



**LIETUVOS RESPUBLIKOS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMO NR. I-1367 2, 45 STRAIPSNIŲ
PAKEITIMO IR ĮSTATYMO PAPILDYMO 15², 15³ STRAIPSNIAIS
ĮSTATYMAS**

2016 m. birželio 29 d. Nr. XII-2538
Vilnius

1 straipsnis. 2 straipsnio pakeitimas

1. Papildyti 2 straipsnį 12 dalimi:

„12. **Brangieji tyrimai ir procedūros** – asmens sveikatos priežiūros paslaugos ar jų dalis, įrašytos į sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, ir jų bazinių kainų sąrašą.“

2. Papildyti 2 straipsnį 13 dalimi:

„13. **Planinė pagalba** – asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos per mediciniškai pagrįstą laikotarpį, nebloginant paciento sveikatos būklės ir (ar) ligos prognozės.“

3. Papildyti 2 straipsnį 14 dalimi:

„14. Kitos šiame įstatyme vartojamos sąvokos suprantamos taip, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos civiliniame kodekse, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatyme, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme, Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatyme, Lietuvos Respublikos biudžetinių įstaigų įstatyme.“

2 straipsnis. Įstatymo papildymas 15² straipsniu

Papildyti Įstatymą 15² straipsniu:

„15² straipsnis. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos rezultatų vertinimas

1. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos finansinių rezultatų vertinimo rodikliai yra:

- 1) įstaigos praėjusių metų veiklos rezultatų ataskaitoje nurodytas pajamų ir sąnaudų skirtumas (grynasis perviršis ar deficitas);
- 2) įstaigos sąnaudų darbo užmokesčiui dalis;

- 3) įstaigos sąnaudų valdymo išlaidoms dalis;
- 4) įstaigos finansinių įsipareigojimų dalis nuo metinio įstaigos biudžeto;
- 5) papildomų finansavimo šaltinių pritraukimas.

2. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos rezultatų vertinimo rodikliai yra:

1) pacientų pasitenkinimo įstaigos teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis, tai yra pacientų teigiamai įvertintų įstaigoje suteiktų paslaugų skaičiaus dalis nuo visų per metus įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

2) įstaigoje gautų pacientų skundų dėl įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per metus ir pagrįstų skundų dalis;

3) įstaigoje gautų pagrįstų skundų dalis nuo visų įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičiaus per metus pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

4) įstaigoje taikomos kovos su korupcija priemonės, numatytos sveikatos apsaugos ministro tvirtinamoje Sveikatos priežiūros srities korupcijos prevencijos programoje;

5) informacinių technologijų diegimo ir plėtros lygis (pacientų elektroninės registracijos sistema, įstaigos interneto svetainės išsamumas, darbuotojų darbo krūvio apskaita, įstaigos dalyvavimo elektroninėje sveikatos sistemoje mastas);

6) įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per ketvirtį ir per metus pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

7) vidutinis laikas nuo paciento kreipimosi į įstaigą gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugą momento iki paskirto paslaugos gavimo laiko pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes;

8) įstaigoje dirbančių darbuotojų ir etatų skaičius ir įstaigoje suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per metus;

9) vidutinė hospitalizuotų pacientų gydymo trukmė įstaigoje pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes (taikoma tik antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms);

10) lovos užimtumo rodiklis įstaigoje pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytas paslaugų grupes (taikoma tik antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms);

11) įstaigoje iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokėtų brangiųjų tyrimų ir procedūrų, kurių stebėseną atliekama, skaičius, medicinos priemonių, kuriomis atlikti

brangieji tyrimai ir procedūros, panaudojimo efektyvumas (taikoma tik antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms);

12) papildomi sveikatos apsaugos ministro nustatyti įstaigų veiklos rezultatų vertinimo rodikliai.

3. Sveikatos apsaugos ministras kiekvienais metais tvirtina šio straipsnio 1 ir 2 dalyse nurodytų rodiklių siektinas reikšmes, taikomas šio straipsnio 8 dalyje nurodytoms įstaigų grupėms. Sveikatos apsaugos ministro nustatytos rodiklių siektinos reikšmės taip pat taikomos ir apskaičiuojant LNSS viešųjų įstaigų vadovaujančiųjų darbuotojų mėnesinės algos kintamosios dalies dydį šio įstatymo 15¹ straipsnio 6 dalyje nurodytu pagrindu.

