

**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 formavimo ir išlaidų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms 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 bei ginčų nagrinėjimo tvarką.

**2 straipsnis. Sveikatos draudimo rūšys**

1. Sveikatos draudimas yra:

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

2. Privalomasis sveikatos draudimas – valstybės nustatyta asmens sveikatos priežiūros ir ekonominių priemonių sistema, šio įstatymo nustatytais pagrindais ir sąlygomis garantuojanti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas kompensavimą.

3. Papildomasis (savanoriškasis) sveikatos draudimas – papildomojo 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.

4. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą bei išlaidų už suteiktas paslaugas kompensavimą asmenims, apdraustiems kitų rūšių privalomuoju draudimu, nustato kiti įstatymai ir teisės aktai.

**3 straipsnis. Institucijos, vykdančios privalomąjį sveikatos draudimą**

1. Privalomąjį sveikatos draudimą vykdo šios institucijos:

- 1) Privalomojo sveikatos draudimo taryba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – Privalomojo sveikatos draudimo taryba);
- 2) Valstybinė ligonių kasa (toliau – VLK);
- 3) teritorinės ligonių kasos (toliau – TLK).

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

**4 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai**

Privalomojo sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai yra šio įstatymo nustatyti ir gydytojo diagnozuoti privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamų asmenų sveikatos sutrikimai ar sveikatos būklė, kurie yra pagrindas privalomuoju sveikatos draudimu draudžiamiesiems asmenims teikti šio įstatymo ir kitų teisės aktų nustatytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Išlaidos už šias paslaugas nustatytomis sąlygomis apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto.

**5 straipsnis. Draudžiamieji ir apdraustieji privalomuoju sveikatos draudimu**

1. Privalomuoju sveikatos draudimu draudžiami Lietuvos Respublikos piliečiai ir kitų valstybių piliečiai bei asmenys be pilietybės, nuolat gyvenantys Lietuvoje (toliau – draudžiamieji).

2. Lietuvos Respublikos piliečiai, nuolat ar laikinai gyvenantys šalyse, su kuriomis Lietuva yra pasirašiusi sutartis dėl privalomojo sveikatos draudimo, draudžiami privalomuoju sveikatos draudimu pagal šias sutartis.

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

1) asmenys, už kuriuos mokamos privalomojo sveikatos draudimo įmokos, nustatytos šio įstatymo 16 straipsnio 1, 2, 3 ir 5 dalyse;

2) asmenys, kurie moka privalomojo sveikatos draudimo įmokas, nustatytas šio įstatymo 16 straipsnio 4, 5 ir 6 dalyse;

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

4. Apdraustaisiais, draudžiamais valstybės lėšomis (išskyrus išvardytus šio straipsnio 3 dalies 1 ir 2 punktuose), laikomi:

1) asmenys, turintys teisę gauti bet kurios rūšies pensiją;

2) darbingo amžiaus asmenys, užsiregistravę gyvenamosios vietos darbo biržoje kaip norintys ir galintys dirbti tam tikrą darbą, bei nedarbingi jų šeimų nariai;

3) nėščiosios, turinčios teisės aktų nustatytas motinystės atostogas;

4) motinos (tėvai, jeigu motinos nėra), iki jų vaikams sukaks 8 metai, taip pat motinos (tėvai, jeigu motinos nėra), auginančios du ir daugiau vaikų iki jų pilnametystės;

5) asmenys iki 18 metų;

6) bendrojo lavinimo, profesinių, aukštesniųjų ir aukštųjų mokyklų dieninių skyrių moksleiviai ir studentai;

7) valstybės remiami asmenys, turintys teisę gauti socialinę pašalpą;

8) I ir II grupės invalidai bei nedirbantys III grupės invalidai;

9) asmenys, sergantys Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyto sąrašo ligomis;

10) asmenys, kurių sveikatai pakenkė nusikaltimai, jeigu šie asmenys teisės aktų nustatyta tvarka yra nukentėjusieji arba liudytojai baudžiamosiose bylose;

11) reabilituoti politiniai kaliniai, tremtiniai 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 mažamečiai fašistinių prievartinio įkalinimo vietų kaliniai;

14) kiti darbingi, bet dėl įstatymų nustatytų svarbių priežasčių nedirbantys asmenys.

5. Krašto apsaugos ministerijos ir Vidaus reikalų ministerijos būtiniosios tarnybos karių bei asmenų, sulaikytų policijos, esančių kardomojo kalnimo vietose, bei nuteistųjų medicininis aptarnavimas apmokamas iš valstybės biudžeto Vyriausybės nustatyta tvarka.

### **6 straipsnis. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu įskaita**

1. Draudžiamuosius privalomuoju sveikatos draudimu registruoja ir jų įskaitą tvarko TLK.

2. Įvedamas bendras socialinio draudimo ir privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimas. Jis išduodamas kiekvienam pilnamečiui Lietuvos Respublikos piliečiui ir kitų valstybių piliečiams bei asmenims be pilietybės, nuolat gyvenantiems Lietuvoje. Pažymėjimas draudžiamajam suteikia teisę teisės aktų nustatyta tvarka pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria TLK yra sudariusi sutartį pagal šio įstatymo 25 straipsnį.

3. Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu įskaitos bei bendrą socialinio draudimo ir privalomojo sveikatos draudimo pažymėjimų įvedimo, išdavimo ir pildymo tvarką tvirtina Vyriausybė Sveikatos apsaugos ministerijos bei Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos teikimu.

