

**LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS KANCELIARIJOS  
VIEŠOJO VALDYMO IR SOCIALINĖS APLINKOS DEPARTAMENTO  
SOCIALINIŲ IR SVEIKATOS REIKALŲ SKYRIUS**

**PAŽYMA**

**DĖL VYRIAUSYBĖS NUTARIMO „DĖL KETVIRTO SVEIKATOS SISTEMOS PLĖTROS IR  
LIGONINIŲ TINKLO KONSOLIDAVIMO ETAPŲ PLANO PATVIRTINIMO“ PROJEKTO  
(NR.15-0849-02-N) (TAIS NR.15-7557(4))**

2015-12-01 Nr. NV – 3839

Vilnius

**1. Projekto rengėjas** - sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 5 d. įsakymu sudaryta darbo grupė, teikėjas – Sveikatos apsaugos ministerija (toliau – SAM).

**2. Projekto tikslas ir esmė.**

Vykdydama Vyriausybės programos 185 prioritetinę priemonę, SAM parengė projektą dėl ketvirto ligoninių pertvarkos etapo. Teikiamame projekte, atsižvelgus į esamą būklę ir iki šiol vykdytų trijų restruktūrizavimo etapų rezultatus, nustatyti Ketvirto restruktūrizavimo etapo tikslas, uždaviniai, įgyvendinimo kryptys ir siejami rezultatai. Nuo 2003 m. iki 2012 m. buvo įgyvendinami trys restruktūrizavimo etapai, kurių kiekvienas buvo reglamentuotas atitinkamais Vyriausybės nutarimais.

**Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano tikslas** – gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, saugumą ir prieinamumą, racionaliai panaudojant Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos finansinius, žmogiškuosius ir infrastruktūros išteklius.

Vyriausybei patvirtinus pateiktą nutarimą ir jam įsigaliojus, sveikatos apsaugos ministras turėtų:

1. per 10 darbo dienų sudaryti Ketvirto restruktūrizavimo etapo koordinavimo komisiją;
2. per vieną mėnesį sudaryti kiekvienos apskrities Ketvirto restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo koordinavimo tarybas (toliau – Koordinavimo taryba);
3. iki 2016 m. kovo 25 d. įvertinti ir patvirtinti Apskričių restruktūrizavimo planus, kuriuos iki 2016 m. vasario 25 d. turi parengti SAM kartu su Koordinavimo tarybomis.

***Rengiant Apskričių restruktūrizavimo planus būtina numatyti, kokius rezultatus ir kokiais terminais planuojama pasiekti, t. y.:***

iki 2016 m. kovo 31 d.:

- padidėjęs slaugos lovų skaičius nuo 2 iki 3 lovų 1000 gyventojų;
- nustatytas ilgalaikio gydymo paslaugų poreikis ir jų išdėstymas apskrityse;
- nutrauktas akušerijos paslaugų teikimas ir jų finansavimas iš PSDF, kai šios paslaugos neatitinka nei vieno iš numatytų reikalavimų (*per metus buvo priimta ne mažiau kaip 300 gimdymų; atstumas nuo rajono ligoninės iki artimiausios akušerijos paslaugas teikiančios įstaigos ne didesnis negu 50 km.; gauta ES fondų ar Šveicarijos parama*);

iki 2016 m. gruodžio 31 d.:

- iki 1 procento išaugusi ambulatorinių paslaugų apimtis apskrityse;
- įsteigta ne mažiau kaip 30 geriatrijos padalinių;
- padidėjęs papildomas apmokėjimas iš PSDF už pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros skatinamąsias paslaugas nuo 25 iki 27 procentų;

iki 2017 m. gruodžio 31 d.:

- išaugusi ambulatorinių paslaugų apimtis – iki 2 procentų (lyginant su Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinimo pradžia);
- išaugusi slaugos paslaugų apimtis – 4 procentais;
- siekiamas hospitalizacijos rodiklis – 19,4 atvejų 100 gyventojų;
- padidėjęs aktyvaus gydymo lovų užimtumas iki 300 dienų per metus;
- nutrauktas chirurgijos paslaugų teikimas ir jų finansavimas, kai jos neatitinka nei vieno numatytų reikalavimų (*per metus atlikta ne mažiau kaip 400 didžiųjų operacijų, gauta ES fondų parama*) ir dėl jų nutraukimo sprendimus priėmė Koordinavimo tarybos.

### ***Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinimas ir finansavimas***

Ketvirto restruktūrizavimo etapo koordinavimo komisija (toliau – Komisija) bus atsakinga už Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinimo koordinavimą ir vertinimą. Ji bendradarbiaus su kiekvienos apskrities Koordinavimo taryba, teiks metodines rekomendacijas ir vykdys kitas jai pavestas funkcijas.

Koordinavimo tarybą sudarys ne daugiau kaip 25 nariai, o jos vadovu bus skiriamas atitinkamos apskrities teritorinės ligonių kasos vadovas arba Regiono plėtros tarybos pirmininkas.

Koordinavimo taryba kas ketvirtį teiks ataskaitas apie Apskričių restruktūrizavimo planų įgyvendinimą Komisijai, kuri jas analizuos ir rengs apibendrintą informaciją bei prireikus imsis veiksmų, jeigu priemonės nebus vykdomos nustatytais terminais.

Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinimo priemonės numatoma finansuoti iš PSDF (Restruktūrizavimo programos) pagal sveikatos apsaugos ministro nustatytą šių lėšų skyrimo ir naudojimo tvarką.

### **3. Derinimas.**

Principinės Ketvirto restruktūrizavimo etapo nuostatos buvo pristatytos įvairiuose posėdžiuose ir pasitarimuose, kuriuose dalyvavo Lietuvos savivaldybių asociacija, savivaldybių merai arba jų deleguoti asmenys. Nutarimo projektas pristatytas ir aptartas su apskričių ligoninių vadovais, šeimos gydytojais ir gydytojais specialistais. Projektas taip pat svarstytas Seimo Sveikatos reikalų komiteto 2015 m. rugpjūčio 26 d. ir lapkričio 25 d. posėdžiuose, siūlymai pristatyti 2015 m. rugsėjo 28 d. Vyriausybės Strateginio komiteto posėdyje.

Teikiamas projektas patikslintas pagal kai kurias 2015 m. lapkričio 24 d. ministerijų atstovų pasitarime pateiktas ar išsakytas Vyriausybės kanceliarijos ir Ūkio ministerijos pastabas. Argumentai dėl Lietuvos savivaldybių asociacijos, Vilniaus ir Klaipėdos miestų savivaldybių, Nacionalinės sveikatos tarybos, Vyriausybės kanceliarijos ir Ūkio ministerijos pastabų, į kurias neatsižvelgta arba atsižvelgta iš dalies, pateikti derinimo pažymoje.

### **4. Dalykinio vertinimo išvada.**

Pakartotinai atkreiptinas dėmesys į nutarimo 2.1.4 papunktį, kuriuo siūloma Sveikatos apsaugos ministerijai inicijuoti, kad VŠĮ Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialui būtų grąžintas juridinio asmens statusas ir perduoti jo savininko teisių ir pareigų įgyvendinimą Sveikatos apsaugos ministerijai. Vilniaus miesto savivaldybė 2015 m. liepos 3 d. rašte nepritarė tokiai iniciatyvai, todėl siūlytina atsisakyti šio papunkčio, o prireikus atitinkamą nuostatą įrašyti į Vyriausybės posėdžio protokolinių sprendimų.

