



**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

## 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 gyventojų pirminei asmens sveikatos priežiūrai gerinti skirtas dokumentas, nustatantis šeimos medicinos plėtros tikslą, uždavinius, plėtros kryptis, laukiamus rezultatus, vertinimo kriterijus ir Veiksmų plano įgyvendinimo priemones (toliau – Įgyvendinimo priemonės).

2. Veiksmų planas parengtas atsižvelgiant 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“ (toliau – Lietuvos sveikatos strategija), 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, taip pat vadovaujantis Nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gairėmis, patvirtintomis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 metų vasario 10 d. įsakymu Nr. V-222 „Dėl Nacionalinės slaugos politikos 2016–2025 metų gairių patvirtinimo“; Nacionaline visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. 1291 „Dėl Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo“ (toliau – Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros plėtros programa); Nacionalinės sveikatos tarybos 2016 m. balandžio 27 d. nutarimu Nr. N-2 „Dėl šeimos gydytojo institucijos modelio įgyvendinimo“; Pirminės sveikatos priežiūros koncepcijos įgyvendinimo vertinimu (toliau – Įgyvendinimo vertinimas), atliktu pagal 2012 metų programų vertinimo planą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. balandžio 4 d. nutarimu Nr. 358 „Dėl 2012 metų programų vertinimo plano patvirtinimo“; 2013 m. vasario 28 d. Lietuvos Respublikos valstybės kontrolės Valstybinio audito ataskaita Nr. VA-P-10-2-4 „Ar efektyvi šeimos gydytojo veikla?“ (toliau – Valstybinio audito ataskaita); Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) Europos regiono komiteto 64-oios sesijos, kuri vyko Kopenhagoje (Danija) 2014 m. rugsėjo 15–18 d., rezoliucija EUR/RC64/10 „Tarptautinė jubiliejinė konferencija minint PSO ir Jungtinių Tautų Vaikų fondo Alma-Atos deklaracijos dėl pirminės sveikatos priežiūros 35-ųjų metų sukaktį“ (angl. „*International anniversary conference marking 35 years of the WHO and UNICEF Declaration of Alma-Ata on primary health care*“); Europos observatorijos sveikatos sistemoms ir politikai kartu su PSO parengtu leidiniu „Kuriant pirminę sveikatos priežiūrą besikeičiančioje Europoje“ (angl. „*Building primary care in a changing Europe*“); PSO Europos veiksmų planu dėl visuomenės sveikatos pajėgumų ir paslaugų stiprinimo (*WHO European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services (EAP)*).

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 strategijoje, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakyme Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“, Licencijuojamų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašė, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo“ (toliau – Licencijuojamų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas).

## **II SKYRIUS SITUACIJOS APŽVALGA**

4. 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 buvo 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 buvo patvirtinti 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 2011 m. gruodžio 20 d. įsakymu Nr. V-1074 „Dėl Pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos įgyvendinimo 2012–2013 metų priemonių plano patvirtinimo“.

5. 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 teikiamos paslaugos dažnai būna mažai koordinuojamos ir nėra tarpusavyje susijusios. Pagal Lietuvos Respublikos teisės aktus, reglamentuojančius šeimos medicinos paslaugas, nėra teritorinio gyventojų prisirašymo principo, todėl gyventojai, pasirinkę tą pačią šeimos medicinos paslaugas teikiančią įstaigą, gali gyventi skirtingose vietose, o tai apsunkina šeimos medicinos paslaugų teikimą.

6. Licencijuojamų ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašė 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 neviršydami šeimos gydytojo medicinos normoje nustatytos kompetencijos. Kadangi šeimos gydytojo medicinos normoje daugelyje sričių nustatyta platesnė kompetencija, gyventojai, gaudami gydytojų komandų teikiamas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (toliau – PAASP) paslaugas, negauna dalies paslaugų, kurios priskirtos šeimos gydytojo kompetencijai. Tai didina gydytojų specialistų konsultacijų poreikį.

