

Suvestinė redakcija nuo 2023-10-12

Įsakymas paskelbtas: TAR 2016-09-27, i. k. 2016-24098



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

**ĮSAKYMAS
DĖL ŠEIMOS MEDICINOS PLĖTROS
2016–2025 METŲ VEIKSMŲ PLANO PATVIRTINIMO**

2016 m. rugsėjo 26 d. Nr. V-1104

Vilnius

Atsižvelgdamas į Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“, 96.2, 109.1 ir 109.2 papunkčius bei priedo 4 punkto antrąjį rodiklį, Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. 1290 „Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“, 15.1 papunktį ir 17 punktą:

1. T v i r t i n u Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų planą (pridedama).
2. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti viceministrui pagal veiklos sritį.

Krašto apsaugos ministras,
pavaduojantis sveikatos apsaugos ministrą

Juozas Olekas

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2016 m. rugsėjo 26 d. įsakymu
Nr. V-1104

(Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2022 m. gruodžio 19 d. įsakymo
Nr. V-1884 redakcija)

ŠEIMOS MEDICINOS PLĖTROS 2016–2025 METŲ VEIKSMŲ PLANAS

I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų planas (toliau – Veiksmų planas) – tai Lietuvos Respublikos gyventojų pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai (toliau – šeimos medicina) gerinti skirtas dokumentas, nustatantis šeimos medicinos plėtros tikslą, uždavinius, plėtros kryptis, laukiamus rezultatus, vertinimo kriterijus ir Veiksmų plano įgyvendinimo priemones. Veiksmų plano įgyvendinimo laikotarpis – 2016–2025 metai, tačiau numatoma, kad kai kurių priemonių įgyvendinimas bus tęsiamas iki 2030 metų.

2. Veiksmų planas persvarstytas ir atnaujintas, siekiant 2021–2030 metų Nacionalinio pažangos plano (toliau – NPP) 2 strateginio tikslo „Didinti gyventojų socialinę gerovę ir įtrauktį, stiprinti sveikatą ir gerinti Lietuvos demografinę padėtį“ ir įgyvendinant NPP 2.11 uždavinį „Didinti kokybiškų ir inovatyvių sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir sveikatos atsparumą grėsmėms“. Taip pat atsižvelgta į Aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos nuostatų įgyvendinimo plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2021 m. kovo 10 d. nutarimu Nr. 155 „Dėl Aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos nuostatų įgyvendinimo plano patvirtinimo“, IV misijos „Ilgas ir visavertis sveiko žmogaus gyvenimas“ 2 projekto „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas“ įgyvendinimo priemonės nuostatas – įtraukti į Veiksmų planą naujas priemones, skirtas šeimos medicinos paslaugų plėtrai, pertekliniam reglamentavimui ir biurokratiniais suvaržymams mažinti, ir pradėti jas įgyvendinti.

3. Veiksmų plane vartojamos sąvokos suprantamos taip, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatyme, Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatyme, Lietuvos Respublikos slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatyme, Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo“, Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakyme Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakyme Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo“.

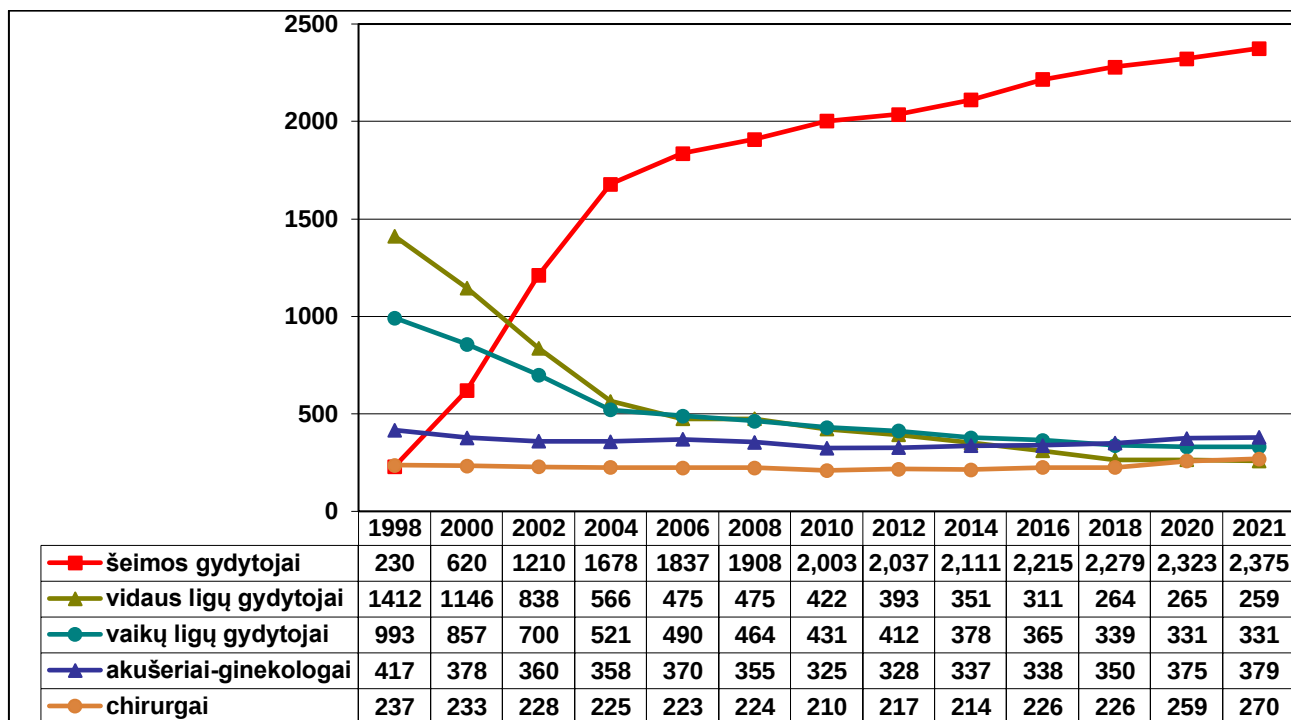
II SKYRIUS 2016–2021 METŲ VEIKSMŲ PLANO PASIEKTI REZULTATAI

4. 2016–2021 metų Veiksmų plano tikslo ir uždavinių įgyvendinimui vertinti buvo numatyti laukiami rezultatai ir vertinimo kriterijai.

5. Buvo numatyti šie Veiksmų plano įgyvendinimo rezultatai:

5.1. **padidėjęs šeimos medicinos paslaugas teikiančių šeimos gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų** (siektinas rodiklis buvo 7,54 šeimos gydytojų, tenkančių 10 tūkst. gyventojų). Rezultatas pasiektas. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VASPVT) duomenimis, 2015 m. pradžioje galiojančias šeimos

gydytojo licencijas turėjo 2300 gydytojų, 2021 m. licencijų skaičius siekė 2522. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) duomenimis, šeimos gydytojų, dirbančių pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugas teikiančiose įstaigose, sudariusiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, skaičius padidėjo: šeimos gydytojų, teikiančių PAASP paslaugas, skaičius nuo 264 (1998 m.) padidėjo iki 2 309 (2020 m.), t. y. Lietuvos Respublikoje esant 2,81 mln. gyventojų, 10 tūkstančių gyventojų teko apie 8,1 šeimos gydytojo licenciją turinčių specialistų ir paslaugas teikiančių specialistų (1 pav.):



1 pav. Šeimos gydytojų ir kartu PAASP paslaugas teikiančių gydytojų specialistų skaičiaus pokytis (VLK duomenys).

Esminis žmogiškųjų išteklių struktūros pokytis šeimos medicinoje įvyko 1998–2006 m. laikotarpiu, kai sparčiai daugėjo šeimos gydytojų, bet mažėjo 4 gydytojų specialistų (vaikų ligų gydytojų, vidaus ligų gydytojų, gydytojų akušerių ginekologų ir gydytojų chirurgų), kartu teikiančių PAASP paslaugas. Buvo tikimasi, kad daugėjant šeimos gydytojų kartu su jais šeimos medicinos paslaugas teikiančių specialistų komandos savaime nunyks. Tačiau faktai rodo, kad ir toliau gydytojai specialistai kartu stabiliai teikia šeimos medicinos paslaugas apie 10–15 proc. populiacijos. Situacija nesikeitė ir 2021 m.: 2021 m. šeimos medicinos paslaugas kartu teikė 264 vidaus ligų gydytojai, 332 vaikų ligų gydytojai, 377 gydytojai akušeriai ginekologai ir 265 gydytojai chirurgai.

5.2. išplėtotą grupinę šeimos gydytojų komandų praktiką, kai kartu dirba kelios šeimos gydytojų komandos. Šis rezultatas pasiektas iš dalies. Didėja šeimos medicinos paslaugų teikėjų fragmentacija: padaugėjo pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – PASPI), kuriose prirašyta mažiau nei 1000 gyventojų: 2016 m. tokių monopraktikos PASPI buvo 50, 2021 m. jų skaičius viršijo 70. Mažose PASPI prisirašiusiems gyventojams kyla didesnė rizika negauti būtinųjų šeimos gydytojo komandos paslaugų įstaigos nedarbo metu, personalo atostogų, mokymosi ar ligos metu. Mažose PASPI nesuformuojama visą darbo dienos laiką ir visomis savaitės dienomis paslaugas teikianti šeimos gydytojo komanda, pacientams rečiau pasiūlomos visos komandinės paslaugos.