Projektas iš esmės atitinka Vyriausybės darbo reglamento reikalavimus.

Likus nesuderintų pastabų, projektas svarstytinas Vyriausybės pasitarime.

Socialinių ir sveikatos reikalų skyriaus patarėja



Nijolė Kundrotienė



## LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA

Biudžetinė įstaiga, Vilniaus g. 33, LT-01516 Vilnius, tel. (8 5) 266 1400,  
faks. (8 5) 266 1402, el. p. ministerija@sam.lt, http://www.sam.lt.  
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 188603472

Lietuvos Respublikos Vyriausybei

2015-12-04 Nr. (1.1.20) 10-10961  
į 2015-09-28 Nr. 5

## DĖL VYRIAUSYBĖS NUTARIMO PROJEKTO

Sveikatos apsaugos ministerija teikia Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“ projektą (toliau - Nutarimo projektas) ir su juo susijusius dokumentus, patikslintus pagal 2015 m. lapkričio 30 d. Vyriausybės kanceliarijos Teisės departamento, 2015 m. gruodžio 1 d. Vyriausybės kanceliarijos Viešojo valdymo ir socialinės aplinkos departamento Socialinių ir sveikatos reikalų skyriaus ir Ūkio ministerijos pastabas (pateiktas 2015 m. lapkričio 24 d. Ministerijų atstovų (viceministrų, ministerijų kanclerių) posėdyje).

Nutarimo projektas parengtas įgyvendinant 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 ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą“ (toliau – Ketvirtas restruktūrizavimo etapas).

Teikiamame Nutarimo projekte nustatyti Ketvirto restruktūrizavimo etapo tikslai, uždaviniai, įgyvendinimo kryptys, siekiami rezultatai ir jų vertinimo rodikliai, esamos būklės apžvalga, iki šiol vykdyto restruktūrizavimo proceso rezultatų apibūdinimas.

Ketvirto restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo kryptys:

- pirmoji kryptis – ambulatorinių paslaugų plėtra, ypač pirminės sveikatos priežiūros ir ligų profilaktikos stiprinimas;
- antroji kryptis – slaugos, ilgalaikio gydymo, paliatyvios pagalbos ir geriatrijos paslaugų plėtra bei intensyvesnis dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo paslaugų vystymas;
- trečioji kryptis – stacionarinių paslaugų optimizavimas, nesudėtingų paslaugų perkėlimas į dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir ambulatorinį lygmenį, nepabloginant šių paslaugų kokybės ir saugumo.

Nutarimo projektu viešosios įstaigos Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialui (toliau - filialas) siūloma grąžinti juridinio asmens statusą ir perduoti jo savininko teisių ir pareigų įgyvendinimą Sveikatos apsaugos ministerijai, siekiant išsaugoti vientisus ir racionalius sveikatos apsaugos sistemos valdymo principus ir atsižvelgiant į tai, kad:

- filialas teikia tretinio lygio stacionarines ir ambulatorines paslaugas, už kurių organizavimą, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, yra atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija;
- filiale išvystytos tretinio lygio stacionarinės vaikų alergologijos paslaugos, teikiamos visos Lietuvos pacientams;
- filiale veikia civilinės aviacijos centras, vienintelis Lietuvoje atliekantis pirminę aviatorių sveikatos patikrą;

- vykdant sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-825 „Dėl Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“, patvirtintą Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 metų veiksmų planą, filiale numatoma įsteigti vieną iš dviejų Lietuvos geriatrijos centrų.

Kitų sveikatos priežiūros įstaigų tinklo restruktūrizavimui pasiūlymus teiks kiekvienoje apskrityje planuojamos sudaryti Ketvirto restruktūrizavimo etapo koordinavimo tarybos, vadovaudamosi Nutarimo projekte nurodytais Ketvirto restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo krypčių aprašymais.

Sveikatos apsaugos ministerija numato kartu su Koordinavimo tarybomis, vadovaudamasi Nutarimo projekte nurodytais restruktūrizavimo įgyvendinimo krypčių aprašymais, parengti konkrečių apskričių asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo ir jo įgyvendinimo priemonių planus, nustatyti šių priemonių įgyvendinimo terminus ir atsakingus vykdytojus. Ketvirto restruktūrizavimo etapo priemonės bus planuojamos vadovaujantis bendradarbiavimo ir geranoriškumo principais, kaip to reikalauja Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio komiteto 2015 m. rugsėjo 28 d. posėdžio protokolas Nr. 5 (1 klausimas). Nutarimo projekte numatoma, kad Ketvirtas restruktūrizavimo etapas bus vykdomas iki 2017 m. gruodžio 31 d. Ketvirto restruktūrizavimo etapas bus pradėtas vykdyti įsigaliojus Nutarimui (bus inicijuojamas Ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo įgyvendinimo koordinavimo komisijos ir jo įgyvendinimo koordinavimo tarybų sudarymas ir kt.).

Projekte numatyti Ketvirto restruktūrizavimo etapo siekiami rezultatai 2016 m. kovo 31 d., 2016 m. gruodžio 31 d. ir 2017 m. gruodžio 31 d.

Dėl Ketvirto restruktūrizavimo etapo siekiamų rezultatų 2016 m. kovo 31 d. pažymėtina, kad:

1) laukiamas rezultatas „padidėjęs slaugos lovų skaičius nuo 2 iki 3 lovų 1000 gyventojų“ (5.1.1 punktas) turės būti įgyvendintas iki 2016 m. kovo 31 d., kadangi tai numatyta ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2016 metų veiklos prioritetų įgyvendinimo pažangos lentelės, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. spalio 14 d. nutarimu Nr. 1087 (toliau - Vyriausybės 2016 metų prioritetai), 4.3.3 punkte. Apskaičiuota, kad slaugos ir palaikomojo gydymo lovų, tenkančių 1000 gyventojų, skaičius savivaldybėje, kurioje pagal amžiaus struktūrą apskaičiuotas didžiausias slaugos poreikis, gali siekti iki 3. Slaugos lovų poreikis ateinantiems metams buvo apskaičiuotas pagal praėjusių metų slaugos paslaugų suteikimo faktą šalies mastu, atsižvelgiant į pacientų amžių. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos pateiktais duomenimis 2016 m. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto projekte slaugos lovų plėtrai numatyta 4,8 mln. eurų.

2) laukiamas rezultatas „nustatytas ilgalaikio gydymo paslaugų poreikis ir jų išdėstymas apskrityse“ (5.1.2 punktas) bus įgyvendintas iki 2016 m. kovo 31 d., kadangi ilgalaikio gydymo paslaugų poreikis ir jų išdėstymas apskrityse turės būti numatytas konkrečių apskričių asmens sveikatos priežiūros paslaugų restruktūrizavimo ir jo įgyvendinimo priemonių planuose, kuries turės būti patvirtinti iki 2015 m. kovo 25 d.

