

Suvestinė redakcija nuo 2014-10-31 iki 2016-12-31

Įsakymas paskelbtas: TAR 2014-07-21, i. k. 2014-10411



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

ĮSAKYMAS

**DĖL SVEIKATOS SISTEMOS PLĖTROS IR LIGONINIŲ TINKLO
KONSOLIDAVIMO IKI 2025 METŲ
PLANO PATVIRTINIMO**

2014 m. liepos 15 d. Nr. V-810
Vilnius

Įgyvendindamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012-2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimu Nr. 228 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012-2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“, XI skyriaus „Sveikatos tausojimo ir stiprinimo, asmens ir visuomenės sveikatos apsaugos politika“ 185 priemonę, **t v i r t i n u:**

Sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų planą (pridedama).

Laikiniai einantis sveikatos apsaugos ministro pareigas

Vytenis Povilas Andriukaitis

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro
2014 m. liepos 15 d. įsakymu Nr. V-810

**SVEIKATOS SISTEMOS PLĖTROS IR LIGONINIŲ TINKLO
KONSOLIDAVIMO IKI 2025 METŲ PLANAS**

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Sveikatos sistemos plėtos ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų planas (toliau – Strateginis planas) parengtas įgyvendinant Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964, nuostatas, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012-2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. kovo 13 d. nutarimu Nr. 228 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012-2016 metų programos įgyvendinimo prioritetinių priemonių patvirtinimo“, XI skyriaus „Sveikatos tausojimo ir stiprinimo, asmens ir visuomenės sveikatos apsaugos politika“ 185 priemonę „Siekiant efektyvaus nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigų sistemos funkcionavimo, parengti ir įgyvendinti kito sveikatos sistemos plėtos ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą“, Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo 2013 m. gegužės 9 d. ir 2013 m. gegužės 16 d. nutarimus, Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo 2014 m. vasario 26 d. sprendimą „Dėl Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo nuostatų išaiškinimo“ bei atsižvelgiant į nuomonę, suformuotą pasitarimuose, vykusiuose su sveikatos priežiūros įstaigų vadovais, respublikos ir kraštų vyriausiaisiais specialistais, visuomeninių organizacijų ir kitų institucijų atstovais, sveikatos apsaugos sistemos plėtos klausimais Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje ir Šiauliuose.

2. Pagrindinis Strateginio plano tikslas yra numatyti sveikatos apsaugos sistemos plėtos kryptis ir Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) tinklo optimizavimo prioritetus laikotarpiui iki 2025 metų.

3. Strateginio plano įgyvendinimas vykdomas etapais, kiekvienam etapui parengiant ir sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtinant konkrečius priemonių įgyvendinimo planus:

3.1. pirmajam etapui – nuo 2015 m. liepos 1 d. iki 2017 m. gruodžio 31 d.;

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1109](#), 2014-10-28, paskelbta TAR 2014-10-30, i. k. 2014-15120

3.2. antrajam etapui – nuo 2018 m. sausio 1 d. iki 2021 m. gruodžio 31 d.;

3.3. trečiajam etapui – nuo 2022 m. sausio 1 d. iki 2025 m. gruodžio 31 d.

4. Patvirtinus šį Strateginį planą, sveikatos apsaugos ministras per vieną mėnesį parengia ir patvirtina pirmojo etapo nuo 2015 m. liepos 1 d. iki 2017 m. gruodžio 31 d. įgyvendinimo priemonių planą, numatydamas jame konkrečias Strateginio plano nuostatų įgyvendinimo priemones, atsakingas už įgyvendinimą institucijas ir kiekvienos priemonės įgyvendinimo terminą.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1109](#), 2014-10-28, paskelbta TAR 2014-10-30, i. k. 2014-15120

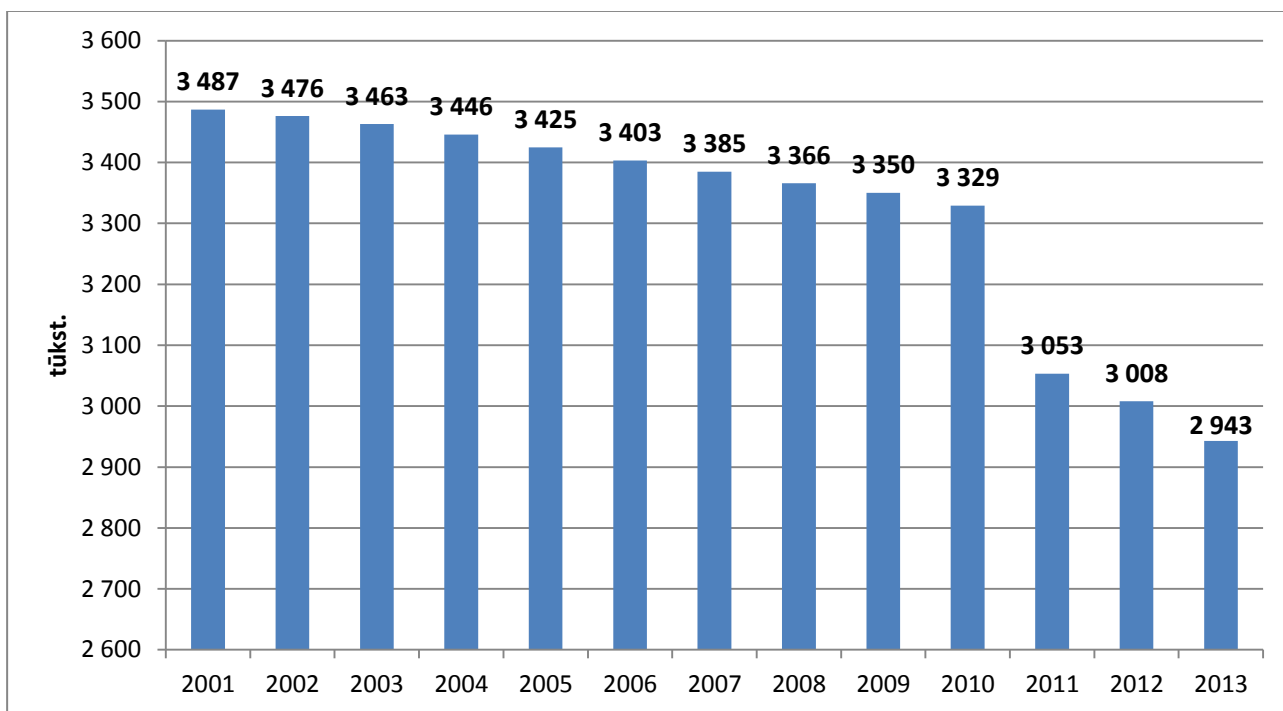
5. Baigiantis šio Strateginio plano pirmojo etapo įgyvendinimo laikotarpiui, atliekama išsami jo pasiektų rezultatų ar neįvykdytų užduočių priežasčių analizė ir ne

vėliau kaip iki 2017 m. gruodžio 31 d. parengiamas ir patvirtinamas Strateginio plano priemonių įgyvendinimo planas antrojo etapo laikotarpiui. Baigiantis šio Strateginio plano antrojo etapo įgyvendinimo laikotarpiui, atliekama išsami antrojo etapo pasiektų rezultatų ar neįvykdytų užduočių priežasčių analizė ir ne vėliau kaip iki 2021 m. gruodžio 31 d. parengiamas ir patvirtinamas Strateginio plano priemonių įgyvendinimo planas trečiojo etapo laikotarpiui.

6. Pasibaigus šio Strateginio plano įgyvendinimo galutiniam terminui, įvertinami jo įgyvendinimo rezultatai ir parengiamas naujas strateginis dokumentas tolimesnei sveikatos apsaugos sistemos ir LNSS tinklo plėtrai.

II. ESAMOS SITUACIJOS IR PASTAROJO LAIKOTARPIO TENDENCIJŲ APIBŪDINIMAS

7. **Demografinės tendencijos.** Pagrindinis veiksnys įtakojantis sveikatos priežiūros sektoriaus ateities poreikius yra įvykę reikšmingi demografiniai pokyčiai Lietuvoje 2001-2013 metais ir šių procesų ateities tendencijos (1 paveikslas). Per minėtą laikotarpį Lietuvos gyventojų skaičius sumažėjo - 15,6 procento, kurį nulėmė žemas gimstamumas ir emigracija. Tikėtina, kad iki 2025 m. Lietuvos gyventojų skaičius dar sumažės 5-7 procentais.



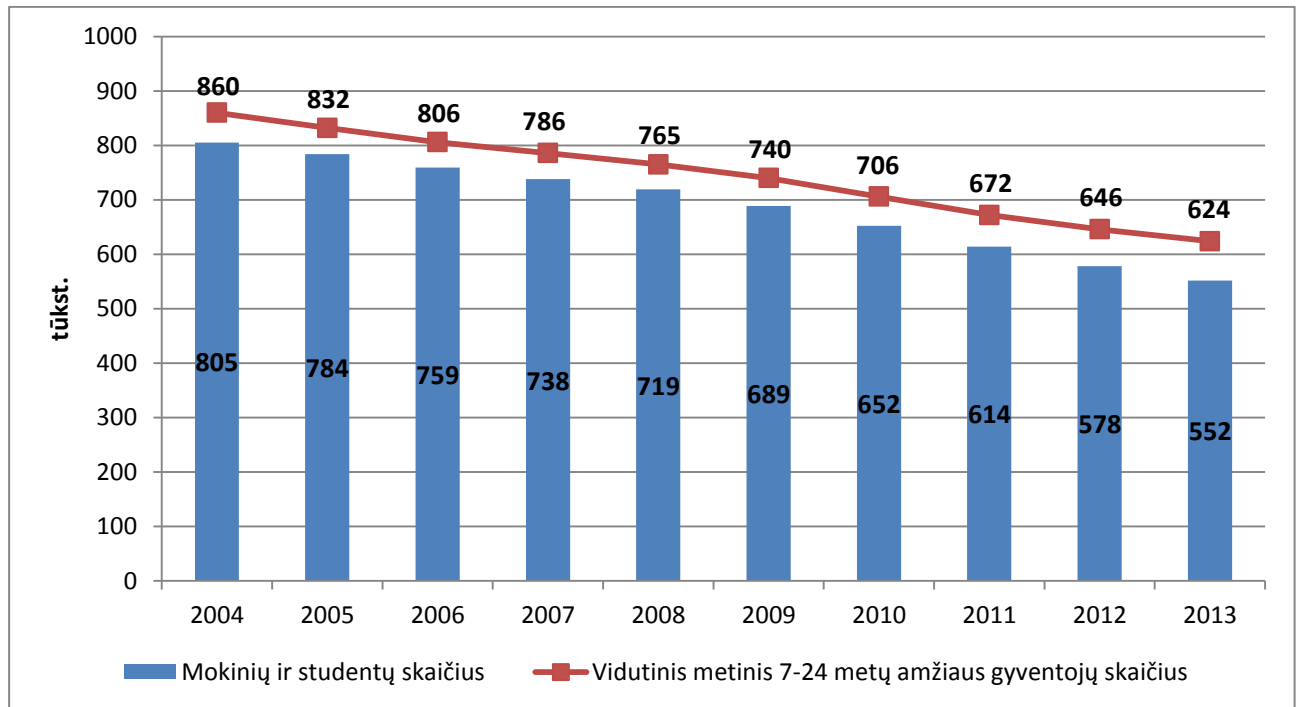
1 paveikslas. Gyventojų skaičiaus pokyčiai 2001-2012 m.