Grupinė bendradarbiavimu pagrįsta šeimos gydytojų komandų praktika leistų pačioms PASPI teikti skubiąją medicinos pagalbą pagal šeimos gydytojo kompetenciją. Šiuo metu tik VšĮ Centro poliklinika Vilniaus miesto savivaldybėje užtikrina minėtų paslaugų teikimą 59 PASPI pagal sutartis Vilniaus mieste. Kitose savivaldybėse šeimos medicinos paslaugų teikimas 24/7 užtikrinamas pagal

sutartis su ligoninių skubiosios pagalbos skyriais, nors šios funkcijos nebūdingos ir perteklinės ligoninių priėmimo skyriams ir gali pabloginti specializuotų skubiosios pagalbos paslaugų teikimą sudėtingesnės sveikatos būklės pacientams.

5.3. padidėjusi slaugytojų, dirbančių šeimos gydytojo komandoje, profesinė kompetencija. Rezultatas pasiektas. 2016–2021 m. laikotarpiu 2 kartus buvo atnaujinta Bendrosios praktikos slaugytojo medicinos norma, patvirtinta nauja išplėstinės praktikos slaugytojo medicinos norma, akušerio medicinos norma išdėstyta nauja redakcija.

Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbus valstybės lygio ekstremaliąją situaciją dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) (toliau – COVID-19 liga), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. birželio 17 d. įsakymu Nr. V-1504 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo esant Lietuvos Respublikos teritorijoje paskelbtai valstybės lygio ekstremaliajai situacijai organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ buvo laikinai praplėstos bendrosios praktikos slaugytojų kompetencijos, leidžiant jiems paskirti ar pratęsti pacientui vaistinių preparatų ar medicinos pagalbos priemonių, įskaitant tuos, kurių įsigijimo išlaidos kompensuojamos Privalomo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, skyrimą, skirti tyrimus ar, esant poreikiui, paaiškinti pacientui ar jo atstovui atliktų tyrimų rezultatus bei pagal juos koreguoti gydymą, atlikti kitus būtinus veiksmus, kuriuos galima atlikti nuotoliniu būdu pagal teisės aktų reikalavimus. Slaugytojams leista pratęsti ne ilgiau kaip 2 mėnesiams anksčiau gydytojo paskirtų vaistinių preparatų skyrimą, įsitikinus, kad paciento sveikatos būklė yra stabili (pacientas nenurodo skundų, susijusių su vaistinių preparatų vartojimu, pablogėjusios sveikatos būklės, naujų simptomų ar kt.) ir kad pacientas to paties bendrinio pavadinimo, farmacinės formos ir stiprumo receptinį vaistinį preparatą vartojo paskutinius 3 mėnesius arba ilgiau ir į vardinio preparato sudėtį neįeina narkotinės ir psichotropinės medžiagos.

5.4. geriau organizuotas ir užtikrintas nepertraukiamas (visomis dienomis ištisą parą) šeimos medicinos paslaugų teikimas. Rezultatas pasiektas iš dalies. Šeimos medicinos paslaugų teikimas ištisą parą kiekvieną dieną (toliau – 24/7 principas) įtvirtintas Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 45 straipsnio 1 dalies 11 punkte. Jame nustatyta PASPI pareiga, jeigu ji priklauso Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai ir teikia pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, užtikrinti nepertraukiamą (visomis dienomis ištisą parą) pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Lietuvos anesteziologų-reanimatorių draugijos atlikta duomenų analizė parodė, kad nakties metu skubiosios pagalbos paslaugų teikimas ryškiai sumažėja (pvz., kai kurių rajonų ligoninių skubiosios pagalbos skyriuose nakties metu suteikiama vos 1 paslauga kas 1–2 naktis). VšĮ Centro poliklinika, kuri savarankiškai budėjimais užtikrina šeimos medicinos paslaugų teikimą visomis dienomis ištisą parą, taip pat pateikia duomenis, jog nakties metu aptarnaujama apie 7–8 proc. pacientų dalis, palyginti su besikreipiančiais visą parą. Atsižvelgiant į šiuos duomenis, būtina persvarstyti 24/7 principo taikymo teikiant šeimos medicinos paslaugas tikslingumą.

5.5. šeimos gydytojo komanda papildyta socialiniu darbuotoju. Rezultatas pasiektas. Nuo 2019 m. PAASP paslaugas teikia šeimos gydytojo komanda pagal sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintas: Šeimos gydytojo, Bendrosios praktikos slaugytojo, Bendruomenės slaugytojo, Išplėstinės praktikos slaugytojo, Akušerio, Slaugytojo padėjėjo, Kineziterapeuto medicinos normas, Socialinio darbuotojo veiklos sveikatos priežiūros įstaigose nuostatus ir Gyvensenos medicinos specialisto veiklos reikalavimus.

5.6. patikslinti šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvai. Rezultatas nepasiektas. Buvo planuojama nustatyti maksimalų 2000 prirašytų gyventojų skaičių 1 apylinkei. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 19 d. įsakymu Nr. V-468 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“ buvo panaikinti apylinkių tipai ir prirašytų gyventojų skaičiaus normatyvai jose. PASPI įgijo daugiau savarankiškumo, reguliuodamos savo personalo darbo krūvius, deja, padidėjo prisirašymo prie PASPI netolygumai,

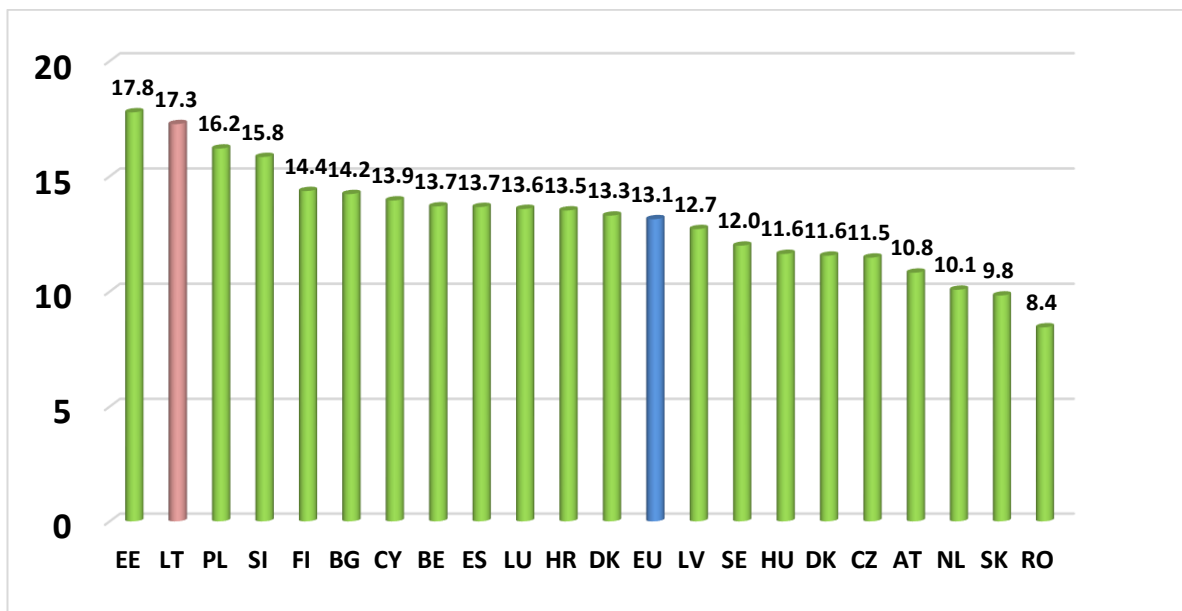
išaugo prirašytų gyventojų skaičius, tenkantis vienam gydytojui viešosiose šeimos medicinos paslaugas teikiančiose įstaigose.

5.7. atnaujintos bei parengtos naujos diagnostikos ir gydymo metodikos, aprašai, gairės, kurias taiko šeimos gydytojai. Rezultatas pasiektas. Parengta 12 ligų ir sveikatos sutrikimų, dažniausiai tampančių mirties priežastimi Lietuvoje, integruotos sveikatos priežiūros (prevencijos, diagnostikos, gydymo, medicininės rehabilitacijos, slaugos ir kt.) metodinių dokumentų („paciento kelių“). Šiuo metu rengiami 5 ir planuojama parengti dar 15 atitinkamų metodinių dokumentų.

Pagal parengtus ir rengiamus integruotų paslaugų teikimo modelius bus diegiami skaitmeniniai sprendimai, skirti veiklos procesams skaitmenizuoti ir analizės galimybėms užtikrinti, leidžiantys vertinti tam tikra liga ar sveikatos sutrikimu sergančiam pacientui teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo, paslaugų kokybės bei efektyvumo rodiklius. Taigi bus nustatyti šeimos gydytojo komandai aiškūs siuntimo ir bendradarbiavimo su specializuotomis paslaugas teikiančiais specialistais kriterijai, slaugos, medicininės rehabilitacijos paslaugų apimtys.