7. Įgyvendinimo vertinime buvo pateikti siūlymai strateginiuose veiklos planuose ir kituose dokumentuose didesnę dėmesį skirti šeimos medicinos prioriteto įgyvendinimui, parengti teisės aktų projektus, leidžiančius savivaldybėms reguliuoti šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų tinklą, tobulinti šeimos gydytojo institucijos organizavimo modelį, keisti šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvą pagal apylinkės tipą, įvertinant vyresnio amžiaus asmenų dalį tarp prisiregistravusių gyventojų, kartu su Švietimo ir mokslo ministerija parengti teisės aktų projektus, kurie užtikrintų šeimos gydytojų rengimo prioritetą rezidentūros programose, glaudžiau bendradarbiauti su savivaldybėmis, siekiant užtikrinti reikiamą šeimos gydytojų skaičių atskirose savivaldybėse, tobulinti šeimos medicinos paslaugų finansavimą, didinti lėšų, mokamų už

skatinamąsias paslaugas ir gerus darbo rezultatus, dalį, numatyti konkrečius visuomenės sveikatos biurų ir šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų bendradarbiavimo būdus.

8. Valstybinio audito ataskaitoje pateiktos rekomendacijos inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kuriais būtų nustatyti minimalūs gydymo įstaigų išdėstymo ir jų struktūros reikalavimai, patikslinti ir papildyti šeimos gydytojo apylinkės formavimo kriterijus, pagal juos nustatyti šeimos gydytojo apylinkių normatyvą, patikslinti šeimos gydytojų poreikio planavimo kriterijus, vykdyti ilgalaikį šio poreikio planavimą, plėtoti duomenų bazę apie laisvas gydytojų darbo vietas ir užtikrinti jos funkcionavimą, gerinti šeimos gydytojų profesinį tobulinimą, numatant kvalifikacijos tobulinimo dalį, kurią turi sudaryti praktiniai mokymai, rengti šeimos gydytojo praktikoje taikytinas diagnostikos ir gydymo metodikas, tvarkos aprašus, gaires, aiškiau atskirti šeimos gydytojo ir gydytojų specialistų kompetencijas, numatyti priemones, skatinančias gydymo įstaigas ir šeimos gydytojus aktyviau vykdyti ligų profilaktiką, rengti priemones, motyvuojančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas dalį lėšų, gautų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto už gerus darbo rezultatus ir skatinamąsias paslaugas, skirti kaip finansinę paskatą tas paslaugas suteikusiems įstaigų darbuotojams, įdiegti savanorišką šeimos gydytojų kompetencijų vertinimą, inicijuoti tikslinių ir praktinių kvalifikacijos tobulinimo programų šeimos gydytojams rengimą ir atnaujinimą pagal šeimos gydytojų identifikuotas tobulintinas sritis bei kt.

9. Europos observatorija sveikatos sistemoms ir politikai kartu su PSO leidinyje „Kuriant pirminę sveikatos priežiūrą besikeičiančioje Europoje“ pateikė 31-os Europos regiono valstybės pirminės sveikatos priežiūros palyginamąją analizę. Pirminė sveikatos priežiūra išnagrinėta struktūros, proceso ir rezultatų lygiais. Struktūros lygiui priskirtas valdymas, reglamentavimas, ekonominės sąlygos ir darbo jėga, proceso lygiui – pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ypatumai, vertinant prieinamumą, tęstinumą, koordinavimą ir visapusiškumą, rezultatų lygiui – pirminės sveikatos priežiūros paslaugų kokybės aspektai. Tarp 31 šalies Lietuvos pirminės sveikatos priežiūros valdymui skirta 11 vieta, ekonominėms sąlygoms – 20, darbo jėgos plėtrai – 12, prieinamumui – 10, tęstinumui – 24, koordinavimui – 3, visapusiškumui – 1 vieta. Pagal bendrą pirminės sveikatos priežiūros struktūros vertinimą Lietuvai teko aukšta 13 vieta. Rezultatai rodo, kad Lietuvoje labiausiai reikia gerinti pirminės sveikatos priežiūros ekonomines sąlygas ir sveikatos priežiūros paslaugų sąveikumą tarp pirminės sveikatos priežiūros bei tarp pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų.

10. Keičiasi Lietuvos demografinė situacija. Lentelėje pateikti statistiniai duomenys apie vaikų ir 65 metų bei vyresnio amžiaus žmonių (toliau – vyresnio amžiaus žmonės) skaičių ir palyginimas su bendru gyventojų skaičiumi 2010–2016 m.

