



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA

Lietuvos Respublikos Vyriausybės kanceliarijai 2025-0 - Nr.

DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS NUTARIMO PROJEKTO TEIKIMO

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 4, 6, 7, 8, 9, 9¹, 9², 11, 12¹, 14, 16, 18, 20, 23, 26, 26¹, 26², 27, 28, 30, 31 straipsnių, V ir VI skyrių pakeitimo, įstatymo papildymo 31¹ straipsniu ir 32, 33, 34, 35, 36 straipsnių pripažinimo netekusiais galios įstatymo Nr. XIV-2789 26 straipsnio 2 dalimi, parengė ir teikia Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Kriterijų taikymo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dėl kurių pageidaujama sudaryti sutartį, ir jų vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarkos aprašo patvirtinimo“ projektą (toliau – Nutarimo projektas), kuriuo siekiama įgyvendinti 2025 m. liepos 1 d. įsigaliosiančias Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo (toliau – SDĮ) 26 straipsnio 5 ir 7 dalių nuostatas. Nutarimo projektas pakoreguotas pagal 2025 m. birželio 23 d. vykusio Tarpinstitucinio pasitarimo metu išsakytas pastabas.

I. Sprendžiama problema	<p>2025 m. liepos 1 d. įsigaliosiančioje SDĮ 26 straipsnio 5 dalyje numatyta, kad sutartys su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis, su kuriomis Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) nėra sudariusi sutarčių dėl tam tikrų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, sudaromos tais atvejais, kai asmens sveikatos priežiūros įstaigos, su kuriomis VLK yra sudariusi sutartis dėl šių paslaugų, netenkina jų poreikio (nustatyto Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalyje nurodytu pagrindu) ir neužtikrina nustatyto (Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse nurodytu pagrindu), atsižvelgiant į šį poreikį, sveikatos priežiūros masto. Sutartys sudaromos vadovaujantis šiais kriterijais:</p> <ol style="list-style-type: none">1) asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikiamų paslaugų kompleksiskumas;2) kokia dalimi užtikrinamas sveikatos apsaugos ministro nustatytų paslaugos teikimo reikalavimų laikymasis tuo pačiu asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikimo adresu;3) per praėjusius kalendorinius metus suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, dėl kurių sudaroma sutartis, skaičius;
-------------------------	---