3) laukiamas rezultatas „nutrauktas akušerijos paslaugų teikimas ir jų finansavimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, kai šios paslaugos neatitinka nei vieno iš Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano 19.2.1-19.2.4 papunkčiuose numatytų reikalavimų“ (5.1.3 punktas) galės būti įgyvendintas iki 2016 m. kovo 31 d., kadangi stacionarinės akušerijos paslaugoms nuo 2016 m. sausio 1 d. bus taikomas Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašo, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimu Nr. 370, 10.2 punktas (įvertinus asmens sveikatos priežiūros įstaigoje suteiktų paslaugų skaičių per laikotarpį nuo 2014 m. liepos 1 d. iki 2015 m. birželio 30 d.). Pažymėtina, kad tiek minėtame nutarime, tiek projekte nustatyta 300 gimdymų riba pasirinkta atsižvelgiant į tai, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikime ypač svarbus veiksnys yra paslaugos saugumas pacientams, kuris didžiaja dalimi yra susijęs su pakankama paslaugų apimtimi,

kad būtų efektyviai naudojamas gydytojų specialistų darbo laikas ir užtikrinama jų kompetencija bei efektyvus medicininės įrangos apkrovimas. Įstaigoje per metus priimat ne mažiau kaip 300 gimdymų yra užtikrinamas sveikatos priežiūros specialistų kompetencijos išlaikymas ir medicinos įrangos tinkamas apkrovimas bei naudojimo efektyvumas. Sąlyga nuraukti akušerijos paslaugų teikimą, kai atstumas nuo rajono lygmens ligoninės iki artimiausios akušerijos paslaugas teikiančios ligoninės yra mažesnis negu 50 km, taip pat susijusi tiek su medicinos įrangos naudojimu, tiek su gydytojų darbo laiko efektyviu naudojimu, kadangi esant dviem ligoninėms netoli viena kitos abiejų jų veiklos galimybės nėra pilnai išnaudojamos, o pacientų galimybė gauti akušerijos paslaugas kitoje netoliese esančioje ligoninėje yra vienodos. Sąlyga, kad akušerijos paslaugos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo 5 metus po Europos Sąjungos paramos ar paramos pagal Lietuvos ir Šveicarijos bendradarbiavimo programą gavimo nustatyta atsižvelgiant į šią paramą reglamentuojančiuose teisės aktuose nustatytą įpareigojimą 5 metus nenutraukti veiklos, kuriai gauta parama.

Dėl Ketvirto restruktūrizavimo etapo siekiamų rezultatų 2016 m. gruodžio 31 d. pažymėtina, kad:

1) laukiamas rezultatas „įsteigta ne mažiau kaip 30 geriatrijos padalinių kiekvienos apskrities asmens sveikatos priežiūros įstaigose“ susijęs su Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-825 „Dėl Sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“, 40 ir 41 punktuose numatytais rezultatais bei numatytas Vyriausybės 2016 metų prioritetų 4.3.4 papunktyje (įvykdymo terminas 2016 IV ketvirtis).

2) „ne mažiau kaip 400 didžiųjų operacijų“ riba nustatyta taipogi atsižvelgiant į siekį užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų saugumą pacientams. Įstaigoje per metus atliekant ne mažiau kaip 400 didžiųjų operacijų yra užtikrinamas sveikatos priežiūros specialistų kompetencijos išlaikymas ir medicinos įrangos tinkamas apkrovimas bei naudojimo efektyvumas. Be to, Projekto 19.3.3 p. (buvęs 20.3.3 p.) numatyta galimybė netaikyti minėto kriterijaus ir chirurgijos paslaugų, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, teikimą tęsti, kai Ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano įgyvendinimo koordinavimo taryba, papildomai įvertinusi ligoninės apsirūpinimą šioms paslaugoms teikti reikalingais žmogiškaisiais ištekliais (tame skaičiuje atvykstančių iš kitur specialistų proporciją), reikiama medicinine įranga, ligoninės įsipareigojimus ir investuotas lėšas siekiant pritraukti į ligoninę naujus specialistus, tikslingumą ir galimybes suteikti ligoninėje sveikatos priežiūros paslaugas nesudėtingų patologijų atvejais šeimos gydytojų nedarbo metu ir kt., nusprendžia, kad ligoninėje turi būti teikiamos chirurgijos paslaugos, apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto. Sąlyga, kad chirurgijos paslaugos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo 5 metus po Europos Sąjungos paramos, nustatyta atsižvelgiant į šią paramą reglamentuojančiuose teisės aktuose nustatytą įpareigojimą 5 metus nenutraukti veiklos, kuriai gauta parama.

3) laukiamas rezultatas „padidėjęs papildomas apmokėjimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo 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) nuo 25 iki 27 procentų“ nustatytas siekiant skatinti pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigas gerinti teikiamų paslaugų kokybę. Skatinamosios paslaugos nurodytos 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“.

Dėl Ketvirto restruktūrizavimo etapo siekiamų rezultatų 2017 m. gruodžio 31 d. pažymėtina, kad laukiamas rezultatas „padidėjęs lovų užimtumas iki 300 dienų per metus“ numatytas atsižvelgiant į tai, kad, kaip nurodyta Projekte, 2014 m. aktyvaus gydymo lovų užimtumas per metus yra tik 265,7 dienos ir yra nepakankamas.

Pagrindinės Ketvirto restruktūrizavimo etapo nuostatos suformuotos remiantis išsamia esamos Lietuvos sveikatos sistemos analize, sveikatos reformų patirtimi ir rezultatų vertinimu Europos Sąjungos valstybėse, Europos Komisijos 2015 m. gegužės 13 d. rekomendacija Tarybos rekomendacijai dėl 2015 m. Lietuvos nacionalinės reformų programos su Tarybos nuomone dėl 2015 m. Lietuvos stabilumo programos Nr. COM(2015) 264 galutinis.

Priėmus sprendimą dėl Ketvirto restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo, bus pasiekti šie pagrindiniai tikslai (teigiamas poveikis) - pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą, optimizuotos teikiamų paslaugų apimtys ir struktūra, racionalizuotas sveikatos sistemos finansinių bei infrastruktūros išteklių panaudojimas, stabilizuota sveikatos priežiūros įstaigų finansinė padėtis ir sudarytos galimybės sveikatos apsaugos sistemoje dirbančių darbuotojų atlyginimų didinimui.

Sveikatos apsaugos ministerija, siekdama visuomenės supratimo ir palaikymo, vykdė aktyvią Ketvirto restruktūrizavimo etapo idėjų ir siekiamų rezultatų viešinimo kampaniją. 2015 m. rugpjūčio 26 d. šį klausimą svarstė Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komitetas, posėdyje dalyvaujant Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos, Lietuvos savivaldybių asociacijos atstovams, savivaldybių ir sveikatos priežiūros įstaigų vadovams. 2015 m. rugsėjo 2 d. projektą svarstė ir jam iš esmės pritarė Sveikatos apsaugos ministerijos Kolegija, o 2015 m. rugsėjo 10 d. – Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. 2015 m. rugsėjo 3 d. raštu Nr. 14-57 savo nuomonę pateikė Nacionalinė sveikatos taryba, vėliau principinės Ketvirto restruktūrizavimo etapo nuostatos buvo pristatytos Nacionalinės sveikatos tarybos posėdyje, kuriame dalyvavo Lietuvos savivaldybių asociacija, savivaldybių merai arba jų deleguoti asmenys. 2015 m. rugpjūčio 24 d. nutarimu Nr. 1 pritarimą Ketvirto restruktūrizavimo etapo projektui išreiškė Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Senato Kolegija. Ministerijos vadovybė organizavo eilę išvykų į sveikatos priežiūros įstaigas ir susitiko su šių įstaigų darbuotojais arba jų atstovais, savivaldybių administracijomis. 2015 m. rugsėjo 21 d. Ketvirto restruktūrizavimo etapo projektas buvo pristatytas XVI Nacionalinės Lietuvos sveikatą stiprinančių ligoninių asociacijos konferencijoje, 2015 m. spalio 16 d. su pagrindinėmis jo nuostatomis ir rengimo eiga buvo supažindinti išplėstinio Lietuvos gydytojų vadovų sąjungos tarybos posėdžio dalyviai, o 2015 m. spalio 19 d. šis projektas buvo aptartas su Kauno ir Marijampolės apskričių ligoninių vadovais, šeimos gydytojais ir gydytojais specialistais. Projektas buvo pristatytas susitikimuose su Klaipėdos, Kauno ir Panevėžio teritorinių ligonių kasų veiklos zonų asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovais. Tokie susitikimai artimiausiu metu vyks ir su Šiaulių bei Vilniaus teritorinių ligonių kasų veiklos zonų asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovais. Projekte taip pat įvertinti Lietuvos rajonų ligoninių asociacijos pasiūlymai. Taip pat projektas pristatomas sveikatos apsaugos ministrės vizitų į rajono lygmens asmens sveikatos priežiūros įstaigas metu.