5.8. pagerėjęs tarpinstitucinis ir tarpžinybinis bendradarbiavimas. Rezultatas nepasiektas. COVID-19 ligos ir nelegalios migracijos bangos sukeltos krizės atskleidė bendradarbiavimo ne tik tarp institucijų, bet ir tarp pačių PASP svarbą, taip pat atskleidė nevienodą atskirų PASP indėlį sprendžiant savivaldybėje kilusias pirminės sveikatos priežiūros organizavimo problemas, užtikrinant viešąjį interesą. Krizės išryškino bendradarbiavimo svarbą ir tinklinio bendradarbiavimo modelio galimybes racionaliai panaudoti turimus išteklius krizės sąlygomis.

5.9. padidėjusi bendro PSDF biudžeto, skiriamo sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, lėšų, skirtų PAASP, dalis. Rezultatas pasiektas. Bendroje PSDF biudžeto lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, struktūroje nuolat didėja PAASP paslaugų išlaidoms apmokėti tenkanti dalis: 2019 m. jai skirta 19,6 proc., o 2021 m. 19,8 proc. (be prevencinėms sveikatos programoms skirtų lėšų). Pažymėtina, kad 2018 m. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos skelbiamais duomenimis, Lietuvoje, palyginti su kitomis Europos Sąjungos (toliau – ES) šalimis, pirminei sveikatos priežiūrai buvo skirta bene didžiausia bendro sveikatos priežiūrai skiriamo biudžeto dalis (2 pav.):



2. pav. PAASP paslaugų apmokėjimui tenkanti bendro sveikatos paslaugų biudžeto dalis ES.

5.10. įdiegtos naujos skatinamosios paslaugos. Rezultatas viršytas. 2016–2021 m. papildytas PAASP paslaugų, už kurias mokami skatinamieji priedai, sąrašas, viršijant planuotą papildomų 5 paslaugų sąrašą.

2017 m. papildomai pradėta skatinti už šias paslaugas: sergančio tuberkulioze asmens išgydymą; vaikų nuolatinį krūminių dantų dengimą silantinėmis medžiagomis (vieno, dviejų, trijų ir keturių dantų dengimas silantais);

2018 m. – už savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinį vertinimą; pirmosios psichologinės-psichoterapinės intervencijas: individualią, grupinę, šeimos; ankstyvąjį alkoholio vartojimo rizikos įvertinimą;

2019 m. – už gliukozės tolerancijos mėginio atlikimą nėščiajai; nėščiosios kraujo tyrimą dėl hepatito B (HBsAg); vaiko psichomotorinės raidos įvertinimą;

2020 m. – už vaikų imunoprofilaktiką (kai ją savarankiškai paskiria ir atlieka slaugytojas ar akušeris); moksleivių paruošimą mokyklai – burnos higienisto paslaugas; asmenų, priskiriamų rizikos grupei, skiepimą gripo vakcina (imunoprofilaktiką, kai ją savarankiškai paskiria ir atlieka slaugytojas ar akušeris).

2020 m. skubiai reikėjo įteisinti papildomas paslaugas, susijusias su COVID-19 ligos paslaugų teikimu. Valstybės lygio ekstremaliosios situacijos laikotarpiu pradėtas mokėti skatinamasis priedas už šeimos gydytojo (arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, akušerio ginekologo ir chirurgo kartu) paslaugas, teikiamas pacientams, neturintiems teisės į valstybės laiduojamą (nemokamą) asmens sveikatos priežiūrą, dėl įtariamų ir (arba) diagnozuotų COVID-19 ligos.

2021 m. įteisintos mobiliosios komandos PAASP paslaugos paciento namuose (šeimos gydytojo arba bendrosios praktikos slaugytojo (arba bendruomenės slaugytojo) ir slaugytojo padėjėjo ar kito PAASP įstaigos darbuotojo apsilankymas paciento namuose). 2021 m. pradėta mokėti skatinamąjį priedą už būtinosios PAASP ir odontologinės pagalbos teikimą ne tik apdraustiesiems privalomuoju sveikatos draudimu, neįtrauktiems į prirašytą prie PAASP įstaigos gyventojų sąrašą, bet ir neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims, nuolat gyvenantiems Lietuvoje.

2021 m. buvo pažymėti dar viena krizė – nepaprastą padėtį dėl masinio užsieniečių, neteisėtai kirtusių Lietuvos Respublikos valstybės sieną, antplūdžio. Šiems asmenims taip pat buvo teikiamos šeimos medicinos paslaugos, organizuojant ir kitų savivaldybių mobilių komandų paslaugų teikimą nelegalių migrantų gyvenamosiose vietose.

5.11. išplėtotą informacinių ir ryšių technologijų infrastruktūrą ir jos taikymą teikiant šeimos medicinos paslaugas. Rodiklis viršytas. Buvo planuojama, kad ne mažiau kaip 75 proc. šeimos gydytojų savo darbe naudosis Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (toliau – ESPBI IS). Šiuo metu visos PASPĮ, turinčios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis (toliau – TLK), yra prisijungusios prie ESPBI IS, taip pat daugiau kaip 99 proc. atvejų išrašomi e. receptai, 100 proc. atvejų atliekami įrašai E025 formoje. Siuntimai išrašomi popieriniu formatu tik išimtiniais atvejais, jeigu sutrinka ESPBI IS veikla.

5.12. išplėtotą integruotą gyventojų sveikatos priežiūrą, teikiant šeimos medicinos paslaugas. Rezultatas pasiektas. Nuo 2020 m. liepos 1 d. įsigaliojo Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymo Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ nauja redakcija. Ambulatorinės slaugos paslaugos namuose (toliau – ASPN) pradėtos teikti nauja tvarka, kai ASPN paslaugą pagal įvertintą asmeniui slaugos poreikį arba po atliktų dienos chirurgijos procedūrų teikia specialistų komanda (du slaugytojai, du slaugytojo padėjėjai ir vienas kineziterapeutas). Šis pokytis sumažino šeimos gydytojo komandoje dirbančio slaugytojo darbo krūvį. Visuomenės sveikatos biurų specialistai teikia prevencinių ir sveikatos stiprinimo programų paslaugas, pvz., širdies kraujagyslių ir cukrinio diabeto prevencijos, psichikos sveikatos stiprinimo, t. y. kompensuoja gyvenamosios medicinos specialistų trūkumą šeimos gydytojo komandoje.

5.13. padaugę akredituotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių šeimos medicinos paslaugas. Rezultatas pasiektas. Nuo 2016 m. VASPVT pradėjus vykdyti asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių šeimos medicinos paslaugas, akreditavimą, nauju lygmeniu sprendžiami aktualūs šeimos medicinos paslaugų kokybės ir nuolatinio kokybės gerinimo klausimai. 2016 m. VASPVT išdavė 5 PASPĮ akreditavimo pažymėjimus, 2021 m. – 43. Akreditaciją gavusios PASPĮ skatinamos finansiškai, papildomai mokant už kiekvieną prisirašiusį gyventoją 1,56 euro iš

PSDF biudžeto. VLK įvertino akredituotas įstaigas pagal gerų darbo rezultatų (toliau – GDR) rodiklių reikšmes ir nustatė, kad tik dvi akredituotos įstaigos pateko į penkiasdešimties aukščiausias GDR reikšmes turinčių įstaigų sąrašą. Kol kas vertinti akreditacijos poveikį paslaugų kokybei vien pagal šiuos rodiklius anksti, nes pats akreditacijos procesas tik įsibėgėja, o GDR rodikliai prieš akreditavimą nebuvo lyginami su tais pačiais rodikliais įstaigai įgyvendinus akreditavimo reikalavimus. GDR rodikliai yra svarbūs, bet jie atspindi tik dalį paslaugų kokybės aspektų. Akreditavimo procesą reikėtų tęsti įstaigoms paliekant papildomą finansavimą iš PSDF biudžeto, o vertinant šeimos medicinos paslaugų kokybę atsižvelgti ne tik į GDR rodiklius, bet ir į kitus įstaigos veiklos rezultatus.

III SKYRIUS ESAMOS SITUACIJOS APŽVALGA

6. Šeimos medicinos modelio pasirinkimas. Lietuva PAASP modelį rinkosi labai atsakingai – šeimos medicinos modeliui kurti buvo pasitelkti ne tik geriausi Lietuvos specialistai, bet ir tarptautiniu mastu žinomi ekspertai, o modelio vystymą parėmė *Phare* ir Pasaulio Banko finansuojami projektai.

Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcija, kurioje buvo numatytos pirminės asmens sveikatos priežiūros plėtros kryptys 2007–2015 metų laikotarpiui, ir jos įgyvendinimo 2007–2008 metų priemonių planas, patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugsėjo 5 d. įsakymu Nr. V-717 „Dėl Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos patvirtinimo“. Kiti Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos įgyvendinimo planai patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-853 „Dėl Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos įgyvendinimo 2009–2011 metų priemonių plano patvirtinimo“ ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 20 d. įsakymu Nr. V-1074 „Dėl Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos įgyvendinimo 2012–2013 metų priemonių plano patvirtinimo“.