	<p>4) per praėjusius 3 metus asmens sveikatos priežiūros įstaigoje nustatyti, vykdant ūkio subjektų priežiūrą, privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai.</p> <p>Nutarimo projektas įgyvendina įsigaliosiančias SDĮ 26 straipsnio 7 dalies nuostatas, pagal kurias minėtus kriterijus detalizuoja, kriterijų reikšmes ir vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką nustato Vyriausybė.</p>
II. Siūlomos priemonės	<p>Esminės Nutarimo projektu tvirtinamo Kriterijų taikymo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis kompensuojamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, dėl kurių pageidaujama sudaryti sutartį, ir jų vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarkos aprašo (toliau – Aprašas) nuostatos:</p> <p>1. Pagal kriterijų „teikiamų paslaugų kompleksiskumas“ asmens sveikatos priežiūros įstaigos, pageidaujančios sudaryti sutartį (toliau – nauji teikėjai), vertinamos atsižvelgiant į tai, kiek skirtingo pobūdžio asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikia kiekvienas naujas teikėjas. Tuo tikslu visos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, dėl kurių apmokėjimo PSDF lėšomis VLK sudaro sutartis, atsižvelgiant į šių paslaugų rūšis (pirminės ambulatorinės, specializuotos ambulatorinės, skubiosios pagalbos, medicininės reabilitacijos ir kt.) ir būdą, kuriuo jos teikiamos (ambulatorinės, stacionarinės, dienos chirurgijos ir kt.), buvo suskirstytos į 12 paslaugų grupių. Už kiekvieną paslaugų, kurias teikia naujas teikėjas, grupę jam skiriama po 1 balą.</p> <p>Siekiant užtikrinti, kad kuo daugiau susijusių paslaugų pacientas galėtų gauti toje pačioje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, pagal paslaugų kompleksiskumo kriterijų papildomai 2 balai skiriami įstaigai, jeigu ji taip pat teikia kitokio profilio, nei trūkstama paslauga, paslaugas, reikalaujančias tos pačios gydytojo profesinės kvalifikacijos (pavyzdžiui, jeigu trūkstama paslauga yra kardiologo konsultacijos, tai papildomą balą gautų įstaiga, teikianti kardiologijos dienos stacionaro ir (ar) kardiologijos stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas, ir t. t.).</p> <p>Be to, papildomai 2 balai taip pat būtų skiriami naujam teikėjui, pageidaujančiam teikti daugiau nei vienos rūšies paslaugas, reikalaujančias tos pačios gydytojo profesinės kvalifikacijos (pavyzdžiui, jeigu trūkstamos paslaugos yra: 1) kardiologo konsultacijos, 2) kardiologijos dienos stacionaro paslaugos ir naujas teikėjas nori teikti abi šias paslaugas).</p> <p>Taigi, kompleksiskumas vertinamas dviem etapais:</p> <p>1) skiriami balai už kiekvienos rūšies paslaugas (siekiama paslaugų daugiaprofiliškumo - kuo daugiau ir skirtingo pobūdžio paslaugų įstaiga teikia, tuo ji pacientui yra priimtinesnė, nes galima viską gauti vienoje vietoje);</p> <p>2) už tiesiogiai su trūkstama paslauga susijusias paslaugas (reikalaujančias tos pačios gydytojo specializacijos) skiriami papildomi balai (siekiama paslaugų tęstinumo, kad toje pačioje įstaigoje būtų galima gauti skirtingo lygio paslaugas);</p> <p>3) jeigu įstaiga pageidauja sudaryti sutartį dėl kelių skirtingų paslaugų, jai taip pat skiriami papildomi balai (siekiama, kad kuo</p>

	<p>daugiau skirtingo pobūdžio paslaugų pacientas gautų toje pačioje įstaigoje).</p> <p>Šie principai leistų užtikrinti, kad daugiausia balų pagal teikiamų paslaugų kompleksiskumo kriterijų gautų nauji teikėjai, galintys geriausiai patenkinti pacientų poreikį kuo daugiau paslaugų gauti toje pačioje įstaigoje, t. y. teikėjai: a) kurie teikia daugiausia skirtingų rūšių paslaugų; b) kurių teikiamos paslaugos tiesiogiai susijusios su trūkstama paslauga; c) kurie siekia teikti daugiau nei vieną susijusią paslaugą.</p> <p>2. Pagal kriterijų „kokia dalimi užtikrinamas sveikatos apsaugos ministro nustatytų paslaugos teikimo reikalavimų laikymasis tuo pačiu paslaugos teikimo adresu“ nauji teikėjai vertinami atsižvelgiant į tai, kokią dalį sveikatos apsaugos ministro įsakymais trūkstamai paslaugai priskirtų diagnostinių ir gydomųjų veiksmų naujas teikėjas atlieka tuo pačiu adresu – kuo daugiau nustatytų veiksmų atliekama tuo pačiu adresu, tuo daugiau balų skiriama.</p> <p>Atsižvelgiant į tai, kad kai vienų paslaugų teikimo reikalavimuose skirtingų rūšių laboratoriniai tyrimai nurodyti vienoje atitinkamo teisės akto struktūrinėje dalyje, o kitų paslaugų – skirtingose, ir siekiant užtikrinti, kad diagnostinis veiksmas – laboratorinis tyrimas – turėtų vienodą lyginamąjį svorį kitų diagnostinių ir gydomųjų veiksmų, atliekamų teikiant tą pačią paslaugą, atžvilgiu ir nepriklausytų nuo konkretaus teisės akto struktūrinio išdėstymo, Apraše nustatyta, kad visi laboratoriniai tyrimai laikomi vienu veiksmu (balas už laboratorinius tyrimus skiriamas tik tuo atveju, jeigu tuo pačiu adresu atliekami visi atitinkamame teisės akte nurodyti laboratoriniai tyrimai).</p> <p>3. Pagal kriterijų „per praėjusius kalendorinius metus suteiktų paslaugų, dėl kurių sudaroma sutartis, skaičius“ nauji teikėjai vertinami pagal suteiktų paslaugų skaičių – daugiausia paslaugų suteikusiame naujam teikėjui skiriama 10 balų, mažiau paslaugų suteikusiems teikėjams skiriami balai priklauso nuo jų suteiktų paslaugų santykio su daugiausia paslaugų suteikusiame nauju teikėju (pavyzdžiui, jeigu daugiausia paslaugų – 1 200 suteikusiame naujam teikėjui skiriama 10 balų, tai 600 paslaugų suteikusiame naujam teikėjui bus skiriami 5 balai).</p> <p>4. Pagal kriterijų „per praėjusius 3 metus nustatyti pažeidimai“ vertinami per 3 praėjusius kalendorinius metus nustatyti pažeidimai. Atsižvelgiant į tai, kad, vadovaujantis SDĮ 26 straipsnio 5 dalies 4 punktu, turi būti vertinami ne tik privalomąjį sveikatos draudimą, bet ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai, Apraše numatyta, kad vertinami ne tik VLK, bet ir kitų institucijų, teisės aktais įgaliotų konstatuoti minėtų teisės aktų pažeidimus (Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Nacionalinio visuomenės sveikatos centro prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Finansinių nusikaltimų tyrimo tarnybos prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos), nustatyti pažeidimai. Naujiems teikėjams, kurių veikloje nebuvo nustatyta pažeidimų, skiriama 10 balų, kitiems naujiems teikėjams</p>
--	---