Projektas taip pat svarstytas Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto 2015 m. rugpjūčio 26 d. ir lapkričio 25 d. posėdžiuose.

Pažymėtina, kad detalaus projekto poveikio vertinimo atlikti netikslinga, nes vadovaujantis šiame projekte nustatytais principinėmis nuostatomis bus pasirinkti konkretūs restruktūrizavimo modeliai pagal apskritis ir parengti kiekvienos apskrities restruktūrizavimo planai.

Taip pat informuojame, kad jau inicijuojamas kai kurių savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų reorganizavimas (Zarasų, Kupiškio, Širvintų, Švenčionių).

Be to, Seime įregistruotas Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 10, 27 straipsnių pakeitimo įstatymas Nr. XII P-3579, kuriuo siūloma nustatyti, kad LNSS viešųjų įstaigų steigėjais gali būti Sveikatos apsaugos ministerija kartu su savivaldybės taryba (savivaldybių tarybomis). Tuo siekiama sudaryti sąlygas efektyvesniam skirtingų steigėjų sveikatos priežiūros įstaigų steigimui ar sujungimui, kad būtų užtikrinta pacientų teisė gauti kokybiškas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kuo efektyviau panaudojant sveikatos priežiūros žmogiškuosius ir ribotus finansinius išteklius.

Su visuomene konsultuojamasi Projektą paskelbus Lietuvos Respublikos Seimo Teisės aktų informacinės sistemos Projektų registravimo posistemyje.

Projektas derintas su Švietimo ir mokslo bei Finansų ministerijomis ir Lietuvos savivaldybių asociacija, taip pat gautos Nacionalinės sveikatos tarybos pastabos (institucijų raštų kopijos Lietuvos Respublikos Vyriausybei pateiktos Sveikatos apsaugos ministerijos 2015 m. lapkričio 4 d. raštu Nr. 10-9808). Gautos Vyriausybės kanceliarijos Teisės departamento (2015-11-30 išvada Nr. NV-3826), Vyriausybės kanceliarijos Viešojo valdymo ir socialinės aplinkos departamento Socialinių ir sveikatos reikalų skyriaus (2015-12-01 pažyma Nr. NV-3839) ir Ūkio ministerijos (pateiktos 2015 m. lapkričio 24 d. Ministerijų atstovų (viceministrų, ministerijų kanclerių) posėdyje) pastabos. Pastabų, į kurias neatsižvelgta arba atsižvelgta iš dalies, vertinimas pateiktas projekto derinimo pažymoje.

Projektą parengė sveikatos apsaugos ministro 2015 m. sausio 5 d. įsakymu Nr. V-2 „Dėl Sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo pirmojo etapo įgyvendinimo priemonių plano parengimo darbo grupės sudarymo“ sudaryta darbo grupė (vadovė – viceministrė Laimutė Vaidelienė).

PRIDEDAMA:

1. Projektas, 10 lapų.
2. Projekto derinimo pažyma, 6 lapai.
3. Ūkio ministerijos 2015 m. lapkričio 24 d. pastabų kopija, 2 lapai.

Sveikatos apsaugos ministrė



Rimantė Šalaševičiūtė

LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖ

NUTARIMAS

DĖL KETVIRTO SVEIKATOS SISTEMOS PLĖTROS IR LIGONINIŲ TINKLO  
KONSOLIDAVIMO ETAPO PLANO PATVIRTINIMO

2015 m.

d. Nr.

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 Ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planą (toliau – Ketvirto restruktūrizavimo etapo planas) (pridedama).

2. Pavesti:

2.1. sveikatos apsaugos ministrui:

2.1.1. per 10 darbo dienų nuo šio nutarimo įsigaliojimo sudaryti Ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo (toliau – Ketvirtas restruktūrizavimo etapas) įgyvendinimo koordinavimo komisiją;

2.1.2. per vieną mėnesį nuo šio nutarimo įsigaliojimo sudaryti kiekvienos apskrities Ketvirto restruktūrizavimo etapo įgyvendinimo koordinavimo tarybas (toliau – Koordinavimo taryba);

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

2.1.4. inicijuoti viešosios įstaigos Vilniaus miesto klinikinės ligoninės reorganizavimą padalijimo būdu įsteigiant viešąją įstaigą Antakalnio ligoninę (vietoje dabartinio viešosios įstaigos Vilniaus miesto klinikinės ligoninės Antakalnio filialo), kurios savininko teises ir pareigas įgyvendintų Sveikatos apsaugos ministerija.

2.2. Sveikatos apsaugos ministerijai kartu su Koordinavimo tarybomis iki 2016 m. vasario 25 d. parengti Apskričių restruktūrizavimo planus, numatant atsakingus vykdytojus ir tokius priemonių įgyvendinimo terminus, kad būtų užtikrintas Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano 5 punkte nurodytų rezultatų pasiekimas tame punkte nurodytais terminais.

3. Rekomenduoti savivaldybėms dalyvauti įgyvendinant Ketvirto restruktūrizavimo etapo planą.

Ministras Pirmininkas

Sveikatos apsaugos ministras

Lietuvos Respublikos  
Sveikatos apsaugos ministrė  
Rimantė Šadžėvičiūtė

2015 12 04

Teisės departamento direktorė

Nerija Stagiūnaitė

2015 12 03

8



PATVIRTINTA  
Lietuvos Respublikos Vyriausybės  
2015 m. d. nutarimu Nr.

## **KETVIRTO SVEIKATOS SISTEMOS PLĖTROS IR LIGONINIŲ TINKLO KONSOLIDAVIMO ETAPO PLANAS**

### **I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Ketvirto sveikatos sistemos plėtos ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo planas (toliau – Ketvirto restruktūrizavimo etapo planas) nustato Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano tikslą, uždavinius, įgyvendinimo kryptis ir siekiamus rezultatus.
2. Ketvirto restruktūrizavimo etapo planas bus įgyvendinamas iki 2017 m. gruodžio 31 d.

