



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJA

Biudžetinė įstaiga, Vilniaus g. 33, LT-01506 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

202 - - Nr. ()10-

DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS NUTARIMO PROJEKTO TEIKIMO

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija (toliau – Ministerija) parengė ir teikia Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išdėstymo reikalavimų ir išdėstymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ projektą (toliau – Projektas).

Projekto tikslas – Lietuvos Respublikoje užtikrinti saugią, geros kokybės ir prieinamą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą gyventojams, efektyviai naudoti sveikatos priežiūrai skirtas lėšas, suformuojant Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ), teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas, tinklą ir taip įgyvendinti nuo 2023 m. rugpjūčio 1 d. įsigaliosiančias Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 1 ir 2 dalių nuostatas (toliau – Įstatymas).

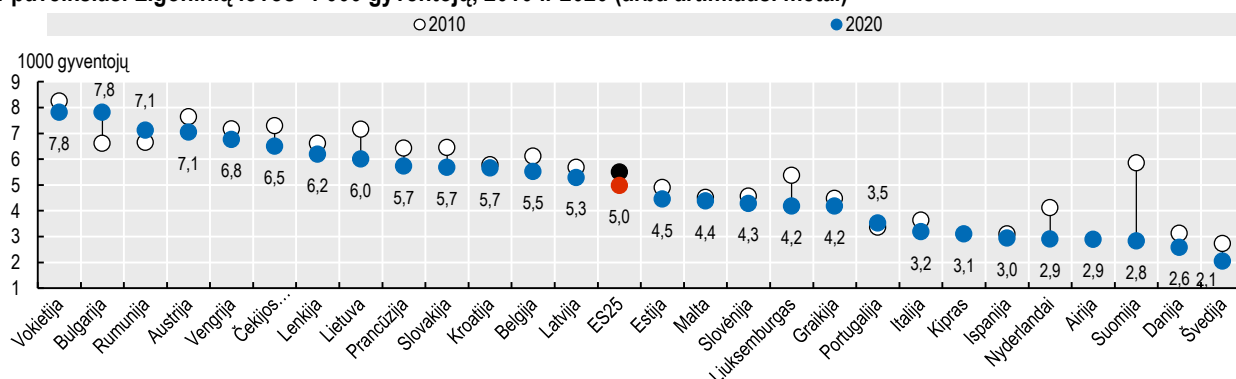
Projektu taip pat įgyvendinamos Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos valstybinio socialinio draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo, Lietuvos Respublikos ligos ir motinystės socialinio draudimo įstatymo ir jo pakeitimo įstatymo kai kurių nuostatų atitikties Lietuvos Respublikos Konstitucijai“ nuostatos dėl pareigos valstybės sveikatos politiką formuojančioms ir įgyvendinančioms valstybės institucijoms užtikrinti, kad valstybėje nuolat veiktų pakankamas tinklas tinkamai paskirstytų įvairias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų.

I. Sprendžiama problema

Stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, ūmios klinikinės būklės, lėtinės ligos paūmėjimo ar sužalojimo, kai reikalingas ištyrimas ir (ar) aktyvus medikamentinis ir (ar) chirurginis gydymas, kuris negali būti taikomas ne stacionaro sąlygomis. Tai būtinos ir reikalingos antrinio ir tretinio lygio paslaugos, kurių kokybiškas ir prieinamas teikimas pacientams privalo būti užtikrinamas. **Tačiau šiuo metu stacionarinių aktyviojo gydymo paslaugų teikimo organizavimas yra neefektyvus: šalies gyventojams neužtikrinamas tolygus minėtų paslaugų prieinamumas ir kokybė regionuose, daliai pacientų paslaugos gali būti suteiktos ne stacionare, o ambulatoriškai, paslaugų finansavimui ir infrastruktūrai reikalingos lėšos naudojamos neracionaliai.**

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (toliau – EBPO) duomenimis, 2010–2020 m. beveik visose ES šalyse sumažėjo vienam gyventojui tenkančių lovų skaičius ligoninėse – vidutiniškai 9 proc.. Lovų skaičius mažėja iš dalies dėl to, kad vis dažniau naudojamos dienos stacionaro paslaugomis ir trumpėja vidutinė gulėjimo trukmė. Lietuvoje per šį laikotarpį lovų skaičius mažėjo nuo 7,2 iki 6,0 lovų 1000-iui gyventojų. Tačiau kitose šalyse, pavyzdžiui Suomijoje, per tą patį laikotarpį sumažėjo nuo 5,9 iki 2,8; Liuksemburge – nuo 5,4 iki 4,2; Nyderlanduose – nuo 4,1 iki 2,9 lovų 1000 gyventojų (1 paveikslas).

1 paveikslas. Ligoninių lovos 1 000 gyventojų, 2010 ir 2020 (arba artimiausi metai)



Šaltinis: EBPO Sveikatos statistika, 2022; Eurostato duomenų bazė.

Labiausiai sumažėjo Suomijoje – daugiau kaip 50 proc. Mažėjimas daugiausiai vyko ilgalaikės priežiūros ir psichiatrijos lovų sąskaita. Be to, pastaraisiais metais Suomijoje restruktūrizuojant ligoninių tinklą, įvairios paslaugos buvo sutelktos keliuose universitetinėse ir didžiosiose ligoninėse, o likusiose mažesnėse ligoninėse paliktos siauresnės apimties paslaugos.