### **7 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo galiojimo patikrinimas**

1. Valstybinės mokesčių inspekcijos ir valstybinio socialinio draudimo įstaigos tikrina, ar sumokėtos privalomojo sveikatos draudimo įmokos. Valstybinės mokesčių inspekcijos ir valstybinės socialinio draudimo įstaigos turi tikrinti VLK ir TLK informaciją apie privalomojo

sveikatos draudimo įmokų nemokėjimą. Valstybinės mokesčių inspekcijos ir valstybinės socialinio draudimo įstaigos turi teikti VLK ir TLK reikalingą informaciją bei dokumentų nuorašus.

2. Jei draudžiamajam per kalendorinį mėnesį suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina viršija 25 MGL, turi būti patikrinta, ar asmuo yra sumokėjęs visas privalomojo sveikatos draudimo įmokas. Jei draudžiamajam per kalendorinį mėnesį suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kaina neviršija 25 MGL, pasirinktinai tikrinama, ar sumokėtos privalomojo sveikatos draudimo įmokos.

3. Jeigu nustatoma, kad asmuo yra nesumokėjęs visų privalomojo sveikatos draudimo įmokų, jis nelaikomas apdraustuoju nuo to laiko, kai nustojo mokėti šio įstatymo 16 straipsnio 4, 5 ir 6 dalyse nustatytas įmokas ar kai už jį nustota mokėti šio įstatymo 16 straipsnio 1, 2, 3 ir 5 dalyse nustatytas įmokas.

4. Asmuo, nelaikomas apdraustuoju pagal šio straipsnio 3 dalį, vėl laikomas apdraustuoju nuo tos dienos, kai pats visiškai atsiskaito su privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetu ir pradeda mokėti šio įstatymo 16 straipsnio 4, 5 ir 6 dalyse nustatytas įmokas arba kai už jį visiškai atsiskaitoma su privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetu ir pradedamos mokėti šio įstatymo 16 straipsnio 1, 2, 3 ir 5 dalyse nustatytos įmokos.

5. Už privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamas sveikatos priežiūros paslaugas, išskyrus būtiniosios medicinos pagalbos paslaugas, suteiktas asmeniui, nelaikomam apdraustuoju, teritorinei ligonių kasai moka šio įstatymo 16 straipsnio 4, 5 ir 6 dalyse nustatytos įmokos mokėtojas už save arba šio įstatymo 16 straipsnio 1, 2, 3 ir 5 dalyse nustatytos įmokos mokėtojai už asmenis, kuriems suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos.

6. Visos nesumokėtos asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos ir privalomojo sveikatos draudimo įmokos iš asmenų išieškamos šio ir kitų įstatymų bei teisės aktų nustatyta tvarka.

## II SKYRIUS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO PASLAUGOS IR JŲ IŠLAIDŲ KOMPENSAVIMAS

### **8 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, atstatomoji medicinos pagalba, medicininė rehabilitacija, slauga, socialinės paslaugos bei patarnavimai, priskiriami asmens sveikatos priežiūrai, ir asmens sveikatos ekspertizė.

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

1) informacinės paslaugos ligų profilaktikos klausimais;

2) Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatyti draudžiamųjų sveikatos profilaktiniai patikrinimai, kurių tvarką reglamentuoja Sveikatos apsaugos ministerija.

3. Iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama ši atstatomoji medicinos pagalba:

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

2) šio įstatymo nustatyta parama draudžiamiesiems, kuriems protezuojama galūnės, sąnariai ir organai, bei parama įsigyti protezus;

3) šio įstatymo nustatyta parama Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatytų kategorijų draudžiamiesiems įsigyti akinius ir klausos aparatus;

4) šio įstatymo nustatytas draudžiamųjų išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, įsigytoms ambulatoriniam gydymui, kompensavimas.

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

1) slaugos ir socialines paslaugas bei patarnavimus palaikomojo gydymo ligoninėse ne ilgiau kaip 4 mėnesius per kalendorinius metus;

2) medicininę reabilitaciją, įskaitant sanatorinį- kurortinį gydymą.

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

1) draudžiamąjį laikinąjį nedarbingumą ekspertizė;

2) ilgalaikio ir visiško nedarbingumo ekspertizė;

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 sąrašė. Šį sąrašą tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu.

7. Iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas detalizuojamas TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų sutartyse. Iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo detalizavimo kriterijus tvirtina Sveikatos apsaugos ministerija Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu.

8. Privalomojo sveikatos draudimo fondui valstybė priskiria funkciją disponuoti lėšomis, skirtomis valstybės remiamai (nemokamai) asmens sveikatos priežiūrai.

### **9 straipsnis. Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimas draudžiamiesiems**

1. Draudžiamiesiems kompensuojamos išlaidos būtiniams vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms, išrašytiems ambulatoriniam gydymui Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu. Būtinųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių sąrašą nustato Sveikatos apsaugos ministerija Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu. Išlaidos, skirtos ambulatoriniam gydymui būtiniams vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti, kompensuojamos pagal bazines kainas, kurias apskaičiuoja Sveikatos apsaugos ministerija Vyriausybės nustatyta tvarka.

2. Visa bazinė būtinųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kaina kompensuojama:

1) vaikams iki 3 metų;

2) I grupės invalidams;

3) draudžiamiesiems, susirgusiems ligomis, įrašytomis į Sveikatos apsaugos ministerijos bei Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos patvirtintą sąrašą.

3. 80 procentų bazinės vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kainos kompensuojama:

1) vaikams nuo 3 iki 16 metų;

2) II ir III grupės invalidams bei kitiems nedirbantiems asmenims, gaunantiems arba turintiems teisę gauti valstybinę socialinio draudimo pensiją.

