

LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖ

NUTARIMAS DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO STRATEGIJOS PATVIRTINIMO

2003 m. kovo 18 d. Nr. 335
Vilnius

Įgyvendindama Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2001 m. liepos 12 d. nutarimu Nr. IX-455 (Žin., 2001, Nr. [62-2244](#)), nuostatas sveikatos apsaugos srityje, Lietuvos Respublikos Vyriausybė n u t a r i a :

1. Patvirtinti Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją (pridedama).

2. Siūlyti savivaldybėms:

2.1. vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos, patvirtintos šiuo nutarimu, nuostatomis, patikslinti pirminės sveikatos priežiūros plėtojimo programas (planus) ir iki 2003 m. birželio 1 d. pateikti juos Sveikatos apsaugos ministerijai;

2.2. ne mažiau kaip 60 procentų lėšų, gautų iš restruktūrizavimo procese atlaisvintų ir privatizuotų savivaldybių nuosavybei priklausančių pastatų, skirti sveikatos priežiūros įstaigoms ir technologijoms atnaujinti.

Punkto pakeitimai:

Nr. [1495](#), 2003-12-02, Žin., 2003, Nr. 114-5132 (2003-12-05)

3. Įpareigoti apskričių viršininkus, vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos, patvirtintos šiuo nutarimu, nuostatomis, patikslinti apskričių asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus ir suderinus juos su savivaldybėmis iki 2003 m. rugsėjo 1 d. pateikti Sveikatos apsaugos ministerijai.

4. Įpareigoti Sveikatos apsaugos ministeriją:

4.1. patvirtinti sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus:

4.1.1. Vilniaus ir Kauno apskričių – iki 2003 m. gruodžio 10 dienos;

4.1.2. kitų apskričių – iki 2003 m. gruodžio 30 dienos;

4.2. kontroliuoti apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų įgyvendinimą;

4.3. per 6 mėnesius nuo visų apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planų patvirtinimo parengti Valstybinę sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programą, numatyti lėšas šiai programai įgyvendinti ir pateikti ją tvirtinti Lietuvos Respublikos Vyriausybei;

4.4. siūlyti prioritetine tvarka įtraukti į kasmet rengiamus Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo ir Valstybės investicijų programos projektus investicijų projektus, skirtus apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planams įgyvendinti.

Punkto pakeitimai:

Nr. [1495](#), 2003-12-02, Žin., 2003, Nr. 114-5132 (2003-12-05)

Ministras Pirmininkas

Algirdas Brazauskas

Sveikatos apsaugos ministras

Juozas Olekas

PATVIRTINTA

SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO STRATEGIJA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija (toliau vadinama – Strategija) parengta įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2001 m. liepos 12 d. nutarimu Nr. IX-455 (Žin., 2001, Nr. [62-2244](#)), nuostatas sveikatos apsaugos srityje.

2. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas bus vykdomas dviem etapais:

2.1. pirmasis etapas – 2003–2005 metai;

2.2. antrasis etapas – 2006–2008 metai.

3. Šioje Strategijoje restruktūrizavimo kriterijai ir siejami rezultatai nustatyti tik pirmajam etapui. Įvertinus pasiektus pirmojo etapo rezultatus, 2005 metų II pusmetyje bus nustatomi antrojo etapo kriterijai ir siejami rezultatai, tikslinama jo trukmė.

4. Šios Strategijos pagrindinės nuostatos suformuotos vadovaujantis išsamia esamos situacijos Lietuvoje analize, taip pat sveikatos reformų rezultatų vertinimu Pabaltijo ir Europos Sąjungos valstybėse.

II. STRATEGIJOS TIKSLAI, UŽDAVINIAI IR PRIORITETAİ

5. Pagrindiniai šios Strategijos tikslai:

5.1. gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;

5.2. optimizuoti teikiamų paslaugų apimtį ir struktūrą pagal gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų poreikius.