	<p>skiriami balai priklauso nuo nustatytų pažeidimų pobūdžio (pavojingumo) ir skaičiaus:</p> <p>1) už kiekvieną VLK atliktą kontrolės procedūrą, kai buvo nustatyti pažeidimai, kuriais padaryta žala PSDF biudžetui ar pažeistos asmenų teisės į nemokamą asmens sveikatos priežiūrą, taip pat kitų Apraše nurodytų institucijų surašytus dokumentus, kuriais konstatuoti privalomąjį sveikatos draudimą ir sveikatos priežiūrą reglamentuojančių teisės aktų pažeidimai, atimama po 1 balą, o už kiekvieną per vienus metus nuo ankstesnės kontrolės procedūros atliktą kontrolės procedūrą, kurios metu nustatyti kartotiniai tų pačių teisės aktų reikalavimų pažeidimai, atimama po 2 balus. Projekto rengėjų nuomone, objektyviau yra vertinti atliktas kontrolės procedūras, o ne atskirai kiekvieną kontrolės procedūros metu nustatytą pažeidimą, nes, tarkime, padarytos žalos dydis ne visada objektyviai parodo pažeidimo pavojingumą (pavyzdžiui, vienkartinis pažeidimas, net jeigu dėl jo buvo padaryta didesnė žala, neabejotinai yra mažiau pavojingas, nei nuolat ir sistemiskai daromi pažeidimai, kuriais kiekvienu atskiru atveju padaroma mažesnė žala). Be to, kitų Apraše nurodytų institucijų (pavyzdžiui, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apaugos ministerijos) nustatytų pažeidimų, susijusių su paslaugų teikimo medicininiu aspektu (netinkamai nustatyta diagnoze, netinkamai paskirtomis gydymo priemonėmis ir pan.), tarpusavyje apskritai neįmanoma palyginti;</p> <p>2) už kiekvieną nustatytą pažeidimą, dėl kurio buvo stabdomas naujo teikėjo licencijos ar jos dalies galiojimas arba stabdomas sutarties su VLK galiojimas, atimami 2 balai, o už kiekvieną licencijos ar jos dalies galiojimo panaikinimą ar su VLK sudarytos sutarties nutraukimą atimami 3 balai.</p> <p>Pažymėtina, kad gali susiklostyti situacija, kai viena įstaiga veiklą vykdė 3 metus ir šiuo laikotarpiu buvo nustatyta pažeidimų (atitinkamai jai bus atimami balai), o kita įstaiga veiklą vykdė tik 1 metus ir per šį laikotarpį net nebuvo tikrinta (todėl jai balai nebus atimami). Nors nėra būdo, kaip šias įstaigas būtų galima išlyginti, nes jos iš esmės yra skirtingose pozicijoje ir negalima, pavyzdžiui, 1 metus veiklą vykdžiusiai įstaigai atimti balų už pažeidimus, kurių nebuvo, problemą amortizuoja kitas kriterijus - suteiktų paslaugų skaičius. Įstaiga, kuri veiklą vykdo 3 metus, beveik neabejotina, gaus didesnę įvertinimą pagal šį kriterijų, nei trumpą laiką vykdanči įstaiga.</p> <p>Vertinant padarytus pažeidimus, nevertinamas PSDF biudžetui padarytos žalos dydis, nes:</p> <p>1) tai dar labiau sustiprintų pirmiau minėtą problemą, kai viena įstaiga veiklą vykdo 3 metus (per šį laikotarpį galėjo būti atlikta daugiau patikrinimų ir nustatyta didesnė žala), o kita įstaiga, pvz. tik 1 metus (atitinkamai ir patikrinimų bei žalos tikimybė mažesnė);</p> <p>2) toks vertinimas būtų neteisingas didžiųjų įstaigų atžvilgiu, nes jų paslaugų apimtys yra itin didelės, teikiamų paslaugų spektras yra labai platus ir, atitinkamai, jų padaryta žala bus kur kas didesnė;</p> <p>3) planiniai tikrinimai atliekami pagal planą, kuris sudaromas atsižvelgiant į prioritetines kontrolės kryptis, VLK direktoriaus</p>
--	--