4. Būtinųjų vaistų ir medicinos pagalbos priemonių, skirtų ambulatoriniam gydymui, įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

5. Vaistų ir medicinos pagalbos priemonių išlaidos draudžiamiesiems, hospitalizuotiems stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, išskyrus atvejus, kai draudžiamasis savo iniciatyva gydančiojo gydytojo rekomendavimu pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvos Respublikoje taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas. Šiuo atveju draudžiamasis privalo sveikatos priežiūros įstaigai apmokėti gydytojo skiriamų ir draudžiamąjį pasirenkamų vaistų ar medicinos pagalbos priemonės kainų skirtumą.

### **10 straipsnis. Sanatorinio-kurortinio gydymo išlaidų kompensavimas draudžiamiesiems**

1. Visa bazinė sanatorinio-kurortinio gydymo kaina kompensuojama vaikams iki 7 metų ir vaikams invalidams iki 16 metų, jei vaikai vyksta gydytis pagal atskirą kelialapį, taip pat I grupės

invalidams, asmenims, siunčiamiems baigti gydymą po sunkios ligos, kuri įrašyta į Sveikatos apsaugos ministerijos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos patvirtintą sąrašą.

2. 90 procentų bazinės sanatorinio-kurortinio gydymo kainos kompensuojama vaikams iki 7 metų ir vaikams invalidams iki 16 metų, jeigu jie vyksta gydytis pagal bendrą kelialapį kartu su kitais draudžiamaisiais.

3. 80 procentų bazinės sanatorinio-kurortinio gydymo kainos kompensuojama draudžiamiesiems, gaunantiems arba turintiems teisę gauti valstybinę socialinio draudimo pensiją.

4. Kitiems draudžiamiesiems, Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka siunčiamiems į sanatorines- kurortines įstaigas, iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto kompensuojama 50 procentų nustatytos bazinės sanatorinio-kurortinio gydymo kainos.

5. Bazinę sanatorinio-kurortinio gydymo kainą apskaičiuoja Sveikatos apsaugos ministerija Vyriausybės nustatyta tvarka. Kompensacija už sanatorinį-kurortinį gydymą išmokama tik už vieną sanatorinio-kurortinio gydymo kursą per vienerius kalendorinius metus.

6. Išlaidų sanatoriniam-kurortiniam gydymui kompensacijų skyrimo ir mokėjimo tvarką nustato Vyriausybė.

### **11 straipsnis. Galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo išlaidų kompensavimas**

Galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo išlaidų kompensavimo draudžiamiesiems tvarką nustato Sveikatos apsaugos ministerija.

## **III SKYRIUS PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO FINANSAI**

### **12 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.

### **13 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas**

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą ir jo metinę apyskaitą tvirtina Vyriausybė.

2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetas sudaromas kalendoriniams metams. Biudžetas ir jo vykdymo apyskaita kasmet skelbiami viešai Vyriausybės nustatyta tvarka.

3. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą, taip pat jo vykdymo metinę apyskaitą rengia ir pateikia Vyriausybei tvirtinti Privalomojo sveikatos draudimo taryba.

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

### **14 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamos**

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamas sudaro:

- 1) apdraustųjų privalomojo sveikatos draudimo 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) iš sveikatos priežiūros įstaigų TLK išieškotos lėšos už neteisėtai suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

2. Seimas skiria 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 gali skirti valstybės biudžeto lėšų visoms ūkininkų privalomojo sveikatos draudimo įmokoms, numatytais šio įstatymo 16 straipsnio 5 dalyje, ar jų daliai sumokėti.

### **15 straipsnis. Valstybės biudžeto įmokos į privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą**

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

2. Valstybės biudžeto bendros pinigų sumos, pervedamos į privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą už apdraustuosius, draudžiamus valstybės lėšomis, mokėjimo tvarką nustato Vyriausybė.

### **16 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo įmokos**

1. Įmonės, įstaigos ir organizacijos moka 3 procentų darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas už asmenis, dirbančius pagal darbo sutartis ar narystės pagrindais renkamos institucijose ir gaunančius atlyginimą už darbą.

2. Įmonės, įstaigos ir organizacijos moka ne mažiau kaip 30 procentų fizinių asmenų pajamų mokesčio sumos dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas už asmenis, gaunančius pajamas, susijusias su darbo santykiais Lietuvos Respublikos teritorijoje esančiose įmonėse, įstaigose ir organizacijose bei užsienyje esančiose Lietuvos Respublikos įmonėse, įstaigose ir organizacijose.

3. Ūkinės bendrijos ir individualios (personalinės) įmonės moka ne mažiau kaip 30 procentų ūkinėms bendrijoms ir individualioms (personalinėms) įmonėms apskaičiuojamos fizinių asmenų pajamų mokesčio sumos dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas už ūkinės bendrijos narius ir individualios (personalinės) įmonės savininkus.

4. Savarankiškai dirbantys asmenys moka už save ne mažiau kaip 30 procentų fizinių asmenų pajamų mokesčio sumos dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

5. Ūkininkai už save ir už pilnamečius šeimos narius, dirbančius ūkyje, moka 10 procentų jų pačių deklaruotos pajamų sumos (ne mažesnės už įstatymų nustatytą minimalų darbo užmokestį) dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

6. Asmenys, nepriklausantys apdraustiesiems, išvardyti šio straipsnio 1, 2, 3, 4 ir 5 dalyse ir šio įstatymo 5 straipsnio 4 dalyje, moka už save 10 procentų Statistikos departamento skelbiamo praėjusio mėnesio vidutinio darbo užmokesčio dydžio privalomojo sveikatos draudimo įmokas.