Vaikų ir vyresnio amžiaus žmonių skaičius ir palyginimas su bendru gyventojų skaičiumi 2010–2016 m.

Metai	0–17 m. amžiaus vaikų skaičius, tūkst.	0–17 m. amžiaus vaikų dalis palyginti su bendru gyventojų skaičiumi, proc.	Vyresnio amžiaus žmonių skaičius, tūkst.	Vyresnio amžiaus žmonių dalis palyginti su bendru gyventojų skaičiumi, proc.
2010	602,6	19,2	544,9	17,3
2011	574,9	18,8	545,3	17,9
2012	556,3	18,5	543,3	18,1
2013	543,8	18,3	542,2	18,2
2014	532,6	18,1	542,7	18,4
2015	524,5	18,2	547,1	18,7

2016	518,2	17,9	548,5	18,9
------	-------	------	-------	------

Šaltinis: Lietuvos statistikos departamentas ([www.stat.gov.lt](http://www.stat.gov.lt)).

Lentelėje pateikti duomenys rodo, kad Lietuvoje mažėja vaikų ir daugėja vyresnio amžiaus žmonių. 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.

11. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) duomenimis, 2015 m. šeimos medicinos paslaugas iš viso teikė 419 įstaigų. Nuo 2010 m. nuolat didėja privačių šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų skaičius: 2010 m. buvo 221 privati įstaiga, 2015 m. – 256. Didėja ir privačiose įstaigose prisirašusių gyventojų dalis: 2006 m. viešosiose įstaigose buvo prisirašę 80 proc. gyventojų, o privačiose 20 proc., o 2015 m. viešosiose įstaigose buvo prisirašę 70 proc. gyventojų, o privačiose – 30 proc. gyventojų. Nuolat didėja šeimos gydytojų, dirbančių PAASP paslaugas teikiančiose įstaigose, sudariusiose sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis, skaičius: 2010 m. dirbo 2003 šeimos gydytojai, o 2015 m. – 2142. Atitinkamai mažėja gydytojų komandose dirbančių vidaus ligų ir vaikų ligų gydytojų skaičius: 2010 m. dirbo 430 vidaus ligų, 429 vaikų ligų gydytojai, o 2015 m. – 323 vidaus ligų, 368 vaikų ligų gydytojai, o akušerių ir ginekologų bei chirurgų skaičius beveik nekinta: 2010 m. dirbo 325 akušeriai ginekologai ir 212 chirurgų, o 2015 m. – 335 akušeriai ginekologai ir 212 chirurgų.

Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VASPVT) duomenimis, 2015 m. pradžioje galiojančias šeimos gydytojo licencijas turėjo 2300 gydytojų.

12. VLK, vykdydama gerų darbo rezultatų stebėseną ir lygindama 2011 m. ir 2015 m. duomenis, nustatė, kad mažėja pacientų, sergančių arterine hipertenzija (nuo 2,2 iki 1,6), cukriniu diabetu (nuo 6,6 iki 6,4) hospitalizacijos rodikliai, daugiau kaip du kartus sumažėjo pacientų, sergančių bronchine astma, hospitalizacijos rodiklis (nuo 7,8 iki 3,7). Palyginus 2012 m. ir 2014 m. duomenis, matyti, kad daugiau kaip du kartus padidėjo vaikų dantų profilaktinių tikrinimų intensyvumas (nuo 19,5 proc. iki 43,7 proc.).

13. 2016 m. apmokėjimui už visas PAASP paslaugas iš PSDF biudžeto skirta 179 955 200 eurų: baziniam mokėjimui už prirašytus asmenis – 131 368 800 eurų (73 proc.), priemokai už kaimo gyventojus – 11 311 400 eurų, skatinimui už prisirašymą prie šeimos gydytojo – 1 412 100 eurų, priedui už gerus darbo rezultatus – 16 731 700 eurų, mokėjimui už skatinamąsias paslaugas – 19 131 200 eurų.

