



# LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖ

## NUTARIMAS

### DĖL KETVIRTOJO SVEIKATOS SISTEMOS PLĖTROS IR LIGONINIŲ TINKLO KONSOLIDAVIMO ETAPO PLANO PATVIRTINIMO

2015 m. gruodžio 9 d. Nr. 1290

Vilnius

Įgyvendindama 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“, 185 punktą, Lietuvos Respublikos Vyriausybė n u t a r i a:

1. Patvirtinti pridedamą Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą (toliau – Planas).

2. Pavesti:

2.1. sveikatos apsaugos ministrui:

2.1.1. per 10 darbo dienų nuo šio nutarimo įsigaliojimo – sudaryti Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo įgyvendinimo koordinavimo komisiją;

2.1.2. per mėnesį nuo šio nutarimo įsigaliojimo – sudaryti kiekvienos apskrities ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo įgyvendinimo koordinavimo tarybas (toliau – koordinavimo tarybos);

2.1.3. iki 2016 m. kovo 25 d. – įvertinti ir patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ir koordinavimo tarybų pateiktus konkrečių apskričių asmens sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo ir jo įgyvendinimo priemonių planus (toliau – apskričių restruktūrizavimo planai);

2.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai kartu su koordinavimo tarybomis – iki 2016 m. vasario 25 d. parengti apskričių restruktūrizavimo planus, kuriuose būtų numatyti atsakingi vykdytojai ir priemonių įgyvendinimo terminai, užtikrinantys, kad būtų pasiekti Plano 5 punkte nurodyti rezultatai per tame punkte nurodytus terminus.

3. Rekomenduoti savivaldybėms dalyvauti įgyvendinant Planą.

Ministras Pirmininkas

Algirdas Butkevičius

Sveikatos apsaugos ministrė

Rimantė Šalaševičiūtė

PATVIRTINTA  
Lietuvos Respublikos Vyriausybės  
2015 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. 1290

## **KETVIRTOJO SVEIKATOS SISTEMOS PLĖTROS IR LIGONINIŲ TINKLO KONSOLIDAVIMO ETAPŲ PLANAS**

### **I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planas (toliau – Planas) nustato ketvirtojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo tikslą, uždavinius, įgyvendinimo kryptis ir siekiamus rezultatus.

2. Planas bus įgyvendinamas iki 2017 m. gruodžio 31 dienos.

### **II SKYRIUS PLANO TIKSLAS, UŽDAVINIAI IR SIEKIAMI REZULTATAI**

3. Plano tikslas – gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – paslaugos) kokybę, saugumą ir prieinamumą, tam racionaliai naudoti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos finansinius, žmogiškuosius ir infrastruktūros išteklius.

4. Plano uždaviniai:

4.1. konsoliduoti asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų struktūrą:

4.1.1. taikyti nesudėtingoms paslaugoms geografinio prieinamumo principą;

4.1.2. netaikyti geografinio prieinamumo principo sudėtingoms paslaugoms (kai ligoms ir sveikatos sutrikimams būdingi įvairūs simptomai arba požymiai, dėl kurių būtinos asmens sveikatos priežiūros specialistų komandų teikiamos kelių profilių paslaugos); šiuo atveju taikytinas kokybiškų ir saugių paslaugų prieinamumo principas, šių ligų ir sveikatos sutrikimų diagnostika ir gydymas turi būti sutelkti universitetų, kitose respublikos ir regiono lygmens ligoninėse, turinčiose aukščiausios kvalifikacijos specialistus, naudojančiose naujausias technologijas ir moderniausią įrangą;

4.2. plėtoti koordinuotą ir integruotą ligų valdymą (klasterius);

4.3. didinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą ir optimaliai paskirstyti paslaugas tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų, ypač atkreipti dėmesį į racionalesnį jų paskirstymą apskričių teritorijose;

4.4. gerinti paslaugų prieinamumą, nenaudojamas asmens sveikatos priežiūros įstaigų lovas pirmiausia naudoti paslaugoms, kurių trūksta (slaugos, ilgalaikio gydymo, geriatrijos, paliatyviosios pagalbos), teikti.