8. Stebėtas ypač ženklus gimdymų (2013 m. - 26 876 gimdymų) ir vaikų skaičiaus sumažėjimas (2 paveikslas). Tikėtina, kad tai įtakos medicinos pagalbos vaikams ir paaugliams ateities poreikį.

9. **Europos Sąjungos ir Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų resursų ir veiklos rodikliai.** 2001-2013 m. laikotarpiu Europos Sąjungos (toliau – ES) ir Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų resursų ir veiklos rodiklių skirtumai kito nežymiai. Tiek 2001 m., tiek ir 2013 m. Lietuvoje buvo daugiau nei ES praktikuojančių gydytojų, odontologų, daugiau stacionaro lovų ir ligonių (1 lentelė). 2013 m. Lietuvoje buvo 24

procentais daugiau gydytojų 100 000 gyventojų, 36 procentais – odontologų, 35 procentais – stacionaro lovų (be slaugos ir palaikomojo gydymo lovų), 39 procentais – aktyvaus gydymo stacionaro lovų, 38 procentais – aktyvaus gydymo stacionaro ligonių 100 gyventojų.

10. Per 2001-2013 m. laikotarpį Lietuvoje sumažėjo praktikuojančių slaugytojų ir 2013 m. Lietuvoje jų buvo 6 procentais mažiau negu ES vidurkis. Dėl spartesnio slaugytojų skaičiaus mažėjimo lyginant su gydytojų skaičiaus mažėjimu, slaugytojų skaičius tenkantis vienam gydytojui per 2001-2013 m. dar labiau sumažėjo ir 2013 m. buvo 24 procentais mažesnis už ES vidurkį (2001 m. – 18 procentų mažesnis).



2 paveikslas. Mokinių ir studentų skaičiaus pokyčiai

11. 2013 m. Lietuvoje teko 8 procentais mažiau gydytojų 100 lovų nei ES vidurkis. Tačiau vidutinis gulėjimo laikas stacionaruose Lietuvoje mažėjo ir 2013 m. buvo 20 procentų mažesnis už ES vidurkį stacionaro ligoniams (be medicininės slaugos ir palaikomojo gydymo) ir 10 procentų mažesnis aktyvaus gydymo stacionaro ligoniams. Lovos funkcionavimas arba užimtumas šiek tiek sumažėjo ir buvo 6 procentais mažesnis už ES vidurkį.

1 lentelė. Europos Sąjungos ir Lietuvos pagrindiniai sveikatos priežiūros įstaigų resursų ir veiklos rodikliai 2001 ir 2011/2013 m.

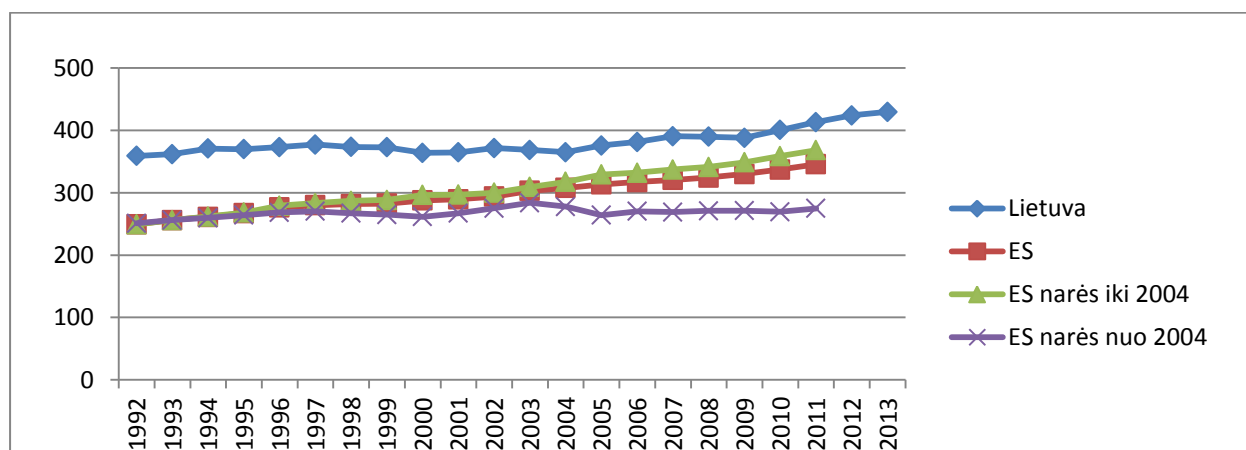
Rodiklio pavadinimas	Lietuva 2001	ES 2001	Lietuvos ir ES santykis 2001 (ES = 1)	Lietuva 2013	ES 2011	Lietuvos ir ES santykis 2013/2011 (ES = 1)
Praktikuojančių gydytojų skaičius 100 000 gyventojų	364,8	289,41	1,26	429,6	345,8	1,24
Praktikuojančių odontologų skaičius 100 000 gyventojų	69,9	58,91	1,19	91	67,03	1,36
Praktikuojančių slaugytojų (įsk. akušerius) skaičius 100 000 gyventojų	799,8	775,8	1,03	788,8	835,91	0,94

Slaugytojų ir gydytojų santykis	2,19	2,68	0,82	1,84	2,42	0,76
Gydytojų skaičius 100 stacionaro lovų	43,57	45,74	0,95	58,73	63,79	0,92
Stacionaro lovų (be slaugos ir palaikomojo gydymo) skaičius 100 000 gyventojų	837,2	632,73	1,32	731,5	542,05	1,35
Aktyvaus gydymo lovų skaičius 100 000 gyventojų	631,2	458,43	1,38	532,6	384,52	1,39
Stacionaro ligonių skaičius (be dienos atvejų, be slaugos ir palaikomojo gydymo, be sanatorių stacionarinės reabilitacijos ligonių) 100 gyventojų	23,23	17,89	1,30	24,03	17,28	1,39
Aktyvaus gydymo stacionaro ligonių skaičius skaičius (be dienos atvejų) 100 gyventojų	21,57	16,54	1,30	21,80	15,85	1,38
Vidutinis gulėjimo laikas (be slaugos ligonių)	10,0	10,23	0,98	7,3	9,07	0,80
Vidutinis gulėjimo laikas aktyvaus gydymo ligoniams	8,1	7,49	1,08	5,8	6,41	0,90
Aktyvaus gydymo lovų užimtumas (proc.)	74,44	77,05	0,97	71,56	75,88	0,94

12. Lietuva turi daugiau gydytojų nei ES šalių vidurkiai (3 paveikslas).

13. Nors Lietuvoje absoliutus slaugytojų skaičius mažėja, tačiau dėl spartaus gyventojų skaičiaus mažėjimo, rodiklis 100 000 gyventojų mažėja nežymiai. Senosiose ES šalyse narėse slaugytojų skaičius buvo šiek tiek didesnis nei Lietuvoje, bei žymiai didesnis nei naujų ES šalių narių vidurkis. Tiesa, paskutiniaisiais metais slaugytojų skaičius senose ES narėse mažėjo (4 paveikslas).

14. Praktikuojančių odontologų skaičius 100 000 gyventojų pastaraisiais metais Lietuvoje augo labai sparčiai ir dėl absoliutaus odontologų skaičiaus augimo ir dėl spartaus gyventojų skaičiaus mažėjimo. Pastaruoju metu odontologų skaičius šiek tiek didėjo visose ES šalyse. Lietuvoje buvo daugiau odontologų (2013 m. 91 odontologas - 100 000 gyventojų) nei ES šalyse, ypač naujosiose ES šalyse (5 paveikslas).



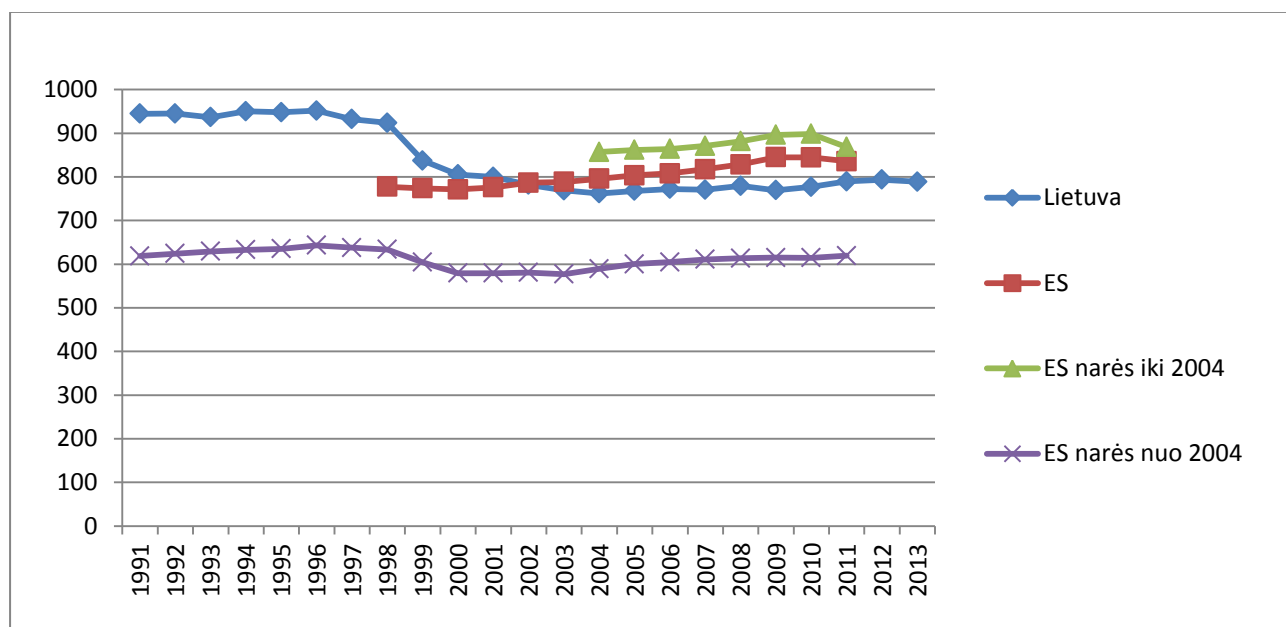
3 paveikslas. Praktikuojančių gydytojų skaičius 100 000 gyv.