Vieno gyventojų šeimos medicinos paslaugų metinė bazinė kaina, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“, priklausomai nuo prisirašiusio asmens amžiaus yra: jaunesnių nei 1 m. amžiaus – 106,53, 1–4 m. amžiaus – 60,91, 5–6 m. amžiaus – 46,66, 7–17 m. amžiaus – 31,11, 18–49 m. amžiaus – 21,86, 50–65 m. amžiaus – 34,52 ir vyresnių nei 65 m. amžiaus – 40,13 balų. 2016 m. vieno balo vertė yra lygi vienam eurui.

14. Bendroje PSDF biudžeto lėšų, skirtų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, struktūroje PAASP 2014 m. skirta 18,8 proc., o 2016 m. skirta 17,7 proc. (be prevencinėms sveikatos programoms skirtų lėšų).

15. 2016 m. VASPVT planuoja pradėti vykdyti asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių šeimos medicinos paslaugas, akreditavimą. Pradėjus šį procesą bus nauju lygmeniu sprendžiami aktualūs šeimos medicinos paslaugų kokybės tobulinimo ir nuolatinio kokybės gerinimo klausimai.

16. Pagal Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros plėtros programos 16.1.1 papunktį numatyta plėtoti ir diegti integruotų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų modelius, apimančius asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

### **III SKYRIUS**

#### **ŠEIMOS MEDICINOS PLĖTROS TIKSLAS IR UŽDAVINIAI**

17. Šeimos medicinos plėtros tikslas – užtikrinti Lietuvos gyventojams galimybę gauti visapusiškas, prieinamas, kokybiškas ir saugias šeimos medicinos paslaugas.

18. Uždaviniai Veiksmų plano 17 punkte nurodytam šeimos medicinos plėtros tikslui pasiekti:

- 18.1. gerinti šeimos medicinos paslaugų teikimo procesus: prieinamumą, tęstinumą;
- 18.2. gerinti šeimos medicinos paslaugų apmokėjimą;
- 18.3. užtikrinti kvalifikuotus žmogiškuosius išteklius šeimos medicinos paslaugoms teikti;
- 18.4. gerinti šeimos medicinos paslaugų kokybę.

### **IV SKYRIUS**

#### **ŠEIMOS MEDICINOS PLĖTROS KRYPTYS**

19. Siekiant gerinti šeimos medicinos paslaugų prieinamumą gyventojams, numatomos šios šeimos medicinos plėtros kryptys:

19.1. didinti šeimos medicinos paslaugas teikiančių šeimos gydytojų, tenkančių 10 tūkst. gyventojų, skaičių;

19.2. plėtoti šeimos gydytojo, kartu su juo dirbančių slaugytojų, esant poreikiui ir akušerio (toliau – šeimos gydytojo komanda) bendradarbiavimą su kitomis šeimos gydytojų komandomis;

19.3. išplėsti slaugytojų profesinę kompetenciją, reglamentuoti išplėstinės praktikos slaugytojų įdarbinimą šeimos gydytojo komandoje;

19.4. tobulinti šeimos medicinos paslaugų teikimo visą parą organizavimą;

19.5. įvertinti ir, esant poreikiui, keisti prie šeimos gydytojo prisirašiusių gyventojų skaičiaus normatyvus, atsižvelgiant į gyventojų amžiaus grupes;

19.6. į šeimos gydytojo komandą įtraukti socialinį darbuotoją;

19.7. plėtoti integruotą gyventojų sveikatos priežiūrą teikiant šeimos medicinos paslaugas;

19.8. plėtoti ir diegti integruotų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų modelius, apimančius asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

20. Siekiant užtikrinti gyventojams teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą, numatomos šios kryptys:

20.1. užtikrinti šeimos medicinos sistemos vientisumą, skatinant orientaciją į šeimos gydytojo komandą kaip vienintelę instituciją, teikiančią šeimos medicinos paslaugas;

20.2. tobulinti teisės aktus, diagnostikos ir gydymo metodikas ir (ar) protokolus;

20.3. gerinti šeimos gydytojo komandos bendradarbiavimą su pirminės psichikos, pirminės odontologijos, ambulatorinės ir stacionarinės slaugos, greitosios medicinos pagalbos, ambulatorinės ir stacionarinės specializuotas paslaugas teikiančiais specialistais, visuomenės sveikatos priežiūros specialistais;

20.4. sukurti ir įdiegti daugiau nei viena lėtine liga sergančių pacientų priežiūros modelį šeimos medicinos grandyje.