5. Plano įgyvendinimo rezultatai, kurie turi būti pasiekti per nustatytus terminus:

5.1. iki 2016 m. kovo 31 dienos:

- 5.1.1. padidėjęs slaugos lovų skaičius – nuo 2 iki 3 lovų 1 000 gyventojų;
- 5.1.2. nustatytas ilgalaikio gydymo paslaugų poreikis ir jų paskirstymas apskrityse;
- 5.1.3. nutrauktas akušerijos paslaugų, neatitinkančių nė vieno iš Plano 19.2.1–19.2.4 papunkčiuose nurodytų reikalavimų, teikimas ir finansavimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto;
- 5.2. iki 2016 m. gruodžio 31 dienos:
  - 5.2.1. iki 1 procento padidėjusi ambulatorinių paslaugų apimtis apskrityse;
  - 5.2.2. įsteigta ne mažiau kaip 30 geriatrijos padalinių;
  - 5.2.3. nuo 25 iki 27 procentų padidėjęs papildomas apmokėjimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, įrašytas į sveikatos apsaugos ministro patvirtintą skatinamųjų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašą (toliau – skatinamosios paslaugos);
- 5.3. iki 2017 m. gruodžio 31 dienos:
  - 5.3.1. padidėjusi ambulatorinių paslaugų apimtis – iki 2 procentų (palyginti su Plano įgyvendinimo pradžia);
  - 5.3.2. padidėjusi slaugos paslaugų apimtis – 4 procentais;
  - 5.3.3. siekiamas hospitalizacijos rodiklis – 19,4 atvejų 100 gyventojų;
  - 5.3.4. padidėjęs Plano 8.1 papunktyje nurodytų lovų užimtumas – iki 300 dienų per metus;
  - 5.3.5. nutrauktas chirurgijos paslaugų, neatitinkančių nė vieno iš Plano 19.3.1–19.3.3 papunkčiuose nurodytų reikalavimų, teikimas ir finansavimas.

### **III SKYRIUS ESAMOS BŪKLĖS APŽVALGA**

- 6. Lietuvoje 2014 m. gruodžio 31 d. veikė:
  - 6.1. 94 stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ligoninės, ligoninė), iš jų:
    - 6.1.1. valstybės ir savivaldybių – 87 ligoninės:
      - 6.1.1.1. kitos, nenurodytos Plano 6.1.1.2 papunktyje, ligoninės (toliau – aktyvaus gydymo ligoninė) – 75;
      - 6.1.1.2. slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninių – 12;
    - 6.1.2. privačios ligoninės – 7;
  - 6.2. 1 394 ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, iš jų:
    - 6.2.1. valstybės ir savivaldybių – 408;
    - 6.2.2. privačios – 986.
- 7. Esamų 75 valstybės ir savivaldybių aktyvaus gydymo ligoninių dalininko (savininko) teises ir pareigas įgyvendina:
  - 7.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija – 21 ligoninės;
  - 7.2. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija – vienos ligoninės;

7.3. Lietuvos Respublikos teisingumo ministerija – vienos ligoninės;

7.4. Lietuvos Respublikos Vyriausybė – Nacionalinio vėžio instituto;

7.5. savivaldybių tarybos – 51 ligoninės.

8. Ligoninėse 2014 m. gruodžio 31 d. buvo 26 323 lovos, iš jų:

8.1. kitų, nenurodytų Plano 8.2–8.5 papunkčiuose, lovų (toliau – aktyvaus gydymo lova):

8.1.1. valstybės ir savivaldybių ligoninėse – 15 229;

8.1.2. privačiose ligoninėse – 123;

8.2. slaugos ir palaikomojo gydymo lovų:

8.2.1. valstybės ir savivaldybių ligoninėse – 5 115;

8.2.2. privačiose ligoninėse – 5;

8.3. valstybės ir savivaldybių ligoninėse reabilitacijos lovų – 1 688;

8.4. valstybės ir savivaldybių ligoninėse tuberkuliozės lovų – 972;

8.5. psichiatrijos lovų:

8.5.1. valstybės ir savivaldybių ligoninėse – 3 161;

8.5.2. privačiose ligoninėse – 30.

9. Pagrindiniai Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų aktyvaus gydymo lovų veiklos 2014 metų rodikliai:

9.1. vidutinė gulėjimo aktyvaus gydymo ligoninėje trukmė – 5,9 dienos;

9.2. lovos užimtumas per metus – 265,7 dienos;

9.3. lovos apyvarta – 45,1;

9.4. hospitalizacijos rodiklis (įskaitant dienos atvejus) 100 gyventojų – 23,6 ligonio.