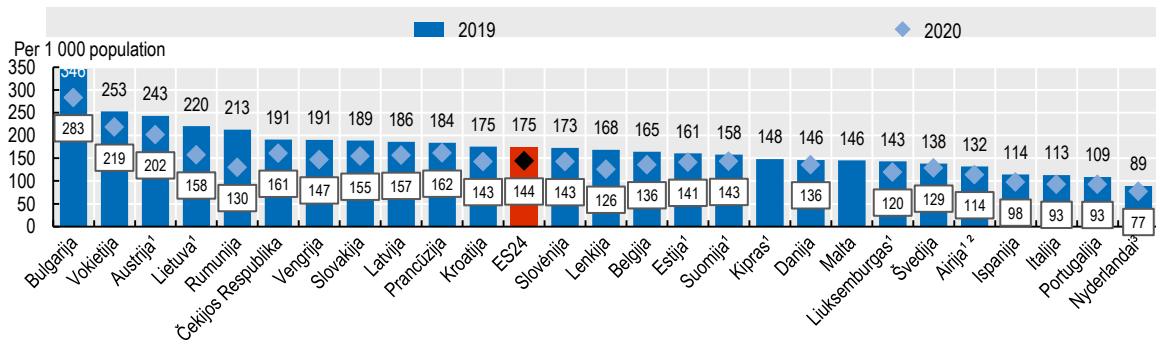
Lietuvoje bendras lovų ligoninėse skaičius daugiausia mažėjo dėl aktyviojo gydymo lovų skaičiaus mažėjimo: 2003–2017 m. įgyvendinus keturis sveikatos priežiūros paslaugų ir įstaigų restruktūrizavimo etapus¹, daugelyje regiono ir rajono ligoninių nebeliko tam tikro profilio paslaugų. Chirurginio profilio paslaugos nebeteikiamos 16 ligoninių, kai kuriose iš jų teikiamos tik dienos chirurgijos I–IV apmokėjimo grupių paslaugos. Akušerijos (gimdymo) paslaugos neteikiamos 29 ligoninėse.

Vis dėlto ambulatorinių paslaugų plėtra buvo nepakankama, užtat aukščiausio lygio ligoninėse susidarė didelės eilės.

EBPO duomenimis, 2020 m. daugiausia išrašytų pacientų iš ligoninių buvo trijose daugiausiai lovų turinčiose šalyse – Bulgarijoje, Vokietijoje ir Austrijoje. **Lietuva yra 5-oje vietoje tarp daugiausiai hospitalizuojančių šalių** (2 paveikslas).

2 paveikslas. Išrašytų iš stacionaro ligonių skaičius 1 000 gyventojų, 2019 ir 2020 metais

¹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimas Nr. 335 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos patvirtinimo“; Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. birželio 29 d. nutarimas Nr. 647 „Dėl Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategijos patvirtinimo“; Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. gruodžio 7 d. nutarimas Nr. 1654 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų ir paslaugų restruktūrizavimo trečiojo etapo programos patvirtinimo“; Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1290 „Dėl Ketvirtojo sveikatos sistemos plėtros ir ligoninių tinklo konsolidavimo etapo plano patvirtinimo“.



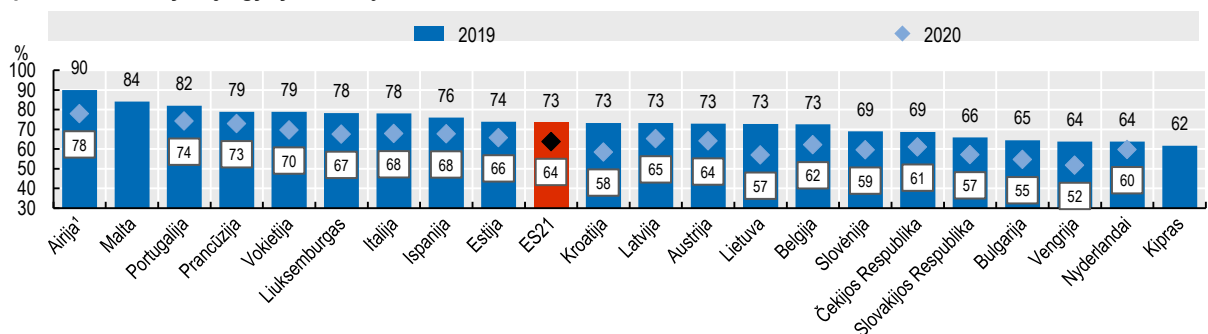
ES vidurkis yra nesvertinis. 1. Duomenys neapima sveikų kūdikių išrašymų (3–10 proc. visų išrašymų). 2. Į duomenis neįtraukta privačių ligoninių veikla (Airijoje privačios ligoninės sudaro apie 15–20 proc. išrašomų pacientų). 3. Duomenys apima išrašymus tik dėl aktyviojo gydymo ir skubios pagalbos.
Šaltinis: EBPO Sveikatos statistika, 2022; Eurostato duomenų bazė

Viena iš priežasčių, kodėl Lietuvoje yra aukšti hospitalizavimo rodikliai, yra ta, kad šalyje yra daug išvengiamos hospitalizacijos atvejų. EBPO duomenimis, 2019 m. tarp 21 ES šalies, apie kurias turima duomenų, pagal staziniu širdies nepakankamumu ir diabetu sergančių pacientų hospitalizavimo atvejų skaičių Lietuva užėmė antrąją vietą. Didelis šiomis ligomis sergančių pacientų išvengiamos hospitalizacijos atvejų skaičius atspindi ne tik pirminės sveikatos priežiūros veiklos trūkumus, bet ir ligoninių sektoriaus perteklinius pajėgumus.