### **17 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimo tvarka**

1. Šio įstatymo 16 straipsnyje nustatyti privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėtojai patys apskaičiuoja privalomojo sveikatos draudimo įmokų dydį ir perveda į privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sąskaitą.

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

### **18 straipsnis. Atsakomybė už privalomojo sveikatos draudimo įmokų mokėjimą**

1. Jei į privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą privalomojo sveikatos draudimo įmokos, numatytos šio įstatymo 16 straipsnyje, sumokamos pavėluotai, mokami 0,2 procento delspinigiai už kiekvieną pavėluotą dieną.

2. Jei įmokos neteisėtai sumažintos arba iš viso nesumokėtos, paimama visa nesumokėta suma arba suma, kuria sumažintos įmokos, taip pat dvigubo nesumokėtos sumos dydžio bauda.

3. Laiku nesumokėtos įmokos, delspinigiai ir baudos išieškamos ne ginčo tvarka, bet už ne ilgesnį kaip paskutinių 2 metų laikotarpį. Delspinigiai ir baudos visais atvejais sumokamos pirmiausia.

4. Įmokos, delspinigiai ir baudos išieškamos ne ginčo tvarka į privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą.

5. Įmokų, numatytų šio įstatymo 16 straipsnio 1 ir 5 dalyse, mokėjimo teisingumą tikrina valstybinio socialinio draudimo įstaigos, o numatytų šio įstatymo 2, 3, 4 ir 5 dalyse – valstybinė mokesčių inspekcija.

### **19 straipsnis. Institucijų, vykdančių privalomąjį sveikatos draudimą, santykiai su Lietuvos bankų įstaigomis**

1. Lietuvos bankų įstaigos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apyvartos operacijas atlieka nemokamai.

2. Uždarydamos ūkio subjektų sąskaitas, bankų įstaigos privalo išreikalauti valstybinės mokesčių inspekcijos ir valstybinio socialinio draudimo įstaigos pažymą, kad ūkio subjektas neskolingas valstybės ir privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui.

3. Valstybinės mokesčių inspekcijos ir valstybinio socialinio draudimo įstaigų reikalavimus išieškoti privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšas banko įstaigos vykdo pirmiau už kitus reikalavimus ir proporcingai įsiskolinimams privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui ir valstybinio socialinio draudimo fondui.

4. Lietuvos bankų įstaigos, pažeidusios šio straipsnio nuostatas ir padariusios žalos privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui, privalo šią žalą atlyginti įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka.

### **20 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 TLK yra sudariusios sutartis, apmokėtos išlaidos;

2) išlaidų vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms įsigyti šio įstatymo nustatyta tvarka kompensavimas draudžiamiesiems;

3) sanatorinio-kurortinio gydymo išlaidų šio įstatymo nustatyta tvarka kompensavimas draudžiamiesiems;

4) galūnių, sąnarių ir organų protezavimo bei protezų įsigijimo išlaidų kompensavimas draudžiamiesiems;

5) privalomąjį sveikatos draudimą vykdančių institucijų veiklos išlaidų apmokėjimas.

2. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimu privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidos gali būti skiriamos valstybinėms ir savivaldybių sveikatos programoms finansuoti.

3. VLK ir TLK gali panaudoti veiklos išlaidoms iki 2 procentų privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.

### **21 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervas**

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui stabilizuoti VLK sudaro rezervą, kuris turi būti ne didesnis kaip 10 procentų metinės privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto pajamų sumos. Rezervas sudaromas iš išlaidas viršijančios pajamų dalies.

2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo sudarymo tvarką tvirtina Privalomojo sveikatos draudimo taryba.

3. Rezervo lėšos Privalomojo sveikatos draudimo tarybos sprendimu gali būti naudojamos išlaidoms, kurių tvirtinant privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą nebuvo galima numatyti, apmokėti, bei laikinam pajamų trūkumui padengti.

4. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto rezervo nuostatus tvirtina Privalomojo sveikatos draudimo taryba.

### **22 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 VLK ir TLK privalo laikyti bankų įstaigose, kuriose valstybė turi daugiau kaip 50 procentų akcijų, 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 kontroliuoja Privalomojo sveikatos draudimo taryba.

### **23 straipsnis. Kasos apyvartos lėšos**

1. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete numatytos 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.

### **24 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, suderinusi su Privalomojo sveikatos draudimo taryba, VLK ir TLK. Jei infliacija per ketvirtį viršija 10 procentų, asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinės kainos turi būti indeksuojamos ne rečiau kaip kartą per ketvirtį.

2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinių kainų nustatymo metodiką tvirtina Vyriausybė Sveikatos apsaugos ministerijos teikimu.

### **25 straipsnis. Sutartys tarp TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų**

1. Draudžiamųjų asmens sveikatos priežiūros išlaidos apmokamos vadovaujantis TLK ir sveikatos priežiūros įstaigos sutartimi. TLK privalo sudaryti sutartis su valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigomis bei pageidaujantiomis tokias sutartis sudaryti Vyriausybės nustatyta tvarka akredituotomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, turinčiomis licenciją (leidimą) verstis asmens sveikatos priežiūra. Su TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų sutarties kopija turi teisę susipažinti visi apdraustieji.

2. TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sąlygas ir sudarymo tvarką nustato šis įstatymas, Civilinis kodeksas ir kiti teisės aktai. Šiose sutartyse nurodoma:

- 1) sutarties šalių rekvizitai;
- 2) apdraustųjų asmenų skaičius;
- 3) draudimo įmokų dydis ir mokėjimo tvarka;
- 4) sutarties terminas;
- 5) šalių atsakomybė;
- 6) sutarties sąlygų pakeitimo ir sutarties nutraukimo tvarka.

### **26 straipsnis. TLK atsiskaitymo su sveikatos priežiūros įstaigomis principai**

1. TLK privalo apmokėti asmens sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis ji yra sudariusi sutartis, pateiktas sąskaitas sutartyje numatytomis sąlygomis.

2. TLK apmoka privalomojo sveikatos draudimo garantuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas tik pagal bazines kainas.

3. Jei teismas nustato, kad draudiminiams įvykius lėmė draudžiamąjį neteisėnė veika, TLK įstatymų nustatyta tvarka išieško iš draudžiamąjį jam suteiktų privalomojo sveikatos draudimo garantuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidas, išskyrus būtinosios medicinos pagalbos paslaugų išlaidas.



### **27 straipsnis. TLK atsiskaitymo su sveikatos priežiūros įstaigomis tvarka ir terminai**

1. Sąskaitas už suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas sveikatos priežiūros įstaigos pateikia tai TLK, su kuria yra sudariusios sutartį. Kartą per 7 kalendorines dienas TLK pateikia Valstybinei ligonių kasai bendrą sąskaitą, kuri apima visas sveikatos priežiūros įstaigų sąskaitas, TLK gautas nuo paskutinės bendros sąskaitos pateikimo VLK dienos. VLK, gavusi TLK bendrą sąskaitą, ją apmoka ne vėliau kaip per 7 kalendorines dienas. Gavusi pinigų iš VLK, TLK apmoka sudariusių su ja sutartis sveikatos priežiūros įstaigų sąskaitas. TLK turi apmokėti sveikatos priežiūros įstaigų sąskaitas ne vėliau kaip per 21 kalendorinę dieną nuo jų gavimo.

2. Jeigu iškyla abejonių dėl sveikatos priežiūros įstaigų sąskaitų išrašymo teisingumo ir TLK tikrina asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę bei buhalterinius dokumentus, mokėjimo terminas gali būti pratęstas ne daugiau kaip 14 kalendorinių dienų.

3. VLK per kiekvieno mėnesio pirmąsias 10 kalendorinių dienų gali avansu pervesti TLK sumą, kuri sudaro ne daugiau kaip 50 procentų sumos, gautos praėjusį mėnesį pagal TLK sąskaitas.

## **IV SKYRIUS**

### **INSTITUCIJOS, VYKLANČIOS PRIVALOMĄJĮ SVEIKATOS DRAUDIMĄ**

#### **28 straipsnis. Privalomojo sveikatos draudimo taryba**

1. Privalomojo sveikatos draudimo tarybą sudaro, jos sudėtį ir nuostatus tvirtina Vyriausybė.

2. Privalomojo sveikatos draudimo taryba:

- 1) nustato 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 tvirtinti Vyriausybei privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą ir metinę apyskaitą;
- 4) priima privalomąjį sveikatos draudimą reglamentuojančius teisės aktus;
- 5) tvirtina VLK ir TLK darbuotojų etatų ir privalomojo sveikatos draudimo organizavimo išlaidų normatyvus, taip pat darbo apmokėjimo sąlygas;
- 6) teikia siūlymus Ministrui Pirmininkui dėl VLK direktoriaus bei VLK direktoriui dėl TLK direktorių skyrimo ir atleidimo;
- 7) kontroliuoja ir analizuoja VLK finansinę ir ekonominę veiklą;
- 8) nagrinėja ir sprendžia kitus privalomojo sveikatos draudimo klausimus.

3. Į Privalomojo sveikatos draudimo tarybą įeina:

- 1) sveikatos apsaugos ministras;
- 2) du Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos bei Finansų ministerijos atstovai;
- 3) vienas VLK atstovas;
- 4) vienas TLK atstovas;
- 5) du sveikatos priežiūros specialistų profesinių sąjungų atstovai;
- 6) trys kitų profesinių sąjungų atstovai;
- 7) po vieną pirminės, antrinės ir tretinės sveikatos priežiūros įstaigų atstovą;
- 8) vienas savivaldybių asociacijos atstovas;
- 9) vienas Draudimo reikalų tarybos atstovas;

4. Vyriausybei Privalomojo sveikatos draudimo taryboje atstovauja sveikatos apsaugos ministras, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos bei Finansų ministerijos atstovai.

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

#### **29 straipsnis. VLK**

1. VLK steigia ir jos nuostatus tvirtina Vyriausybė.

2. VLK direktorių Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu skiria ir atleidžia Ministras Pirmininkas.

3. VLK yra juridinis asmuo, turi antspaudą su Lietuvos valstybės herbu, sąskaitas Lietuvos Respublikos ir užsienio valstybių bankuose. Banką Lietuvos Respublikoje VLK privalo pasirinkti konkurso būdu iš tų bankų, kuriuose valstybė turi daugiau kaip 50 procentų akcijų. Konkurso rengimo tvarką nustato Privalomojo sveikatos draudimo taryba.