10. Didžiausi sveikatos sistemos trūkumai, trukdantys užtikrinti, kad efektyviai būtų naudojami turimi sveikatos sistemos finansiniai ir materialiniai ištekliai, yra šie:

10.1. pernelyg didelę visų paslaugų dalį sudaro stacionarinės paslaugos;

10.2. per daug lovų aktyvaus gydymo ligoninėse – 7,3 lovos 1 000 gyventojų, tai 38 procentais daugiau už Europos Sąjungos vidurkį, pagal šį rodiklį Lietuva užima 3 vietą tarp 28 Europos Sąjungos valstybių;

10.3. per daug ligonių aktyvaus gydymo stacionaruose (be dienos stacionarų) – 100 gyventojų tenka 20,21 (2014 metais) tokio ligonio, Europos Sąjungos valstybių vidurkis – 16,2 ligonio (2013 metais);

10.4. neefektyviai naudojamos turimos ligoninių lovos – naudojama tik 73 procentai šių lovų, ypač tose savivaldybėse, kuriose apie 20 tūkst. gyventojų ir atstumas nuo rajono lygmens ligoninės iki apskrities centre ar didesniame mieste esančios ligoninės nedidelis; tokios rajono lygmens ligoninės turi nedaug pacientų, dėl to negali, o mažėjant gyventojų, tikėtina, ir ateityje negalės lovų naudoti efektyviau ir pasiekti geresnių ligoninės veiklos rodiklių; šiuo metu kai kurių rajono lygmens ligoninių lovų neužimtos net 224 dienos per metus;

10.5. esant aktyvaus gydymo lovų pertekliui, šių lovų trūksta slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyviosios pagalbos ir geriatrijos paslaugoms teikti;

10.6. šeimos gydytojai Lietuvoje dar nėra pasiekę reikiamos svarbos pacientų diagnostikos ir gydymo procese;

10.7. daugiau kaip trečdalis asmens sveikatos priežiūros įstaigų, ypač esančių ne apskrities centre, dirba nuostolingai.

#### **IV SKYRIUS**

##### **ATLIKTO RESTRUKTŪRIZAVIMO REZULTATAI**

11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, vykdydama valstybinę sveikatos politiką, įgyvendino 3 sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapus. Kiekvienas iš šių etapų reglamentuotas atitinkamais Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais:

11.1. pirmasis etapas – Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“, jo trukmė 2003–2005 metai;

11.2. antrasis etapas – Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647 „Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“, jo trukmė 2006–2008 metai;

11.3. trečiasis etapas – Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimu Nr. 1654 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“, jo trukmė 2009–2012 metai.

12. Pagrindiniai restruktūrizavimo tikslai buvo:

12.1. plėtoti ambulatorines paslaugas;

12.2. plėtoti slaugos paslaugas;

12.3. optimizuoti stacionarines paslaugas.

13. Visų 3 restruktūrizavimo etapų rezultatai:

13.1. ligoninių sumažėjo 42 juridiniais asmenimis;

13.2. uždaryti 14 rajono lygmens ligoninių (Druskininkų, Ignalinos, Joniškio, Kupiškio, Molėtų, Naujosios Akmenės, Pakruojo, Plungės, Prienų, Skuodo, Šakių, Šilalės, Varėnos, Zarasų), kuriose per vienus metus priimta mažiau kaip 300 gimdymų, akušerijos skyriai; šio reikalavimo neatitinkančios viešosios įstaigos Anykščių rajono savivaldybės ligoninės teikiamos akušerijos paslaugos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto nefinansuojamos, tačiau jas finansuoja Anykščių rajono savivaldybė;

13.3. uždaryti 12 rajono lygmens ligoninių (Gargždų, Ignalinos, Kaišiadorių, Kupiškio, Kuršėnų, Molėtų, Naujosios Akmenės, Pakruojo, Prienų, Šilalės, Širvintų, Zarasų), kuriose per vienus metus didžiųjų operacijų, kurių sąrašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras, atlikta mažiau nei nustatyta, chirurgijos skyriai;