15. Labai svarbus rodiklis yra slaugytojų skaičius tenkantis vienam gydytojui. Jis parodo kaip efektyviai panaudojami žmogiškieji resursai. Šis rodiklis Lietuvoje yra mažesnis nei kitų ES šalių rodiklių vidurkiai ir mažėja jau daug metų.

16. **Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros resursų ir pagrindinių veiklos rodiklių pokyčiai 2001-2013 m.** Nuo 2001 m. valstybės ir savivaldybių (apskričių) asmens sveikatos priežiūros įstaigų skaičius mažėjo. 2 lentelėje pateikiamas ambulatorinių įstaigų

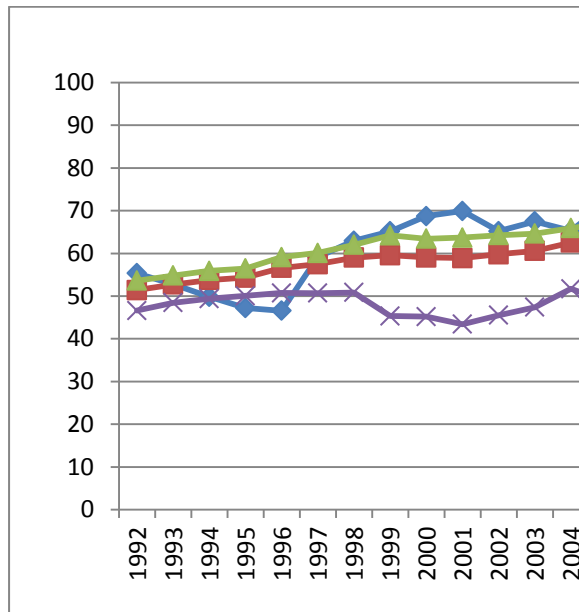
ir greitosios medicinos pagalbos įstaigų skaičiaus kitimas, o 3 lentelėje stacionariųjų įstaigų skaičiaus kitimas.

17. Įstaigų teikiančių ambulatorines paslaugas skaičius 2001-2013 m. kito nežymiai - juridinių vienetų skaičius laikotarpio pabaigoje sumažėjo nuo 192 iki 181 arba 5,7 procento. Mažėjo beveik visų tipų ambulatorinių įstaigų, išskyrus pirminės sveikatos priežiūros centrus, kurių skaičius padidėjo 7,1 procento. 24,1 procento sumažėjo poliklinikų teikiančių pirminio ir antrinio lygio paslaugas skaičius. 10 procentų sumažėjo ambulatorijų ir 33,3 procento šeimos gydytojų kabinetų skaičius, bet dažniausiai tokio tipo įstaigos yra pirminių sveikatos priežiūros centrų padaliniai. Reikia pažymėti, kad jei apžvelgiamo periodo pradžioje vyko pirminių įstaigų atsiskyrimo procesas, tai 2013 m. prasidėjo jų jungimosi prie pirminės sveikatos priežiūros centrų procesas. Kai kurios specializuotos įstaigos buvo prijungtos prie didžiųjų ligoninių, todėl specializuotų ambulatorines paslaugas teikiančių įstaigų skaičius sumažėjo 14,3 procento. PSDF biudžeto lėšomis apmokamų ambulatorinių II ir III lygio paslaugų skaičius pateiktas 1 priede.



4 paveikslas. Praktikuojančių slaugytojų (įskaitant akušerius) skaičius 100 000 gyv.

18. Pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių valstybinių ir privačių įstaigų išdėstymas Lietuvos Respublikos teritorijoje pateikiamas šio dokumento 2 priede, o prirašytų gyventojų pasiskirstymas pagal sveikatos priežiūros įstaigas 3 priede. Prirašytų gyventojų pasiskirstymas pagal savivaldybes pateikiamas 4 priede.



5 paveikslas. Praktikuojančių odontologų skaičius 100 000 gyv.

19. Medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo ir paliatyvos pagalbos paslaugas teikiančių įstaigų ir lovų jose išsidėstymas Lietuvos Respublikos teritorijoje pateikiamas šio dokumento 5 priede, o pagal konkrečias įstaigas 6 priede.

20. Greitosios medicinos pagalbos įstaigų skaičius padidėjo nuo 16 iki 19 stočių (nuo 44 iki 50 padalinių) arba 18,8 procento, nes daugiausia šios įstaigos atsiskyrė nuo pirminių sveikatos priežiūros centrų ir tapo savarankiškais juridiniais vienetais. Tačiau jau 2013 m. prasidėjo greitosios medicinos pagalbos įstaigų jungimosi procesas.

21. 2001-2013 m. stacionarines paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų juridinių vienetų skaičius laikotarpio pabaigoje sumažėjo nuo 132 iki 85 (nuo 193 iki 134 padalinių) arba 35,6 procento. Tačiau buvo panaikintos vos kelios ligoninės, dažniausiai ligoninės buvo sujungiamos arba prijungiamos. Steigiant slaugos lovas savivaldybių ligoninėse, 36,8 procento sumažėjo medicininės slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių. Dėl ligoninių sujungimo, specializuotų ligoninių skaičius sumažėjo net 71,1 procento.

2 lentelė. Ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros ir greitosios medicinos pagalbos įstaigos Lietuvoje

2001 ir 2013 m. pabaigoje (be kitų žinybų ir privačių įstaigų)

Įstaigų tipas	Įstaigos 2001 m.		Įstaigos 2013 m.		Įstaigų arba padalinių pokytis (+/-), proc.	Juridinių vienetų pokytis (+/-), proc.
	Viso	iš jų juridiniai vienetai	Viso	iš jų juridiniai vienetai		
1. Ambulatorinės įstaigos	440	192	422	181	- 4,1	- 5,7
iš to skaičiaus:						
1.1. konsultacinės poliklinikos prie ligoninių	69	-	63	-	- 8,7	0,0
1.2. poliklinikos (pirminio/antrinio lygio)	29	29	23	22	- 20,7	- 24,1
1.3. pirminės sveikatos priežiūros centrai	85	85	91	91	7,1	7,1
1.4. ambulatorijos	195	50	175	45	- 10,3	- 10,0
1.5. šeimos gydytojų kabinetai	12	3	29	2	141,7	- 33,3

1.6. specializuotos poliklinikos	46	21	35	18	- 23,9	- 14,3
iš jų:						
1.6.1. infekcinių ligų/AIDS	4	1	1	-	- 75,0	100,0
1.6.2. tuberkuliozės	8	-	4	-	- 50,0	0,0
1.6.3. odos ir veneros ligų	2	1	1	1	- 50,0	0,0
1.6.4. onkologijos	3	-	2	-	- 33,3	0,0
1.6.5. psichikos sveikatos centrai	20	14	17	12	- 15,0	-14,3
1.6.6. priklausomybės ligų centrai	4	-	5	-	25,0	0,0
1.6.7. sporto medicinos centrai	5	5	5	5	0,0	0,0
2. Odontologijos įstaigos	4	4	6	3	50,0	- 25,0
4. Medicinos punktai	966	-	604	-	- 37,5	0,0
5. Greitosios medicinos pagalbos skyriai/stotys	44	16	50	19	13,6	18,8
Iš viso	1 450	208	1 076	200	- 25,8	- 3,8

22. Aktyviojo gydymo stacionarines paslaugas (be medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo bei paliatyvios pagalbos) teikiančių įstaigų išsidėstymas Lietuvos Respublikos teritorijoje pateikiamas šio dokumento 7 priede. Lovų pasiskirstymas pagal profilius ir savivaldybes bei pagrindiniai lovų fondo panaudojimo rodikliai – lovos funkcionavimas, vidutinė gulėjimo trukmė pateikti 8 priede.

23. Nuo 2001 m. bendras sanatorių skaičius sumažėjo nuo 22 iki 4 arba 81,8 procento. Dalis valstybinių sanatorių buvo prijungtos prie ligoninių ir tapo jų dalimi, t.y. stacionarais. Tokiu būdu padidėjo stacionaro lovų ir ligoninių skaičius, nes sanatorių statistika yra teikiama atskirai nuo stacionarų statistikos.

24. Lietuvoje stebimas labai didelis gydytojų, odontologų, stacionarinių lovų ir ligoninių netolygumas tarp miesto ir kaimiškųjų rajonų. Gydytojų pasiskirstymo netolygumai pateikiami 6 paveiksle.

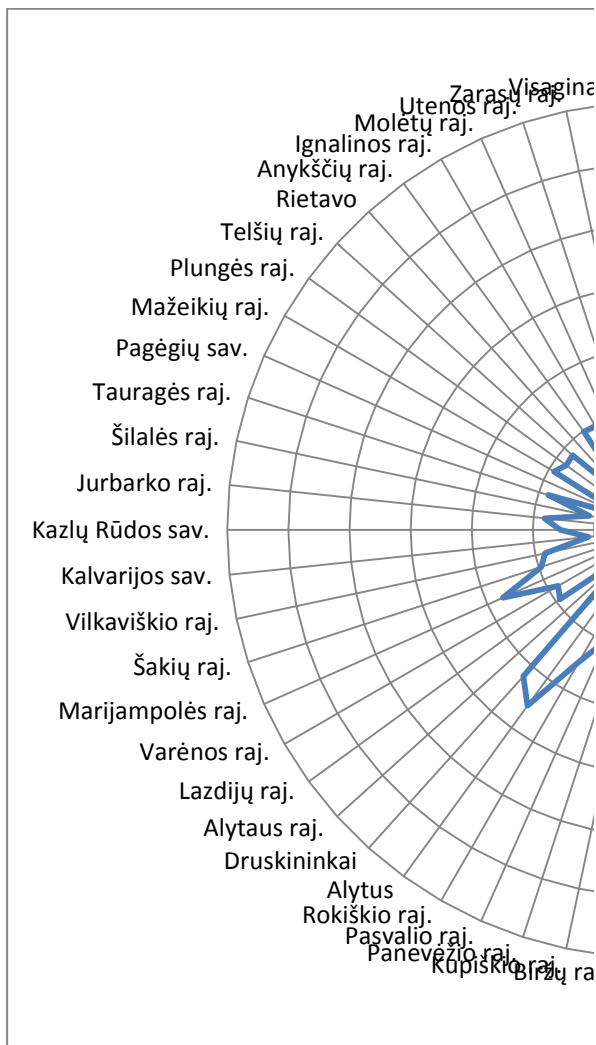
25. 2002-2013 m. privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų skaičius laikotarpio pabaigoje augo nuo 1922 iki 2785 įstaigų arba 44,9 procento (4 lentelė). Daugiausia, beveik dvigubai (nuo 904 iki 1776), augo odontologinių įstaigų (įskaitant dantų technikų įmones) skaičius. Kitų privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų skaičius beveik nepakito. Trigubai išaugo privačių stacionarų ir dienos chirurgijos centrų (nuo 6 iki 18) bei medicininės reabilitacijos įstaigų (nuo 8 iki 24) skaičius. 2,3 karto išaugo privačių pirminių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius (nuo 106 iki 242). 2013 m. 9,3 procento privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos nevykdė. Iš visų atsiskaičiusių privačių įstaigų daugiau nei 50 darbuotojų dirbo 45 įstaigose (arba 2,4 procento), daugiau kaip 10 darbuotojų – 395 įstaigose (21 procentas). Dažniausia privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos yra mažos, tik kelis darbuotojus turinčios įstaigos.