Šeimos medicinos modelis užtikrina PAASP paslaugų tęstinumą bei jų orientaciją į šeimą, siekiant šeimos gydytojo komandos paslaugas teikti pacientui nuo gimimo iki gyvenimo pabaigos. Šeimos medicinos institucija per porą raidos dešimtmečių pakankamai sustiprėjo, įgijo visuomenės pasitikėjimą, atsirado poreikis šeimos gydytojo monopraktiką laipsniškai keisti į komandinę, pagrįstą bendradarbiavimu ir orientacija į pacientą. Šeimos gydytojas, pasitelkdamas plėtojamos komandos narius (slaugytoją, akušerį, slaugytojo padėjėją, kineziterapeutą, gyvensenos medicinos specialistą, socialinį darbuotoją), gali atsisakyti dalies jam nebūdingų funkcijų ir pavesti jas atlikti pagal kompetenciją kitiems komandos nariams, taip galėdamas daugiau laiko skirti klinikiniam darbui su pacientais.

7. Lietuvos gyventojų sveikatos problemos. Iki šiol šeimos medicinos paslaugos yra labiau orientuotos į sveikatos problemų sprendimą, o ne į sveikatos stiprinimą ar išsaugojimą. Šeimos gydytojo, odontologijos, psichikos sveikatos specialistų, visuomenės sveikatos biurų teikiamos paslaugos nepakankamai koordinuojamos. Pagal Lietuvos Respublikos teisės aktus, reglamentuojančius šeimos medicinos paslaugas, nėra teritorinio gyventojų prisirašymo principo, bet pacientams paliekama asmeninio pasirinkimo laisvė rinktis jiems patogesnę PAASP teikėją. Pastebėta, kad toks su nuolatine gyvenamąja vieta nesiejamas prisirašymas prie PASP apsunkina šeimos medicinos paslaugų teikimą ir ypač savivaldybių administracijų vaidmenį, organizuojant savo teritorijoje PAASP teikimą. Taip pat blogėja komunikacinis namuose teikiamų šeimos medicinos paslaugų prieinamumas.

2020 m. pradžioje kilusi COVID-19 ligos pandemija sukėlė netikėtų ir esminių iššūkių įvairiose valstybės gyvenimo srityse – visų pirma sveikatos sektoriuje. Didelė įtampa nacionalinėje sveikatos sistemoje palietė ir arčiausiai paciento esančią šeimos mediciną, išryškino jos stiprybes, silpnąsias puses bei galimas grėsmes sistemos tvarumui, parodė, jog būtina iš esmės tobulinti tiek

šeimos medicinos, tiek visos šalies sveikatos apsaugos sistemos pasirengimą kritinėms situacijoms ir stiprinti jos pajėgumus, efektyvinti jos funkcionavimą.

Demografinės situacijos pokyčiai ir toliau išlaiko visuomenę senėjimo tendencijas – mažėja vaikų, jaunų ir darbingo amžiaus žmonių, daugėja vyresnio amžiaus žmonių. Lietuvos gyventojų bendros sveikatos rodikliai smarkiai atsilieka nuo ES šalių. Didėjanti vyresnio amžiaus žmonių dalis šalies populiacijoje sąlygoja daugiau lėtinėmis ligomis sergančių asmenų problemų, tai lemia koordinuotos ir integruotos sveikatos priežiūros paslaugų poreikį. Senstant visuomenei didėja slaugos paslaugų poreikis.

2019 m. pradžioje šalyje gyveno 552,4 tūkst. 65 metų ir vyresnių asmenų. Remiantis Eurostatu prognozėmis, 100-ui 15–64 metų gyventojų 2030 m. teks 45,8 65 metų ir vyresnių asmenų. Ilgėjant gyventojų gyvenimo trukmei, tikėtina sveiko gyvenimo trukmė auga lėčiau. Lietuvoje vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė nuo 2007 m., kai šio rodiklio reikšmė buvo 64,5 metų, kasmet didėja ir 2018 m. siekė 70,9 metų. Palyginti su kitomis ES šalimis, Lietuvos vyrų vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė yra 7,3 metų mažesnė. Moterų situacija kiek geresnė nei vyrų – jų vidutinė gyvenimo trukmė 2018 m. siekė 80,7 metų ir mažai atsilieka nuo ES vidurkio (83,7 metų).

Gydymo priemonėmis išvengiama mirtingumo rodiklį tarptautinės organizacijos (EBPO, Eurostat, PSO) naudoja kaip pirminį rodiklį sveikatos priežiūros sistemos kokybei matuoti. Gydymo priemonėmis išvengiamas mirtingumas suprantamas kaip mirties priežastys, kurių asmenys iki 75 metų amžiaus gali išvengti laiku gavę reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) ataskaitos *Health at Glance: Europe 2020* duomenimis, Lietuvoje gydymo priemonėmis išvengiamas mirtingumas yra vienas didžiausių Europos Sąjungoje (toliau – ES) ir 2017 m. siekė 186/100 000 gyventojų, o ES 27 vidurkis yra 108.

Nuo 2005 m. hospitalizacijos atvejų (atvejų skaičius 1000 gyventojų), kurių galima išvengti, dalis Lietuvoje sumažėjo, bet vis dar yra viena didžiausių iš ES šalių. Situacija savivaldybėse labai netolygi. Yra nemažai savivaldybių, kuriose išvengiamų hospitalizacijų (toliau – IH) rodiklis reikšmingai didesnis nei šalies vidurkis. Didžiausią dalį tarp IH pagal ligų grupes (priežastis) sudarė IH dėl stazinio širdies nepakankamumo, pielonefrito, pneumonijos, cukrinio diabeto, t. y. dėl ligų, kurias dažniausiai galima suvaldyti teikiant kokybiškas šeimos medicinos paslaugas.

IH skaičius Lietuvoje 2020 m., palyginti su 2019 m., sumažėjo beveik 33 proc. Tikėtina, kad ženklių hospitalizacijų skaičiaus sumažėjimui turėjo įtakos susiklosčiusi situacija dėl COVID-19 ligos pandemijos. Kita vertus, COVID-19 ligos pandemijos metu Lietuva pateko tarp šalių, kur perteklinis mirčių skaičius dažną mėnesį buvo didesnis nei ES vidurkis. IH rodiklių pokyčiai 2012–2019 m. laikotarpiu nebuvo žymūs, tačiau 2020 m. visi IH dažnio (1000 gyv.) rodikliai sumažėjo (3 pav.):

IH priežastis	Amžiaus grupė	IH skaičius 1000 gyv.									Pokytis (proc.)	
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2019–2020 m.	VKPK* 2012–2020 m.
Visos IH	1+	35	34,9	32,9	33	33,1	32,9	31,9	31,4	21,1	-32,8	-6,1
Astma	18–64	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1	-54,5	-15,4
Astma	65+	1,9	1,9	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,5	0,7	-52,4	-11,9
ANGi	1–17	17,0	23,1	20,3	20,4	22,9	20,7	21,3	21,0	10,1	-52,0	-6,3
Pneumonija	1–17	7,5	7,4	6,4	6,7	7,6	8,0	5,8	6,0	3,1	-49,3	-10,5
LOPL	65+	10,8	10,9	9,5	9,8	9,3	9,3	8,7	7,7	3,9	-48,9	-11,9
Krūtinės angina	18–64	2,8	2,2	1,8	1,5	1,4	1,2	1,1	1,0	0,5	-48,5	-18,7
Astma	1–17	3,4	3,0	3,1	3,0	2,9	2,3	2,1	1,7	0,9	-47,4	-15,3
Krūtinės angina	65+	23,7	21,4	18,5	17,5	16,4	14,8	14,0	13,0	6,9	-46,7	-14,2
Hipertenzija	18–64	1,6	1,3	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	0,6	-45,8	-10,5
Hipertenzija	65+	5,4	4,6	5,2	5,1	6,0	7,1	7,1	7,3	4,1	-44,1	-3,6
LOPL	18–64	0,9	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,4	-37,3	-9,9
CD 1 tipo	18–64	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,5	-36,5	-8,2

Pielonefritas	18–64	1,2	1,2	1,1	1,1	1,3	1,2	1,2	1,2	0,9	-30,1	-3,7
CD 1 ir 2 tipo	18+	7,8	7,2	6,8	6,9	6,6	6,5	6,9	7,0	5,2	-26,1	-5,0
CD 2 tipo	65+	21,0	19,4	18,3	18,5	17,6	17,2	18,8	19,4	14,5	-25,4	-4,5
CD 2 tipo	18–64	3,0	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3	2,3	1,7	-25,2	-6,8
Pielonefritas	1-17	3,1	3,2	3,4	3,3	3,3	3,3	3,1	3,0	2,3	-24,4	-3,8
SŠN	65+	31,6	29,7	29,9	28,4	25,5	24,7	24,4	23,9	18,3	-23,5	-6,6
SŠN	18–64	2,5	2,0	1,8	1,6	1,3	1,2	1,2	1,1	0,9	-20,9	-12,1
Pneumonija	65+	20,2	23,6	22,1	23,5	23,1	24,6	24,2	24,7	19,6	-20,8	-0,4
Pneumonija	18–64	3,2	3,4	2,9	3,1	3,6	3,2	3,1	3,2	2,6	-16,8	-2,4
LOPL	1–17	0,02	0,03	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,03	0,02	-33,3	0,0
Pielonefritas	65+	4,5	4,9	5,9	6,2	6,9	7,3	7,7	8,0	6,5	-18,8	4,9
* VKPK – vidutinis kasmetinis procentinis kitimas												
		– rodikliai, kurių pokytis paskutiniaisiais metais (2019–2020 m.) ir VKPK neigiami (rodikliai mažėjo)										
		– rodikliai, kurių pokytis paskutiniaisiais metais (2019–2020 m.) ir VKPK skyrėsi (rodikliai svyravo)										

3. pav. IH priežasčių pokytis.