4. Šio straipsnio 1 ir 2 dalyse nurodytų rodiklių reikšmės atnaujinamos kartą per metus ir viešinamos vadovaujantis šio straipsnio 6, 7 ir 8 dalyse nustatytais reikalavimais, nurodant metines rodiklių reikšmes.

5. LNSS viešosios įstaigos ir LNSS biudžetinės įstaigos, teikiančios asmens sveikatos priežiūros paslaugas, viešai skelbiamose veiklos ataskaitose sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka pateikia informaciją apie per ataskaitinį laikotarpį įstaigoje taikytas priemones, kuriomis buvo siekiama šio straipsnio 4 dalyje nurodytų rodiklių reikšmių.

6. Šio straipsnio 1 ir 2 dalyse nurodytų rodiklių reikšmės nuolat skelbiamos viešai Sveikatos apsaugos ministerijos, LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, interneto svetainėse ir šių įstaigų skelbimų lentose pacientams suprantamu būdu.

7. Šio straipsnio 6 dalyje nurodytu būdu skelbiami duomenys turi būti išsamūs, struktūruoti, be registracijos nemokamai prieinami didžiausiai įmanomai vartotojų grupei, teikiami atvira ir nepatentuota forma.

8. Šio straipsnio 1 ir 2 dalyse nurodytų įstaigų veiklos finansinių ir veiklos rezultatų rodiklių reikšmės palyginamos pagal šias įstaigų grupes (lyginant tarpusavyje tik tos grupės įstaigas):

1) rajonų ir regionų lygmens LNSS viešąsias įstaigas;

2) universiteto ligonines, respublikos lygmens LNSS viešąsias įstaigas ir stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias LNSS biudžetines įstaigas, nepriskiriamas šio įstatymo 25 straipsnyje nurodytoms įstaigoms;

3) antrinio ir tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias LNSS viešąsias įstaigas, nepriskiriamas šios dalies 1 ir 2 punktuose nurodytoms įstaigų grupėms;

4) pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias LNSS viešąsias įstaigas, nepriskiriamas šios dalies 1, 2 ir 3 punktuose nurodytoms įstaigų grupėms.

9. Šio straipsnio 8 dalyje nurodytų LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, grupavimą ir rodiklių reikšmių palyginimą atlieka Sveikatos apsaugos ministerija.

10. LNSS viešoji įstaiga ir LNSS biudžetinė įstaiga, kurių šio straipsnio 2 dalies 7, 10 ir 11 punktuose nurodytų rodiklių reikšmės viršija šio straipsnio 8 dalies 1–4 punktuose nurodytos įstaigų grupės, kuriai priskiriama įstaiga, rodiklių reikšmių vidurkį, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka kiekvienais metais iki gegužės 1 dienos gauna vienkartinį finansinį paskatinimą už gerus praėjusių kalendorinių metų įstaigos veiklos rezultatus. Vienkartinis finansinis paskatinimas skiriamas iš planinių Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Gautos lėšos privalo būti naudojamos Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo II skyriuje nustatytoms privalomojo sveikatos draudimo paslaugų išlaidoms kompensuoti.

11. LNSS viešųjų įstaigų ir LNSS biudžetinių įstaigų, teikiančių asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ataskaitiniu laikotarpiu pasiektos šio straipsnio 1 dalyje ir šio straipsnio 2 dalies 1–11 punktuose nurodytų veiklos finansinių ir veiklos rezultatų vertinimo rodiklių reikšmės įstaigos steigėjui (dalininkui) (steigėjams (dalininkams) ar savininko teises ir pareigas įgyvendinančiai institucijai pateikiamos kiekvienais metais iki kovo 1 dienos. Tuo atveju, kai ne mažiau kaip penkių LNSS viešosios įstaigos ir LNSS biudžetinės įstaigos, teikiančios asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos finansinių ir (ar) veiklos rezultatų rodiklių reikšmės nesiekia šio straipsnio 8 dalies 1–4 punktuose nurodytos įstaigų grupės, kuriai priskiriama įstaiga, rodiklių reikšmių vidurkio, steigėjas (dalininkas) (steigėjai (dalininkai) ar savininko teises ir pareigas įgyvendinanti institucija kartu su įstaigos vadovu privalo iki einamųjų metų birželio 15 dienos sudaryti įstaigos veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių planą, kuris turi būti įgyvendintas iki einamųjų metų gruodžio 31 dienos. LNSS viešosios įstaigos ir LNSS biudžetinės įstaigos, teikiančios asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių planą tvirtina steigėjas (dalininkas) (steigėjai (dalininkai) ar savininko teises ir pareigas įgyvendinanti institucija.