13.4. centralizuotas greitosios medicinos pagalbos paslaugų valdymas, dėl to vietoj 56 greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų liko 8 greitosios medicinos pagalbos dispečerinės tarnybos, kuriose sutelktas greitosios medicinos pagalbos pajėgų valdymas;

13.5. greitosios medicinos pagalbos paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų sumažėjo 5 juridiniais asmenimis (Lazdijų, Pagėgių, Palangos, Rietavo, Širvintų), o šių sveikatos priežiūros įstaigų, esančių Kalvarijos ir Kazlų Rūdos savivaldybėse, greitosios medicinos pagalbos paslaugos perduotos Marijampolės greitosios medicinos pagalbos stočiai, tačiau šios įstaigos neturėjo savarankiško juridinio asmens statuso;

13.6. pradėtos teikti, vėliau nuolat plėtotos dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos, taip pat plėtotos ambulatorinės, slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugos.

## **V SKYRIUS PLANO ĮGYVENDINIMO KRYPTYS**

14. Plano įgyvendinimo kryptys (toliau – kryptis) nustatytos atsižvelgiant į tai, kad:

14.1. Lietuva pagal sveikatos sistemos veiklos rodiklius, nurodytus Plano 10.2, 10.3 ir 14.6 papunkčiuose, atsilieka nuo Europos Sąjungos vidurkio;

14.2. daugelio ligoninių, ypač rajono lygmens, gaunamos pajamos nepadengia turėtų sąnaudų, jų veikla nuostolinga;

14.3. nesant pakankamai pacientų, daugelyje rajono lygmens ligoninių neracionaliai naudojamos turimos lovos, finansiniai ir materialiniai ištekliai;

14.4. Europos Komisijos 2015 m. gegužės 13 d. rekomendacijoje Tarybos rekomendacijai dėl 2015 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2015 m. Lietuvos stabilumo programos Nr. COM(2015) 264 galutinis konstatuojama, kad Lietuvoje „Lovų skaičius ligoninėse vienam gyventojui vis dar didelis, palyginti su kitomis ES šalimis, – tai rodo, kad sveikatos priežiūros paslaugų srityje gali būti tam tikrų netolygumų. Kartu bendros valstybės investicijos į sveikatos priežiūros sektorių tebėra mažos.“;

14.5. valstybės įmoka už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis 3,2 karto mažesnė už vidutinę darbuotojo privalomojo sveikatos draudimo įmoką ir padengia tik 54 procentus šių asmenų sveikatos priežiūros išlaidų;

14.6. sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui 2012 metais pagal perkamąją galią buvo 1 219 eurų, Europos Sąjungos 28 valstybių narių vidurkis – 2 193 eurai.

15. Planas bus įgyvendinamas šiomis kryptimis:

15.1. pirmoji kryptis – ambulatorinių paslaugų plėtra, ypač pirminės sveikatos priežiūros ir ligų profilaktikos stiprinimas;

15.2. antroji kryptis – slaugos, ilgalaikio gydymo, paliatyviosios pagalbos ir geriatrijos paslaugų plėtra, intensyvesnė dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo paslaugų plėtra;

15.3. trečioji kryptis – stacionarinių paslaugų optimizavimas, nesudėtingų paslaugų perkėlimas į dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir ambulatorinį lygmenį, nebloginant šių paslaugų kokybės ir saugumo.

16. Atsižvelgiant į padėtį rajono lygmens ligoninėse, pagal antrąją ir trečiąją kryptis pirmenybė bus teikiama efektyvesnės veiklos priemonių įgyvendinimui šiose ligoninėse;

numatoma ligoninių tinklą konsoliduoti ir sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą racionalizuoti apskrities mastu, diegiant priimtinausią iš šių modelių:

16.1. atsisakyti specializuotų profilių paslaugų, pacientus, kuriems reikia šių paslaugų, siųsti į regiono ir respublikos lygmens ligonines;

16.2. sutelkti atitinkamo specializuoto profilio paslaugas apskrities centre esančioje ligoninėje arba vienoje iš šias paslaugas teikiančių apskrities teritorijoje esančių ligoninių, kuriose pacientų srautai didžiausi ir daugiau nuolat dirbančių to profilio paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros specialistų;

16.3. sutelkti stacionarines vaikų ligų paslaugas tose apskričių ir didžiųjų miestų ligoninėse, kuriose šių pacientų srautai didžiausi;