IH rodiklio mažėjimui turėjo įtakos ir PASPI finansinis skatinimas – papildomas mokėjimas už gerus darbo rezultatus, kuriems priskiriamas ir IH rodiklis. VLK, vykdydama GDR stebėseną ir lygindama 2016 m. ir 2021 m. duomenis, nustatė, kad mažėja pacientų, sergančių arterine hipertenzija (nuo 1,6 iki 0,8), cukriniu diabetu (nuo 6,3 iki 2,8) hospitalizacijos rodikliai, daugiau kaip du kartus sumažėjo pacientų, sergančių astma, hospitalizacijos rodiklis (3,6 iki 1,1).

Gerėja ir kitų GDR rodikliai: palyginus 2016 m. ir 2021 m. duomenis, matyti, kad didėjo vaikų profilaktinių tikrinimų intensyvumas (nuo 47 proc. iki 65,8 proc.). Be to, nuo 2019 m. GDR sąrašas papildytas naujais GDR rodikliais – sergančiųjų pneumonija, staziniu širdies nepakankamumu, ausų, nosies, gerklės infekcijomis, pielonefritu, lėtine obstrukcine plaučių liga hospitalizavimo dažnio rodikliais. Šiuo metu jau mokam už 16 šeimos gydytojo gerus darbo rezultatų rodiklius.

8. Bendradarbiavimo tarp sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų svarba. Dėl COVID-19 ligos pandemijos kilęs papildomas spaudimas sveikatos apsaugos sistemai dar labiau išryškino struktūrinius iššūkius, ypač susijusius su sveikatos paslaugų prieinamumo užtikrinimu. COVID-19 ligos pandemijos sąlygomis buvo tobulinamas šalies sveikatos apsaugos sistemos pasirengimas kritinėms situacijoms, stiprinami sveikatos apsaugos sistemos pajėgumai ir organizaciniai sveikatos apsaugos sistemos įstaigų gebėjimai operatyviai reaguoti į kylančias grėsmes.

Viena esminių sąlygų, siekiant užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir pasiekiamumą, o drauge optimalų tinklą – savivaldybių ir šių paslaugų teikėjų regioninis bendradarbiavimas. Atsižvelgiant į paslaugos pobūdį ir tais atvejais, kai visapusiškai kokybišką paslaugą galima suteikti elektroniniu ar nuotoliniu būdu, turi būti plečiamas ir elektroninės paslaugos prieinamumas arba paslaugų teikimas nuotoliniu būdu, kartu užtikrintos gyventojų galimybės ir gebėjimai tokiomis paslaugomis pasinaudoti.

Plėtojant šeimos gydytojo bendradarbiavimą su specializuotais sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiais specialistais, siekiama pagreitinti paciento problemų sprendimą, pagerinti pacientui reikalingų paslaugų prieinamumą. Laiku ir operatyviai pacientams priimtina forma išspręstos sveikatos problemos dar labiau padidins šeimos gydytojo autoritetą ir pacientų pasitikėjimą visa sveikatos sistema.

VASPV duomenimis, 2022 m. Lietuvoje 231 ASPI (iš jų 185 privačios) licencijuota teikti ir PAASP paslaugas, ir specializuotas ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Didžiųjų miestų poliklinikų ir privačių ASPI patirtis parodė, kad šeimos gydytojų vaidmens nesumenkino praktika teikti šeimos medicinos ir specializuotas paslaugas integruotai vienoje įstaigoje. Integruotą šeimos medicinos ir specializuotų paslaugų teikimo modelį numatoma plėtoti ir regionuose, steigiant savivaldybių sveikatos centrus.

9. Bazinio paslaugų paketo užtikrinimas. Pertvarkant sveikatos priežiūros įstaigų tinklą numatoma plėtoti šiuolaikiškus, integruotus ir į bendruomenę orientuotus savivaldybių sveikatos centrus, teikiančius bazines asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybių gyventojams. Kiekvienoje savivaldybėje bazines asmens sveikatos priežiūros paslaugas numatoma organizuoti savivaldybės sveikatos centre. Savivaldybės sveikatos centras sujungs savivaldybėje esančių įstaigų bazinių paslaugų pajėgumus ir veiks arba kaip atskiras juridinis asmuo, arba sudarys bendradarbiavimo sutartis su kitomis nomenklatūroje nurodytomis įstaigomis arba su kitomis privačiomis ASPĮ, panaudodamas turimus įstaigų išteklius (infrastruktūra, žmogiškieji ištekliai). Savivaldybės sveikatos centre būtų užtikrinamos bazinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos: ambulatorinės paslaugos, skubiosios medicinos pagalbos paslaugos, dienos stacionaro ir stacionarinės paslaugos bei ilgalaikė priežiūra. Bazinis paslaugų paketas bus formuojamas apie pagrindinę sveikatos centro ašį – pilnai suformuotą šeimos gydytojo komandą. Galima išskirti pagrindinius savivaldybės sveikatos priežiūros centro pranašumus, kurių dabar neužtikrina fragmentuota pirminė ir antrinė sveikatos priežiūra savivaldybėse: atvejo vadyba, vieno langelio principas, sumažėjusios eilės, aiškus paciento kelias. Bendradarbiavimu pagrįsta grupinė šeimos gydytojo komandos praktika leis užtikrinti ir skubiosios pagalbos teikimą pagal šeimos gydytojo kompetenciją sveikatos centro skubiosios pagalbos kabinete. Kai šias paslaugas teiks patys šeimos gydytojai, sumažės ligoninių skubiosios pagalbos skyrių apkrovimas dėl jiems nebūdingos funkcijos vykdymo – būtinųjų šeimos medicinos paslaugų teikimo pagal sutartis su PASPI, taigi į skubiosios pagalbos skyrių atvykstantys sunkios būklės pacientai greičiau gaus reikalingas specializuotas paslaugas.

Savivaldybės sveikatos centras – tai atvira, dinamiška ir orientuota į plėtrą, regiono gyventojams teikianti kokybišką ir savalaikę sveikatos priežiūrą viešojo įstaiga, sudaranti prielaidas efektyviai išnaudoti regionų asmens sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą bei žmogiškuosius išteklius, išgryninusi reikalingiausias asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

10. Integralus požiūris į sveikatos priežiūros paslaugas. Šis požiūris įtvirtintas Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) integruotų ir į žmones orientuotų sveikatos paslaugų strategijoje (*WHO global strategy on integrated people – centred health services 2016–2026. Executive Summary*), kurioje pažymima, kad šiandieninės sveikatos priežiūros sistemos vis labiau negali patenkinti joms keliamų reikalavimų. Stacionarinio ligų gydymo pagrindu formuojami ir autonomiški gydymo modeliai sunkiai suderinami su šiandienos poreikiu kuo daugiau sveikatos priežiūros paslaugų pacientams suteikti kuo arčiau jų įprastos socialinės aplinkos. Taigi būtina siekti universalios, lygios teisės užtikrinančios, aukštos kokybės ir finansiškai tvarios sveikatos priežiūros, iš esmės pakeisti sveikatos paslaugų finansavimo, valdymo ir teikimo paradigmą. Siekiant išvengiamų hospitalizacijų skaičiaus pokyčio ir optimizuoti sveikatos sistemos išlaidas, 80 procentų sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų ūmioms ligoms diagnozuoti ir gydyti, lėtinių ligų ilgalaikiai priežiūrai, ligų profilaktikai ir pan., turi būti suteikiamos ambulatorinėmis sąlygomis.

Išnagrinėjus VLK pateiktus 2021 m. birželio mėn. duomenis apie prisirašymą prie PASPI, nustatyti ryškūs prisirašiusių gyventojų skaičiaus netolygumai ir šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų fragmentacija. 2021 m. prisirašiusių gyventojų skaičius 450 sutartis su TLK turinčiose PASPI svyravo nuo 3 (VšĮ Rokų socialinės gerovės centras) iki beveik 122 tūkst. (VšĮ Centro poliklinika). Net 75 PASPI neturėjo nė 1000 prisirašiusių gyventojų, t. y. mažiau nei vidutiniškai 2021 m. teko vienam šeimos gydytojui (1175 prisirašiusieji gyventojai). Netolygus prisirašymas prie PASPI neišvengiamai turėjo išbalansuoti jose dirbančių šeimos gydytojų darbo krūvį, nulėmė ir didesnes šeimos gydytojo paslaugų laukimo eiles bei pacientų nepasitenkinimą šių paslaugų prieinamumu. Pažymėtina, kad keičiasi ir PAASP teikiančių įstaigų struktūra. Nuolat didėja privačių šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų skaičius. 2016 m. buvo 264 privačios įstaigos, o 2021 m. – 286 privačios įstaigos. Didėja privačių įstaigų aptarnaujamų gyventojų skaičius: 2016 m. viešosios įstaigos aptarnavo 70 proc. gyventojų, o privačios 30 proc., o 2021 m. viešosios įstaigos aptarnavo 62 proc. gyventojų, privačios – 38 proc. gyventojų. Darytina išvada, kad privačiose PASPI

šeimos medicinos paslaugų teikimas yra labiau fragmentuotas, labiau ribotos galimybės užtikrinti pacientams visų šeimos gydytojo komandos paslaugų teikimą visomis įstaigos darbo dienomis.