Neefektyvų išteklių naudojimą rodo ne tik didelis lovų skaičius ar didelis išvengiamų hospitalizacijų skaičius, bet ir palyginti mažas aktyviojo gydymo lovų užimtumas šalies ligoninėse. Lovų užimtumo rodikliai parodo, ar ligoninėse yra laisvų vietų, į kurias prireikus būtų galima priimti papildomų pacientų. Nors nėra bendro sutarimo dėl optimalaus užimtumo lygio, dažnai laikoma, kad apie 85 proc. užimtumas yra maksimalus, siekiant sumažinti lovų trūkumo riziką, kai staiga padidėja hospitalizacijos poreikis, kaip buvo pandemijos metu².

Vidutinis aktyviojo gydymo lovos užimtumas (2019 m. duomenimis) Lietuvoje sudaro apie 73 proc. metinio dienų skaičiaus (arba 266 dienas per metus) ir tolygus ES vidurkiui (3 paveikslas).

3 paveikslas. Aktyviojo gydymo lovų užimtumas 2019 ir 2020 metais



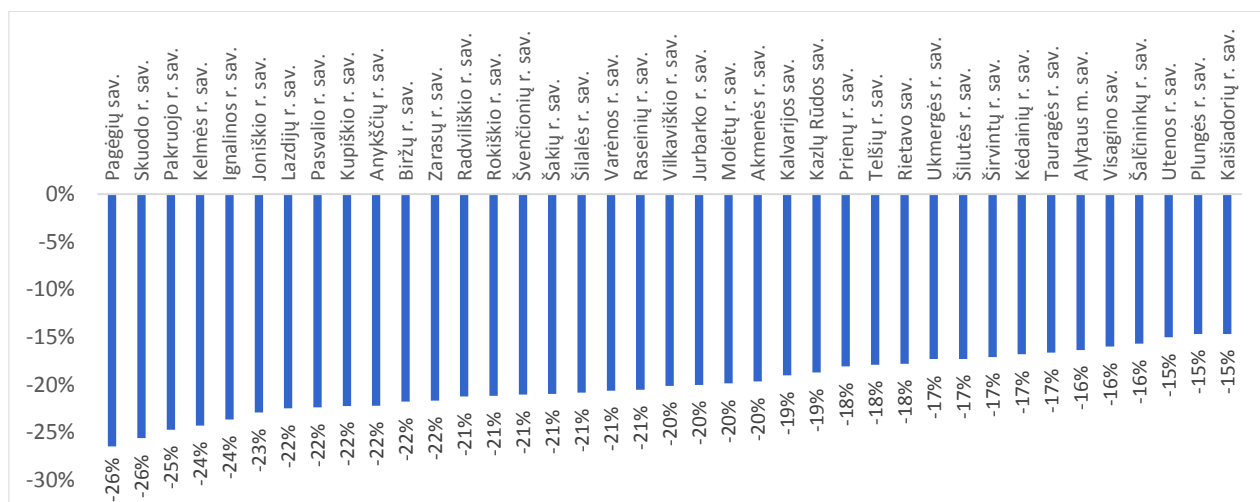
Šaltinis: EBPO Sveikatos statistika, 2022; Eurostato duomenų bazė

Pažymėtina, kad aktyviojo gydymo lovų užimtumo šalies vidurkis mažėja: 2018 m. jis siekė 77 proc. Atkreiptinas dėmesys, kad minimais metais net 28 ligoninėse (60 proc.) aktyviojo gydymo lovos užimtumas nesiekė šalies vidurkio. Mažiausias lovos užimtumas buvo VšĮ Kalvarijos ligoninėje (27 proc.), VšĮ Lazdijų ligoninėje (49 proc.), didžiausias – VšĮ Jurbarko ligoninėje (90 proc.).

² NICE (2018), “Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation”, in NICE guideline 94, NICE, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/>.

Mažą lovų užimtumą lemia kelios priežastys. Viena jų – **natūralus gyventojų skaičiaus mažėjimas**, dėl to mažėja sveikatos priežiūros paslaugų poreikis. Valstybės duomenų agentūros duomenimis, per 2010–2022 m. laikotarpį gyventojų skaičius šalyje sumažėjo 9 proc. Kai kuriose savivaldybėse pastebimas ypač didelis gyventojų skaičiaus mažėjimas. 39 savivaldybėse gyventojų skaičius per nurodytą laikotarpį sumažėjo nuo 15 proc. iki 26 proc. (4 paveikslas).