6. Numatomi šie svarbiausieji uždaviniai:

6.1. restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą;

6.2. suformuoti efektyvią apskričių ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų sistemą;

6.3. perduoti atitinkamą valstybės ir savivaldybių turtą sveikatos priežiūros įstaigoms valdyti, naudoti ir disponuoti juo patikėjimo teise;

6.4. didinti sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą.

7. Restruktūrizavimo prioritetai:

7.1. ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas plėtoti sparčiau už stacionarių paslaugų redukavimą;

7.2. restruktūrizavimą pradėti nuo didžiųjų miestų sveikatos priežiūros įstaigų tinklo pertvarkymo;

7.3. gerinant paslaugų prieinamumą, prioritetinį dėmesį skirti bendrosios praktikos gydytojų veiklos plėtojimui kaimo vietovėse.

8. Strategijos rezultatų vertinimo rodikliai:

8.1. sergamumo ir mirtingumo pokyčiai;

8.2. ambulatorinių paslaugų plėtros dinamika;

8.3. stacionarių paslaugų redukavimo dinamika;

8.4. sveikatos priežiūros paslaugų struktūros ir išdėstymo pokyčiai, jų atitikimas pacientų poreikius;

8.5. laiko, per kurį pacientai sulaukia sveikatos priežiūros paslaugų, trukmės mažėjimas;

8.6. sveikatos priežiūros išlaidų struktūros pokyčiai;

8.7. sveikatos sistemos veiklos ekonominio efektyvumo pokyčiai.

III. ESAMOS BŪKLĖS APŽVALGA

9. Lietuvoje 2001 metų pabaigoje buvo:

9.1. 195 ligoninės, iš jų 189 – valstybės ir savivaldybių (iš jų 112 – bendrojo pobūdžio, specializuotos ir reabilitacijos, 77 – slaugos ir palaikomojo gydymo);

9.2. pagal steigėjus 112 valstybės ir savivaldybių ligoninių (ne slaugos ir palaikomojo gydymo) pasiskirsto taip: 10 ligoninių steigėjas – Sveikatos apsaugos ministerija, 46 ligoninių steigėjai – apskričių viršininkai, 56 ligoninių steigėjai – savivaldybių tarybos;

9.3. 894 ambulatorinės įstaigos, iš jų 436 – valstybės ir savivaldybių, 458 – privačios;

9.4. 31628 lovos, iš jų 31523 – valstybės ir savivaldybių ligoninėse (iš jų 2914 – slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse), 105 – privačiose įstaigose.

10. Pagrindiniai šalies sveikatos apsaugos rodikliai: vidutinė gulėjimo ligoninėje (ne slaugos ir palaikomojo gydymo) trukmė – 10,04 dienos; lovos užimtumas – 283,7 dienos; lovos apyvarta – 28,25; hospitalizacijos rodiklis 100 gyventojų – 23,2 ligonio.

11. Pagrindinės pastarojo laikotarpio sveikatos sistemos plėtros tendencijos buvo:

11.1. pirminės sveikatos priežiūros decentralizavimas;

11.2. šeimos gydytojo institucijos formavimas;

11.3. savivaldybių teisių sveikatos priežiūros srityje didinimas;

11.4. lovų skaičiaus mažėjimas;

11.5. didesnis dėmesys ligų profilaktikai.

12. Didžiausieji esamos sistemos trūkumai, trukdantys užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų saugumą ir efektyvų turimų išteklių panaudojimą, yra šie:

12.1. tarp visų sveikatos priežiūros paslaugų palyginti didelę dalį užima stacionarios paslaugos;

12.2. sveikatos priežiūros įstaigos susitelkusios didžiuosiuose miestuose, trūksta specialistų kaime;

12.3. kai kurių ligoninių aptarnaujamų gyventojų ir teikiamų paslaugų apimtis per maža, kad galėtų užtikrinti reikiamą paslaugų kokybę, paciento saugumą ir aukštą gydytojo kvalifikaciją;

12.4. nepakankama vyresniojo amžiaus žmonių sveikatos priežiūra;

12.5. nepakankamo lygio ambulatorinės slaugos paslaugų teikimo, bendradarbiavimo tarp medicinos ir slaugos darbuotojų sistema;

12.6. nevisiškai užtikrinamas gydymo tęstinumas, kai pacientą reikia siųsti iš vieno paslaugų profilio sveikatos priežiūros įstaigos į kitą;

12.7. daugelio pastatų ir medicininės įrangos būklė nepatenkinama, o sveikatos priežiūros įstaigų turto valdymas panaudos teise nesudaro sąlygų ją gerinti.