3 lentelė. Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros ir medicininės reabilitacijos įstaigos 2001 ir 2013 m. pabaigoje (be kitų žinybų ir privačių įstaigų)

Įstaigų tipas	Įstaigos 2001 m.		Įstaigos 2013 m.		Įstaigų arba padalinių pokytis (+/-), proc.	Juridinių vienetų pokytis (+/-), proc.
	Viso	iš jų juridiniai vienetai	Viso	iš jų juridiniai vienetai		
1. Ligoninės	193	132	134	85	- 30,6	- 35,6
iš to skaičiaus:						
1.1. bendrojo pobūdžio ligoninės	73	73	63	60	- 13,7	- 17,8

iš jų:						
1.1.1. miestų ligoninės	28	28	20	17	- 28,6	- 39,3
1.1.2. rajonų ir apskričių ligoninės	45	45	43	43	- 4,4	- 4,4
1.2. Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės	80	19	47	12	- 41,3	- 36,8
1.3. Specializuotos ligoninės	38	38	20	11	- 47,4	- 71,1
iš jų:						
1.3.1. infekcinių ligų ligoninės	3	3	1	-	- 66,7	- 100,0
1.3.2. tuberkuliozės ligoninės	16	16	5	1	- 68,8	- 93,8
1.3.3. odos ir veneros ligų	1	1	-	-	- 100,0	- 100,0
1.3.4. onkologijos ligoninės	3	3	2	1	- 33,3	- 66,7
1.3.5. psichiatrinės ligoninės	11	11	7	4	- 36,4	- 63,6
1.3.6. priklausomybės ligų centrai	4	4	5	5	+ 25,0	+ 25,0
1.4. Reabilitacijos ligoninės	2	2	4	2	+ 100,0	-
2. Medicininės reabilitacijos įstaigos (sanatorijos)	22	22	4	4	- 81,8	- 81,8
Iš viso	215	154	134	89	- 37,7	- 42,2

26. 2002-2013 m. privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų personalas padidėjo beveik trigubai - 2,9 karto. Panašiai padidėjo gydytojų (2,7 karto) ir specialistų su aukščiau ar aukštesniu medicinos išsilavinimu (ne gydytojų), įskaitant slaugytojus, skaičius (2,7 karto). Odontologų skaičius išaugo 2,2 karto, daugiausia, beveik 4 kartus padidėjo kitų darbuotojų skaičius. Dirbančių privačioje įstaigoje pagrindiniame darbe skaičiai didėjo lėčiau – gydytojų padidėjo 2,2 karto, specialistų su aukščiau ar aukštesniu medicinos išsilavinimu (ne gydytojų), įskaitant slaugytojus – 2,5 karto, odontologų – 1,7 karto. Dirbantys privačioje įstaigoje pagrindiniame darbe gydytojai 2013 m. sudarė tik 9,4 procento visų aktyvių gydytojų (2002 m. – 4,3 procento), specialistai su aukščiau ar aukštesniu medicinos išsilavinimu (ne gydytojai), įskaitant slaugytojus – 12 procentų (2002 m. – 4,1 procento), odontologai – 58,2 procento (2002 m. – 41 procentas). 2013 m. privačiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose pagrindiniame darbe dirbo 28,1 procento įstaigoje įdarbintų gydytojų, 59,1 procento odontologų, 73,9 procento specialistų su aukščiau ar aukštesniu medicinos išsilavinimu (ne gydytojų), įskaitant slaugytojus.



6 paveikslas. Gydytojų pasiskirstymo netolygumai miesto ir kaimiškuosiuose rajonuose

27. Apibendrinant esamą sveikatos sistemos būklę ir jos pokyčių tendencijas per pastarąjį dešimtmetį, tenka konstatuoti, kad Lietuvos rodiklių atotrūkiai nuo ES vidurkio iš esmės nepasikeitė, o pagal kai kuriuos rodiklius atsilikimas nuo ES net pablogėjo:

4 lentelė. Privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir jų darbuotojai 2002 ir 2013 metų pabaigoje

Pavadinimas	2002	2013	Pokytis (+/-), proc.
Privačių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius			
Privačių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius	1 922	2 785	+ 44,9
iš jų nevykdė veiklos	27	259	
nevykdžiusių veiklos įstaigų dalis, proc.	1,4	9,3	
Iš privačių sveikatos priežiūros įstaigų:			
ne odontologinės arba mišrios įstaigos, iš viso	1 018	1 009	- 0,9
iš jų:			
ligoninės ir dienos chirurgijos centrai	6*	18*	3 k.
medicininės reabilitacijos įstaigos	8*	24*	3 k.
pirminės sveikatos priežiūros įstaigos	106*	242	2,3 k.
odontologinės įstaigos (įskaitant dantų technikų įmones)	904	1 776	2 k.
Privačių sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai*			

Gydytojų skaičius	1 659	4 553	2,7 k.
iš jų dirba privačioje įstaigoje pagrindiniame darbe	592	1 281	2,2 k.
Odontologų skaičius	1 218	2 722	2,2 k.
iš jų dirba privačioje įstaigoje pagrindiniame darbe	947	1 609	1,7 k.
Specialistų su aukštuoju ar aukštesnioju medicinos išsilavinimu (ne gydytojų) skaičius	1 811	4 968	2,7 k.
iš jų dirba privačioje įstaigoje pagrindiniame darbe	1 442	3 669	2,5 k.
Kitų darbuotojų skaičius	1 407	5340	3,8 k.
Iš viso darbuotojų	6 095	17 583	2,9 k.

* - privačių sveikatos įstaigų pateiktų metinių sveikatos statistikos ataskaitų duomenys

27.1. nežymiai sumažėjo praktikuojančių gydytojų skaičius, tenkantis 100 000 gyventojų, tačiau padidėjo odontologų ir sumažėjo slaugytojų analogiškas rodiklis, to rezultate dar labiau pablogėjo slaugytojų ir gydytojų santykis, kuris ir taip reikšmingai atsilieka nuo ES vidurkio;

27.2. nors gydytojų skaičius Lietuvoje yra didesnis už ES vidurkį, 100 stacionaro lovų gydytojų Lietuvoje tenka mažiau, o per pastaruosius metus šis rodiklis dar daugiau atsiliko nuo ES vidurkio. Tai rodo, kad lovų skaičius 100 000 gyventojų dar ženkliau aplenkia analogišką ES vidutinį rodiklį, palyginus su gydytojų skaičiumi;

27.3. pablogėjo lovų fondo panaudojimas, tiek lovos funkcionavimo rodiklis, tiek vidutinė gulėjimo trukmė;

27.4. pažymėtina, kad mažėjant valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų skaičiui, rodiklių proporcijos persiskirstė privačių įstaigų naudai - beveik pusantro karto išaugo privačių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius, 2,7 karto padidėjo jose dirbančių gydytojų, 2,2 karto odontologų, 2,7 karto specialistų su aukštuoju ar aukštesnioju medicinos išsilavinimu (ne gydytojų), 3,8 karto kitų darbuotojų skaičius;

27.5. didėjant privačiose įstaigose dirbančių gydytojų ir kitų darbuotojų skaičiui, tik nedidelė jų dalis šiose įstaigose dirba pagrindiniame darbe.

III. VYKDYTO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ TINKLO IR PASLAUGŲ STRUKTŪROS OPTIMIZAVIMO REZULTATŲ ĮVERTINIMAS

28. Pastarajame dešimtmetyje Lietuvos sveikatos sistemoje buvo vykdyti trys restruktūrizavimo etapai.

29. ***Pirmasis sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros restruktūrizavimo etapas*** (toliau – pirmasis restruktūrizavimo etapas). Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 338 buvo patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija ir pirmasis restruktūrizavimo etapas 2003-2005 m. laikotarpiui.

30. Pirmasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas buvo vykdomas 3 prioritetinėmis kryptimis:

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

30.2. antroji kryptis – stacionarinių paslaugų optimizavimas ir alternatyvių veiklos formų plėtra;

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

31. Pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultate ligoninių tinklas sumažėjo 22 juridiniais vienetais. Buvo reorganizuotos šios ligoninės: Šv. Jokūbo ligoninė, Respublikinė tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninė, Respublikinė Santariškių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninė, Vilniaus tuberkuliozės ligoninė, Vilniaus apskrities Vyžulionių tuberkuliozės ligoninė, Vilniaus universitetinė infekcinė ligoninė, Respublikinė universitetinė ligoninė Vaiko raidos centras, Kauno klinikinė infekcinė ligoninė, Kauno P.Mažylio gimdymo namai, Viršužiglio reabilitacijos ligoninė, Kauno Romainių tuberkuliozės ligoninė, Kulautuvos tuberkuliozės ligoninė, Garliavos ligoninė, Kauno medicinos universiteto Onkologijos ligoninė, Kauno psichiatrijos ligoninė, Skuodo ligoninė, Palangos ligoninė, Klaipėdos vaikų tuberkuliozės ligoninė „Smiltelė“, Šilutės vaikų tuberkuliozės ligoninė „Eglutė“, Priekulės palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė, Pagryžuvio tuberkuliozės ligoninė ir Panevėžio tuberkuliozės ligoninė.

32. Dvylikoje rajono ligoninių, kuriose gimdymų skaičius neatitiko nustatyto kriterijaus – 300 gimdymų per metus, buvo uždaryti akušerijos skyriai. Akušerijos skyriai buvo uždaryti šiose ligoninėse: Druskininkų ligoninėje, Ignalinos rajono ligoninėje, Kupiškio ligoninėje, Molėtų ligoninėje, Naujosios Akmenės ligoninėje, Pakruojo ligoninėje, Plungės ligoninėje, Prienų ligoninėje, Skuodo ligoninėje, Šilalės ligoninėje, Varėnos ligoninėje ir Zarasų ligoninėje.

33. Pasikeitė paslaugų struktūra:

33.1. penktadaliu, arba 5000, sumažintas lovų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse skaičius;

33.2. stacionarinių paslaugų apimtis sumažėjo 8 procentais;

33.3. ambulatorinių paslaugų apimtis išaugo 6 procentais;

33.4. medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų apimtis padidėjo 15 procentų;

33.5. įsteigta 600 dienos stacionaro vietų.

34. **Antrasis sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros restruktūrizavimo etapas** (toliau – antrasis restruktūrizavimo etapas). Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647 buvo reglamentuotas antrasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas 2006-2008 m. laikotarpiui.