21. Siekiant gerinti šeimos medicinos paslaugų apmokėjimą, numatoma:

21.1. siekti padidinti PSDF biudžeto lėšų, skirtų pirminei ambulatorinei asmens sveikatos priežiūrai, dalį iki 20 proc. nuo viso sveikatos priežiūros paslaugoms skirto PSDF biudžeto;

21.2. siekti padidinti mokėjimo už gerus darbo rezultatus ir kitas skatinamąsias paslaugas dalį;

21.3. tobulinti diferencijuotą apmokėjimą: peržiūrėti ir patikslinti apmokėjimą iš PSDF biudžeto už prisirašiusius gyventojus pagal nustatytas naujas detalizuotas amžiaus grupes, siekiant užtikrinti kokybiškas PAASP paslaugas vaikams, darbingo amžiaus žmonėms ir vyresniems nei 65 m. amžiaus žmonėms.

22. Siekiant užtikrinti, kad šeimos medicinos paslaugas teiktų kvalifikuoti specialistai, numatoma analizuoti šeimos gydytojų, reikalingų šeimos medicinos paslaugoms teikti, skaičiaus kitimo tendencijas, įvertinant ir demografinius, migracijos rodiklius, koordinuoti jų rengimo (baigimo ir priėmimo) skaičių, atsižvelgiant į asmens sveikatos priežiūros įstaigų pateiktus šeimos gydytojų pasiūlos ir trūkumo duomenis.

23. Siekiant gerinti šeimos medicinos paslaugų kokybę, numatoma:

23.1. parengti ir įdiegti iš PSDF biudžeto apmokamų šeimos medicinos paslaugų kokybės ir efektyvumo vertinimo kriterijus;

23.2. rengti šeimos gydytojo praktikoje taikytinas diagnostikos ir gydymo metodikas, aprašus, gaires;

23.3. plėtoti informacinių ir ryšių technologijų infrastruktūrą bei jos taikymą įstaigos veiklai ir gyventojų aptarnavimui gerinti, plėtoti e. sveikatos sistemos priemonių naudojimą teikiant šeimos medicinos paslaugas, didinti šeimos medicinos paslaugas teikiančių darbuotojų kompetencijas informacinių ir ryšių technologijų srityse;

23.4. numatyti akredituotų šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų skatinimą;

23.5. tobulinti šeimos medicinos paslaugas teikiančių specialistų kvalifikacijos kėlimo organizavimą, bendradarbiaujant su šeimos gydytojais vienijančiomis asociacijomis ir atsižvelgiant į jų teikiamus siūlymus dėl konkrečių priemonių įgyvendinimo;

23.6. gerinti šeimos gydytojo komandos bendradarbiavimą su visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais, nevyriausybinėmis organizacijomis.

## **V SKYRIUS**

### **LAUKIAMAI REZULTATAI IR VERTINIMO KRITERIJAI**

24. Veiksmų plano tikslo ir uždavinių įgyvendinimas vertinamas pagal laukiamus rezultatus ir vertinimo kriterijus.

25. Įgyvendinus Veiksmų planą laukiami šie rezultatai:

25.1. padidėjęs šeimos medicinos paslaugas teikiančių šeimos gydytojų skaičius, tenkantis 10 tūkst. gyventojų;