12. Jeigu įgyvendinus įstaigos veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių plane numatytas priemones bent trys įstaigos veiklos finansinių ir (ar) veiklos rezultatų rodiklių reikšmės, dėl kurių buvo sudarytas ir įgyvendinamas šio straipsnio 11 dalyje nurodytas įstaigos veiklos finansinių ir veiklos rezultatų gerinimo priemonių planas, ir toliau nesiekia šio straipsnio 8 dalies 1–4 punktuose nurodytos įstaigų grupės, kuriai priskiriama įstaiga, vidurkio, įstaigos steigėjas (dalininkas) (steigėjai (dalininkai) ar savininko teises ir pareigas įgyvendinanti institucija privalo pagal kompetenciją priimti Biudžetinių įstaigų įstatymo 4 straipsnio 3 dalyje nurodytus savininko teises ir pareigas įgyvendinančiai institucijai priskirtus sprendimus ar Viešųjų įstaigų įstatymo 10 straipsnio 1 dalyje visuotiniam dalininkų susirinkimui priskirtus

sprendimus, o teritorinė ligonių kasa – Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka peržiūrėti su įstaiga sudarytą asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartį ir sumažinti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičių.“

3 straipsnis. Įstatymo papildymas 15³ straipsniu

Papildyti Įstatymą 15³ straipsniu:

„15³ straipsnis. Maksimalūs asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo terminai

1. Visos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos privalo visiems pacientams suteikti būtinąją medicinos pagalbą sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka ir terminais.

2. Asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti LNSS įstaiga privalo apdraustam privalomuoju sveikatos draudimu pacientui (toliau – apdraustasis pacientas) suteikti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamą asmens sveikatos priežiūros paslaugą per šios dalies 1–5 punktuose nurodytą terminą, skaičiuojamą nuo apdraustojo paciento kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momento iki paskirto paslaugos gavimo laiko:

1) pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugą sveikatos apsaugos ministro nustatytų ūmių būklių atveju – ne vėliau kaip per 24 valandas;

2) pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugą – ne vėliau kaip per 7 kalendorines dienas;

3) antrinės ir tretinės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugą – ne vėliau kaip per 30 kalendorinių dienų;

4) brangiojo tyrimo ir (ar) procedūros paslaugą planinės pagalbos atveju – ne vėliau kaip per 30 kalendorinių dienų;

5) stacionarinę, dienos stacionaro ir (ar) dienos chirurgijos sveikatos priežiūros paslaugą planinės pagalbos atveju – ne vėliau kaip per 60 kalendorinių dienų.

3. Asmens sveikatos priežiūros įstaiga apdraustajam pacientui, kuris dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo kreipiasi Sveikatos sistemos įstatymo 49 straipsnyje nustatyta tvarka, privalo suteikti asmens sveikatos priežiūros paslaugą, dėl kurios apmokėjimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ji yra sudariusi sutartį su teritorine ligonių kasa, išskyrus šio straipsnio 6 dalyje nurodytus atvejus.

4. Asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti LNSS įstaiga, registruodama pacientą, paciento kreipimosi į šią įstaigą momentu sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka privalo jį

informuoti apie teisę gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugą per šio straipsnio 1 ir 2 dalyse nurodytus terminus.

5. Jeigu kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią LNSS įstaigą momentu apdraustasis pacientas pageidauja iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas gauti vėliau negu per šio straipsnio 2 dalies 1–5 punktuose nurodytą terminą, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka turi būti gautas paciento sutikimas ir padaromas papildomas įrašas registracijos sistemoje.

6. Jeigu asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti LNSS įstaiga apdraustojo paciento kreipimosi į ją momentu dėl objektyvių priežasčių negali suteikti asmens sveikatos priežiūros paslaugos per šio straipsnio 2 dalies 1–5 punktuose nurodytą terminą, ji privalo užtikrinti, kad būtų atlikta apdraustojo paciento išankstinė registracija asmens sveikatos priežiūrai gauti kitoje asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje LNSS įstaigoje, kurioje asmens sveikatos priežiūros paslauga būtų suteikta per šio straipsnio 2 dalies 1–5 punktuose nurodytą terminą. Kriterijų, kuriems esant laikoma, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugos negali būti objektyviai suteiktos per šios straipsnio 2 dalies 1–5 punktuose nurodytą terminą, sąrašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras. Prieš darant įrašą registracijos sistemoje, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka turi būti gaunamas paciento sutikimas gauti norimą asmens sveikatos priežiūros paslaugą pasiūlytoje asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje LNSS įstaigoje.