IV. PRIORITETINĖS RESTRUKTŪRIZAVIMO KRYPTYS

13. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas bus vykdomas 3 prioritetinėmis kryptimis:

13.1. pirmoji kryptis – ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtra;

13.2. antroji kryptis – stacionarių paslaugų optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų plėtra;

13.3. trečioji kryptis – medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtra, daugiausia dėmesio skiriant vyresniojo amžiaus žmonių sveikatos priežiūros sistemos tobulinimui.

14. Įgyvendinant pirmąją kryptį, numatoma:

14.1. skatinti privačių bendrosios praktikos gydytojų, dirbančių pagal sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, veiklą siekiant decentralizuoti pirminę sveikatos priežiūrą;

14.2. pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001–2004 metų programos nuostatas sudaryti privačioms sveikatos priežiūros įstaigoms, priklausančioms Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai, tokias pat veiklos sąlygas kaip valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigoms;

14.3. didinti tyrimų ir gydymo paslaugų apimtį ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose;

14.4. daugiau dėmesio skirti ligų prevencijai ir tobulinti šios veiklos finansavimo modelį;

14.5. plėtoti gydytojų specialistų teikiamas ambulatorines paslaugas;

14.6. sukurti ilgalaikio pacientų stebėjimo (dispanserizavimo) sistemą;

14.7. tobulinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistemą – įvesti svertus, skatinančius teikti daugiau ir įvairesnių paslaugų, gerinti jų kokybę, plėtoti prevencinę veiklą, labiau rūpintis kaimo gyventojų medicininiu aptarnavimu.

15. Įgyvendinant antrąją kryptį, numatoma:

15.1. optimizuoti stacionarių paslaugų apimtį ir struktūrą, derinti tai su pacientų poreikiais, intensyviai gydymo procesą;

15.2. plėtoti dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas;

- 15.3. tobulinti stacionarių paslaugų ir greitosios medicinos pagalbos koordinavimo formas;
- 15.4. tobulinti ambulatorinės reabilitacijos paslaugas, parengti stacionarinės reabilitacijos įstaigos reikalavimus.
- 16. Įgyvendinant trečiąją kryptį, numatoma:
 - 16.1. įvertinti suaugusiųjų ir vaikų medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų poreikius, jų integravimo į visuomeninę globos sistemą galimybes;
 - 16.2. plėtoti suaugusiųjų ir vaikų medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo sistemą, ypač atkreipti dėmesį į diferencijuotas paslaugų grupes;
 - 16.3. nustatyti paslaugų poreikių pagal atitinkamas grupes tenkinimo galimybes, finansavimo šaltinius, parengti jų apmokėjimo modelį;
 - 16.4. plėtoti ambulatorinės slaugos paciento namuose paslaugas.
- 17. Restruktūrizavimas 3 kryptimis, nurodytomis šios Strategijos 13 punkte, vykdomas optimaliai integruojant visas asmens sveikatos priežiūros veiklos sritis, diegiant papildomą savanoriškąjį sveikatos draudimą, atitinkamą valstybės ir savivaldybių turtą perduodant sveikatos priežiūros įstaigoms valdyti, naudoti ir disponuoti juo patikėjimo teise, tobulinant sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarką.

V. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO KRITERIJAI IR SIEKIAMI REZULTATAI

- 18. Įgyvendinant šios Strategijos 13.1 punkte nurodytos pirmosios krypties nuostatas, savivaldybėms, rengiančioms pirminės sveikatos priežiūros plėtros programas (planus), siūloma įstaigų išdėstymą kaimo vietovėse planuoti pagal šiuos kriterijus:
 - 18.1. gyventojų išsidėstymo tankumą;
 - 18.2. gyventojų amžiaus struktūrą;
 - 18.3. gyventojų sveikatos būklės rodiklius;
 - 18.4. laiką, per kurį pacientas gali pasiekti sveikatos priežiūros įstaigą;
 - 18.5. transporto tinklo išvystymą;
 - 18.6. atstumą iki sveikatos priežiūros įstaigos;
 - 18.7. gyventojų traukos centrus (bažnyčias, prekybos taškus, seniūnijas, visuomeninius centrus ir kita).
- 19. Įgyvendinant šios Strategijos 13.2 punkte nurodytos antrosios krypties nuostatas, nustatomi šie tarpusavyje susiję siekiami rezultatai:
 - 19.1. hospitalizacijos rodiklis 100 savivaldybės gyventojų – 18 ligonių (be reanimacijos, medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo);
 - 19.2. vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė Lietuvos mastu – 8 dienos;
 - 19.3. siekiami rezultatai pagal pagrindinius paslaugų profilius ligoninėse ir jų struktūriniuose padaliniuose (šios Strategijos priedas).
- 20. Stacionariosios sveikatos priežiūros įstaigos restruktūrizuojamos pagal šiuos kriterijus:
 - 20.1. kiek suteikta stacionarių paslaugų gyventojams sveikatos priežiūros įstaigose, esančiose savivaldybės teritorijoje, kurioje jie gyvena;
 - 20.2. kiek suteikta stacionarių paslaugų gyventojams kitų savivaldybių teritorijoje veikiančiose sveikatos priežiūros įstaigose;
 - 20.3. kiek suteikta stacionarių paslaugų gyventojams, atvykusiems iš kitų savivaldybių;
 - 20.4. kiek sumažėjo stacionarių paslaugų, pakeitus jas ambulatorinėmis pirminio lygio ir gydytojų specialistų paslaugomis;
 - 20.5. kokie sveikatos priežiūros įstaigos veiklos pastarųjų 2 metų rentabilumo rodikliai (įvertinti saldą tarp debitorinio ir kreditorinio įsiskolinimo).
- 21. Įgyvendinant šios Strategijos 13.3 punkte nurodytos trečiosios krypties nuostatas, medicininei slaugai ir ilgalaikiam palaikomajam gydymui nustatomi:
 - 21.1. siekiamas rezultatas: lovos užimtumas – 330 dienų;
 - 21.2. kriterijus: lovų skaičius 1000 gyventojų 0,8–1,2 lovos.

VI. STRATEGIJOS ĮGYVENDINIMAS

22. Šios Strategijos nuostatomis įgyvendinti bus teikiami atitinkamų įstatymų pakeitimai, bus parengta Valstybinė sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programa, kurioje bus numatytos konkrečios priemonės, atsakingos už jų įgyvendinimą institucijos ir įvykdymo terminai.

23. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas valstybės, apskričių ir savivaldybių lygmenimis vykdomas pagal bendruosius šioje Strategijoje nustatytus principus, siekiamus rezultatus ir kriterijus. Restruktūrizavimo planai rengiami tam pačiam laikotarpiui. Įgyvendindami apskričių ir savivaldybių restruktūrizavimo planus, apskričių viršininkai ir savivaldybių tarybos gali atsižvelgti į specifiką ir nustatyti papildomus kriterijus ar kitus reikalavimus.

24. Restruktūrizavimas vykdomas sujungiant ar skaidant atitinkamas įstaigas arba jų struktūrinius padalinius. Priimant sprendimus dėl įstaigų dydžio, struktūros ir išdėstymo, pagrindiniu teritoriniu stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų poreikių vertinimo vienetu laikomi regionai ir apskritys. Ligoninių veiklos pagal ligų gydymo profilius tęstinumas grindžiamas gyventojų sergamumo rodikliais, sveikatos priežiūros įstaigų turimais materialiniais, finansiniais, žmonių išteklių ir efektyvumo rodikliais.