	<p>nustatyta tvarka įvertinus kiekvienos įstaigos rizikingumą (be kita ko vertinant įstaigos teikiamų paslaugų kompleksiskumą, kuo daugiau paslaugų teikiama - tuo įstaiga laikoma rizikingesne). Taigi, didelėse įstaigose nuolat kažkas tikrinama;</p> <p>4) žalos dydis pats savaime neatspindi įstaigos "pavojingumo". Nutarimo projekto rengėjų nuomone, įstaiga, kuri padarė vienetinius pažeidimus, net jeigu jais buvo padaryta didesnė žala, yra mažiau pavojinga, nei įstaiga, kuri nuolat daro mažesnės žalos, bet daug pažeidimų;</p> <p>5. Užtikrinant, kad visi 4 kriterijai, pagal kuriuos vertinami nauji teikėjai, turėtų vienodą lyginamąją vertę, maksimali pagal kiekvieną kriterijų galima gauti balų suma yra 10 balų. Atsižvelgiant į tai, kad pagal pirmąjį kriterijų – paslaugų kompleksiskumas – galimų surinkti balų skaičius nėra baigtinis (paslaugų rūšių, už kurias skiriama po 1 balą, yra 12, taip pat gali būti ir skiriami papildomi balai), Apraše nustatyta, kad tuo atveju, jeigu pagal šį kriterijų daugiausia surinkęs naujas teikėjas gauna daugiau nei 10 balų, laikoma, kad pagal šį kriterijų jis gavo 10 balų, kitiems naujiems teikėjams skiriamų balų skaičius tiesiogiai priklauso jų surinktų balų santykio su daugiausia balų surinkusio naujo teikėjo surinktų balų suma (pavyzdžiui, jeigu daugiausia balų surinkęs teikėjas teikia visas 12 Aprašo 6 punkte nurodytų paslaugų (už kiekvieną iš jų gauna po 1 balą), taip pat gauna po 2 balus už susijusias paslaugas Aprašo 8 ir 9 punkte nustatyta tvarka, t. y. iš viso surenka 16 balų, laikoma, kad pagal kompleksiskumo kriterijų jis gavo 10 balų, o kitas teikėjas, kuris teikia 8 Aprašo 6 punkte nurodytas paslaugas (už kiekvieną jų gauna po 1 balą), t. y. surenka 8 balus, pagal kompleksiskumo kriterijų laikomas surinkusiu 5 balus).</p> <p>Šie principai taikomi ir atliekant vertinimą pagal kriterijų „kokia dalimi užtikrinamas sveikatos apsaugos ministro nustatytų paslaugos teikimo reikalavimų laikymasis tuo pačiu paslaugos teikimo adresu“.</p> <p>6. Atsižvelgiant į tai, kad daugumai žiedinių savivaldybių gyventojų patogiau ir arčiau atvykti į žiedinės savivaldybės centre esančios savivaldybės asmens sveikatos priežiūros įstaigas nei į žiedinės savivaldybės įstaigas, ir siekiant užtikrinti jų teisę ir toliau naudotis „centro“ savivaldybės asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugomis, Apraše numatyta, kad tais atvejais, kai trūkstama paslauga yra žiedinėje savivaldybėje, naujus teikėjus vertinant pagal pirmąjį kriterijų (teikiamų paslaugų kompleksiskumas) ir trečiąjį kriterijų (per praėjusius kalendorinius metus suteiktų paslaugų skaičius) vertinamos paslaugos, kurias naujas teikėjas teikia ne tik žiedinėje, bet ir „centro“ savivaldybėje.</p> <p>7. Vadovaujantis SDĮ 26 straipsnio 7 dalimi, Vyriausybė turi tik detalizuoti SDĮ 26 straipsnio 5 dalyje nurodytus kriterijus ir nustatyti vertinimo pagal juos tvarką, todėl visos procedūrinės nuostatos, reglamentuojančios dokumentų pateikimą ir vertinimą (įskaitant vertinimą, kai prašymą sudaryti sutartį pateikia tik vienas paslaugų teikėjas), bus nustatytos sveikatos apsaugos ministro tvirtinamame sutarčių sudarymo apraše.</p>
--	--