7. Jeigu šio straipsnio 5 dalyje nurodytu atveju nėra gaunamas šio straipsnio 5 dalyje nurodytas paciento sutikimas asmens sveikatos priežiūros paslaugą gauti vėliau negu per šio straipsnio 2 dalies 1–5 punktuose nurodytą terminą ir LNSS įstaigai šio straipsnio 6 dalyje numatytu atveju pasiūlius pacientą įregistruoti kitoje asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje LNSS įstaigoje, kurioje asmens sveikatos priežiūros paslauga būtų suteikta per šio straipsnio 2 dalies 1–5 punktuose nurodytą terminą, nėra gaunamas šio straipsnio 6 dalyje nurodytas paciento sutikimas tokią paslaugą gauti, paciento registracijos procesas užbaigiamas registracijos sistemoje įrašant, kad pacientas atsisako pasinaudoti teise gauti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų apmokamą asmens sveikatos priežiūros paslaugą. Tokiu atveju šio straipsnio 2 dalies 1–5 punktuose nurodyti terminai pradedami skaičiuoti nuo paciento pakartotinio kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momento.

8. Sveikatos apsaugos ministras nustato pacientų registravimo LNSS įstaigose šio straipsnio 4–7 dalyse nurodytais atvejais tvarką.

9. Jeigu asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikianti LNSS įstaiga pažeidžia šio straipsnio 1–6 dalių nuostatas, pacientas turi teisę į turtinės ir neturtinės žalos atlyginimą Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo ir Civilinio kodekso nustatyta tvarka.

10. Tais atvejais, kai šiame straipsnyje nustatyta tvarka užregistruotas pacientas paskirtu laiku neatvyksta gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugos, šio straipsnio 2 dalies 1–5 punktuose nurodyti terminai pradedami skaičiuoti iš naujo nuo paciento pakartotinio kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią LNSS įstaigą momento.

11. Teritorinė ligonių kasa, nustačiusi, kad apdraustajam pacientui sveikatos priežiūros paslauga buvo suteikta praleidus šio straipsnio 2 dalies 1–5 punktuose nurodytą terminą kitais, negu šio straipsnio 5 dalyje nurodytais, atvejais, už šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimą apmoka tokia tvarka:

1) jeigu LNSS įstaiga asmens sveikatos priežiūros paslaugą suteikia praleidusi šio straipsnio 2 dalyje nurodytą terminą ne daugiau kaip 10 dienų, šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo išlaidų apmokėjimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų mažinamas 20 procentų;

2) jeigu LNSS įstaiga asmens sveikatos priežiūros paslaugą suteikia praleidusi šio straipsnio 2 dalyje nurodytą terminą nuo 11 iki 20 dienų, šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo išlaidų apmokėjimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų mažinamas 30 procentų;

3) jeigu LNSS įstaiga asmens sveikatos priežiūros paslaugą suteikia praleidusi šio straipsnio 2 dalyje nurodytą terminą 21 ir daugiau dienų, šios asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo išlaidų apmokėjimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų mažinamas 50 procentų.“

4 straipsnis. 45 straipsnio pakeitimas

Papildyti 45 straipsnį 17 punktu:

„17) pasiūlyti pacientui artimiausią objektyviai įmanomą asmens sveikatos priežiūros paslaugos suteikimo datą ir laiką ir registruoti visus pacientus jų kreipimosi į asmens sveikatos priežiūros įstaigą momentu, neribojant registravimosi terminų, sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka.“

5 straipsnis. Įstatymo įsigaliojimas ir įgyvendinimas

1. Šis įstatymas, išskyrus šio straipsnio 2 dalį, įsigalioja 2018 m. sausio 1 d.
2. Lietuvos Respublikos Vyriausybė ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras iki 2017 m. spalio 1 d. priima šio įstatymo įgyvendinamuosius teisės aktus.

Skelbiu šį Lietuvos Respublikos Seimo priimtą įstatymą.

Respublikos Prezidentė

Dalia Grybauskaitė