4. Už savo veiklą VLK atskaitinga Vyriausybei ir Privalomojo sveikatos draudimo tarybai.

### **30 straipsnis. VLK funkcijos**

VLK vykdo šias funkcijas:

- 1) vykdo privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetą;
- 2) prižiūri TLK veiklą;
- 3) sudaro iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų rezervo fondą 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) kontroliuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kokybę ir atlieka privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo finansinę bei ekonominę analizę;
- 6) atlieka TLK auditą arba sudaro sutartis su auditu įmonėmis dėl TLK audito;
- 7) organizuoja TLK stebėtojų tarybų atstovų visuotinį susirinkimą;
- 8) vykdo kitas įstatymų, VLK nuostatų ir kitų teisės aktų nustatytas funkcijas.

### **31 straipsnis. VLK teisės**

VLK 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. Sutartis, susijusias su VLK turto naudojimu, VLK gali sudaryti tik gavusi steigėjo leidimą;
- 3) įsigyti Vyriausybės ir Lietuvos banko vertybinių popierių ir jais disponuoti;
- 4) Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatyta tvarka įgyvendinti priemones papildomoms pajamoms gauti;
- 5) nustatyti VLK sandarą;
- 6) įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka nemokamai gauti iš ministerijų, kitų Vyriausybės įstaigų, apskričių valdytojų administracijų, savivaldos vykdomųjų institucijų, TLK, valstybinio socialinio draudimo įstaigų, sveikatos priežiūros įstaigų, kitų įmonių, įstaigų, organizacijų informaciją, būtiną VLK funkcijoms vykdyti. Tokios informacijos sąrašas nustatomas VLK nuostatuose;
- 7) organizuoti ir atlikti Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatyta tvarka bei laiku TLK auditą;
- 8) VLK gali turėti ir kitų teisių, nustatytų įstatymų, VLK nuostatų ir kitų teisės aktų.

### **32 straipsnis. TLK**

1. TLK steigia ir jos nuostatus tvirtina VLK. Kiekvienoje apskrityje steigiama tik viena TLK.
2. TLK vadovauja direktorius, kurį Privalomojo sveikatos draudimo tarybos teikimu skiria ir atleidžia VLK direktorius.
3. TLK yra juridinis asmuo, turi antspaudą ir sąskaitas Lietuvos Respublikos ir užsienio valstybių bankuose. Banką Lietuvos Respublikoje TLK privalo pasirinkti konkurso būdu iš tų bankų, kuriuose valstybė turi daugiau kaip 50 procentų akcijų. Konkurso rengimo tvarką nustato Privalomojo sveikatos draudimo taryba.
4. Už savo veiklą TLK yra atskaitinga Privalomojo sveikatos draudimo tarybai ir VLK.

### **33 straipsnis. TLK funkcijos**

TLK vykdo šias funkcijas:

- 1) sudaro sutartis su sveikatos priežiūros įstaigomis ir šiose sutartyse nustatytu laiku bei tvarka apmoka joms už draudžiamiesiems suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas;
- 2) šio įstatymo 9, 10, 11 straipsniuose nustatyta tvarka kompensuoja draudžiamiesiems galūnių, sąnarių ir organų protezų įsigijimo ir protezavimo, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių įsigijimo bei sanatorinio-kurortinio gydymo išlaidas;
- 3) tvarko draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu įskaitą;
- 4) organizuoja ir apmoka draudžiamųjų atrankinius sveikatos būklės stebėjimus;
- 5) analizuoja ir įvertina duomenis apie apskrities savivaldybių gyventojų sveikatos būklę ir gyventojų sudėtį pagal amžių bei lytį, TLK teritorijoje veikiančių įmonių, įstaigų, organizacijų komercinės ir ūkinės ar kitokios veiklos poveikį sveikatai, teikia siūlymus šiais klausimais TLK stebėtojų tarybai;
- 6) kontroliuoja asmens sveikatos priežiūros paslaugų, apmokamų iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, kokybę ir atlieka privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų naudojimo finansinę bei ekonominę analizę;
- 7) kontroliuoja Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir sąlygomis draudžiamiesiems teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir tinkamumą;
- 8) skelbia informaciją apie savo veiklą, informuoja draudžiamuosius apie teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jų teikimo tvarką ir sąlygas;
- 9) vykdo kitas įstatymų, TLK nuostatų ir kitų teisės aktų nustatytas funkcijas.

### **34 straipsnis. TLK teisės**

TLK 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. Sudaryti sutartis dėl TLK turto naudojimo TLK gali tik gavusi steigėjo leidimą;
- 3) Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nustatyta tvarka įgyvendinti priemones papildomoms pajamoms gauti;
- 4) nustatyti TLK sandarą;
- 5) įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka nemokamai gauti iš ministerijų, kitų Vyriausybės įstaigų, apskrities valdytojo administracijos, savivaldos vykdomųjų institucijų, valstybinio socialinio draudimo įstaigų, sveikatos priežiūros įstaigų, kitų įmonių, įstaigų, organizacijų informaciją, būtiną TLK funkcijoms vykdyti. Šios informacijos sąrašas nustatomas TLK 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 akreditavimą asmens sveikatos priežiūros veiklai;
- 8) teikti pasiūlymus Privalomojo sveikatos draudimo tarybai bei VLK dėl privalomojo sveikatos draudimo organizavimo;
- 9) teikti ieškinius asmenims dėl jiems neteisėtai suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidų išieškojimo;
- 10) TLK gali turėti ir kitų teisių, nustatytų įstatymų, TLK nuostatų ir kitų teisės aktų.