III. Priemonių kaštai	Nutarimo projektui įgyvendinti papildomų valstybės, savivaldybių biudžetų ir kitų valstybės įsteigtų fondų lėšų neprireiks.
IV. Nauda visuomenei	Priėmus Nutarimo projektą bus įgyvendintos SDĮ nuostatos, bus sukurta skaidri, efektyvi, objektyviais kriterijais bei statistiniais duomenimis pagrįsta naujų teikėjų atranka ir sutartys bus sudaromos su tais naujais teikėjais, kurie galės užtikrinti kompleksinę, prieinamą ir visuomenės poreikius geriausiai atitinkančią asmens sveikatos priežiūrą.

Nutarimo projektas neprieštaruja Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programai, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2024 m. gruodžio 12 d. nutarimu Nr. XV-54 „Dėl Devynioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“.

Nutarimo projektu nėra perkeliama ir (ar) įgyvendinami Europos Sąjungos teisės aktai.

Nutarimo projektas nenotifikuotinas Europos Komisijai pagal Informacijos apie techninius reglamentus ir atitikties įvertinimo procedūras teikimo taisykles, patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. gegužės 20 d. nutarimu Nr. 617 „Dėl Informacijos apie techninius reglamentus ir atitikties įvertinimo procedūras teikimo taisyklių patvirtinimo“.

Atsižvelgiant į tai, kad Nutarimo projektas, kaip įgyvendinamasis teisės aktas, tik detalizuoja SDĮ nustatytų kriterijų, pagal kuriuos vertinamos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, reikšmės ir nustato vertinimo pagal šiuos kriterijus tvarką, ir vadovaujantis Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodikos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. vasario 26 d. nutarimu Nr. 276 „Dėl Numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo metodikos patvirtinimo“, 4 punktu, Nutarimo projekte numatyto teisinio reguliavimo poveikio vertinimas neatliekamas.