4 paveikslas. Gyventojų skaičiaus pokytis per 2010–2022 metų laikotarpį 39 savivaldybėse



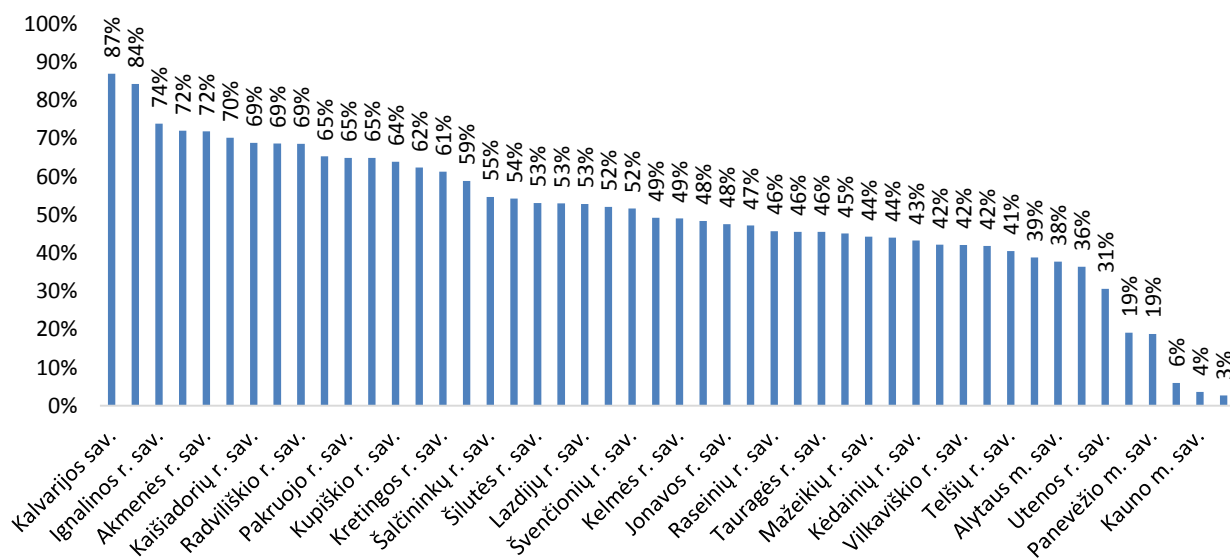
Šaltinis: Valstybinė duomenų agentūra

15-oje savivaldybių gyventojų skaičius mažėjo nuo 5 iki 14 proc. Minimui laikotarpiu tik 6-iose savivaldybėse gyventojų skaičius augo.

Kita priežastis – **daugelio šalies savivaldybių nemaža gyventojų dalis išvyksta gydytis į kitų savivaldybių ligonines**. 2018 m. duomenimis, 23 savivaldybių (buvo analizuojamos tik tos savivaldybės, kuriose yra ligoninės) daugiau nei pusė gyventojų vyko gydytis į kitų savivaldybių ligonines (5 paveikslas).

5 paveikslas. Savivaldybių gyventojų, vykstančių gydytis į kitų savivaldybių ligonines, dalis (2018 m.)

Šaltinis



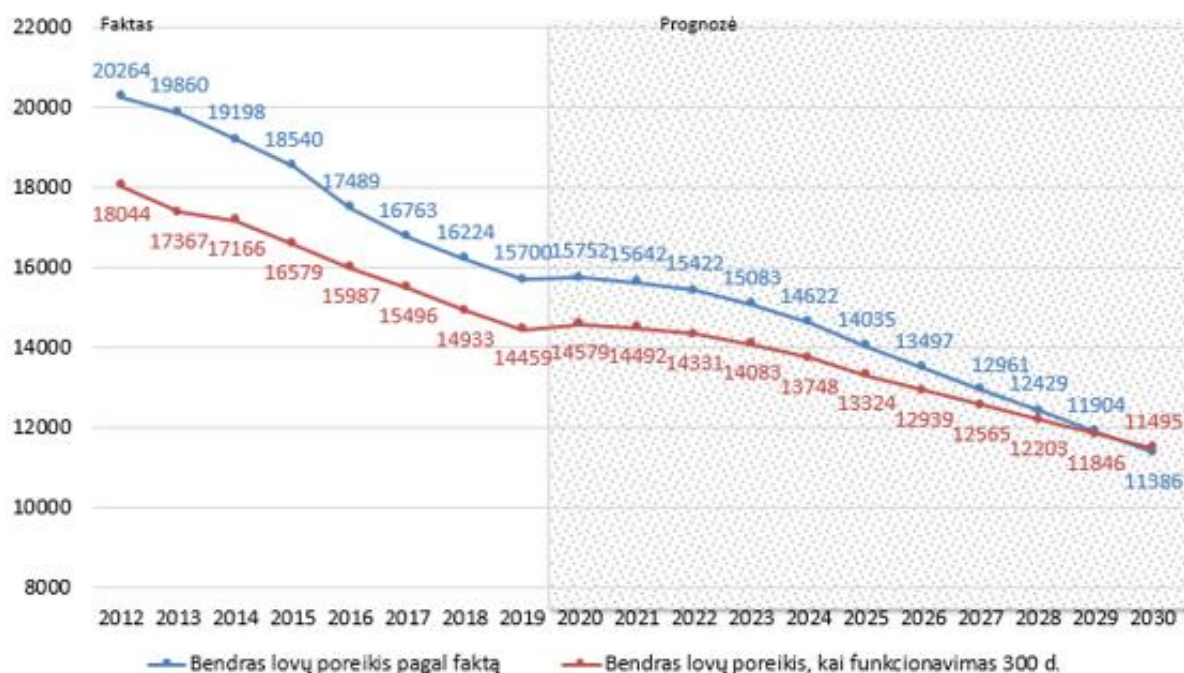
Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa, Sveidra duomenys

Mažėjančios paslaugų apimtys tiek dėl natūralaus gyventojų skaičiaus mažėjimo šalyje, tiek dėl atskirų savivaldybių gyventojų pasirinkimo gydytis ne savo savivaldybės teritorijoje esančioje ligoninėje, kadangi kai kurios ligoninės negali užtikrinti visų reikiamų paslaugų teikimo visą parą, didina stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės netolygumus.