11. Šeimos gydytojo vaidmens įtvirtinimas. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“, nustatyta, kad šeimos medicina yra šeimos gydytojo praktika arba vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo, gydytojo akušerio ginekologo, gydytojo chirurgo praktika kartu. Šių profesinių kvalifikacijų gydytojai dirba pagal atitinkamas medicinos normas, kurios nustato jų teises ir pareigas, kompetenciją ir atsakomybę, tačiau nevirsydami šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytos kompetencijos. Kadangi šeimos gydytojo medicinos normoje daugelyje sričių nustatyta platesnė kompetencija, gyventojai, gaudami gydytojų komandų teikiamas PAASP paslaugas, negauna dalies paslaugų, kurios priskirtos šeimos gydytojo kompetencijai. Tai ne tik didina gydytojų specialistų konsultacijų poreikį, bet ir mažina PAASP paslaugų ekonominį efektyvumą (už tą pačią sumą už prisirašiusius gyventojus reikia išlaikyti ne vieną šeimos gydytoją, bet 4 specialistus). Kita vertus, PAASP paslaugas teikiantys gydytojai specialistai nerealizuoja visos savo kompetencijos.

Palyginus šeimos gydytojo ir PAASP paslaugas teikiančių gydytojų komandos narių kompetencijas, atskirų specializuotų profesinių kvalifikacijų gydytojų (tarp jų vaikų ligų gydytojų), dirbančių PAASP gydytojų komandoje, darbas labiau orientuotas į konkrečių ligų diagnostiką ir gydymą. O šeimos gydytojas pagal savo kompetenciją ištiria asmenį kompleksiškai ir tik kilus neaiškumams siunčia jį gydytojo specialisto konsultacijos. Šeimos gydytojas geriau užtikrina PAASP tęstinumą bei šios pagalbos orientaciją į šeimą, nes užtikrinama to paties gydytojo priežiūra nuo gimimo iki gyvenimo pabaigos.

Taip pat VLK atlikta 2019–2020 m. apsilankymų pas PAASP gydytojus analizė parodė, kad prie šeimos gydytojo prisirašę gyventojai pas gydytoją apsilanko vidutiniškai 4,8–4,9 karto per metus. Prie vidaus ligų gydytojo, vaikų ligų gydytojo (dirbančių kartu su gydytoju akušeriu ginekologu ir gydytoju chirurgu) prisirašę gyventojai pas šiuos specialistus apsilanko 6,8–8,2 karto per metus. Šeimos gydytojų, teikiančių šeimos medicinos paslaugas, skaičius nuo 230 (1998 m.) padidėjo iki 2 333 (2021 m.). Prie jų prisirašę 2 538 299 gyventojai, o prie gydytojų komandų – tik 332 533 gyventojai. Šeimos gydytojo institucija įgijo pacientų pasitikėjimą, 2020 m. daugiau kaip 2,5 mln. gyventojų (t. y. 88 proc.) buvo prisirašę prie šeimos gydytojų, 4 gydytojų specialistų komanda aptarnavo 345 tūkst. gyventojų (t. y. apie 12 proc.).

Daugiau diskusijų kelia vaikų prisirašymo prie šeimos gydytojo ar vaikų ligų gydytojo alternatyvos klausimas. Net medikų bendruomenėje gajus mitas, neva vaikams kokybiškesnes PAASP paslaugas teikia vaikų ligų gydytojai, o ne šeimos gydytojai. Tokia situacija galėjo būti reformos pradžioje, kai trūko šeimos gydytojų, paruoštų pagal nuoseklias šiuolaikines mokymo programas. Šiuo metu vaikų ligų gydytojai PAASP paslaugas teikia apie 34 proc. vaikų, kitiems šias paslaugas teikia šeimos gydytojai. Sudarius visiems vaikams vienodas sąlygas prisirašyti prie šeimos gydytojo, vaikų ligų gydytojai galėtų teikti daugiau specializuotų paslaugų sudėtingais atvejais, kai nepakanka šeimos gydytojo kompetencijos, ir būtų užtikrintas vienodas PAASP paslaugų bei specializuotų vaikų ligų gydytojo paslaugų prieinamumas.

Taigi turime sąlygas užbaigti šeimos medicinos reformą, kurią įgyvendinus šeimos medicinos paslaugas teiks tik šeimos gydytojai, o su jais kartu PAASP paslaugas teikę gydytojai specialistai teiks specializuotas paslaugas pagal atitinkamoje medicinos normoje nustatytą savo kompetenciją.

12. Šeimos gydytojo komandos stiprinimas. Siekiant gerinti PAASP paslaugų prieinamumą bei mažinti šeimos gydytojams administracinę naštą atsisakant jiems nebūdingų funkcijų vykdymo, numatoma, kad šias paslaugas pagal kompetenciją kartu teiktų visa šeimos gydytojo komanda, t. y. šeimos gydytojas kartu su slaugytoju, akušeriu, kineziterapeutu, slaugytojo padėjėju, gyvensenos medicinos specialistu, socialiniu darbuotoju, t. y. šeimos gydytojas galėtų daugiau laiko ir dėmesio skirti tik jo kompetencijos reikalaujančioms PAASP paslaugoms teikti. Tokia šeimos

gydytojo komandos sudėtis buvo patvirtinta 2018 m. (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“).

2021 m. atlikus savivaldybių administracijų apklausą, nustatyta, kad visose šeimos gydytojų komandose dirba tik slaugytojos (vidutiniškai vienam šeimos gydytojui tenka 2,1 kitų komandos narių, iš jų – 1,7 etato slaugytojos). Kiti komandos nariai įdarbinami rečiau, ypač trūksta socialinių darbuotojų, kineziterapeutų, o gyvensenos medicinos specialistai buvo įdarbinti tik 2 savivaldybėse. Pažymėtina, kad gyvensenos medicinos specialistų vaidmuo šeimos gydytojo komandoje didėja, per 2022 m. 7 PASPĮ įdarbino 16 gyvensenos medicinos specialistų 9 etatų krūviu.

Nėščiąjų ir vaikų sveikatos priežiūros paslaugų srityje yra didelis atotrūkis tarp ambulatorinių ir stacionare teikiamų paslaugų organizavimo, standartizavimo, nepakankamai išnaudojamos šeimos gydytojo komandos nario akušerio kompetencijos. Taip pat nepakankamai išnaudojamos šeimos gydytojo komandos, teikiančios tik ambulatorines paslaugas, galimybės, jos nepanaudojamos paslaugų kokybei gerinti, nėra užtikrintas tinkamas ambulatorinių akušerijos, naujagimių, kūdikių ir vaikų sveikatos priežiūros paslaugų teikimas ir net didėja hospitalizavimo apimtys.

aTaip pat yra nestandartizuotų ir pasikartojančių procesų, kuriuos reikia suregulamentuoti, pritaikant paciento kelio reikalavimams, ir taip pagerinti paslaugų kokybę. Tikslinga ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų nėščiosioms bei naujagimiams, kūdikiams ir vaikams teikimą organizuoti sukuriant paslaugų teikimo standartus ir detalizuojant juose šeimos gydytojo komandos narių funkcijas.

Rengiami savarankiškai teikiamų ambulatorinių šeimos gydytojo komandos narių teikiamų paslaugų aprašai, kuriuose pagal kiekvieno komandos nario kompetenciją bus reglamentuotas jų teikiamų paslaugų mastas šiose srityse:

- rizikos sveikatai faktorių vertinimo, paciento priskyrimo tam tikrai rizikos grupei, vidutinės ir didelės rizikos grupės pacientų siuntimo pas šeimos gydytoją;
- ankstyvosios ligų diagnostikos ir prevencijos programų vykdymo;
- lėtinėmis ligomis sergančių pacientų stebėsenos ir savalaikio siuntimo pas šeimos gydytoją;
- ūminėmis ir lėtinėmis ligomis sergančių pacientų paruošimo šeimos gydytojo konsultacijai;
- slaugos procedūrų atlikimo;
- funkcinio pajėgumo vertinimo, kineziterapijos paslaugų poreikio vertinimo ir šių paslaugų teikimo;
- šeimos gydytojo komandinių paslaugų (keliomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių (toliau – poliligoti pacientai) arba blogai kontroliuojamomis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių pacientų individualaus stebėsenos plano parengimo ir šio plano vykdymo priežiūros, pagalbos pacientams, organizuojant planinių paslaugų gavimą;
- socialinių poreikių vertinimo ir pagalbos, realizuojant šiuos poreikius;
- medicinos ir kitų dokumentų tvarkymo, komunikacijos su pacientais, socialiniais partneriais ir kita.