### **35 straipsnis. TLK stebėtojų taryba**

1. TLK 3 metams sudaroma stebėtojų taryba. Į TLK stebėtojų tarybą įeina VLK atstovas, apskrities gydytojas ir po du į apskritį įeinančių savivaldybių tarybų atstovus. TLK stebėtojų tarybos darbui vadovauja TLK stebėtojų tarybos pirmininkas, renkamas iš TLK stebėtojų tarybos narių paprasta balsų dauguma dalyvaujant ne mažiau kaip 1/2 TLK stebėtojų tarybos narių.

2. TLK stebėtojų taryba:
- 1) renka TLK medicinos audito komisiją ir TLK taikinimo komisiją;
  - 2) tvirtina TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų sudarytas sutartis ir prižiūri, kaip jos vykdomos;
  - 3) teikia siūlymus Privalomojo sveikatos draudimo tarybai skirti ir atleisti TLK direktorių;
  - 4) apibūnina TLK darbuotojų etatus bei išlaidų sąmatą;
  - 5) prižiūri ir analizuoja TLK administracijos veiklą, finansinių išteklių naudojimą;
  - 6) apibūnina TLK direktoriaus pateiktą TLK kasos metinį balansą ir finansinę apyskaitą. Metinis balansas ir finansinė apyskaita skelbiami viešai spaudoje ne vėliau kaip einamųjų metų gegužės 1 dieną;
  - 7) organizuoja sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis TLK yra sudariusi sutartis, medicinos ir finansinį bei ekonominį auditą;
  - 8) skiria du atstovus į TLK stebėtojų tarybų susirinkimą;
  - 9) nagrinėja ir sprendžia kitus privalomojo sveikatos draudimo klausimus, priskirtus TLK funkcijoms.
3. TLK stebėtojų taryba turi teisę organizuoti TLK auditą, kuris apmokamas iš TLK valdymui skirtų lėšų. Jeigu randama TLK buhalterinės apskaitos ir finansinės atskaitomybės trūkumų, TLK stebėtojų tarybos pirmininkas turi sukviesti neeilinį TLK stebėtojų tarybos posėdį.
4. TLK stebėtojų tarybos veiklos tvarką nustato TLK nuostatai.

### **36 straipsnis. TLK medicininio audito komisija**

1. TLK medicininio audito komisiją iš trijų asmenų 3 metams renka TLK stebėtojų taryba jos pirmininko teikimu. TLK medicininio audito komisijos nariai turi būti asmens sveikatos priežiūros specialistai.
2. TLK medicininio audito komisija pagal savo kompetenciją kontroliuoja sveikatos priežiūros įstaigų, su kuriomis TLK yra sudariusi sutartis, teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų tinkamumą ir prieinamumą arba siūlo TLK direktoriui sudaryti sutartis su nepriklausomais ekspertais šiems klausimams kontroliuoti.
3. TLK medicininio audito komisijos veiklos tvarką nustato TLK nuostatai.

### **37 straipsnis. TLK taikinimo komisija**

1. TLK taikinimo komisiją iš trijų asmenų 3 metams renka TLK stebėtojų taryba jos pirmininko teikimu. Ši komisija sprendžia ginčus tarp draudžiamųjų, sveikatos priežiūros įstaigų ir TLK dėl privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo ir sveikatos priežiūros sutarčių vykdymo.
2. TLK taikinimo komisijos veiklos tvarką nustato TLK nuostatai.

### **38 straipsnis. TLK stebėtojų tarybų atstovų susirinkimas**

1. TLK stebėtojų tarybų atstovų susirinkimas yra Privalomojo sveikatos draudimo tarybos ir VPK patariamasis organas.
2. TLK stebėtojų tarybų atstovų susirinkimą VPK organizuoja ne rečiau kaip du kartus per metus. TLK stebėtojų tarybų atstovų susirinkimas:
  - 1) sprendžia šio įstatymo 28 straipsnio 2 dalies 2 ir 4 punktuose nurodytus klausimus, jei to prašo Privalomojo sveikatos draudimo taryba;
  - 2) svarsto privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projektą ir jo vykdymo metinę apyskaitą, teikia dėl jų pasiūlymus Privalomojo sveikatos draudimo tarybai;
  - 3) svarsto kitus privalomojo sveikatos draudimo klausimus ir teikia pasiūlymus dėl jų sprendimo Privalomojo sveikatos draudimo tarybai.
3. TLK stebėtojų tarybų atstovų susirinkimo veiklos tvarką nustato VPK nuostatai.

## **V SKYRIUS**

### **DRAUDŽIAMŲJŲ IR SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ,**

## **SUDARIUSIŲ SU TLK SUTARTIS, TEISĖS IR PAREIGOS VYKDANT PRIVALOMĄJĮ SVEIKATOS DRAUDIMĄ**

### **39 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 TLK yra sudariusi sutartį, gauti privalomojo sveikatos draudimo garantuojamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas;
- 2) gauti iš sveikatos priežiūros įstaigos, su kuria TLK 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) TLK medicininio audito komisijai apskųsti sveikatos priežiūros įstaigą, su kuria TLK yra sudariusi sutartį, jei asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė, jų teikimo laikas neatitinka sutartyse nustatytų reikalavimų;
- 4) gauti kompensaciją iš sveikatos priežiūros įstaigų už žalą, padarytą jų sveikatai dėl sveikatos priežiūros įstaigų ar asmens sveikatos priežiūros specialistų kaltės, nepaisant to, ar tai buvo numatyta TLK ir sveikatos priežiūros įstaigų sutartyse. Kompensacijos dydį ir mokėjimo tvarką nustato įstatymai ar kiti teisės aktai;
- 5) kreiptis į TLK komisijas, VLK, teismą dėl įstatymų ar kitų teisės aktų, reglamentuojančių privalomąjį sveikatos draudimą, pažeidimų.