EBPO duomenimis, 2019 m. pagal hospitalinį mirštamumą per 30 dienų patyrus miokardo infarktą Lietuva užėmė trečią vietą (13,3 atvejo 100 hospitalizuotų pacientų), o pagal mirštamumą nuo hemoraginio insulto ir išeminio insulto – antrą vietą (atitinkamai 41,1 ir 18,2 atvejo 100 hospitalizuotų pacientų)³. 2020 m. Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnyba (2020) atliko pasirinktų paslaugų teikėjų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų patyrus miokardo infarktą ir insultą patikrinimus. Ji nustatė, kad kai kurios rajonų ligoninės nesilaiko priežiūros kokybės standartų, ypač susijusių su kvalifikuotų specialistų paslaugų prieinamumu visą parą ir galimybėmis greitai pasinaudoti reikiamomis diagnostikos priemonėmis.

Pažymėtina ir tai, kad įvertinus nurodytas priežastis (gyventojų skaičiaus pokytį, demografinės tendencijas, pacientų srautus tarp savivaldybėse esančių ligoninių) ir **atlikus stacionarinio aktyviojo gydymo vidutinio metinio lovų skaičiaus kitimo prognozes iki 2030 m., nustatyta, kad aktyviojo gydymo vidutinis metinis lovų skaičius, lyginant su 2019 m. duomenimis, mažės apie 27 proc. (6 paveikslas).**

6 paveikslas. Aktyviojo gydymo lovų skaičiaus pasiskirstymas ir prognozė 2012–2030 m., įvertinus gyventojų sudėtį pagal amžiaus struktūrą ir pacientų srautus tarp regionų

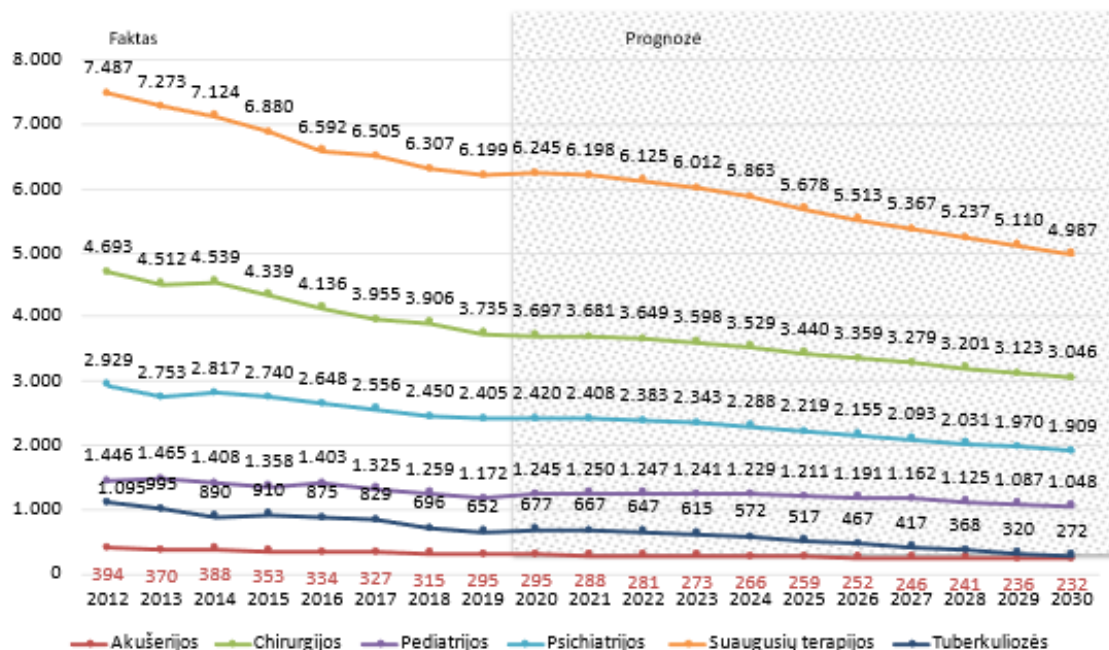


Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

Vertinat pagal atskirus paslaugų profilius, nustatyta, kad lyginant su 2019 m., stacionarinio aktyviojo gydymo vidutinis metinis lovų skaičius iki 2030 m. mažės atitinkamai: akušerijos – 21 proc.; chirurgijos – 18 proc.; pediatrijos – 16 proc.; psichiatrijos – 21 proc.; suaugusiųjų terapijos – 20 proc. (7 paveikslas).