35. Antrojo restruktūrizavimo etapo eigoje buvo pasiekti šie rezultatai:

35.1. vidutinė gyvenimo trukmė pailgėjo 9,84 mėnesio, iš jų vyrų 11,88 mėnesio, moterų 6,12 mėnesio;

35.2. ambulatorinių paslaugų apimtis išaugo 16,9 procento;

35.3. medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų apimtis padidėjo 15,2 procento;

35.4. dienos stacionaro paslaugų apimtis padidėjo 22 procentais;

35.5. dienos chirurgijos paslaugų apimtis padidėjo 1,9 karto;

35.6. nors buvo išipareigota aktyvaus gydymo stacionarinių paslaugų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse apimtį sumažinti 3-5 procentais, faktiškai šis rodiklis padidėjo 1,8 procento;

35.7. greitosios medicinos pagalbos automobilių parkas atnaujintas 26,1 procento.

36. **Trečiasis sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros restruktūrizavimo etapas** (toliau – trečiasis restruktūrizavimo etapas). Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654 buvo patvirtinta Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programa 2009–2011 metų laikotarpiui, vėlesniu nutarimu pratęsta dar 2012 metams. Programos tikslų ir uždavinių esmę sudarė:

36.1. sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas;

36.2. sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas.

37. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarime nustatytais kriterijais, buvo įvykdyti šie reorganizavimo procesai:

37.1. septyni juridiniai asmenys viešosios įstaigos – Vilniaus universiteto ligoninės (toliau – VUL) Santariškių klinikos, Respublikinė tuberkuliozės ir infekcinių ligų ligoninė, Vilniaus universiteto vaikų ligoninė, Valstybinis patologijos centras, Valkininkų vaikų ligoninė „Pušėlė“, Druskininkų vaikų sanatorija „Saulutė“ ir Valkininkų sanatorija reorganizuotos į vieną juridinį asmenį viešąją įstaigą VUL Santariškių klinikas;

37.2. du juridiniai asmenys viešosios įstaigos – Vilniaus miesto klinikinė ligoninė ir Vilniaus universitetinė Antakalnio ligoninė reorganizuotos į vieną juridinį asmenį viešąją įstaigą Vilniaus miesto klinikinę ligoninę;

37.3. du juridiniai asmenys viešojo įstaiga Kauno medicinos universiteto klinikos ir biudžetinė įstaiga Kauno vaiko raidos klinika „Lopšelis“ reorganizuotos į vieną juridinį asmenį viešąją įstaigą Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninę (toliau – LSMUL) Kauno klinikas;

37.4. penki juridiniai asmenys viešosios įstaigos – Kauno apskrities ligoninė, Žiegzdrių psichiatrijos ligoninė, Kauno V.Tumėnienės vaikų reabilitacijos centras, Kačerginės vaikų sanatorija „Žibutė“, Kulautuvos vaikų tuberkuliozės ligoninė reorganizuotos į vieną juridinį asmenį viešąją įstaigą Respublikinę Kauno ligoninę;

37.5. du juridiniai asmenys viešosios įstaigos – Kauno 2-oji klinikinė ligoninė ir Kauno Raudonojo Kryžiaus klinikinė ligoninė reorganizuotos į vieną juridinį asmenį viešąją įstaigą Kauno klinikinę ligoninę;

37.6. du juridiniai asmenys viešosios įstaigos – Klaipėdos jūrininkų ligoninė ir Švėkšnos psichiatrijos ligoninė reorganizuotos į vieną juridinį asmenį viešąją įstaigą Klaipėdos jūrininkų ligoninę;

37.7. du juridiniai asmenys viešosios įstaigos – Klaipėdos apskrities ligoninė ir Klaipėdos tuberkuliozės ligoninė reorganizuotos į vieną juridinį asmenį viešąją įstaigą Respublikinę Klaipėdos ligoninę;

37.8. keturi juridiniai asmenys viešosios įstaigos – Šiaulių apskrities ligoninė, Šiaulių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninė, Šiaulių psichiatrijos ligoninė, Šaukėnų psichiatrijos ligoninė reorganizuotos į vieną juridinį asmenį viešąją įstaigą Respublikinę Šiaulių ligoninę;

37.9. trys juridiniai asmenys viešosios įstaigos – Panevėžio apskrities ligoninė, Panevėžio infekcinė ligoninė ir Likėnų reabilitacijos ligoninė reorganizuotos į vieną juridinį asmenį viešąją įstaigą Respublikinę Panevėžio ligoninę.

38. Remiantis restruktūrizavimo programoje numatytais kriterijais pagal teikiamų paslaugų struktūrą stacionarinės aktyvaus gydymo sveikatos priežiūros įstaigos buvo suskirstytos į 3 lygmenis:

38.1. rajono lygmeniui priskirtos įstaigos, kurios neatitiko šių dviejų kriterijų kartu – 1100 didžiųjų operacijų ir 300 gimdymų per metus;

38.2. regiono lygmeniui priskirtos įstaigos, kurios atitiko šiuos du kriterijus kartu – 1100 didžiųjų operacijų ir 300 gimdymų per metus;

38.3. respublikos lygmeniui priskirtos įstaigos, nepriklausančios rajono ir regiono įstaigų lygmenims.

39. Respublikos lygmeniui priklauso 12 daugiaprofilinių ligoninių – LSMUL Kauno klinikos, VUL Santariškių klinikos, Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, Vilniaus gimdymo namai, Respublikinė Kauno ligoninė, Klaipėdos jūrininkų ligoninė, Klaipėdos universitetinė ligoninė, Respublikinė Šiaulių ligoninė, Respublikinė Panevėžio ligoninė, Vilniaus miesto klinikinė ligoninė, Respublikinė Klaipėdos ligoninė, Klaipėdos vaikų ligoninė ir specializuotos odontologijos, psichiatrijos, medicininės reabilitacijos įstaigos;

40. Regiono lygmeniui priklauso 11 ligoninių – Alytaus apskrities S.Kudirkos ligoninė, Marijampolės ligoninė, Utenos ligoninė, Tauragės ligoninė, Regioninė Telšių ligoninė, Ukmergės ligoninė, Mažeikių ligoninė, Jonavos ligoninė, Kėdainių ligoninė, Šilutės ligoninė, Radviliškio ligoninė.

41. Rajono lygmeniui priklauso 35 ligoninės – Kretingos ligoninė, Lazdijų ligoninė, Pasvalio ligoninė, Raseinių ligoninė, Rokiškio ligoninė, Šalčininkų rajono ligoninė, Švenčionių rajono ligoninė, Trakų ligoninė, Vilkaviškio ligoninė, Visagino ligoninė, Anykščių rajono savivaldybės ligoninė, Joniškio ligoninė, Šakių ligoninė, Biržų ligoninė, Druskininkų ligoninė, Elektrėnų ligoninė, Jurbarko ligoninė, Kelmės ligoninė, Plungės rajono ligoninė, Varėnos ligoninė, Gargždų ligoninė, Ignalinos rajono ligoninė, Kaišiadorių ligoninė, Molėtų ligoninė, N.Akmenės ligoninė, Pakruojo ligoninė, Prienų ligoninė, Šilalės rajono ligoninė, Širvintų ligoninė, Zarasų ligoninė, Kalvarijos ligoninė, Kazlų Rūdos ligoninė, Kupiškio ligoninė, Kuršėnų ligoninė, M.Marcinkevičiaus ligoninė. Trečiojo restruktūrizavimo etapo rezultate :

41.1. dešimtyje rajono ligoninių – Gargždų ligoninėje, Ignalinos rajono ligoninėje, Kaišiadorių ligoninėje, Molėtų ligoninėje, N.Akmenės ligoninėje, Pakruojo ligoninėje, Prienų ligoninėje, Šilalės rajono ligoninėje, Širvintų ligoninėje ir Zarasų ligoninėje nuo 2010 m. balandžio 1 d. buvo uždaryti stacionarinės chirurgijos skyriai;

41.2. dviejose rajono ligoninėse – Joniškio ligoninėje ir Šakių ligoninėje nuo 2010 m. balandžio 1 d. buvo uždaryti akušerijos skyriai, o Anykščių rajono savivaldybės ligoninėje nuo 2010 m. balandžio 1 d. nutrauktas šių paslaugų finansavimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto ir šios ligoninės akušerijos skyriaus teikiamas paslaugas pradėjo finansuoti rajono savivaldybė savo biudžeto lėšomis.

42. Reorganizavus greitosios medicinos pagalbos organizavimo ir teikimo funkcijas:

42.1 dispečerinių tarnybų skaičius nuo 56 sumažintas iki 8;

42.2. greitosios medicinos pagalbos paslaugas teikiančių įstaigų skaičius sumažintas 5 (Lazdijų, Pagėgių, Palangos, Rietavo ir Širvintų).

43. Apibendrintai vertinant įvykusių trijų restruktūrizavimo etapų rezultatus galima konstatuoti:

43.1. nebuvo pilnai pasiekti užsibrėžti tikslai ir įgyvendinti numatyti uždaviniai, nepilnai įvykdytas suplanuotas sveikatos priežiūros įstaigų tinklo optimizavimas bei sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimas;

43.2. įstaigų tinklo optimizavimui nebuvo tinkamai parengta reikiama teisinė bazė, ko pasėkoje, negavus savivaldybių tarybos pritarimo, neįvyko restruktūrizavimo planuose numatytas eilės įstaigų reorganizavimas;

43.3. kai kurių profilių (stacionarinės chirurgijos, akušerijos ir kt.) sveikatos priežiūros paslaugų teikimo nutraukimas rajono ligoninėse apsunkino paslaugų prieinamumą kaimiškųjų teritorijų gyventojams, ypač nutolusių nuo didesnių centrų;

43.4. nutraukus atitinkamų paslaugų teikimą rajonų ligoninėse, nebuvo tinkamai išspręstas sumažėjusio teikiamų paslaugų masto ir prarastų finansavimo apimčių kompensavimo klausimas, kas apsunkino įstaigų finansinę būklę;

43.5. kai kurių restruktūrizavimo fragmentų įgyvendinimas nebuvo pakankamai metodiškai parengtas, pvz., pirmajame restruktūrizavimo etape įvedus minimalų akušerijos paslaugų teikimo kriterijų 300 gimdymų per metus, įstaigų, neįvykdžiusių minėto kriterijaus, suteiktos akušerijos paslaugos toliau buvo finansuojamos iš PSDF biudžeto;

43.6. nors Vyriausybės nutarimu, reglamentavusiu pirmąjį restruktūrizavimo etapą, sveikatos apsaugos ministrui buvo pavesta nustatyti minimalų sudėtingų operacijų skaičių per metus, ši užduotis nebuvo įvykdyta;

43.7. iš esmės nesuvaldytas liko hospitalizacijos lygio mažinimo siekis ir nepagerėjo stacionarinių gydymo įstaigų lovų panaudojimas, antrajame restruktūrizavimo etape vietoj numatyto stacionarinių paslaugų apimčių sumažinimo 3-5 procentais, jos buvo sumažintos tik 1,8 procento;

43.8. netobulai organizuotas naujų paslaugų įteisinimo įstaigose modelis (siaurų specialybių gydytojai – neurochirurgai ar pan. dirba mažose rajono ligoninėse, negalėdami užtikrinti tinkamos paslaugų kokybės ir neturėdami pakankamo pacientų srauto);

43.9. išliko dideli sveikatos priežiūros paslaugų teikimo teritoriniai netolygumai miesto ir rajonų gyventojams, buvo stokojama tinkamo restruktūrizavimo proceso koordinavimo tarp valstybės ir savivaldybių pavaldumo asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

IV. TOLIMESNĖS SVEIKATOS APSAUGOS SISTEMOS PLĖTROS PAGRINDINĖS KRYPTYS IR PRIORITETAİ

44. Tolimesnę sveikatos apsaugos sistemos plėtrą tikslinga vykdyti šiomis pagrindinėmis kryptimis:

44.1. Lietuvos gyventojų sveikatos būklės gerinimas ir vidutinės tikėtinės gyvenimo trukmės ilginimas;

44.2. sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, netolygumų tarp miesto ir kaimo/socialinės atskirties mažinimo bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimas;

44.3. sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros valdymo ir organizavimo efektyvumo didinimas;

44.4. integruotų sveikatos priežiūros paslaugų plėtros ir patologijų valdymo modelių įgyvendinimas.