25. Valstybės ir savivaldybių investicijos į sveikatos apsaugą planuojamos ir skirstomos atsižvelgiant į restruktūrizavimo planuose numatytą įstaigų pertvarkymo perspektyvą.

26. Šioje Strategijoje numatytas sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimas bus vykdomas taip:

26.1. Sveikatos priežiūros įstaigų administracijos restruktūrizavimo projektus rengia vadovaudamasi šioje Strategijoje nustatytais kriterijais ir siekiamais rezultatais.

26.2. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektų rengimui ir tikslinimui vadovauja apskričių viršininkai ir teritorinės ligoninių kasos, remdamiesi Sveikatos apsaugos ministerijos ir Valstybinės ligoninių kasos metodologiniais reikalavimais.

26.3. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo projektai įgyvendinami pasirašant dvišales sutartis tarp sveikatos priežiūros įstaigų ir teritorinių ligoninių kasų.

VII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

27. Šios Strategijos įgyvendinimas finansuojamas iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų.

28. Restruktūrizavimo proceso eigai kontroliuoti ir vertinti Valstybinė ligoninių kasa ir apskričių viršininkai apie pasiektus restruktūrizavimo rezultatus kasmet teikia informaciją Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo komisijai, sudarytai sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 12 d. įsakymu Nr.274 (Žin., 2002, Nr. [62-2524](#)), ir sveikatos apsaugos ministrui.

29. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo restruktūrizavimo socialinis ir ekonominis efektas apskaičiuojamas ir pateikiamas Valstybinėje sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo programoje.

30. Numatoma, kad įgyvendinus pirmąjį sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapą pagerės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, kokybė ir pagrindiniai sveikatos sistemos veiklos rodikliai: sumažės bendras lovų ir hospitalizacijos atvejų skaičius, sutrumpės vidutinė gulėjimo ligoninėse trukmė, padidės lovos užimtumas ir kita. Pasiektas ekonominis efektas sudarys galimybę padidinti sveikatos priežiūros paslaugų įkainius maždaug 20 procentų.

31. Nemažai restruktūrizavimo procese sutaupytų lėšų bus skiriama kreditoriniam įsiskolinimui iš dalies padengti, kita dalis – ambulatorinių paslaugų plėtrai, taip pat darbo užmokesčiui ir paslaugų įkainiams didinti.

Sveikatos priežiūros įstaigų
restruktūrizavimo strategijos
priedas

SIEKIAMI REZULTATAI PAGAL PAGRINDINIUS PASLAUGŲ PROFILIUS LIGONINĖSE IR JŲ STRUKTŪRINIuose PADALINIuose

Eil. Nr.	Paslaugų profilio	Vidutinė gulėjimo	Lovos užimtumas	Minimalus gimdymų	Maksimali gulėjimo	Minimalus sudėtingų operacijų skaičius
-------------	----------------------	----------------------	--------------------	----------------------	-----------------------	---

	pavadinimas	trukmė (dienomis)	(dienomis)	skaičius per metus (vienetais)	trukmė iki operacijos (dienomis)	per metus (vienetais)
1.	Terapija*	7	300–320	x	x	x
2.	Pediatrija	7	280–300	x	x	x
3.	Chirurgija	7	300–320	x	3	nustatoma sveikatos apsaugos ministro įsakymu
4.	Akušerija	4	230–250	300	x	x
5.	Psichiatrija	28	300–320	x	x	x
6.	Tuberkuliozė	48	300–320	x	x	x
7.	Reabilitacija	23	300–320	x	x	x

* Infekcinių ligoninių ar infekcinių skyrių ligoninėse lovos užimtumas – 280–300 dienų.

Pakeitimai:

1.
Lietuvos Respublikos Vyriausybė, Nutarimas
Nr. [1495](#), 2003-12-02, Žin., 2003, Nr. 114-5132 (2003-12-05)
DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS 2003 M. KOVO 18 D. NUTARIMO NR. 335 „DĖL
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO STRATEGIJOS PATVIRTINIMO“
PAKEITIMO

*** Pabaiga ***

Redagavo: Angonita Rupšytė (2003-12-23)
anrups@lrs.lt