### **II SKYRIUS KETVIRTO RESTRUKTŪRIZAVIMO ETAPO PLANO TIKSLAS, UŽDAVINIAI IR SIEKIAMI REZULTATAI**

3. Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano tikslas – gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – paslaugos) kokybę, saugumą ir prieinamumą, racionaliai panaudojant Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos finansinius, žmogiškuosius ir infrastruktūros išteklius.
4. Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano uždaviniai:
  - 4.1. konsoliduoti asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų struktūrą:
    - 4.1.1. nesudėtingoms paslaugoms taikyti geografinio prieinamumo principą;
    - 4.1.2. sudėtingoms paslaugoms (ligoms ir sveikatos sutrikimams, kuriems būdingi įvairūs simptomai arba požymiai, dėl kurių būtinos asmens sveikatos priežiūros specialistų komandų teikiamos kelių profilių paslaugos) geografinio prieinamumo principas nebeturi galioti, jį turi pakeisti kokybiškų ir saugių paslaugų prieinamumo principas, jų diagnostika ir gydymas turi būti koncentruojamas universitetų, kitų respublikos lygmens bei regiono lygmens ligoninėse, šias įstaigas aprūpinant aukščiausios kvalifikacijos specialistais, jose diegiant naujausias technologijas ir pažangiausią įrangą;
  - 4.2. vykdyti koordinuoto ir integruoto ligų valdymo (klasterių) plėtrą;
  - 4.3. didinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą ir optimizuoti paslaugų pasiskirstymą tarp asmens sveikatos priežiūros įstaigų, ypatingą dėmesį atkreipiant į racionalesnį jų paskirstymą apskričių teritorijose;
  - 4.4. gerinti paslaugų prieinamumą, nenaudojamas asmens sveikatos priežiūros įstaigų lovas pirmiausia panaudoti paslaugų, kurių poreikis nėra patenkintas (slaugos, ilgalaikio gydymo, geriatrijos, paliatyvios pagalbos), teikimui.
5. Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano siekiami rezultatai, kurie turi būti pasiekti nustatytais terminais:
  - 5.1. iki 2016 m. kovo 31 d.:
    - 5.1.1. padidėjęs slaugos lovų skaičius nuo 2 iki 3 lovų 1000 gyventojų;

5.1.2. nustatytas ilgalaikio gydymo paslaugų poreikis ir jų išdėstymas apskrityse;

5.1.3. nutrauktas akušerijos paslaugų teikimas ir jų finansavimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo, kai šios paslaugos neatitinka nei vieno iš Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano 19.2.1-19.2.4 papunkčiuose numatytų reikalavimų;

5.2. iki 2016 m. gruodžio 31 d.:

5.2.1. iki 1 procento išaugusi ambulatorinių paslaugų apimtis apskrityse;

5.2.2. įsteigta ne mažiau kaip 30 geriatrijos padalinių;

5.2.3. padidėjęs papildomas apmokėjimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo 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) nuo 25 iki 27 procentų;

5.3. iki 2017 m. gruodžio 31 d.:

5.3.1. išaugusi ambulatorinių paslaugų apimtis – iki 2 procentų (lyginant su Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinimo pradžia);

5.3.2. išaugusi slaugos paslaugų apimtis – 4 procentais;

5.3.3. siekiamas hospitalizacijos rodiklis – 19,4 atvejų 100 gyventojų;

5.3.4. padidėjęs Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano 8.1 papunktyje nurodytų lovų užimtumas iki 300 dienų per metus;

5.3.5. nutrauktas chirurgijos paslaugų teikimas ir jų finansavimas, kai jos neatitinka nei vieno iš Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano 19.3.1-19.3.3 papunkčiuose numatytų reikalavimų.

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

6. Lietuvoje 2014 m. gruodžio 31 d. veikė:

6.1. 94 stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ligoninė), iš jų:

6.1.1. valstybės ir savivaldybių – 87:

6.1.1.1. kitos nei nurodytos Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano 6.1.1.2 papunktyje ligoninės (toliau – aktyvaus gydymo ligoninė) – 75;

6.1.1.2. slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės – 12;

6.1.2. privačios – 7;

6.2. 1394 ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, iš jų:

6.2.1. valstybės ir savivaldybių – 408;

6.2.2. privačios – 986.

7. 75 valstybės ir savivaldybių aktyvaus gydymo ligoninių dalininko (savininko) teisės ir pareigos įgyvendina:

7.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija – 21 ligoninės;

7.2. Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija – 1 ligoninės;

7.3. Lietuvos Respublikos teisingumo ministerija – 1 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 nei nurodytos Ketvirto restruktūrizavimo etapo 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 2014 m. Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigų aktyvaus gydymo lovų veiklos 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. Pagrindiniai sveikatos sistemos trūkumai, trukdantys užtikrinti efektyvų turimų sveikatos sistemos finansinių ir materialinių išteklių panaudojimą, yra šie:
  - 10.1. bendroje paslaugų apimtyje pernelyg didelę dalį užima stacionarinės paslaugos;
  - 10.2. perteklinis lovų aktyvaus gydymo ligoninėse skaičius – šis rodiklis sudaro 7,3 lovos 1 000 gyventojų ir yra 38 procentais didesnis už Europos Sąjungos vidurkį, pagal šį rodiklį Lietuva užima trečią vietą 28 Europos Sąjungos valstybių tarpe;
  - 10.3. aukštas aktyvaus gydymo stacionaro ligonių (be dienos stacionaro atvejų) rodiklis – 100 gyventojų tenka 20,21 (2014 m.) aktyvaus gydymo stacionaro ligonių, o Europos Sąjungos šalių vidurkis - 16,2 (2013 m.);
  - 10.4. neefektyvus turimų ligoninių lovų panaudojimas - panaudojama tik 73 procentai lovų. Šis rodiklis ypač žemas tose savivaldybėse, kuriose gyventojų skaičius sudaro apie 20 tūkstančių ir kuriuose atstumas nuo rajono lygmens ligoninės iki apskrities centre ar didesniame mieste esančios ligoninės yra nedidelis. Tokios rajono lygmens ligoninės dėl nedidelio pacientų skaičiaus negali, o mažėjant gyventojų skaičiui, tikėtina, kad ir ateityje negalės, užtikrinti efektyvesnio lovų panaudojimo ir geresnių ligoninės veiklos rodiklių. Šiuo metu kai kuriose rajono lygmens ligoninėse neužimtos lovos per metus sudaro net 224 dienas;
  - 10.5. esant aktyvaus gydymo lovų pertekliui, tuo pat metu šių lovų trūksta slaugos ir palaikomojo gydymo, paliatyvios pagalbos bei geriatrijos paslaugoms teikti;
  - 10.6. Lietuvoje šeimos gydytojai 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

#### VIKDYTO RESTRUKTŪRIZAVIMO PROCESO REZULTATAI

- 11. Sveikatos apsaugos ministerija, vykdydama valstybinę sveikatos politiką, įgyvendino tris restruktūrizavimo etapus. Kiekvienas iš šių etapų buvo reglamentuotas atitinkamais Vyriausybės nutarimais:
  - 11.1. pirmasis restruktūrizavimo etapas – Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“, jo trukmė 2003-2005 m.;

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

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

12. Pagrindiniai restruktūrizavimo tikslai buvo:

12.1. ambulatorinių paslaugų plėtra;

12.2. slaugos paslaugų plėtra;

12.3. stacionarinių paslaugų optimizavimas.