45. Kiekvienoje iš numatytų sveikatos apsaugos sistemos plėtros kryptių išskiriami žemiau įvardinti prioritetai.

46. Lietuvos gyventojų sveikatos būklės gerinimo ir vidutinės tikėtinės gyvenimo trukmės ilginimo kryptyje išskiriami šie prioritetai:

46.1 sveikatos priežiūros įstaigų tinklo juridinių asmenų ir paslaugų apimčių optimizavimas, orientuotas į sveikatos priežiūros paslaugų poreikius ir efektyvų ribotų finansinių resursų panaudojimą;

46.2. slaugytojų skaičiaus tenkančio vienam gydytojui santykio gerinimas;

46.3. pacientų laukimo eilių pas gydytojus specialistus ir šeimos gydytojus mažinimas iki nustatytos ribos, o esant ilgesnėms nei nustatyta riba laukimo eilėms, sveikatos priežiūros paslaugų įkainių mažinimas;

46.4. gydymo paslaugų finansavimas, atsižvelgiant į kokybinius rodiklius;

46.5. medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų trūkumo mažinimas, siekiant padidinti lovų skaičių tenkantį 1 000 gyventojų iki 2,5 lovų ir plačiau diegiant ambulatorines ir kitas naujas šių paslaugų teikimo formas;

46.6. išvengiamo mirtingumo (mirčių dėl sveikatos politikos veiksmingumo stokos ir mirčių dėl sveikatos priežiūros veiksmingumo stokos) ir mirtingumo nuo išgydomų ligų mažinimas;

46.7. vaikų sveikatos gerinimas;

46.8. onkologinių susirgimų profilaktikos ir ankstyvos diagnostikos bei savalaikės pagalbos užtikrinimas;

46.9. sergamumo tuberkulioze mažinimas;

46.10. priklausomybės ligų paplitimo mažinimas;

46.11. pacientų transportavimo sistemos tobulinimas ir pervežimo įkainių reglamentavimas.

47. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo, netolygumų tarp miesto ir kaimo/socialinės atskirties mažinimo bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo kryptyje išskiriami šie prioritetai:

47.1. teritorinio sveikatos priežiūros prieinamumo bei sveikatos lygio skirtumų mažinimas bei socialinės rizikos grupių asmenims aktualių paslaugų vystymas, kompleksinių veiksmų derinimas ir infrastruktūros vystymas, sudarant galimybes išskirtų tikslinių teritorijų gyventojams bei tikslinių grupių asmenims užtikrinti kuo tolygesnį kokybiškų viešųjų sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, ankstyvosios diagnostikos, prevencinių ir specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo lygį, šioms grupėms priskiriant:

47.1.1. šalies savivaldybėse, pasižyminčiose didžiausiais priešlaikinio mirtingumo dėl pagrindinių neinfekcinių ligų rodikliais, gyvenančius asmenis;

47.1.2. tam tikrų socialinės rizikos grupių asmenis, kuriems socialinės ir ekonominės priežastys (nedarbas, skurdas ir kt.) bei žalingi įpročiai (alkoholio vartojimas ir kt.) lemia sergamumą tam tikromis ligomis (tuberkulioze, priklausomybe nuo alkoholio) bei kuriems nepakankamai prieinama sveikatos priežiūra (neįgalieji, kt.);

47.1.3. vaikus (iki 18 metų), kuriems dėl egzistuojančių ekonominių, socialinių aplinkybių, tokių kaip nepalanki socialinė ir ekonominė šeimos padėtis, įsidarbinimo perspektyvos, dažniau gresia socialinė atskirtis bei neigiamas šių veiksmų poveikis sveikatai;

47.2. sveiko senėjimo skatinimas, atsižvelgiant į siekį kiek galima ilgiau išlaikyti gerą senstančių vyresnio kaip 55 metų amžiaus žmonių sveikatą, pagerinti jų gyvenimo kokybę bei sudaryti galimybes išlikti aktyviems darbe, bendruomenėje, gyventi savarankiškai;

47.3. senėjančios visuomenės poreikių bei koreliacijos su sveikatos sistemos tvarumo užtikrinimu ilgalaikėje perspektyvoje įvertinimas ir priemonių sistemos šių poreikių patenkinimui planavimas ir įgyvendinimas;

47.4. lovų fondo panaudojimo pagrindinių rodiklių gerinimas – lovos funkcionavimo, vidutinės gulėjimo trukmės, lovos apyvartos ir kt.;

47.5. hospitalizacijos mažinimas, naujų efektyvesnių sveikatos priežiūros paslaugų formų skatinimas;

47.6. nuotolinių konsultacijų, paslaugų namuose bei kitų pažangių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formų, pasinaudojant šiuolaikinėmis technologijomis, diegimas;

47.7. sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės bei sveikatos priežiūros įstaigų veiklos akreditavimo, efektyvumo vertinimo bei reitingavimo sistemos sukūrimas ir įdiegimas;

47.8. profilaktikos ir prevencijos priemonių masto, intensyvumo ir plėtros skatinimas.

48. Sveikatos priežiūros įstaigų tinklo ir paslaugų struktūros valdymo ir organizavimo efektyvumo didinimo kryptyje išskiriami šie prioritetai:

48.1. sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros reikalavimų parengimas nustatant sveikatos priežiūros paslaugų poreikiu pagrįstą įstaigų tinklo juridinių asmenų, patologijų (profilų) ir lovų skaičių, jų aprūpinimą medicinos specialistais, medicinos technologijomis ir įranga, informacinėmis ir transporto priemonėmis ir kt.;

48.2. sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo, išlaidų mažinimo ir taupymo priemonių sistemos tobulinimas, optimizuojant ir centralizuojant klinikinių laboratorijų,

sterilizavimo procesų, viešųjų pirkimų valdymą nacionaliniu mastu ar atitinkamų įstaigų grupių kooperacijos pagrindu, diegiant elektronines sveikatos sistemos technologijas ir kt.;

48.3. atsakingas ir aktyvus naujų sveikatos priežiūros įstaigų steigimosi proceso valdymas;

48.4. sveikatos technologijų vertinimo sistemos sukūrimas;

48.5. gydytojų ir odontologų pasiskirstymo tarp miesto ir kaimo išlyginimas, jų skaičiaus augimo stabilizavimas;

48.6. intensyvus slaugytojų skaičiaus didinimas ir slaugytojų bei gydytojų santykio gerinimas;

48.7. medicinos darbuotojų darbo užmokesčio sistemos reglamentavimas, atsižvelgiant į darbuotojo stažą, darbo krūvį, kompetenciją, išsilavinimą, vykdomų funkcijų ir pareigų sudėtingumą ir kt. veiksniais;

48.8. kitų sektorių aktyvesnio vaidmens skatinimas ir bendradarbiavimo formų tobulinimas, numatant konkrečius šių sektorių sprendimus uždavinius ir priemones pagal atitinkamą kiekvieno sektoriaus kompetenciją;

48.9. suformavimas skaidrių ir konkrečių viešojo ir privataus sektorių dalyvavimo sveikatos priežiūros sistemoje kriterijų ir taisyklių, vadovaujantis Konstitucinio teismo sprendimais, susijusiais su sveikatos santykių reglamentavimu.

49. Integruotų sveikatos priežiūros paslaugų plėtros ir patologijų valdymo modelių įgyvendinimo srityje išskiriami šie prioritetai:

49.1. mirštamumo ir neįgalumo mažinimas nuo ligų, kurių pasekmės labai priklauso nuo profilaktikos ir prevencijos priemonių, medicininės pagalbos suteikimo operatyvumo ir kokybės – prie tokių ligų pirmiausia priskiriant kraujotakos sistemos ligas – galvos smegenų insultą, miokardo infarktą;

49.2. išorinių mirties priežasčių mažinimas ir gydymo nuo politraumų sistemos tobulinimas;

49.3. sukūrimas ir įgyvendinimas tokio integruoto patologijų valdymo modelio (klasterių sistemos), kurio funkcionavimo pagrindiniu principu būtų orientacija į paciento sveikatos sutrikimo sudėtingumo laipsnį ir medicinos pagalbos suteikimo operatyvumo svarbą;

49.4. konsoliduoto sveikatos priežiūros įstaigų tinklo, užtikrinančio sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo galimybes atitinkamose įstaigų grupėse pagal pacientų sveikatos būklės ir patologijų sudėtingumo pasiskirstymo srautus, modelio parengimas;

49.5. medicininės pagalbos suteikimo operatyvumo užtikrinimas per priklausomai nuo sveikatos sutrikimo medicinos požiūriu būtiną „auksinę valandą“;

49.6. vieningų gydymo protokolų kūrimas ir diegimas;

49.7. patologijų (profilų) kokybės rodiklių (standartų) sistemos sukūrimas ir jos stebėsena.

V. ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ TINKLO KONSOLIDAVIMAS

50. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtinta nuostata dėl nemokamos medicinos pagalbos valstybinėse gydymo įstaigose užtikrinimo ir prievole užtikrinti efektyviai veikiantį valstybinių sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, tobulinant įstaigų tinklą ir teikiamų paslaugų struktūrą, tikslinga išskirti atitinkamo lygio sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigų grupes.