16.4. reorganizuoti ligonines, kuriose lovų naudojimo rodiklis santykinai labai žemas (mažiau kaip 250 dienų per metus), – prijungti jas prie apskrities centre esančių ligoninių ar kitose savivaldybėse veikiančių ligoninių (arba su savivaldybėse veikiančiomis ligoninėmis sujungti);

16.5. teikti ligoninėje tik slaugos, ilgalaikio gydymo, paliatyviosios pagalbos ir geriatrijos paslaugas, o jeigu prireiktų ir pritartų Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano įgyvendinimo koordinavimo taryba (toliau – Koordinavimo taryba), palikti ir minimalų skaičių terapinių lovų.

17. Pagal pirmąją kryptį numatoma:

17.1. atsižvelgiant į pažangiausių pasaulio sveikatos sistemų patirtį, perkelti didžiumą žmonių sveikatos problemų sprendimų iš gydytojų specialistų grandies į pirminės sveikatos priežiūros grandį, kad šeimos gydytojai spręstų iki 80 procentų šių problemų;

17.2. siekiant užtikrinti reikiamą skaičių šeimos gydytojų, vykdyti ilgalaikį jų poreikio planavimą, patikslinti planavimo kriterijus, kartu su Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija rezidentūros programose nustatyti, kad prioritetas – šeimos gydytojų rengimas;

17.3. skatinti pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigas gerinti teikiamų paslaugų kokybę – didinti apmokėjimą už skatinamąsias paslaugas (pacientų dokumentų parengimą neįgalumui, specialiesiems nuolatinės slaugos, nuolatinės priežiūros (pagalbos), lengvojo automobilio įsigijimo poreikiams nustatyti ir kita) ir gerus darbo rezultatus (kokybišką tuberkuliozės gydymą, racionalų antibiotikų skyrimą vaikams ir kita) iš sumos, numatytos šioms paslaugoms apmokėti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete, ir tam tikrą dalį šių lėšų skirti kaip finansinę paskatą tas paslaugas suteikusiems įstaigos darbuotojams;

17.4. numatyti priemones, skatinančias šeimos gydytojus aktyviau vykdyti ligų profilaktiką;

17.5. persvarstyti šeimos gydytojų ir gydytojų specialistų, teikiančių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvus, atsižvelgiant į apylinkės tipą, gyventojų tankį ir prisiregistravusių gyventojų dalį, kurią sudaro vyresnio amžiaus pacientai, siekiant užtikrinti tolygų šeimos gydytojų ir gydytojų specialistų, teikiančių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, darbo krūvį ir vienodą teikiamų paslaugų prieinamumą visiems pacientams;



17.6. papildyti šeimos gydytojo komandą socialiniais darbuotojais, didinti slaugytojų skaičių, suteikti jiems daugiau funkcijų;

17.7. koordinuojant asmens, visuomenės ir socialines paslaugas, skatinti gyventojų sveikatos raštingumą, pratinti juos sveikai gyventi, racionaliai vartoti vaistus, siekti ilgesnių sveiko gyvenimo metų;

17.8. užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą tarp pirminės ir antrinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, glaudesnę pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimą su kitais sveikatos priežiūros, socialinės apsaugos, švietimo, kultūros, meno darbuotojais, nevyriausybinėmis organizacijomis, vietos bendruomenėmis, nuolat analizuoti duomenis apie prisirašiusių prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos asmenų sveikatos problemas, šių problemų sprendimo būdus;

17.9. pagal finansines galimybes atnaujinti pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą;

17.10. užtikrinti, kad teritorinės ligonių kasos stebėtų pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pacientų, sergančiųjų pagrindinėmis lėtinėmis ligomis, hospitalizavimų skaičių;

17.11. įtraukti pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigas į E-sveikatos sistemą.