13. Visų trijų restruktūrizavimo etapų rezultatai:

13.1. ligoninių skaičius sumažėjo 42 juridiniais asmenimis;

13.2. 14 rajono lygmens ligoninių (Druskininkų, Ignalinos, Joniškio, Kupiškio, Molėtų, Naujosios Akmenės, Pakruojo, Plungės, Prienų, Skuodo, Šakių, Šilalės, Varėnos, Zarasų), kuriose per vienerius metus nebuvo priimta 300 gimdymų, uždaryti akušerijos skyriai. Kadangi viešoji įstaiga Anykščių rajono savivaldybės ligoninė šio reikalavimo neatitinka, jos teikiamos akušerijos paslaugos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto nefinansuojamos, tačiau šias paslaugas finansuoja Anykščių rajono savivaldybė;

13.3. 12 rajono lygmens ligoninių (Gargždų, Ignalinos, Kaišiadorių, Kupiškio, Kuršėnų, Molėtų, Naujosios Akmenės, Pakruojo, Prienų, Šilalės, Širvintų, Zarasų), kuriose per vienerius metus didžiųjų operacijų, kurių sąrašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras, skaičius nesiekė nustatytos ribos, buvo uždaryti chirurgijos skyriai;

13.4. buvo centralizuotas greitosios medicinos pagalbos paslaugų valdymas, ko pasėkoje vietoje 56 greitosios medicinos pagalbos dispečerinių tarnybų greitosios medicinos pagalbos pajėgų valdymas sukoncentruotas 8 greitosios medicinos pagalbos dispečerinėse tarnybose;

13.5. greitosios medicinos pagalbos paslaugas teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų skaičius sumažintas 5 juridiniais asmenimis (Lazdijų, Pagėgių, Palangos, Rietavo, Širvintų), o Kalvarijų ir Kazlų Rūdos greitosios medicinos pagalbos paslaugos buvo perduotos Marijampolės greitosios medicinos pagalbos stočiai, tačiau jos neturėjo savarankiško juridinio asmens statuso;

13.6. pradėtos teikti, vėliau nuolat plėtojamoms dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugos, vykdyta ambulatorinių bei slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų plėtra.

## V SKYRIUS

### KETVIRTO RESTRUKTŪRIZAVIMO ETAPO PLANO ĮGYVENDINIMO KRYPTYS

14. Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinimo kryptys (toliau - kryptis) suformuotos įvertinant tai, kad:

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

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

14.3. nesant pakankamo pacientų srauto, daugelyje rajono lygmens ligoninių neracionaliai panaudojamos turimos lovos ir finansiniai bei 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 yra 3,2 karto mažesnė už vidutinę dirbančiojo privalomojo sveikatos draudimo įmoką ir tik 54 procentais padengia šių asmenų sveikatos priežiūros išlaidas;

14.6. sveikatos priežiūros išlaidos vienam gyventojui 2012 m. pagal perkamąją galią sudarė 1219 eurų, tuo tarpu Europos Sąjungos 28 valstybių narių vidurkis - 2193 eurai.

15. Ketvirto restruktūrizavimo etapas 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, paliatyvios pagalbos ir geriatrijos paslaugų plėtra bei intensyvesnis dienos stacionaro, dienos chirurgijos, stebėjimo paslaugų vystymas;

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

16. Atsižvelgiant į susidariusią padėtį rajono lygmens ligoninėse, įgyvendinant antrąją ir trečiąją kryptis pirmenybė teikiama efektyvesnės veiklos priemonių įgyvendinimui rajono lygmens ligoninėse ir numatoma ligoninių tinklą konsoliduoti ir sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą racionalizuoti apskrities mastu, taikant priimtinausią iš šių modelių:

16.1. atsisakyti specializuotų profilių paslaugų, pacientų srautus dėl šių paslaugų nukreipiant į regiono ir respublikos lygmens ligonines;

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

16.3. apskrityse ir didžiuosiuose miestuose stacionarines vaikų ligų paslaugas koncentruoti ligoninėse, kuriose šių pacientų srautai didžiausi;

16.4. ligonines, kuriose lovų panaudojimo rodiklis yra santykinai labai žemas (nesiekia 250 dienų per metus), reorganizuoti prijungiant jas prie apskrities centre esančių ligoninių ar prijungiant/sujungiant su kitose savivaldybėse veikiančiomis ligoninėmis;

16.5. ligoninėje teikti tik slaugos, ilgalaikio gydymo, paliatyvios pagalbos ir geriatrijos paslaugas, o esant poreikiui ir Ketvirto sveikatos sistemos plėtos ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano įgyvendinimo koordinavimo tarybai (toliau - Koordinavimo taryba) pritarus - paliekant ir minimalų terapinių lovų skaičių.

17. Įgyvendinant pirmąją kryptį numatoma:

17.1. atsižvelgiant į pažangiausių pasaulio sveikatos sistemų praktiką, perkelti didžiąją žmonių sveikatos problemų sprendimo dalį iš gydytojų specialistų grandies į pirminę sveikatos priežiūrą, siekiant kad šeimos gydytojai spręstų iki 80 procentų sveikatos problemų;

17.2. siekiant užtikrinti reikiamą šeimos gydytojų skaičių, vykdyti ilgalaikį jų poreikio planavimą, patikslinti planavimo kriterijus, kartu su Švietimo ir mokslo ministerija įtvirtinti šeimos gydytojų rengimo prioritetą rezidentūros programose;

17.3. skatinti pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigas gerinti teikiamų paslaugų kokybę, didinant skatinamųjų paslaugų (už pacientų dokumentų parengimą neįgalumo, specialiųjų nuolatinės slaugos, nuolatinės priežiūros (pagalbos), lengvojo automobilio įsigijimo poreikių nustatymui ir kt.) ir apmokėjimo už gerus darbo rezultatus (kokybišką tuberkuliozės gydymą, racionalų antibiotikų skyrimą vaikams ir kt.) dalį bendroje šių paslaugų apmokėjimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto sumoje, atitinkamą 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. peržiūrėti ir pakoreguoti šeimos gydytojų ir gydytojų specialistų, teikiančių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvus, atsižvelgiant į apylinkės tipą, gyventojų išsidėstymo tankumą bei vyresnio amžiaus asmenų dalį tarp prisiregistravusių gyventojų, siekiant užtikrinti tolygų šeimos gydytojų ir gydytojų specialistų, teikiančių pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas, darbo krūvį ir jų teikiamų paslaugų vienodą prieinamumą visiems pacientams;

17.6. šeimos gydytojo komandą papildyti socialiniais darbuotojais, padidinti slaugytojų skaičių, suteikiant jiems daugiau funkcijų;

17.7. koordinuojant asmens, visuomenės ir socialines paslaugas skatinti gyventojų sveikatos raštingumą, propaguoti sveiką gyvenimo būdą, racionalų vaistų vartojimą, 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 bei 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. teritorinėms ligonių kasoms stebėti pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų pacientų hospitalizavimo dėl sergančiųjų pagrindinėmis lėtinėmis ligomis atvejų skaičių;

17.11. pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigas integruoti į e-sveikatos sistemą.

