskaitą rengia Valstybinė ligonių kasa. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą bei 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 bei Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ateinančių dvejų metų prognozuojamus rodiklius ir ne vėliau kaip prieš 75 kalendorines dienas iki biudžetinių metų pabaigos teikia Seimui svarstyti kartu su Valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo projektu. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas tvirtinamas įstatymu. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinę apyskaitą kartu su Privalomojo sveikatos draudimo tarybos išvada kasmet, ne vėliau kaip iki balandžio 15 dienos, Sveikatos apsaugos ministerija teikia svarstyti Vyriausybei. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto vykdymo metinę apyskaitą tvirtina Seimas.

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.

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 grąžintos lėšos už neteisėtai suteiktas ar neteisėtai pateiktas apmokėti asmens sveikatos priežiūros paslaugas, neteisėtai išrašytus, išduotus ar pateiktus apmokėti vaistus ir medicinos pagalbos priemones;

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

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.

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. Šios įmokos dydžio apskaičiavimo tvarką tvirtina Vyriausybė.

2. Metinis šio straipsnio 1 dalyje nustatytos įmokos dydis negali būti mažesnis kaip 35 procentai Valstybinių socialinio draudimo pensijų įstatymo nustatytų vidutinių mėnesinių draudžiamųjų pajamų, apskaičiuotų pagal metų duomenis teisės aktų nustatyta tvarka.

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

17 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo įmokos

1. Įmonės, įstaigos bei organizacijos ir fiziniai asmenys, kurie verčiasi individualia veikla, moka 3 procentų darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas 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;

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.

2. Įmonės, įstaigos ir organizacijos iš asmenims, išvardytiems šio straipsnio 1 dalyje ir gaunantiems pajamų, apskaičiuotos gyventojų pajamų mokesčio sumos moka ne mažesnes kaip 30 procentų privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

3. Ūkinės bendrijos už ūkinės bendrijos narius bei individualios (personalinės) įmonės už individualios (personalinės) įmonės savininkus kas mėnesį moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, kurios sudaro 2 procentus Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskelbto užpraeito ketvirčio šalies ūkio vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio. Ūkinės bendrijos už ūkinės bendrijos narius bei individualios (personalinės) įmonės už individualios (personalinės) įmonės savininkus gali šių įmokų ir šio straipsnio 1 dalyje nustatytų įmokų nemokėti, jeigu šie ūkinės bendrijos nariai ar individualios (personalinės) įmonės savininkai yra apdrausti privalomuoju

sveikatos draudimu ir įregistravę likviduojamos ūkinės bendrijos ar individualios (personalinės) įmonės statusą Įmonių rejestre, o visi įmonės ar ūkinės bendrijos darbuotojai yra atleisti iš darbo.

4. Fiziniai asmenys, kurie verčiasi individualia veikla, kaip apibrėžta Gyventojų pajamų mokesčio įstatyme, įskaitant asmenis, gaunančius pajamų už honorarus ir (ar) pagal autorines sutartis, moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, sudarančias 30 procentų apskaičiuotos gyventojų pajamų mokesčio sumos, bet per mėnesį ne mažiau kaip 1/12 metinės valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis einamaisiais mokestiniais metais. Ši nuostata taikoma neatsižvelgiant į tai, ar įstatymų nustatyta tvarka yra sumažintas pajamų (verslo liudijimo) mokestis, ar konkretus fizinis asmuo nuo šio mokesčio atleistas.

5. Kas mėnesį ūkininkai ir kiti asmeninio ūkio naudotojai moka tokio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas:

1) Ūkininko ūkio įstatymo nustatyta tvarka įregistruoti ūkininkai bei žemės naudotojai (3 ha ir daugiau žemės naudmenų) už save ir už dirbančius ūkyje pilnamečius ūkio narius moka po 3,5 procento minimalios mėnesinės algos dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas;

2) asmeninio ūkio naudotojai (iki 3 ha žemės naudmenų) už save ir už dirbančius ūkyje pilnamečius šeimos narius moka po 1,5 procento minimalios mėnesinės algos dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

6. Asmenys, nepriklausantys išvardytiems šio straipsnio 1, 2, 3, 4 ir 5 dalyse bei šio Įstatymo 6 straipsnio 4 dalyje, kas mėnesį moka už save 10 procentų Statistikos departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės paskelbto užpraeito ketvirčio šalies ūkio vidutinio mėnesinio darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

7. Pilnamečiai darbingi asmenys, gyvenantys kaimo vietovėje ir neturintys savo žemės ar pajamų iš kito verslo, gali būti draudžiami privalomuoju sveikatos draudimu iš specialių fondų ar kitų žemės ūkio programų finansavimo lėšų Žemės ūkio ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka.