³ State of Health in the EU · Lietuva · 2021 m. sveikatos būklės šalyje apžvalga

7 paveikslas. Aktyviojo gydymo lovų skaičiaus, jei lovos funkcionuotų 300 d. per metus, pasiskirstymas ir prognozė 2012–2030 m. pagal pagrindinius paslaugų profilius, įvertinus gyventojų sudėtį pagal amžiaus struktūrą ir pacientų srautus tarp regionų



Šaltinis: Valstybinė ligonių kasa

Mažėjančios aktyviojo gydymo stacionarinių paslaugų apimtys: a) didina gydymo įstaigų sąnaudas, patiriamas teikiant minėtas paslaugas (pajamos už suteiktas paslaugas mažėja, tačiau įstaiga privalo išlaikyti paslaugai teikti reikalingus išteklius: sveikatos priežiūros specialistus, medicinos įrangą ir priemones, kitą paslaugų teikimui svarbią infrastruktūrą). Dėl šios priežasties didėja rizika įstaigos finansiniam stabilumui; b) kelia grėsmę paslaugų kokybei ir saugai. Moksliniais tyrimais yra įrodyta, kad įvairių medicininių būklių atvejų ir ypač chirurginių procedūrų atvejų didesnė apimtis yra susijusi su geresniais sveikatos rezultatais⁴. Pažymėtina, kad modeliuojant Lietuvos ASPI atitinkamų profilių (chirurgijos, pediatrijos, akušerijos) paslaugų teikimo sąnaudas, būtinas saugioms ir kokybiškoms paslaugoms teikti, bei įvertinus už minėtas paslaugas gaunamas pajamas, buvo apskaičiuotas atskirų profilių (akušerijos (gimdymas), chirurgijos ir pediatrijos) minimalus atvejų per metus skaičius. Atliekant skaičiavimus į paslaugų teikimo sąnaudas buvo įtrauktos personalo darbo užmokesčio, vaistų, medicinos pagalbos priemonių, kraujo komponentų, laboratorinių tyrimų sąnaudos, netiesioginės ir administracinės sąnaudos. Nustatyta, kad minimalus atskirų profilių atvejų skaičius per metus įstaigoje turėtų siekti: akušerijos (gimdymai) – 600 atvejų, chirurgijos – 1100 atvejų, pediatrijos – 1100 atvejų; c) didina lėšų, reikalingų paslaugų teikimui ir infrastruktūrai užtikrinti, neracionalų panaudojimą. Stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos yra brangios, joms teikti reikalinga brangi medicinos įranga, keliama aukšti reikalavimai patalpoms. Tačiau mažėjant gyventojų skaičiui tampa ekonomiškai nebenaudinga investuoti į tam tikrų sveikatos paslaugų infrastruktūros modernizavimą įstaigose, kuriose tos paslaugos teikiamos minimaliomis apimtimis.

Siekiant didinti paslaugų kokybę ir saugą Lietuvoje sudėtingų būklių gydymas organizuojamas taikant klasterių modelį, kuris nustato, kad tam tikras pagal gyventojo sveikatos būklę reikalingas paslaugas gali teikti tik klasterio tinkle veikiančios gydymo įstaigos, kurios yra pajėgios tokias paslaugas suteikti kokybiškai ir veiksmingai. Šiuo metu Lietuvoje veikia sunkių traumų, perinatologijos, kardiologijos, ūminio insulto, skubios medicinos pagalbos, integruotos sveikatos priežiūros klasteriai, tačiau dėl nepakankamo teisinio reglamentavimo vis dar pasitaiko

⁴ Interpreting the Volume-Outcome relationship in the context of health care quality. Workshop summary. Institute of medicine. Washington, D.C. Prieiga internetu: <https://nap.nationalacademies.org/read/10005/chapter/6#6>

atvejų, kai paslaugas, kurias turėtų teikti tik klasterinės įstaigos, teikia ir kitos ASPĮ, neturinčios reikiamos kompetencijos. Dėl šios priežasties egzistuoja didelė rizika, kad gyventojams, kurių sveikatos būklė reikalauja greitų ir veiksmingų sprendimų, nebus suteiktos kokybiškos paslaugos.

II. Siūlomos priemonės

Įgyvendinant nuo 2023 m. rugpjūčio 1 d. įsigaliosiančias Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 1 ir 2 dalių nuostatas, ne trumpiau kaip penkeriems metams suformuoti stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių LNSS ASPĮ tinklą, nustatant atitinkamam laikotarpiui minėtame įstatyme įtvirtintų kriterijų reikšmes:

- 1) geografinis stacionariųjų aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros prieinamumas pacientams;
- 2) daugiaprofilinis stacionariųjų aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas;
- 3) stacionariųjų aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė;
- 4) skubiosios pagalbos užtikrinimas visą parą.

Toliau pateikiamos LNSS įstaigų išdėstymo kriterijų reikšmės, nustatomos šiuo Projektu, ir jam įgyvendinti taip pat taikomos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygos (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimas Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“), kurios remiasi paslaugų poreikiu gyventojams, kurio nustatymo metodiką tvirtins sveikatos apsaugos ministras (redakcija, kuri įsigalios 2024 m. sausio 1 d.).

Projekte siūloma nustatyti, kad priskiriant LNSS įstaigas LNSS tinklui vadovaujamosi stacionariųjų aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų priskyrimu šiems paslaugų profiliams (toliau – profiliai): terapijos; chirurgijos; akušerijos; vaikų ligų; psichiatrijos; intensyviosios terapijos; intensyviosios priežiūros. Šiems paslaugų profiliams priskiriamas konkretus Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis kompensuojamas paslaugas nustato ministras.

Įgyvendinant Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 2 straipsnio 9¹ dalį, Projekte detalizuojama, kokios konkrečios savivaldybės priskiriamos 5-ioms regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teritorijoms: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio. Paminėtina, kad savivaldybių priskyrimas regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teritorijoms grindžiamas atsižvelgiant į per gana ilgą laiką natūraliai nusistovėjusius pacientų, vykstančių į kitų savivaldybių įstaigas, teikiančias stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas, srautus.