18. Įgyvendinant antrąją kryptį numatoma:

18.1. atsižvelgiant į Europos Sąjungos valstybių praktiką ir paslaugų diferencijavimo poreikį, pakeisti ir praplėsti galiojančiuose teisės aktuose įteisintą slaugos ir palaikomojo gydymo sampratą, jos apimtį ir apmokėjimą, suskaidant ją į dvi atskiras dalis:

18.1.1. slaugą;

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

18.2. dėl senstančios visuomenės augant integruotos sveikatos priežiūros poreikiui, plėtoti slaugos, ilgalaikio gydymo, paliatyvios pagalbos ir geriatrijos paslaugas bei gerinti jų kokybę ir apmokėjimą;

18.3. po pacientų ištyrimo, diagnozės nustatymo ir pradinio aktyvaus gydymo didžiosiose respublikinėse bei universitetų ligoninėse, perkelti juos į rajono lygmens ligonines

tolimesniam ilgalaikiam (pagal sveikatos būklės poreikį) gydymui, tuo atpalaiduojant tretinio lygio įstaigas nuo perteklinių antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo;

18.4. mažose, nuo didžiųjų miestų nutolusiose savivaldybėse, kuriose stacionariųjų slaugos paslaugų teikimas yra ekonomiškai nenaudingas, intensyviau plėtoti ambulatorinę slaugą, kuriant mobilias komandas ar kitus šių paslaugų teikimo modelius;

18.5. plėtoti slaugytojų funkcijas, suteikti jiems didesnę savarankiškumą, didinti jų darbo apmokėjimo lygį.

19. Įgyvendinant trečiąją kryptį numatoma:

19.1. atsisakyti perteklinių aktyvaus gydymo lovų, tobulinti ligoninių vidaus struktūrą, specializuotas paslaugas keisti slaugos, ilgalaikio gydymo, geriatrijos, paliatyvios pagalbos paslaugomis, siekiant kad aktyvaus gydymo lovų užimtumas asmens sveikatos priežiūros įstaigose nebūtų mažesnis kaip 300 dienų per metus;

19.2. akušerijos paslaugas teikti bei apmokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tais atvejais, kai ligoninė atitinka bent vieną iš šių reikalavimų:

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

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

19.2.3. ligoninė yra gavusi paramą, dalyvaudama Lietuvos ir Šveicarijos bendradarbiavimo programoje pagal 2007 m. gruodžio 20 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės ir Šveicarijos Konfederacijos Federacinės Tarybos 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 Lietuvos Respublikos ir Šveicarijos Konfederacijos bendradarbiavimo programos gyvendinimo, t.y. iki 2022 m. birželio 13 d.;

19.2.4. akušerijos paslaugų infrastruktūros gerinimui 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 projekto, finansuojamo Europos Sąjungos 2007-2013 metų struktūrinių fondų lėšomis, įgyvendinimo pabaigos;

19.2.5. jeigu ligoninė neatitinka nė vieno iš Ketvirtą restruktūrizavimo etapo 19.2.1-19.2.4 papunkčiuose nurodytų reikalavimų, akušerijos paslaugų apmokėjimas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto nutraukiamas;

19.3. chirurgijos paslaugas teikti ir apmokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto tais atvejais, kai ligoninė atitinka bent vieną iš šių reikalavimų:

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

19.3.2. chirurgijos paslaugų infrastruktūros gerinimui 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 projekto, finansuojamo Europos Sąjungos 2007-2013 metų struktūrinių fondų lėšomis, įgyvendinimo pabaigos;

19.3.3. Koordinavimo taryba, papildomai įvertinusi ligoninės apsirūpinimą šioms paslaugoms teikti reikalingais žmogiškaisiais ištekliais (tame skaičiuje atvykstančių iš kitur specialistų proporcija), reikiama medicininė įranga, ligoninės įsipareigojimus ir investuotas

lėšas siekiant pritraukti į ligoninę naujus specialistus, tikslingumą ir galimybes suteikti ligoninėje sveikatos priežiūros paslaugas nesudėtingų patologijų atvejais šeimos gydytojų nedarbo metu ir kt., nusprendžia, kad ligoninėje turi būti teikiamos chirurgijos paslaugos, apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto;

19.4. 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;

19.5. specializuotas stacionarines paslaugas sudėtingų ligų diagnostikai ir gydymui sutelkti tretinio lygmens ligoninėse, mažiau specializuotų stacionarinių paslaugų teikimą plačiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti stiprinti regiono ir rajono lygmens ligoninėse;

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

19.7. planuojant konkrečias Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinimo priemones, įvertinti padidėjančių greitosios medicinos pagalbos pervežimų kiekį ir jų išlaidoms kompensuoti reikalingų lėšų poreikį, reglamentuoti šių pervežimų tvarką.

## **VI SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS**

20. Ketvirto restruktūrizavimo etapo 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. Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinimą koordinuoja ir vertina sveikatos apsaugos ministro sudaryta Ketvirto restruktūrizavimo etapo koordinavimo komisija.

22. Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinimo apskrityse priemonių planų parengimui, jų įgyvendinimo koordinavimui bei stebėsenai sveikatos apsaugos ministras sudaro kiekvienos apskrities Koordinavimo tarybas. Į Koordinavimo tarybos sudėtį įtraukiami atitinkamos apskrities ligoninių vadovai, apskričiai priklausančių savivaldybių atstovai, Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos atstovai, atitinkamos apskrities teritorinės ligonių kasos vadovas (atstovas). Esant poreikiui, taip pat įtraukiami pacientus vienijančių asociacijų atstovai bei 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 apie Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinimo apskrityse priemonių planų įgyvendinimą kas ketvirtį, iki kito ketvirčio pirmo mėnesio 20 d. teikia ataskaitas Ketvirto restruktūrizavimo etapo koordinavimo komisijai, kuri jas analizuoja ir rengia apibendrintą informaciją bei prireikus imasi veiksmų, jeigu Ketvirto restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinimo apskrityse priemonių planų priemonės nevykdomos nustatytais terminais.

24. Planuojama, kad sėkmingai įgyvendinus Ketvirto restruktūrizavimo etapo planą:

24.1. pagerės paslaugų prieinamumas, jų kokybė ir saugumas;

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



24.3. sveikatos priežiūros paslaugų struktūros pokyčių rezultate perskirstytos lėšos galės būti naudojamos trūkstančių sveikatos priežiūros paslaugų plėtrai;

24.3. 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 arba juos ženkliai sumažinti bei padidinti dirbančiųjų darbo užmokestį.

Lietuvos Respublikos  
Sveikatos apsaugos ministrė

Rimantė Šalaševičiūtė  
00010 12 04

ML 1015/2 03  
Sveikatos apsaugos departamento direktorė  
Nerija Stasiulienė

**LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS KANCELIARIJOS  
TEISĖS DEPARTAMENTAS**

**IŠVADA**

**DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS NUTARIMO „DĖL KETVIRTOJO  
SVEIKATOS SISTEMOS PLĖTROS IR LIGONINIŲ TINKLO KONSOLIDAVIMO  
ETAPO PLANO PATVIRTINIMO“ PROJEKTO**

**(toliau –Nutarimo projektas)**

**(Nr. 15-0849-02-N; TAIS Nr. 15-7557(4))**

2015-11-30 Nr. NV- 3826

Vilnius

Įvertinę patikslinto po 2015 m. lapkričio 24 d. ministerijų atstovų (viceministrų, ministerijų kanclerių) pasitarimo Nutarimo projekto atitiktį įstatymams, Vyriausybės nutarimams, teisės technikos reikalavimams, *tačiau negalėdami įvertinti Ketvirtąjo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių konsolidavimo etapo plane* (toliau - Ketvirtasis restruktūrizavimo etapo planas) *pateiktų faktinių duomenų teisingumo, pakartotinai* teikiame šias pastabas ir pasiūlymus:

1. Atsižvelgiant į tai, kad Ketvirtasis restruktūrizavimo etapo planas yra tam tikras *politinio pobūdžio dokumentas*, visgi siūlytume atsisakyti šio Nutarimo projekto 2.1.4 papunkčio kaip ne šio teisės akto reguliavimo dalyko, pažymint, kad siekiant Sveikatos apsaugos ministerijai perimti iš savivaldybės Vilniaus miesto klinikinės ligoninės (Antakalnio filialo) savininko teisių ir pareigų įgyvendinimą turėtų būti laikomasi Valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatymo reikalavimų (turėtų būti savivaldybės tarybos sprendimas, nors kaip matyti iš Vilniaus miesto savivaldybės mero 2015 m. liepos 3 d. rašto – nepritariama tokiai nuostatai), be kita ko akcentuojame, kad vartojama formuluotė „Antakalnio filialui būtų grąžintas juridinio asmens statusas“ yra teisiškai neteisinga ir nesuderinama su Civiliniu kodeksu.