18 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo tvarka

1. Privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo terminus ir tvarką nustato Vyriausybė.

2. Asmenys, išvardyti šio Įstatymo 17 straipsnio 5 ir 6 dalyse, privalomojo sveikatos draudimo įmokų dydį apskaičiuoja patys ir perveda į teritorinių valstybinių mokesčių inspekcijų surenkamąsias sąskaitas.

3. Šio Įstatymo 17 straipsnio 1, 2, 3, 4, 5 ir 6 dalyse numatytas įmokas administruoja ir per tris dienas į Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą perveda valstybinės mokesčių inspekcijos. Privalomojo sveikatos draudimo įmokų kontrolės ir administravimo tvarką nustato Valstybinė mokesčių inspekcija prie Finansų ministerijos kartu su Valstybine ligonių kasa.

4. Tuo atveju, kai asmenų, išvardytų šio Įstatymo 17 straipsnio 4 dalyje, 30 procentų apskaičiuoto gyventojų pajamų (verslo liudijimo tam tikrai veiklos rūšiai) mokesčio sumos per mėnesį sudaro mažiau kaip 1/12 metinės valstybės biudžeto įmokos už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis einamaisiais mokestiniais metais, išskyrus asmenis, kurie yra apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu (šiuo atveju asmenys, priskirti draudžiamiesiems valstybės lėšomis, taip pat laikomi apdraustaisiais), skirtumą tarp faktiškai įmokėtos ir minimalios privalomojo sveikatos draudimo įmokos fiziniai asmenys perveda į teritorinės valstybinės mokesčių inspekcijos sąskaitą, nurodydami tikslinę paskirtį.

19 straipsnis. Atsakomybė už privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimą

1. Atsakomybę už privalomojo sveikatos draudimo įmokų nesumokėjimą ar pavėluotą sumokėjimą, taip pat privalomojo sveikatos draudimo įmokų išieškojimo, grąžinimo tvarką nustato Mokesčių administravimo įstatymas. Valstybinės mokesčių inspekcijos į Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą perveda gyventojų pajamų mokesčio bei ekonominių sankcijų, paskirtų už šio mokesčio nesumokėjimą ar pavėluotą sumokėjimą, 30 procentų papildomai išieškotų sumų.

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

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 grąžintos 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 numatytomis 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, VYKDANČIOS 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 ir jo vykdymo metinės apyskaitos;

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.

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 antspaudą 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 ir jo vykdymo metinę apyskaitą, 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) įstatymų nustatyta tvarka tvarko draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registrą;

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

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, apskričių viršininkų administracijų, savivaldybių vykdomųjų institucijų, teritorinių ligonių kasų, valstybinio socialinio draudimo įstaigų, sveikatos priežiūros įstaigų, kitų įmonių, įstaigų, organizacijų informaciją, būtiną Valstybinės ligonių kasos funkcijoms atlikti. Tokios informacijos sąrašas nustatomas Valstybinės ligonių kasos nuostatuose;

7) 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;

8) tikrinti, ar teisingai išrašomos sveikatos priežiūros įstaigų ir vaistinių sąskaitos, ir su tuo susijusius buhalterinius bei kitus dokumentus;

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

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

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) tvarko draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu įskaitą;

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) vadovaudamosi 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.