- 25.2. išplėtota grupinė šeimos gydytojų komandų praktika, kai kartu dirba kelios šeimos gydytojų komandos;
  - 25.3. padidėjusi slaugytojų, dirbančių šeimos gydytojo komandoje, profesinė kompetencija;
  - 25.4. geriau organizuotas ir užtikrintas nepertraukiamas (visomis dienomis ištisą parą) šeimos medicinos paslaugų teikimas;
  - 25.5. šeimos gydytojo komanda papildyta socialiniu darbuotoju;
  - 25.6. patikslinti šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvai;
  - 25.7. atnaujintos bei parengtos naujos diagnostikos ir gydymo metodikos, aprašai, gairės, kurias taiko šeimos gydytojai;
  - 25.8. pagerėjęs tarpinstitucinis ir tarpžinybinis bendradarbiavimas;
  - 25.9. padidėjusi bendro PSDF biudžeto, skiriamo sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, lėšų, skirtų PAASP, dalis;
  - 25.10. įdiegtos naujos skatinamosios paslaugos;
  - 25.11. išplėtota informacinių ir ryšių technologijų infrastruktūra ir jos taikymas teikiant šeimos medicinos paslaugas;
  - 25.12. išplėtota integruota gyventojų sveikatos priežiūra teikiant šeimos medicinos paslaugas;
  - 25.13. padaugės akredituotų asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių šeimos medicinos paslaugas.
26. Veiksmų plano įgyvendinimas vertinamas pagal šiuos kriterijus:
    - 26.1. šeimos gydytojų skaičius 10 tūkst. gyventojų – 7,54;
    - 26.2. sumažėjęs 5 procentais po vieną dirbančių šeimos gydytojų komandų skaičius;
    - 26.3. parengti ne mažiau kaip 3 teisės aktų, susijusių su slaugytojų profesinių kompetencijų išplėtimu, projektai;
    - 26.4. nepertraukiamas (visomis dienomis ištisą parą) šeimos medicinos paslaugų teikimas užtikrinamas ambulatorinėse įstaigose, teikiančiose PAASP paslaugas pritaikant grupinės šeimos gydytojų komandų praktikos modelį;
    - 26.5. kiekvienoje šeimos gydytojo komandoje dirba socialinis darbuotojas;
    - 26.6. patikslinti šeimos gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvai: maksimalus prisirašiusių prie šeimos gydytojo gyventojų skaičius – 2000; tobulinamas diferencijuotas apmokėjimas už prisirašiusį gyventoją peržiūrint ir patikslinant apmokėjimą iš PSDF biudžeto už prisirašiusius žmones pagal nustatytas naujas detalizuotas amžiaus grupes;
    - 26.7. atnaujinta bei parengta 15 naujų diagnostikos ir gydymo metodikų, aprašų, gairių, kurias taiko šeimos gydytojai;
    - 26.8. parengtas ir patvirtintas pavyzdinis tarpinstitucinio ir tarpžinybinio bendradarbiavimo susitarimas tarp šeimos medicinos paslaugų teikėjo ir pirminės psichikos, pirminės odontologijos, ambulatorines ir stacionarines slaugos paslaugas teikiančių įstaigų, greitosios medicinos pagalbos, ambulatorines ir stacionarines specializuotas paslaugas teikiančių įstaigų, visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, nevyriausybinių organizacijų;
    - 26.9. nuo 17,7 proc. (2016 m.) iki 20 proc. padidėjusi bendro PSDF biudžeto, skiriamo sveikatos priežiūros paslaugoms apmokėti, lėšų, skirtų PAASP, dalis;
    - 26.10. įdiegtos ne mažiau kaip 5 naujos skatinamosios paslaugos;
    - 26.11. ne mažiau kaip 75 proc. šeimos gydytojų savo darbe naudoja e. sveikatos priemones;
    - 26.12. išplėtota su visuomenės sveikatos priežiūra ir socialine globa integruota šeimos medicina, siekiant kuo geriau patenkinti gyventojų poreikius;



26.13. kasmet akredituojama bent po 5 šeimos medicinos paslaugas teikiančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas.

## **VI SKYRIUS**

### **VEIKSMŲ PLANO ĮGYVENDINIMAS IR FINANSAVIMAS**

27. Įgyvendinimo priemonės nurodytos Veiksmų plano 1 priede, Įgyvendinimo priemonių įgyvendinimo laikotarpis – Veiksmų plano 2 priede.

28. 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.

29. Įgyvendinimo priemonėms įgyvendinti reikalingos lėšos numatomos atitinkamų metų Sveikatos apsaugos ministerijos strateginiuose veiklos planuose.

30. Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos priežiūros departamentas kartu su kitais Sveikatos apsaugos ministerijos struktūriniais padaliniais, šeimos gydytojus vienijančiomis asociacijomis kasmet iki liepos 1 d. atlieka Įgyvendinimo priemonių įgyvendinimo vertinimą. Atsižvelgiant į atliktą vertinimą, Įgyvendinimo priemonės gali būti tikslinamos.

---