2. Nutarimo projekto 2.1.3 papunktį konkretizuoti, nurodant, kokio subjekto pateiktus pasiūlymus pavedama įvertinti ir patvirtinti sveikatos apsaugos ministrui.

3. Atkreiptinas dėmesys, kad vadovaujantis Viešųjų įstaigų įstatymo 4 str. 1 dalimi viešosios įstaigos steigėjai gali būti tik valstybė, savivaldybės ar kiti iš įstaigos veiklos nesiekiantys sau asmenys, todėl svarstyтина, ar tikslu Ketvirtąjo restruktūrizavimo etapo plano 7 punkte kaip steigėjus nurodyti konkrečias ministerijas, savivaldybės tarybas, kai joms tėra pavedama įgyvendinti valstybės ir savivaldybių, kaip viešosios įstaigos savininkės ar dalininkės teisės ir pareigas.

4. Pažymėtina, kad vadovaujantis Konstitucinio Teismo jurisprudencija (Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimas, Konstitucinio Teismo 2014 m. vasario 26 d. sprendimas), būtent įstatymu turi būti aiškiai apibrėžta privalomojo sveikatos draudimo lėšomis finansuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų apimtis, nurodyti aiškūs kriterijai, pagal kuriuos būtų nustatoma, kokios sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų. Todėl, kaip ir buvo akcentuota Teisės departamento 2015 m. lapkričio 13 d. išvadoje Nr. 3634, pakartotinai pažymime, kad kriterijų, kuomet atsisakoma akušerijos paslaugas ar chirurgijos paslaugas apmokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, nurodymas Ketvirtojo restruktūrizavimo etapo plane (žr. 19 punktą), yra įstatyminio lygmens reguliavimo dalykas, todėl jį įtvirtinimo šiame dokumente siūlytume atsisakyti. Be kita ko šiame kontekste pažymime, kad poreikis šiuos nutarimu reguliuojamus visuomeninius teisinius santykius, remiantis Konstitucinio Teismo doktrina, sureguliuoti įstatymu išlieka, ir tai akcentuota buvo Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. posėdžio protokole Nr. 17 (14 kl.)).

Tas pats pasakytina ir dėl Ketvirtojo restruktūrizavimo etapo plano 20 punkto, nustatančio privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžete naują išlaidų dalį – „restruktūrizavimo programą“, suderinamumo su Sveikatos draudimo įstatymo 21 str. 1 dalimi, kurioje aiškiai nurodyta, kas sudaro Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidas. Be kita ko svarstytina, ar sveikatos apsaugos ministras turėtų ir galėtų nustatyti tokių lėšų skyrimo ir naudojimo tvarką.

5. Atkreiptinas dėmesys, kad Ketvirtasis restruktūrizavimo etapo plano 5.3.5 papunktys, vertinant šios nuostatos turinį, duodama netinkama nuoroda į kitus šio teisės akto papunkčius, siūlytume tikslinti.

6. Siūlytume Ketvirtojo restruktūrizavimo etapo plane atsisakyti teisiškai neapibrėžtų formuluočių: „didžiųjų“ (4.1.2 papunktis) „santykinai neseniai“ (10.6 papunktis), „nemaža dalis“ (10.7 papunktis), „ženkliai“ (14.1 papunktis), „aukštesnio lygmens“ (16.1 papunktis), „netoliese“ (16.4 papunktis).

7. Nėra aišku, kokie yra „pagrindiniai“ sveikatos sistemos veiklos rodikliai ir kur jie įtvirtinti (Ketvirtasis restruktūrizavimo etapo plano 14.1 papunktis).

8. Nėra aišku, kodėl siekiant pateikti sveikatos priežiūros išlaidų vienam gyventojui paskaičiavimus remiamasi tik 2012 metų duomenimis (trijų metų senumo) (Ketvirtasis restruktūrizavimo etapo plano 14.6 papunktis), kai Ketvirtasis restruktūrizavimo etapo planas bus pradėtas taikyti nuo 2016 metų.

9. Tikslinti Ketvirtojo restruktūrizavimo etapo plano 16.5 papunktį, atsižvelgiant į Ketvirtojo restruktūrizavimo etapo plano 1 punkte įvestą trumpinį.

10. Atsižvelgiant į Ketvirtojo restruktūrizavimo etapo plano 22 punkto nuostatas, kuriose nurodyta, jog į Koordinavimo tarybos sudėtį įeis ir savivaldybių atstovai, manytina, kad Nutarimo projektą reiktų pildyti rekomendacija savivaldybėms dalyvauti Ketvirtojo restruktūrizavimo etapo plano įgyvendinime.


Teisės departamento direktoriaus pavaduotojas



Aleksandr Radčenko

4

Siūlau įtraukti į Vyriausybės posėdžio (pasitarimo) darbotvarkės projektą

  
2015-12-02

Dėl Ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo (Nr. 15-0849-02-N) (15-73186)

**Pranešėjas:** sveikatos apsaugos ministrė R. Šalaševičiūtė

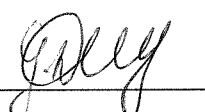
**Dalyvauja:** Sveikatos apsaugos ministerijos Teisės departamento Teisėkūros ir teisinio vertinimo skyriaus vyr. specialistė Aušrinė Storpirstienė

**Klausimo kuratorius:**

Posėdžių rengimo skyriaus  
patarėja

G. Dovydenienė

2015-11-16



<p>Apsvarstyta ministerijų atstovų pasitarime</p> <p><u>2015-11-24</u> (data)</p>	<p>Ministerijų atstovų pasitarimo protokolo įrašas</p> <p>1. Sušlyti SAM: 1.1. atsižvelgti į FM, KAM ir TR pastabas; 1.2. įvertinti ūM pastabas. Patikrintas projektą svarstyti Vyriausybės posėdyme.</p>
<p>Informacija apie projekto svarstymą Vyriausybės pasitarime ar/ir Vyriausybės posėdyje</p>	<p>Papildoma informacija</p>

prie 31 klausimo (LRV pos.)

Projektas

**LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖ  
POSĖDŽIO  
PROTOKOLAS**

2015 m. gruodžio .d. Nr.

**Dėl Ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo**

1. Priimti Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimą „Dėl Ketvirto sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“.
2. Siūlyti Sveikatos apsaugos ministerijai inicijuoti viešosios įstaigos Vilniaus miesto klinikinės ligoninės reorganizavimą.

Ministras Pirmininkas

Lietuvos Respublikos  
Sveikatos apsaugos ministerijai  
Rimantė Saločiūtė

2015 12 09

10151209  
Sveikatos departamento direktore  
Vėrija Stasiulienė