51. Pirmąją grupę sudaro du nacionaliniai sveikatos centrai, kurie apjungia tris ligonines – dvi respublikos lygmens daugiaprofilines universitetų ligonines ir vieną

universitetinę ligoninę, teikiančias aukščiausio lygio ir pažangiausiomis technologijomis pagrįstas sveikatos priežiūros paslaugas:

- 51.1. Viešoji įstaiga LSMUL Kauno klinikos;
- 51.2. Viešoji įstaiga VUL Santariškių klinikos;
- 51.3. Viešoji įstaiga Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė;

52. Antrąją grupę sudaro trys respublikos lygmens valstybės specializuotos sveikatos priežiūros įstaigos, iš jų viena universiteto ligoninė:

- 52.1. Viešoji įstaiga VUL Žalgirio klinika;
- 52.2. Viešoji įstaiga Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė;
- 52.3. Nacionalinis vėžio institutas.

53. Trečiąją grupę sudaro penkiolika respublikos lygmens ir regiono lygmens valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų:

- 53.1. Viešoji įstaiga Vilniaus miesto klinikinė ligoninė;
- 53.2. Viešoji įstaiga Respublikinė Kauno ligoninė;
- 53.3. Viešoji įstaiga Kauno klinikinė ligoninė;
- 53.4. Viešoji įstaiga Klaipėdos jūrininkų ligoninė;
- 53.5. Viešoji įstaiga Respublikinė Klaipėdos ligoninė;
- 53.6. Viešoji įstaiga Klaipėdos universitetinė ligoninė;
- 53.7. Viešoji įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė;
- 53.8. Viešoji įstaiga Respublikinė Panevėžio ligoninė;
- 53.9. Viešoji įstaiga Palangos reabilitacijos ligoninė;
- 53.10. Viešoji įstaiga Rokiškio psichiatrijos ligoninė;
- 53.11. Viešoji įstaiga Alytaus apskrities tuberkuliozės ligoninė;
- 53.12. Viešoji įstaiga Palangos vaikų reabilitacijos sanatorija „Palangos gintaras“;
- 53.13. Viešoji įstaiga Vilniaus gimdymo namai;
- 53.14. Viešoji įstaiga Abromiškių reabilitacijos ligoninė.

54. Ketvirtąją grupę sudaro penkios atraminės regiono lygmens savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigos:

- 54.1. Viešoji įstaiga Alytaus apskrities S.Kudirkos ligoninė;
- 54.2. Viešoji įstaiga Marijampolės ligoninė;
- 54.3. Viešoji įstaiga Utenos ligoninė;
- 54.4. Viešoji įstaiga Tauragės ligoninė;
- 54.5. Viešoji įstaiga Telšių ligoninė.

55. Penktąją grupę sudaro visos 51-54 punktuose nepaminėtos antrinio ir pirminio lygio paslaugas teikiančios savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigos ir kitos įstaigos, sudariusios sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis.

56. Kiekvienai šio Strateginio plano 51-55 punktuose nurodytai sveikatos priežiūros įstaigų grupei parengiami ir sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinami reikalavimai teikiamoms paslaugoms, aprūpinimui žmogiškaisiais ir materialiniais ištekliais, vadovaujantis šiomis nuostatomis:

56.1. pirmajai grupei priklausančiose įstaigose - nacionaliniuose sveikatos centruose koncentruojamas gydymas ligonių su sudėtingiausiomis patologijomis;

56.2. antrajai grupei priklausančiose įstaigose teikiamos aukščiausio lygio specializuotos paslaugos;

56.3. į trečiąją grupę priklausančias įstaigas be įprastine tvarka teikiamų paslaugų nukreipiami srautai pacientų susirgusių galvos smegenų insultu, miokardo infarktu, patyrę politraumas tais atvejais, kai atstumas nuo įvykio vietos iki įstaigos sudaro galimybę suteikti reikiamą gydymą šiose įstaigose per konkrečiam susirgimui būtiną „auksinę valandą“;

56.4. į ketvirtajai grupei priklausančias įstaigas be įprastine tvarka teikiamų paslaugų nukreipiami srautai pacientų susirgusių galvos smegenų insultu, miokardo infarktu, patyrę politraumas tik tais atvejais, kai atstumas nuo įvykio vietos iki aukštesnei grupei priklausančios įstaigos nesudaro galimybių atvežti pacientą per konkrečiam susirgimui būtiną „auksinę valandą“;

56.5. penktajai grupei priklausančios įstaigos be įprastine tvarka teikiamų paslaugų pagal priskirtą kompetenciją privalo užtikrinti kuo skubesnį galvos smegenų insultu, miokardo infarktu susirgusių pacientų ar politraumas patyrusių pacientų transportavimą į konkrečiam susirgimui gydyti priklausančią įstaigą.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1109](#), 2014-10-28, paskelbta TAR 2014-10-30, i. k. 2014-15120

57. Siekiant užtikrinti tolygų prieinamumą inovatyvioms sveikatos priežiūros paslaugoms, pacientų srautų efektyvų valdymą ir sveikatos priežiūros resursų panaudojimą bei atsižvelgiant į Lietuvos gyventojų sergamumo, mirtingumo ir invalidumo analizę, tikslinga įtvirtinti prioritetinius integruoto patologijų valdymo modelius (klasterių sistemas) bei asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklus šių profilių patologijoms:

57.1. Kardiologijos – aukščiausio lygio ir pažangiausiomis technologijomis pagrįstas kardiologijos paslaugas, įskaitant ir intervencinės kardiologijos paslaugas, teikia:

57.1.1. Viešoji įstaiga LSMUL Kauno klinikos;

57.1.2. Viešoji įstaiga VUL Santariškių klinikos;

57.1.3. Viešoji įstaiga Klaipėdos jūrininkų ligoninė;

57.1.4. Viešoji įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė (kai paslaugos bus pradėtos teikti 24 val. per parą);

57.1.5. Viešoji įstaiga Respublikinė Panevėžio ligoninė.

57.2. Galvos smegenų insulto - aukščiausio lygio ir pažangiausiomis technologijomis pagrįstas galvos smegenų insulto, įskaitant ir intervencinės neurologijos paslaugas, teikia:

57.2.1. Viešoji įstaiga LSMUL Kauno klinikos;

57.2.2. Viešoji įstaiga VUL Santariškių klinikos;

57.2.3. Viešoji įstaiga Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė;

57.2.4. Viešoji įstaiga Klaipėdos jūrininkų ligoninė;

57.2.5. Viešoji įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė (kai paslaugos bus pradėtos teikti 24 val. per parą);

57.2.6. Viešoji įstaiga Respublikinė Panevėžio ligoninė.

57.3. Onkologijos – kompleksinės aukščiausio lygio ir pažangiausiomis technologijomis pagrįstas onkologinių susirgimų gydymo paslaugas teikia:

57.3.1. Viešoji įstaiga LSMUL Kauno klinikos;

57.3.2. Viešoji įstaiga VUL Santariškių klinikos;

57.3.3. Nacionalinis Vėžio institutas;

57.3.4. Viešoji įstaiga Klaipėdos miesto universitetinė ligoninė;

57.3.5. Viešoji įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė;

57.3.6. Viešoji įstaiga Respublikinė Panevėžio ligoninė (kai bus pradėtos teikti spindulinės terapijos paslaugos).

57.4. Vaikų ir paauglių psichiatrijos – kompleksinės, komandinės aukščiausio lygio ir pažangiausios vaikų ir paauglių psichiatrijos gydymo paslaugas teikia:

57.4.1. Viešoji įstaiga LSMUL Kauno klinikos;

57.4.2. Viešoji įstaiga VUL Santariškių klinikos (filialo Vaikų ligoninės Vaiko raidos centras);

57.4.3. Viešoji įstaiga Respublikinė Klaipėdos ligoninė;

57.4.4. Viešoji įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė;

57.4.5. Viešoji įstaiga Respublikinė Panevėžio ligoninė.

57.4.6. Viešoji įstaiga Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė.

Papildyta punktu:

Nr. [V-1109](#), 2014-10-28, paskelbta TAR 2014-10-30, i. k. 2014-15120

57.5. Sunkios traumos (politraumos) – kompleksines aukščiausio lygio ir pažangiausiomis technologijomis pagrįstas pacientų patyrusių traumas gydymo paslaugas teikiančios įstaigos bus nustatytos patvirtinus šio klasterio reikalavimų aprašą.

57.6. Vaikų ligų – kompleksines aukščiausio lygio ir pažangiausiomis technologijomis pagrįstas vaikų ligų gydymo paslaugas teikiančios įstaigos bus nustatytos patvirtinus šio klasterio reikalavimų aprašą.

57.7. Ypač retomis ligomis sergančių pacientų gydymas koncentruojamas šiose sveikatos priežiūros įstaigose:

57.7.1. vaikų ir suaugusių onkohematologija su kaulų čiulpų transplantacija - Viešojoje įstaigoje VUL Santariškių klinikose (įskaitant šių klinikų filialą Vaikų ligoninę);

57.7.2 vaikų kardiologija - Viešojoje įstaigoje VUL Santariškių klinikose;

57.7.3 vaikų neurochirurgija - Viešojoje įstaigoje LSMUL Kauno klinikose;

57.7.4. sunki terminė trauma (nudegimai) - Viešojoje įstaigoje LSMUL Kauno klinikose;

57.7.5 sunkūs apsinuodijimai ir toksikologija - Viešojoje įstaigoje Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje.

57.7.6. febrilinė šizofrenija, organinės ir endogeninės kilmės katatonija - Viešojoje įstaigoje Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje.

Papildyta punktu:

Nr. [V-1109](#), 2014-10-28, paskelbta TAR 2014-10-30, i. k. 2014-15120

58. Integruoto patologijų valdymo teritorinės zonos paskirstomos taip:

58.1. Viešoji įstaiga LSMUL Kauno klinikos galvos smegenų insulto, kardiologijos, onkologijos, perinatologijos, vaikų ligų, intensyvios terapijos ir sunkios traumos (politraumos) integruotą sveikatos priežiūrą vykdo:

58.1.1. skubios medicinos pagalbos - Kauno apskrities, Marijampolės apskrities, Šiaulių apskrities, Tauragės apskrities, Jurbarko rajono, Alytaus miesto, Alytaus rajono ir Lazdijų rajono teritorijose;

58.1.2. planinės medicinos pagalbos – visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1109](#), 2014-10-28, paskelbta TAR 2014-10-30, i. k. 2014-15120

58.2. Viešoji įstaiga VUL Santariškių klinikos galvos smegenų insulto, kardiologijos, onkologijos, perinatologijos, vaikų ligų ir intensyvios terapijos integruotą medicinos pagalbos sveikatos priežiūrą vykdo:

58.2.1. skubios medicinos pagalbos - Vilniaus apskrities, Panevėžio apskrities, Utenos apskrities, Druskininkų miesto ir Varėnos rajono teritorijose;

58.2.2. planinės medicinos pagalbos – visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje.

58.3. Viešoji įstaiga Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė galvos smegenų insulto, intensyvios terapijos ir sunkios traumos (politraumos) integruotą sveikatos priežiūrą vykdo:

58.3.1. skubios medicinos pagalbos - Vilniaus apskrities, Panevėžio apskrities, Utenos apskrities, Druskininkų miesto ir Varėnos rajono teritorijose;

58.3.2. planinės medicinos pagalbos – Vilniaus apskrities, Panevėžio apskrities, Utenos apskrities ir Alytaus apskrities teritorijose.