VLK duomenimis, 2021 m. santykis tarp šeimos gydytojų ir kitų šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų ir tarp kitų šeimos gydytojo komandos narių (ne gydytojų) yra 86 / 14. Siekiama, kad iki 2030 m. šis santykis pasikeistų iki 40 / 60, kai komandos nariai perims daugiau šeimos gydytojo funkcijų.

Vertinant užsienio šalių patirtį, šiuo metu teisės aktais patvirtinta šeimos gydytojo komandos sudėtis vis dar nepakankama, nes nepakanka specialistų informacijai suvesti ir valdyti, pacientams registruoti ir kitiems sveikatos priežiūros specialisto kvalifikacijos nereikalaujantiems veiksams atlikti. Šiems veiksams atlikti šeimos gydytojo komandoje būtinas sekretorius (registratorius).

Pilnai nesuformuotos šeimos gydytojo komandos paslaugos nesudaro prielaidų teikti kokybiškas ir prieinamas paslaugas. Vieni komandos nariai (pvz., šeimos gydytojai) turi atlikti jiems

nebūdingas funkcijas, kurias galėtų atlikti pagal kompetencijas kiti komandos narys (pvz., slaugytojas, akušeris). Tolygiai paskirstant funkcijas tarp visų komandos narių ir įgalinant juos savarankiškai teikti daugiau paslaugų, tikimasi sinerginio efekto – dėl tolygesnio darbo krūvio pasiskirstymo visų komandos narių paslaugų prieinamumo ir kokybės pagerėjimo. Įvertinus COVID-19 ligos pandemijos metu įgytą patirtį, numatyta pakeisti Slaugos praktikos ir akušerijos praktikos įstatymus, praplečiant slaugytojų ir akušerių kompetenciją išrašyti vaistinius preparatus, kaip tai jiems buvo leista išimties tvarka nepaprastosios padėties metu.

COVID-19 ligos pandemijos patirtis parodė, kad galima įvairiose srityse sumažinti administracinę naštą, kuri trukdo laiku ir kokybiškai teikti sveikatos priežiūros paslaugas. Šeimos gydytojo komandos įgalinimas yra viena iš administracinės naštos mažinimo priemonių (pvz., plėtojamos savarankiškos imunoprofilaktikos paslaugos, bus suteikta teisė slaugytojams ir akušeriams išrašyti ne tik medicinos pagalbos priemones, bet ir pratęsti gydytojo paskirtų vaistinių preparatų paskyrimą ir pan.). Kiekviena naujai kuriama ar atnaujinama šeimos medicinos paslaugų teikimo tvarka bus vertinama administracinės naštos mažinimo aspektu, t. y. siekiama sumažinti ar bent jau nepadidinti pažymų, išrašų iš medicinos dokumentų apimtis ir skaičių, supaprastinti siuntimo sveikatos priežiūros paslaugoms gauti tvarką, plėtoti nuotolines paslaugas, automatizuoti kai kuriuos nedarbingumo pažymėjimų išdavimo procesus.

13. Inovatyvūs ir efektyvūs paslaugų teikimo modeliai. Teikiant šeimos medicinos paslaugas, nepakankamai naudojami inovatyvūs efektyvūs paslaugų teikimo modeliai, todėl mažėja galimybės užtikrinti savalaikę, kokybišką poliligitų pacientų priežiūrą, ir tai lemia aukštus IH rodiklius. Poliligitų pacientų sveikatos priežiūrai įdiegus lanksčius šiuolaikinės vadybos principus, tikimasi, kad šie pacientai laiku ir tinkamai gaus visas reikiamas paslaugas efektyviausiu ir finansiškai naudingiausiu būdu. Planuojama nacionaliniu mastu išplėtoti darbo organizavimo metodą atvejo vadybą, prieš tai išbandžius kaip bandomąjį modelį. Įdiegiant poliligitų pacientų sveikatos priežiūros modelius nacionaliniu mastu, proveržio tikimasi iš atvejo vadybininko (koordinatoriaus) dalyvavimo šeimos gydytojo komandos darbe.

Atvejo vadyba nacionaliniu mastu bus plėtojama ir pacientų keliui koordinuoti, įdiegus šeimų lankymo, teikiant ankstyvosios intervencijos paslaugas, modelį, bei kitoms pacientų grupėms, kurių sveikatos priežiūros paslaugos kainuoja brangiausiai.

Nuotolinis pacientų konsultavimas, teikiant siauros apimties šeimos gydytojo komandos paslaugas, įteisintas dar 2018 m. pradžioje ir nuolat plėtotas valstybės lygio ekstremaliosios situacijos laikotarpiu. Nuotolinių konsultacijų teikimas labai pasiteisino ir pagerino pirminių ambulatorinių paslaugų (šeimos medicinos, pirminės psichikos sveikatos priežiūros) prieinamumą ir pasibaigus valstybės lygio ekstremaliajai situacijai ir karantinui dėl COVID-19 ligos.

Nuo 2021 m. sausio 1 d. įsigaliojus Nuotolinių gydytojo ir šeimos gydytojo komandos nario konsultacijų pacientui ir gydytojo konsultacijų gydytojui teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašui, patvirtintam Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. lapkričio 10 d. įsakymu Nr. V-2569 „Dėl nuotolinių gydytojo ir šeimos gydytojo komandos nario konsultacijų pacientui ir gydytojo konsultacijų gydytojui teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis tvarkos aprašo patvirtinimo“, teikiamos nuotolinės konsultacijos. VLK pateiktais duomenimis, 2019–2021 m. laikotarpiu nuotolinių paslaugų dėka pavyko kompensuoti dėl COVID-19 ligos (koronaviruso infekcijos) pandemijos apribotą kontaktinių paslaugų teikimą. Taigi labai svarbu užtikrinti saugų ir kokybišką nuotolinių konsultacijų teikimą, ypač teikiant paslaugas vaizdo režimu, paciento sveikatos būklės stebėjimą nuotoliniu būdu, nuotolinių gydytojo gydytojui konsultacijų teikimą, įdiegti nuotolines slaugos ir kitų sveikatos priežiūros specialistų konsultacijas.

Šeimos medicinos paslaugų plėtrą paskatintų ir kitos inovatyvios paslaugų teikimo formos, pvz., farmacinės rūpybos paslaugos, telemedicinos, nuotolinės pacientų būklės stebėsenos priemonių diegimas ir kitos informacinės technologijos.

14. Efektyvesnis apmokėjimo už PAASP paslaugas modelis. Šiuo metu veikiančią PAASP paslaugų išlaidų apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis modelį siekiama persvarstyti iš esmės.

Numatoma, kad ne tik didėtų skiriamos lėšos, bet ir finansavimas skatintų siekti geresnių prisirašiusių gyventojų sveikatos rezultatų. 2018–2021 m. laikotarpiu apmokėjimas už visas PAASP paslaugas iš PSDF biudžeto nuosekliai augo nuo 201 mln. eurų iki 336 mln. eurų. Bazinis mokėjimas už prisirašiusius asmenis 2021 m. sudarė apie 67,5 proc., už gerus darbo rezultatus – 13,4 proc. skatinamieji priedai – 12,9 proc., papildomi mokėjimai už prisirašiusius gyventojus (už kaimo gyventojus, neįgaliuosius, už įgytą akreditaciją, už šeimos gydytojo teikiamas paslaugas) – 6,2 proc. Nors 2021 m. buvo persvarstyta ir pakeista gerų darbo rezultatų skaičiavimo tvarka, patys gerų darbo rezultatų rodikliai iš esmės nebuvo pakeisti; ilgėjantis paslaugų, už kurias mokamas skatinamasis priedas, sąrašas fragmentuoja apmokėjimo sistemą, didina administracinę naštą.

Šeimos gydytojo paslaugų prieinamumui gerinti numatoma skirti papildomų PSDF biudžeto lėšų komandos ir jų teikiamų savarankiškų paslaugų plėtrai. Išlaisvinus šeimos gydytoją nuo jam nebūdingų funkcijų, kurias gali pagal kompetenciją atlikti kiti komandos nariai ar administruojantis personalas, gydytojas galės daugiau laiko skirti klinikiniam darbui.

Lietuvos diabeto asociacijos atlikta pacientų apklausa parodė, kad pacientui labai svarbus savalaikis ir visavertis laboratorinis ištyrimas, bet laboratoriniai tyrimai atliekami kasmet tik 61–83 proc. sergančiųjų. Siekiant pagerinti šeimos gydytojo skiriamų laboratorinių tyrimų prieinamumą, numatoma sukurti informacinę laboratorinių tyrimų apskaitos sistemą ir jos duomenų analizės pagrindu parengti apmokėjimo už šeimos gydytojo skiriamus tyrimus tvarką.