18. Pagal antrąją kryptį numatoma:

18.1. atsižvelgiant į Europos Sąjungos valstybių patirtį ir būtinybę diferencijuoti paslaugas, praplėsti galiojančiuose teisės aktuose įteisintą slaugos ir palaikomojo gydymo sampratą, jos apimtį ir keisti apmokėjimą už šias paslaugas, suskaidyti ją į 2 atskiras dalis:

18.1.1. slaugą;

18.1.2. ilgalaikį gydymą, sveikatos apsaugos ministro įsakymu apibrėžiant šių paslaugų sampratą, nustatant jų apimtį ir bazines kainas;

18.2. senstant visuomenei ir didėjant integruotos sveikatos priežiūros poreikiui, plėtoti slaugos, ilgalaikio gydymo, paliatyviosios pagalbos ir geriatrijos paslaugas, gerinti jų kokybę ir apmokėjimą;

18.3. perkelti pacientus po to, kai jie ištiriami, jiems nustatoma diagnozė ir pritaikomas pradinis aktyvus gydymas didžiosiose respublikinėse ir universitetų ligoninėse, į rajono lygmens ligonines tolesniam ilgalaikiam (pagal sveikatos būklę) gydymui, kad tretinio lygio įstaigoms nereikėtų teikti perteklinių antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų;

18.4. intensyviau plėtoti ambulatorinę slaugą mažose, toliau nuo didžiųjų miestų esančiose savivaldybėse, kuriose stacionarines slaugos paslaugas teikti ekonomiškai nenaudinga, – kurti mobilias komandas ar diegti kitus šių paslaugų teikimo modelius;

18.5. plėtoti slaugytojų funkcijas, suteikti jiems daugiau savarankiškumo, didinti jų darbo užmokestį.

19. Pagal trečiąją kryptį numatoma:

19.1. atsisakyti perteklinių aktyvaus gydymo lovų, tobulinti ligoninių vidaus struktūrą, specializuotas paslaugas keisti slaugos, ilgalaikio gydymo, geriatrijos, paliatyviosios pagalbos

paslaugomis, kad aktyvaus gydymo lovų užimtumas asmens sveikatos priežiūros įstaigose nebūtų mažesnis kaip 300 dienų per metus;

19.2. teikti akušerijos paslaugas, apmokamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, ligoninėse, kurios atitinka bent vieną iš šių reikalavimų (jeigu ligoninė neatitinka nė vieno iš Plano 19.2.1–19.2.4 papunkčiuose nurodytų reikalavimų, akušerijos paslaugų apmokėjimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto nutraukiamas):

19.2.1. bent vienais iš 2 iš eilės einančių paskutinių praėjusių metų ligoninėje priimta ne mažiau kaip 300 gimdymų;

19.2.2. atstumas nuo rajono lygmens ligoninės iki artimiausios akušerijos paslaugas teikiančios ligoninės – didesnis negu 50 kilometrų;

19.2.3. ligoninė yra gavusi paramą, dalyvaudama Lietuvos ir Šveicarijos bendradarbiavimo programoje pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Šveicarijos Konfederacijos Federacinės Tarybos 2007 m. gruodžio 20 d. pagrindų susitarimą dėl Lietuvos Respublikos ir Šveicarijos Konfederacijos bendradarbiavimo programos, kuria siekiama sumažinti ekonominius ir socialinius skirtumus išsiplėtusioje Europos Sąjungoje, įgyvendinimo; šiuo atveju akušerijos paslaugos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos 5 metus po to, kai įgyvendinama Lietuvos Respublikos ir Šveicarijos Konfederacijos bendradarbiavimo programa, – iki 2022 m. birželio 13 dienos;

19.2.4. akušerijos paslaugų infrastruktūrai gerinti ligoninė yra gavusi Europos Sąjungos 2007–2013 metų struktūrinių fondų paramą; šiuo atveju akušerijos paslaugos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos 5 metus po to, kai baigiamas įgyvendinti projektas, finansuojamas Europos Sąjungos 2007–2013 metų struktūrinių fondų lėšomis;

19.3. teikti chirurgijos paslaugas, apmokamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, ligoninėse, kurios atitinka bent vieną iš šių reikalavimų (Koordinavimo taryba, priėmusi sprendimą dėl ligoninės chirurgijos skyriaus uždarymo, vadovaudamasi sveikatos apsaugos ministro patvirtintu Dienos chirurgijos paslaugų sąrašu, pasiūlo toje ligoninėje teiktinų dienos chirurgijos paslaugų sąrašo projektą):

19.3.1. bent vienais iš 2 iš eilės einančių paskutinių praėjusių metų ligoninėje atlikta ne mažiau kaip 400 didžiųjų operacijų, nurodytų sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintame sąraše;