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, apskrities viršininko administracijos, savivaldybių vykdomųjų institucijų, valstybinio socialinio draudimo įstaigų, sveikatos priežiūros įstaigų, kitų įmonių, įstaigų, organizacijų informaciją, būtiną teritorinės ligonių kasos funkcijoms atlikti. Šios informacijos sąrašas nustatomas teritorinės ligonių kasos nuostatuose;

6) nustačius faktus, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos neatitinka teisės aktų, reikalauti, kad sveikatos priežiūros įstaigų administracija patikrintų asmens sveikatos priežiūros specialisto kvalifikaciją;

7) 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;

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

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

10) 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;

11) 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 3 metams sudaroma stebėtojų taryba. Stebėtojų taryba – kolegialus patariamasis organas. Į teritorinės ligonių kasos stebėtojų tarybą įeina Sveikatos apsaugos ministerijos atstovas, Valstybinės ligonių kasos atstovas, po vieną į aptarnaujamą teritoriją įeinančių apskričių viršininkų deleguotą atstovą 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 direktorių;

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 metinį balansą ir finansinę apyskaitą. Metinis balansas ir finansinė apyskaita 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 finansinės atskaitomybės 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 trijų asmenų 3 metams renka teritorinės ligonių kasos stebėtojų taryba jos pirmininko teikimu. 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.

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

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
DRAUDŽIAMŲJŲ 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 apskųsti 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 apskųsti 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 nustatytomis 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 taisykles 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.“

2 straipsnis. Pasiūlymai Vyriausybei ir Sveikatos apsaugos ministerijai

Vyriausybė, Sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa iki 2003 m. sausio 1 d. parengia ir patvirtina su šio Įstatymo įgyvendinimu susijusius teisės aktus.

3 straipsnis. Įstatymo įsigaliojimas

1. Šis Įstatymas įsigalioja nuo 2003 m. sausio 1 d., išskyrus šiame straipsnyje numatytas išimtis.

2. Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 1, 5 ir 6 dalyse numatytų privalomojo sveikatos draudimo įmokų administravimas pagal to paties įstatymo 8 straipsnio 1 dalį ir 18 straipsnio 3 dalį Valstybinei mokesčių inspekcijai perduodamas nuo 2004 m. sausio 1 d.

3. Iki šio straipsnio 2 dalyje nurodytų įmokų administravimo perdavimo Valstybinei mokesčių inspekcijai:

1) Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritoriniai skyriai tikrina, ar yra sumokėtos Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 1 dalyje numatytos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, ir teikia Valstybinei ligonių kasai bei teritorinėms ligonių kasoms reikalingą informaciją apie atskirų įmonių, organizacijų ir fizinių asmenų sumokėtas ir nesumokėtas privalomojo sveikatos draudimo įmokas, taip pat, jeigu teritorinė ligonių kasa nustato, kad draudžiamajam per kalendorinį mėnesį suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina viršija 100 MGL, tos teritorinės ligonių kasos teikimu tikrina, ar asmuo yra sumokėjęs visas privalomojo sveikatos draudimo įmokas;

2) Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba, mokėdama Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 1 dalyje numatytas įmokas, centralizuotai kas 3 dienas perveda lėšas iš Valstybinio socialinio draudimo fondo biudžeto sąskaitos į Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą;

3) vadovaudamiesi Valstybinio socialinio draudimo įstatymu ir kitais teisės aktais, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritoriniai skyriai ne ginčo tvarka išieško Valstybinio socialinio draudimo fondui priklausančias įmokas, delspinigius, baudas ir 3 procentus išieškotų sumų perveda į Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą;

4) jeigu Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos teritoriniai skyriai laiku neperveda surinktų privalomojo sveikatos draudimo įmokų į Valstybinės ligonių kasos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą, jie moka delspinigius pagal finansų ministro nustatytą delspinigių normą, taikomą už pavėluotą mokesčio mokėjimą.

4. Sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 3 dalies 4 punktas, 16 straipsnio 2 dalis ir 21 straipsnio 1 dalies 5 punktas įsigalioja 2004 m. sausio 1 d.

5. Sveikatos draudimo įstatymo 17 straipsnio 3 dalyje nustatytos privalomojo sveikatos draudimo įmokos už 2002 metus apskaičiuojamos tokia pat tvarka kaip už 2001 metus.

Skelbiu šį Lietuvos Respublikos Seimo priimtą įstatymą.

RESPUBLIKOS PREZIDENTAS VALDAS ADAMKUS