### **40 straipsnis. Sveikatos priežiūros įstaigų, sudariusių sutartis su TLK, pareigos vykdant privalomąjį sveikatos draudimą**

1. Sveikatos priežiūros įstaigos, sudariusios sutartis su TLK, 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 visiems draudžiamiesiems lygias teises teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas;
  - 4) užtikrinti medicinos bei finansinės dokumentacijos tvarkymą pagal teisės aktų reikalavimus;
  - 5) laiku teikti nustatytą informaciją VLK ir TLK;
  - 6) teikti informaciją draudžiamajam apie asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kurios nepriskirtos apmokamoms iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, jų teikimo sąlygas bei tvarką.
2. Sveikatos priežiūros įstaigos iš draudžiamųjų už privalomojo sveikatos draudimo garantuojamas sveikatos priežiūros paslaugas neturi teisės reikalauti papildomo mokesčio.

## **VI SKYRIUS**

### **GINČŲ DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO VYKDYMO SPRENDIMO TVARKA**

#### **41 straipsnis. Ginčų tarp draudžiamųjų ir TLK dėl privalomojo sveikatos draudimo vykdymo sprendimo tvarka**

1. Draudžiamųjų ir TLK ginčus dėl privalomojo sveikatos draudimo vykdymo nagrinėja TLK direktorius. TLK direktorius privalo per 30 dienų, o jeigu reikia papildomos informacijos ir tyrimo, – papildomai per 15 dienų išnagrinėti prašymą ir priimti sprendimą.
2. Draudžiamasis, gavęs TLK direktoriaus sprendimą, turi teisę per 30 dienų kreiptis į TLK taikinimo komisiją. TLK taikinimo komisija privalo per 10 dienų išnagrinėti prašymą ir priimti sprendimą.

3. TLK taikinimo komisijos sprendimą draudžiamasis įstatymų nustatyta tvarka gali apskųsti teismui.

**42 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 Sveikatos apsaugos ministerija. Sveikatos apsaugos ministerija privalo per 30 dienų, o jeigu reikia papildomos informacijos ir tyrimo, – papildomai per 15 dienų išnagrinėti prašymą ir priimti sprendimą.

2. Sveikatos apsaugos ministerijos sprendimą draudžiamasis ar sveikatos priežiūros įstaiga įstatymų nustatyta tvarka gali apskųsti teismui.

## VII SKYRIUS

### PAPILDOMASIS (SAVANORIŠKASIS) SVEIKATOS DRAUDIMAS

**43 straipsnis. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo institucijos**

Papildomojo (savanoriškojo) draudimo institucijos yra juridiniai asmenys, teisės aktu nustatyta tvarka gavę leidimą (licenciją) šiai sveikatos draudimo veiklai.

**44 straipsnis. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai**

Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo draudiminiai įvykiai yra papildomojo sveikatos draudimo sutartyse įrašyti ir gydytojo diagnozuoti apdraustųjų papildomuoju sveikatos draudimu sveikatos sutrikimai, jų sveikatos būklė, taip pat apdraustųjų sveikatos priežiūros sąlygos, sudarantys pagrindą teikti apdraustiesiems šiose sutartyse numatytų rūšių ir masto asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei patarnavimus, kurių išlaidas papildomojo sveikatos draudimo sutartyse nustatytomis sąlygomis apmoka draudėjas.

**45 straipsnis. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartis**

1. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartis sudaroma tarp papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą vykdančios draudimo įstaigos ir sveikatos priežiūros įstaigos.

2. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo sutartyje nurodoma:

- 1) sutarties šalių rekvizitai;
- 2) apdraustųjų asmenų skaičius;
- 3) draudimo įmokų dydis ir mokėjimo tvarka;
- 4) sutarties terminas;
- 5) šalių atsakomybė;
- 6) sutarties sąlygų pakeitimo ir sutarties nutraukimo tvarka.

**46 straipsnis. Papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo vykdymo tvarka**

1. Sveikatos priežiūros įstaiga pateikia draudimo įstaigai informaciją apie papildomojo (savanoriškojo) sveikatos draudimo taisykles ir tarifus.

2. Sveikatos priežiūros įstaiga, suteikusi apdraustajam papildomuoju (savanoriškuoju) sveikatos draudimu asmens sveikatos priežiūros paslaugas, pateikia draudimo įstaigai ir apdraustajam papildomuoju (savanoriškuoju) sveikatos draudimu informaciją apie pastarajam suteiktų paslaugų mastą ir išlaidas.

3. Draudimo įstaiga apmoka sveikatos priežiūros įstaigai už apdraustajam papildomuoju (savanoriškuoju) sveikatos draudimu suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal sutartyje numatytas sąlygas ir kiekį arba apdraustajam papildomuoju (savanoriškuoju) sveikatos draudimu, jeigu jis pats pagal sąskaitą atsiskaitė su sveikatos priežiūros įstaiga.

4. Šalių ginčai sprendžiami įstatymų nustatyta tvarka.

## VIII SKYRIUS

**BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS**

**47 straipsnis. Sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimas**

Sveikatos draudimo įstatymas įgyvendinamas Sveikatos draudimo įstatymo įgyvendinimo įstatymo nustatyta tvarka.

*Skelbiu šį Lietuvos Respublikos Seimo priimtą įstatymą.*

RESPUBLIKOS PREZIDENTAS

ALGIRDAS BRAZAUSKAS