Punkto pakeitimai:

Nr. [V-1109](#), 2014-10-28, paskelbta TAR 2014-10-30, i. k. 2014-15120

58.4. Viešojo įstaiga Klaipėdos jūrininkų ligoninė galvos smegenų insulto, kardiologijos ir intensyvios terapijos integruotą sveikatos priežiūrą vykdo:

58.4.1. skubios medicinos pagalbos - Klaipėdos apskrities, Telšių apskrities, Pagėgių, Šilalės rajono ir Tauragės rajono teritorijose;

58.4.2. planinės medicinos pagalbos – Klaipėdos apskrities, Telšių apskrities, Pagėgių, Šilalės rajono ir Tauragės rajono teritorijose.

58.5. Viešojo įstaiga Klaipėdos universitetinė ligoninė integruotą sveikatos priežiūrą vykdo:

58.5.1. traumų skubios medicinos pagalbos – Klaipėdos apskrities, Telšių apskrities, Pagėgių, Šilalės rajono ir Tauragės rajono teritorijose;

58.5.2. onkologijos planinės medicinos pagalbos - Klaipėdos apskrities, Telšių apskrities, Pagėgių, Šilalės rajono ir Tauragės rajono teritorijose.

58.6. Viešojo įstaiga Respublikinė Šiaulių ligoninė integruotą sveikatos priežiūrą vykdo:

58.6.1. galvos smegenų insulto, kardiologijos, onkologijos, perinatologijos, vaikų ligų, intensyvios terapijos ir traumų skubios medicinos pagalbos – Šiaulių apskrities teritorijoje;

58.6.2. galvos smegenų insulto, kardiologijos, onkologijos, perinatologijos, vaikų ligų ir traumų planinės medicinos pagalbos – Šiaulių apskrities teritorijoje.

58.7. Viešojo įstaiga Respublikinė Panevėžio ligoninė integruotą sveikatos priežiūrą vykdo:

58.7.1. galvos smegenų insulto, kardiologijos, onkologijos, perinatologijos, vaikų ligų, intensyvios terapijos ir traumų skubios medicinos pagalbos - Panevėžio apskrities teritorijoje;

58.7.2. galvos smegenų insulto, kardiologijos, onkologijos, perinatologijos, vaikų ligų ir traumų planinės medicinos pagalbos – Panevėžio apskrities teritorijoje.

58.8. Nacionalinis vėžio institutas onkologijos integruotą sveikatos priežiūrą vykdo:

58.8.1. skubios medicinos pagalbos – Vilniaus apskrities, Panevėžio apskrities, Utenos apskrities, Druskininkų miesto ir Varėnos rajono teritorijose;

58.8.2. planinės medicinos pagalbos – visoje Lietuvos Respublikos teritorijoje.

59. Sveikatos apsaugos ministras patvirtina ir įgyvendina nuolat veikiantį gyvybės gelbėjimo ir išsaugojimo medicinos pagalbą teikiančių įstaigų tinklą ir jų teikiamos pagalbos apimtį bei struktūrą, kuris priklausomai nuo sveikatos sutrikimo užtikrintų medicinos pagalbos prieinamumą per medicininiu požiūriu būtiną „auksinę valandą“.

VI. FINANSAVIMO ŠALTINIŲ VALDYMO PRINCIPAI IR PAGRINDINĖS INVESTAVIMO KYPTYS

60. Sveikatos apsaugos sistemos plėtrai naudojami finansavimo šaltiniai yra:

60.1 PSDF biudžetas, kurio lėšomis kompensuojamos sveikatos priežiūros įstaigų patirtos išlaidos už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas;

60.2. valstybės biudžeto lėšos nukreipiamos per PSDF biudžetą sveikatos priežiūros įstaigoms kompensuojant išlaidas medicinos pagalbos, susijusios su gyvybės gelbėjimu ir išsaugojimu, prevencinių ir kitų programų įgyvendinimu bei valstybės deleguotų funkcijų vykdymu;

60.3. valstybės biudžeto lėšos skiriamos per Valstybės investicijų programą ir Europos Sąjungos paramos lėšos įrangos įsigijimui, technologijų modernizavimui, pastatų ir patalpų atnaujinimui ir renovacijai;

60.4. tarptautinės paramos lėšos;

60.5. savivaldybių biudžetų lėšos;

60.6. gyventojų lėšos, papildomo sveikatos draudimo lėšos ir kiti teisėti finansavimo šaltiniai.

61. Visų 60 punkte išvardintų lėšų šaltinių panaudojimas turi būti orientuotas į šiame dokumente keliamus tikslus, sistemos plėtros kryptis ir prioritetus.

62. Tobulinant paslaugų apmokėjimo iš PSDF biudžeto sistemą, pastaruoju metu palaipsniui diegiamas Giminingų diagnozių grupių (*angliškai vadinamas DRG, Diagnosis-related groups*) metodas aktyviojo gydymo stacionaro paslaugų apmokėjimui. Tačiau kaip parodė naujojo metodo diegimo rezultatai, šis metodas nėra tinkamas ir neturi būti taikomas specializuotų stacionarinių paslaugų, teikiamų monopofilinėse ligoninėse, intervencinės radiologijos paslaugų bei paslaugų, kurioms būdingi specifiniai ypatumai apmokėti.

63. Įgyvendinant Lietuvos Respublikos Konstitucinio teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimą, nuo 2015 m. sausio 1 d. palaipsniui (priklausomai nuo finansinių galimybių) pradedama taikyti nauja sveikatos priežiūros paslaugų, susijusių su žmogaus gyvybės gelbėjimu ir išsaugojimu, tvarka, šias paslaugas – greitosios medicinos pagalbos, skubios konsultacinės pagalbos, reanimacijos ir atitinkamą dalį operacinių paslaugų apmokant iš valstybės biudžeto.

64. Diegiant ir plėtojant integruotos sveikatos priežiūros sistemą, šių paslaugų apmokėjimo principai turi motyvuoti įstaigas teikti kiek įmanoma kokybiškesnes ir operatyvesnes sveikatos priežiūros paslaugas, iš esmės nulemsiančias išgelbėtų gyvybių ar išvengusių neįgalumo žmonių skaičių.

65. Visų finansavimo šaltinių investicinės lėšos - ES paramos, Valstybės investicijų programos, tarptautinės paramos, savivaldybių biudžetų ir įstaigų lėšos turi būti nukreipiamos sutinkamai su šiame Strateginiame plane numatytais sveikatos sistemos plėtros pagrindinėmis kryptimis ir prioritetais:

65.1. sveikatos rodiklių ir sveikatos priežiūros prieinamumo netolygumų mažinimui, kuris apima:

65.1.1. priešlaikinio mirtingumo nuo kraujagyslių ligų mažinimą;

65.1.2. priešlaikinio mirtingumo nuo cerebrovaskulinių ligų mažinimą;

65.1.3. priešlaikinio mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimą;

65.1.4. priešlaikinio mirtingumo nuo onkologinių susirgimų mažinimą;

65.1.5. tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir kontrolės gerinimą;

65.1.6. priklausomybės ligų prevencijos ir gydymo gerinimą;

65.1.7. sveikatos priežiūros neįgaliesiems prieinamumo gerinimą;

65.1.8. vaikų sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimą;

65.2. sveiko senėjimo užtikrinimui, kuris apima:

65.2.1. profilaktinės priežiūros paslaugų plėtrą;

65.2.2. psichikos sveikatos gerinimą;

65.2.3. kompleksinių slaugos ir geriatrinių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą;

65.2.4. reumatinių susirgimų ir neįgalumo nuo jų prevenciją;

65.2.5. griuvimų prevenciją;

65.2.6. palankių sąlygų darbe kūrimo skatinimą;

66. Priimant sprendimus dėl prioritetinio Valstybės investicijų programos lėšų investavimo tikslinga vadovautis šiais principais ir kriterijais:

66.1. vertinti investicijų projektų atitiktį sveikatos apsaugos politikos ir sistemos plėtros prioritetams;

66.2. intensyviau finansuoti projektus, kuriuos vykdo perspektyvios pagal ekonominius ir medicininius paslaugų teikimo rodiklius sveikatos priežiūros įstaigos ir kuriose pagal planuojamą sveikatos apsaugos sistemos plėtros integruoto patologijų valdymo politiką koncentruojami pagrindiniai pacientų srautai;

66.3. koncentruoti lėšas mažesnio, bet rezultatyvesnio investicijų projektų skaičiaus finansavimui kad galima būtų per trumpesnę laiką užbaigti pradėtus finansuoti investicijų projektus;

66.4. finansuoti programas, apimančias visos Lietuvos Respublikos konkrečios srities problemų sprendimą (sterilizacinių, laboratorijų, greitosios medicinos pagalbos parko, susidėvėjusių liftų atnaujinimo ir pan.);

66.5. užtikrinti investicinių projektų tęstinumą, ypač kai jų įgyvendinimui jau skirta daugiau kaip 50 procentų visos projekto apimties lėšų arba kai jų užbaigimui reikia santykinai nedidelės lėšų sumos;

66.6. finansuoti investicijų projektus neatidėliotinų probleminių atvejų (avarinė būklė ar pan.) sprendimui;

66.7. finansuoti kompleksinius investicijų projektus kartu su ES paramos lėšomis;

66.8. finansuoti investicijų projektus kartu su lėšomis skiriamomis iš savivaldybių biudžetų ir sveikatos priežiūros įstaigų lėšomis;

66.9. finansuoti investicijų projektus mažinančius stacionarinių paslaugų apimtį (specializuotų ambulatorinių paslaugų, priėmimo-skubiosios pagalbos, dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo paslaugų plėtrai).

VII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

67. Šis strateginis dokumentas yra susietas su kitais sveikatos apsaugos sistemos plėtrą reglamentuojančiais strateginiais teisės aktais ir papildo bei detalizuoja kituose dokumentuose nurodytas sveikatos sistemos plėtros gaires. Todėl šio dokumento įgyvendinimo rezultate siekiami vertinimo rodikliai ir jų reikšmės atitinka Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964, įgyvendinimo priede nurodytus vertinimo rodiklius ir jų reikšmes.

68. Rengiant kiekvieno Strateginio plano įgyvendinimo etapo priemonių planus, numatytus šio dokumento 4 ir 5 punktuose, bei 56 punkte numatytus reikalavimus teikiamoms paslaugoms, visi veiksmai ir priemonės turi būti orientuoti į pacientų ir visų gyventojų sveikatos išsaugojimo, ligų diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos poreikius.

Pakeitimai:

1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-1109](#), 2014-10-28, paskelbta TAR 2014-10-30, i. k. 2014-15120

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 15 d. įsakymo Nr. V-810 „Dėl Sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo iki 2025 metų plano patvirtinimo“ pakeitimo