19.3.2. chirurgijos paslaugų infrastruktūrai gerinti ligoninė yra gavusi Europos Sąjungos 2007–2013 metų struktūrinių fondų paramą; šiuo atveju chirurgijos paslaugos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokamos 5 metus po to, kai baigiamas įgyvendinti projektas, finansuojamas Europos Sąjungos 2007–2013 metų struktūrinių fondų lėšomis;

19.3.3. Koordinavimo taryba, papildomai įvertinusi, kaip ligoninė apsirūpinusi chirurgijos paslaugoms teikti reikalingais žmogiškaisiais ištekliais (taip pat ir kiek atvykstančių iš kitur specialistų), reikiama medicinine įranga, kokie ligoninės įsipareigojimai, kiek investuota lėšų siekiant pritraukti į ligoninę naujus specialistus, ar tikslinga ir galima

teikti ligoninėje sveikatos priežiūros paslaugas esant nesudėtingoms patologijoms šeimos gydytojų nedarbo metu, ir kita, nusprendžia, kad ligoninėje turi būti teikiamos chirurgijos paslaugos, apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto;

19.4. specializuotas stacionarines paslaugas, skirtas sudėtingoms ligoms diagnozuoti ir gydyti sutelkti tretinio lygmens ligoninėse, o ne tokias specializuotas stacionarines paslaugas, skirtas plačiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti, stiprinti regiono ir rajono lygmens ligoninėse;

19.5. intensyviai plėtoti insulto, infarkto, traumų, onkologinių, vaikų ligų ir kitus integruoto ligų valdymo modelius (klasterius);

19.6. planuojant konkrečias Plano įgyvendinimo priemones, atsižvelgti į tai, kad padaugės greitosios medicinos pagalbos pervežimų ir reikės daugiau lėšų jų išlaidoms kompensuoti, nustatyti šių pervežimų tvarką.

## **VI SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS**

20. Plano įgyvendinimo priemonėms finansuoti Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto išlaidų dalyje numatoma Restruktūrizavimo programa. Sveikatos apsaugos ministras nustato šių lėšų skyrimo ir naudojimo tvarką.

21. Plano įgyvendinimą koordinuoja ir vertina sveikatos apsaugos ministro sudaryta Ketvirtąjo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo įgyvendinimo komisija (toliau – Koordinavimo komisija).

22. Plano įgyvendinimo apskrityse priemonių planams rengti, jų įgyvendinimui koordinuoti ir stebėsenai atlikti sveikatos apsaugos ministras sudaro kiekvienos apskrities koordinavimo tarybas. Į koordinavimo tarybų sudėtį įtraukiami atitinkamos apskrities ligoninių vadovai, apskričiai priklausančių savivaldybių atstovai, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai, atitinkamos apskrities teritorinės ligonių kasos vadovas (atstovas), prireikus – ir pacientus vienijančių asociacijų atstovai, visuomenės sveikatos specialistai. Koordinavimo tarybą sudaro ne daugiau kaip 25 nariai. Koordinavimo tarybos vadovu skiriamas atitinkamos apskrities teritorinės ligonių kasos vadovas arba Regiono plėtros tarybos pirmininkas.

23. Koordinavimo tarybos Plano įgyvendinimo apskrityse priemonių planų įgyvendinimo ataskaitas kas ketvirtį, iki kito ketvirčio pirmojo mėnesio 20 d., teikia Koordinavimo komisijai, kuri jas analizuoja, rengia apibendrintą informaciją ir imasi veiksmų, jeigu Plano įgyvendinimo apskrityse priemonių planų priemonės nevykdomos per nustatytus terminus.

24. Numatoma, kad sėkmingai įgyvendinus Planą:

24.1. pagerės paslaugų prieinamumas, jų kokybė ir saugumas;

24.2. bus efektyviau naudojami sveikatos sistemos finansiniai, žmogiškieji ir materialiniai ištekliai;

24.3. keičiant sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą perskirstytos lėšos galės būti naudojamos trūkstantiems sveikatos priežiūros paslaugoms plėtoti;

24.4. atsiras galimybė padidinti paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, bazinės kainas;

24.5. bus sudarytos sąlygos išvengti neigiamų asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rezultatų, nuostolių arba šiuos nuostolius sumažinti, taip pat didinti darbuotojų darbo užmokestį.

---