Projektu siūlomos šios geografinio stacionariųjų aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros prieinamumo pacientams kriterijaus reikšmės (tolygus geografinis LNSS ASPĮ pasiskirstymas):

1. LNSS ASPĮ regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teritorijos centrai;
2. LNSS ASPĮ kompetencijų centrai:
 - 2.1. šalies kompetencijų centrai;
 - 2.2. regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teritorijos kompetencijų centrai;
 - 2.3. regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teritorijos atitinkamos asmens sveikatos priežiūros srities kompetencijų centrai;
3. LNSS ASPĮ, kurios:
 - 3.1. statusas yra universiteto ligoninė;
 - 3.2. respublikos lygmens ASPĮ;
 - 3.3. regiono (apskrities ligoninė arba mišraus veiklos organizavimo lygio ligoninė) lygmens ASPĮ;
 - 3.4. rajono lygmens ASPĮ;
4. uždaro tipo (paslaugas atitinkamam subjektų ratui teikiančios) LNSS ASPĮ, uždarnosios biudžetinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios stacionarines aktyviojo gydymo

asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – uždaro tipo ligoninė), ir stacionarines priklausomybės ligų gydymo paslaugas teikianti biudžetinė įstaiga (toliau – priklausomybės ligų gydymo įstaiga) – VšĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninė, Lietuvos kalėjimų tarnybos padalinys, teikiantis stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas, ir Respublikinis priklausomybės ligų centras;

5. LNSS ASPI, užtikrinančios grėsmių (branduolinė avarija, pavojingos užkrečiamųjų ligų epidemijos ir (ar) pandemijos, užterštumas radioaktyviosiomis medžiagomis, kibernetinės atakos, didelė pramoninė avarija, cheminė avarija, gaisrai ir (ar) sproginiai, masiniai neramumai, masinis užsieniečių antplūdis, teroristiniai išpuoliai, karo grėsmės) suvaldymą.

6. Skubiosios medicinos pagalbos, intensyvios terapijos ir intensyvios priežiūros, chirurgijos, terapijos paslaugos pacientams turi būti pasiekiamos per 60 minučių.

Daugiaprofiliniam stacionariųjų aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui užtikrinti siūloma nustatyti, kad:

1. LNSS ASPI, kurios veikia savivaldybėse, kuriose gyventojų skaičius yra iki 10 000, į tinklą nėra traukiamos, o minėtų savivaldybių gyventojams reikalingas stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas teikia kitų savivaldybių ASPI.

2. LNSS ASPI, kurios veikia savivaldybėse, kuriose gyventojų skaičius yra nuo 10 000 iki 21 000, į tinklą traukiamos, jei teikia bent dviejų profilių paslaugas, iš kurių terapija ir intensyvi priežiūra yra privalomos, arba atitinkamų profilių stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos teikiamos kitų savivaldybių LNSS įstaigų.

3. LNSS ASPI, kurios veikia savivaldybėse, kuriose gyventojų skaičius viršija 21 000, į tinklą traukiamos jei teikia dviejų ar daugiau profilių paslaugas.

4. Jei LNSS ASPI negali užtikrinti 2-jų ar daugiau profilio stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų, tačiau veikia savivaldybėje, kurioje yra 35 000 ir daugiau gyventojų, tada į LNSS ASPI tinklą traukiama tik jei ji pagal geografinį kriterijų priskirtina įstaigai, kuri turi užtikrinti paslaugas esant tam tikroms grėsmėms.

Stacionariųjų aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų *kokybei* užtikrinti siūloma nustatyti, kad į LNSS ASPI tinklą traukiamos tos įstaigos, kurių teikiamos paslaugos atitinka Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimu Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ 7¹–9¹ punktuose (2023 m. gegužės 24 d. nutarimo redakcija) nustatytus reikalavimus.

Projektu siūloma, kad į stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių LNSS ASPI tinklą būtų įtrauktos tos LNSS ASPI, kurios atitinka bent vieną kriterijams nustatytą reikšmę ir gali užtikrinti skubią pagalbą visą parą.

Projekte nustatoma išimtis dėl patekimo į LNSS įstaigų tinklą uždaro tipo (paslaugas atitinkamam subjektų ratui teikiančios) ASPI, uždarajai biudžetinei asmens sveikatos priežiūros įstaigai, teikiančiai stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas (toliau – uždaro tipo ligoninė), ir stacionarines priklausomybės ligų gydymo paslaugas teikiančiai biudžetinei įstaigai (toliau – priklausomybės ligų gydymo įstaiga) – VšĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninei, Lietuvos kalėjimų tarnybos padaliniui, teikiančiam stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas, ir Respublikiniam priklausomybės ligų centrui. Minėtos uždaro tipo ligoninės ir priklausomybės ligų gydymo įstaiga dėl jų svarbos ir teikiamų paslaugų specifikos į LNSS įstaigų tinklą pateks ir neatitikdamos visų Projekte nustatytų kriterijų.

Pastebėtina tai, kad po Aprašo priedo lentelė yra nurodytos tokios pastabos:

1. Priimti sprendimą dėl ligoninės integracijos į universiteto ar respublikos lygmens ligonines ir jį įgyvendinti iki 2025 m. rugpjūčio 1 d. Šis reikalavimas taikomas ir VšĮ Alytaus tuberkuliozės ligoninei.