Nutarimo projekte naujų sąvokų, vertintinų Lietuvos Respublikos terminų banko įstatymo ir jo įgyvendinamųjų teisės aktų nustatyta tvarka, nėra.

Nutarimo projektas parengtas laikantis Lietuvos Respublikos valstybinės kalbos įstatymo, Lietuvos Respublikos teisėkūros pagrindų įstatymo reikalavimų ir atitinka bendrinės lietuvių kalbos normas.

Priėmus Nutarimo projektą, neigiamų pasekmių nenumatoma.

Priėmus Nutarimo projektą sveikatos apsaugos ministras turės nustatyti prašymų sudaryti sutartis dėl trūkstančių paslaugų pateikimo, nagrinėjimo ir tikslinimo tvarką bei terminus¹.

Nutarimo projektas buvo derinamas su Lietuvos Respublikos teisingumo ministerija, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija, Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, Lietuvos gydytojų vadovų sąjunga, Valstybine akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Nacionaliniu visuomenės sveikatos centru prie Sveikatos apsaugos ministerijos, Finansinių nusikaltimų tyrimo tarnyba prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos ir Lietuvos Respublikos specialiųjų tyrimų tarnyba. Savo iniciatyva pastabas dėl Nutarimo projekto pateikė asociacija „Investors‘ Forum“, Diagnostikos ir gydymo įstaigų asociacija ir Sveikatos priežiūros įstaigų asociacija. Konkurencijos taryba Lietuvos Respublikos Seimo teisės aktų informacinės sistemos Projektų registravimo posistemyje pažymėjo, kad pastabų neturi. Į daugumą Teisingumo ministerijos pateiktų pastabų buvo atsižvelgta (neatsižvelgta į dvi pastabas; apie priežastis, dėl kurių neatsižvelgta į pastabas, Teisingumo ministerija buvo informuota darbo tvarka ir patikslintam Nutarimo projektui neprieštaravo). Nutarimo projektas taip pat buvo patikslintas atsižvelgiant į kai kurias kitų institucijų pateiktas pastabas (neatsižvelgta iš esmės tik į tas pastabas ir siūlymus, kurie nėra Nutarimo projekto reguliavimo objektas). Dėl Nutarimo projektui pateiktų

¹ Turės būti patikslintas Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymu Nr. V-1051 „Dėl Teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

nesuderintų arba iš dalies suderintų pastabų parengta derinimo pažyma. Nutarimo projektas darbo tvarka buvo suderintas su Lietuvos Respublikos ekonomikos ir inovacijų ministerija.

Nutarimo projektą parengė Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2024 m. rugsėjo 10 d. įsakymu Nr. 1K-265 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo projekto rengimo darbo grupės sudarymo“ sudaryta darbo grupė, darbo grupės pirmininkas – VLK Paslaugų kompensavimo skyriaus vyresnysis patarėjas Viačeslavas Zaksas, tel. +370 5 236 4146, el. p. viaceslavas.zaksas@vlk.lt.

PRIDEDAMA:

1. Nutarimo projektas, 5 lapai.
2. Vyriausybės posėdžio protokolo projektas, 1 lapas.
3. Derinimo pažyma, 13 lapų.
4. Institucijų raštų kopijos, 23 lapai.
5. Projekto antikorupcinio vertinimo pažyma, adoc.

Sveikatos apsaugos ministrė

Marija Jakubauskienė

Artūras Remeikis, tel. +370 5 2370 728, el. p. arturas.remeikis@vlk.lt

Evelina Galčiūtė, tel. +370 5 2364 141, el. p. evelina.galciute@vlk.lt

Tomas Ragauskas, tel. +370 5 2364 145, el. p. tomas.ragauskas@vlk.lt