IV SKYRIUS ŠEIMOS MEDICINOS PLĖTROS TIKSLAI IR UŽDAVINIAI

15. Vykdamas šeimos medicinos plėtrą bus įgyvendinami šie projektai (toliau – projektas):

15.1. šeimos medicinos paslaugų kokybės gerinimas, užtikrinant Lietuvos gyventojams galimybę gauti visapusiškas, prieinamas, kokybiškas ir saugias šeimos medicinos paslaugas;

15.2. kompetentingų ir adekvačiai apmokamų specialistų pritraukimas ir išlaikymas šeimos medicinos sistemoje;

15.3. efektyvios vadybos ir į rezultatą orientuoto finansavimo modelio diegimas.

16. Veiksmų plano 15 punkte išvardytų šeimos medicinos plėtros projektų įgyvendinimo priemonės ir įgyvendinimo terminai:

Projektas	Projekto įgyvendinimo priemonė (toliau – įgyvendinimo priemonė)	Įgyvendinimo priemonės terminas*	Įgyvendinimo priemonės vykdytojai
1. Šeimos medicinos paslaugų kokybės gerinimas, užtikrinant Lietuvos gyventojams galimybę gauti visapusiškas, prieinamas, kokybiškas ir saugias šeimos medicinos paslaugas	1.1. Sudaryti sąlygas šeimos medicinos paslaugas teikiantiems vidaus ligų gydytojams ir vaikų ligų gydytojams įgyti šeimos gydytojo arba skubiosios medicinos gydytojo profesinę kvalifikaciją	2023 m. I ketv.	Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM), Lietuvos sveikatos mokslų universitetas (toliau – LSMU), Vilniaus universitetas (toliau – VU),
	1.2. Surinkti informaciją ir atlikti analizę apie šeimos medicinos paslaugas teikiančių vidaus ligų gydytojų ir vaikų ligų gydytojų planus iki 2027 m. įgyti papildomą profesinę kvalifikaciją arba pakeisti darbo	2023 m. I ketv.	Savivaldybių gydytojai, SAM

	pobūdį (teikti gydytojo specialisto paslaugas)		
	1.3. Parengti visų šeimos gydytojo komandos narių (ne gydytojų) savarankiškai teikiamų paslaugų tvarkos aprašus	2023 m. IV ketv.	SAM, nevyriausybinių šeimos gydytojo komandos nariams atstovaujančios organizacijos (toliau – NVO)
	1.4. Persvarstyti ir atnaujinti prisirašymo prie PASPĮ tvarką	2023 m. III ketv. – 2024 m. I ketv.	SAM, NVO, pacientams atstovaujančios nevyriausybinių organizacijos (toliau – PNVO)
	1.5. Persvarstyti šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų akreditacijos reikalavimus, juos labiau susiejant su pasiektais rezultatais	2024 m. II ketv.	SAM, VASPVT, VLK, NVO
	1.7. Parengti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo modelį	2023 m. IV ketv. – 2024 m. I ketv.	SAM, NVO
2. Efektyvi sveikatos sistemos vadyba ir finansavimo sistema	2.1. Sukurti optimalios apylinkės modelį	2023 m. IV ketv. – 2024 m. II ketv.	SAM, NVO, PNVO
	2.2. Parengti naują apmokėjimo už šeimos medicinos komandines paslaugas modelį, diferencijuojant vieno prisirašiusio gyventojo PAASP paslaugų bazinės kainas, atsižvelgiant į šeimos gydytojo ir šeimos gydytojo komandoje PAASP paslaugas teikiančių specialistų užimamų etatų skaičiaus santykį	2023 m. I ketv.	VLK, SAM,
	2.3. Persvarstyti ir atnaujinti skatinamųjų paslaugų sąrašą	2023 m. IV ketv.	SAM, VLK, NVO
	2.4. Persvarstyti ir atnaujinti GDR sąrašą	2023 m. IV ketv.	SAM, VLK, NVO
	2.5. Parengti GDR viešinimo vaizdinį instrumentą	2024 m. I ketv.	SAM, VLK, NVO
	2.6. Nustatyti atskirą PAASP paslaugoms teikti priskiriamų tyrimų fondą, pritaikyti Sveikatos draudimo informacinę sistemą „Sveidra“ (toliau – IS SVEIDRA) tyrimų apskaitai:		VLK, SAM, NVO

	2.6.1. Sukurti šeimos gydytojo ir jo komandoje dirbančių specialistų atliekamų tyrimų klasifikatorių, įdiegti šį klasifikatorių IS SVEIDRA bei pradėti jo duomenų apie atliktus tyrimus iš PAASP įstaigų rinkimą ir analizę	2023 m. III –IV ketv.	
	2.6.2. Sukurti PAASP apmokėjimo modelį numatant tyrimo fondą	2024 m. IV ketv.	
	2.7. Parengti Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 45 straipsnio pakeitimo projektą	2023 m. III ketv.	SAM
3. Kompetentingas ir adekvačiai apmokamas sveikatos sistemos specialistas	3.1. Šeimos gydytojų ir jų komandos narių kvalifikacijos kėlimas, stiprinant jų komandinio darbo ir vadybinius gebėjimus	2023 m. IV ketv.	LSMUL, VU, SAM
	3.2. Nustatyti šeimos gydytojo komandos teikiamų paslaugų dalį ligų diagnostikos ir gydymo metodikų (paciento kelio) struktūroje	2023 m. IV ketv.	SAM, LSMUL, VU, NVO
	3.3. Parengti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo naujagimiams, vaikams ir nėščiosioms bei pagimdžiusioms moterims teikimo metodikas	2024 m. IV ketv.	SAM, LSMUL, VU, NVO

*Nurodomas priemonės įgyvendinimą reglamentuojančio teisės akto parengimo terminas.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1077](#), 2023-10-11, paskelbta TAR 2023-10-11, i. k. 2023-20016

V SKYRIUS VEIKSMŲ PLANO ĮGYVENDINIMO LAUKIAMAI REZULTATAI IR VERTINIMO KRITERIJAI

17. Veiksmų plano rezultato rodiklis – gydymo priemonėmis išvengiama mirtingumo mažėjimas kasmet (esama situacija 2017 m. – 186 mirusiųjų/100 tūkst. gyventojų; siekiama reikšmė – iki 2025 m. 150 mirusiųjų/100 tūkst. gyventojų ir 100 mirusiųjų/100 tūkst. gyventojų iki 2030 metų).

18. Veiksmų plano proceso rodikliai:

18.1. IH skaičiaus 1000 gyventojų mažėjimas kasmet (siekiama reikšmė iki 2030 metų – 16/1000 gyventojų);

18.2. šeimos gydytojų ir kitų jo komandos narių (ne gydytojų) suteiktų paslaugų santykio didėjimas kasmet (pasiekti 40/60 iki 2030 metų).

VI SKYRIUS VEIKSMŲ PLANO ĮGYVENDINIMAS IR FINANSAVIMAS

19. Įgyvendinimo priemonės gali būti įgyvendinamos iš atitinkamų metų PSDF biudžeto lėšų, Europos Sąjungos ir kitos tarptautinės finansinės paramos lėšų, Lietuvos Respublikos valstybės

biudžeto, savivaldybių biudžetų asignavimų bei kitų teisėtai gautų lėšų. Įgyvendinimo priemonėms įgyvendinti reikalingos lėšos numatomos atitinkamų metų Sveikatos apsaugos ministerijos strateginiuose veiklos planuose.

20. Priemonių plano finansavimas:

20.1. valstybės biudžeto lėšos;

20.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos;

20.3. ES fondų lėšos;

20.4. kitų šaltinių lėšos.

21. Įgyvendinant Priemonių planą dalyvauja šios valstybinės institucijos pagal kompetenciją:

21.1. Sveikatos apsaugos ministerija;

21.2. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos;

21.3. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos;

21.4. kitos institucijos ar organizacijos pagal kompetenciją.

22. Į Priemonių plano įgyvendinimą gali būti įtraukiamos šios institucijos pagal kompetenciją:

22.1. asmens sveikatos priežiūros įstaigos;

22.2. universitetai;

22.3. savivaldybės;

22.4. nevyriausybinių organizacijų;

22.5. kitos institucijos ar organizacijos pagal kompetenciją.

23. Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos priežiūros departamentas kartu su sveikatos apsaugos ministro sudaryta Šeimos medicinos politikos grupė kasmet iki einamųjų metų liepos 1 d. vertina Projektų įgyvendinimo priemonių įgyvendinimą. Atsižvelgiant į atliktą vertinimą, įgyvendinimo priemonės gali būti tikslinamos.

Priedo pakeitimai:

Nr. [V-1884](#), 2022-12-19, paskelbta TAR 2022-12-19, i. k. 2022-25847

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1884](#), 2022-12-19, paskelbta TAR 2022-12-19, i. k. 2022-25847

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. rugsėjo 26 d. įsakymo Nr. V-1104 „Dėl Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų plano patvirtinimo“ pakeitimo

2.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1077](#), 2023-10-11, paskelbta TAR 2023-10-11, i. k. 2023-20016

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. rugsėjo 26 d. įsakymo Nr. V-1104 „Dėl Šeimos medicinos plėtros 2016–2025 metų veiksmų plano patvirtinimo“ pakeitimo