2. Sprendimas dėl chirurgijos profilio aktyviojo stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo turi būti priimtas ne anksčiau kaip 2025 m. kovo 1 d., vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimu Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos

draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ nustatytais kriterijais ir atsižvelgiant į faktinių pacientų srautų analizę, ASPĮ intensyviosios terapijos paslaugų ir chirurginio profilio paslaugų teikimo rezultatus bei ASPĮ atitiktį paslaugų teikimo reikalavimams.

3. Sprendimas dėl ASPĮ priskyrimo atitinkamai Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išdėstymo reikalavimų ir išdėstymo tvarkos aprašo priedo lentelėje nurodytai asmens sveikatos priežiūros įstaigų grupei turi būti priimtas iki 2025 m. rugpjūčio 1 d. ASPĮ rekomenduojama vietoj aktyviojo gydymo stacionarinių chirurgijos profilio (suaugusiųjų) asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikti dienos chirurgijos paslaugas.

4. Savivaldybių institucijoms pagal kompetenciją priimti sprendimus dėl savivaldybės sveikatos centro vystymo ir juos įgyvendinti iki 2025 m. rugpjūčio 1 d.

Atitinkamai ir Projekte nurodyta, kad:

1. Sveikatos apsaugos ministras priima sprendimus dėl Aprašo priede nustatytų nuostatų įgyvendinimo ir jas įgyvendina iki 2025 m. rugpjūčio 1 d.

2. Rekomenduoti savivaldybių institucijoms pagal kompetenciją priimti sprendimus dėl Aprašo priedo nuostatų įgyvendinimo ir jas įgyvendinti iki 2025 m. rugpjūčio 1 d.

Pirmiau minėtos nuostatos reiškia, kad atitinkamai sveikatos apsaugos ministras ir savivaldybių institucijos (savivaldybės taryba ar meras) iki nurodytos datos turės priimti sprendimus ir juos įgyvendinti, kad atitinkamo pavaldumo LNSS ASPĮ (ligoninės) būtų reorganizuotos jas jungiant prie kitų LNSS ASPĮ (ligoninių). Savivaldybių institucijos pagal kompetenciją taip pat turės priimti ir įgyvendinti sprendimus dėl atitinkamų savivaldybės pavaldumo LNSS ASPĮ (ligoninių) pertvarkymo (reorganizavimo) į sveikatos centrus.

Projekto priedo lentelėje yra nurodyta skiltis „Grėsmės“. Šioje skiltyje ASPĮ (ligoninės) pažymimos pliusu, jeigu ASPĮ:

1. nurodyta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. kovo 2 d. įsakyme Nr. V-465 „Dėl Intensyviosios terapijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų ir Intensyviosios priežiūros asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų aprašų patvirtinimo“;

2. nurodyta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 19 d. įsakyme Nr. V-824 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sunkių traumų atvejais tvarkos aprašo patvirtinimo“;

3. yra toje savivaldybėje, kur realu, kad gali kilti šios grėsmės: branduolinė avarija, pavojingų užkrečiamųjų ligų epidemijos ir (ar) pandemijos, užterštumas radioaktyviosiomis medžiagomis, didelė pramoninė avarija, cheminė avarija, gaisrai ir (ar) sprogimai, masiniai neramumai, masinis užsieniečių antplūdis, teroristiniai išpuoliai, karo padėties grėsmė.

III. Rodikliai, pagal kuriuos bus stebimas projekto įgyvendinimas

- Stacionarinių aktyviojo gydymo lovų skaičius (siekiama mažėjimo);
- Stacionarinių aktyviojo gydymo lovų užimtumas (siekiama didėjimo);
- Stacionarinių aktyviojo gydymo atvejų skaičius (siekiama mažėjimo);
- Dienos chirurgijos paslaugų skaičius (siekiama didėjimo);
- Dienos stacionaro paslaugų skaičius (siekiama didėjimo);
- Chirurginių žaizdų infekcijų dalis tarp visų operuotų ligonių (siekiama mažėjimo);
- Gimdymo traumos, patirtos naudojant instrumentą (siekiama mažėjimo);
- Gimdymo traumos, patirtos nenaudojant instrumento (siekiama mažėjimo);
- Bendras išvengiamų hospitalizacijų skaičius, tenkantis 1000 prie PASPI prirašytų gyventojų (siekiama mažėjimo);

- Bendras išvengiamų hospitalizacijų skaičius 1–17 metų amžiaus grupėje, tenkantis 1000 prie PASPĮ prirašytų gyventojų (siekiama mažėjimo).

Stebėsena bus vykdoma kas metus. Ją vykdys Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerija.

IV. Poveikis valstybės finansams

Nutarimui įgyvendinti tiesiogiai lėšų nereikės, nes juo tik sudaromos sąlygos suformuoti LNSS ASPĮ, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas, tinklą.

Siekiant užtikrinti LNSS ASPĮ atitiktį šiame teisės akto projekte nustatytoms sąlygoms, yra parengti įstaigų modernizavimo planai, kuriems įgyvendinti yra suplanuotos ES lėšos 2022–2030 metų plėtros programos valdytojos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos sveikatos priežiūros kokybės ir efektyvumo didinimo plėtros programos pažangos priemonėje Nr. 11-002-02-11-01 „Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą“ (2022 m. gegužės 20 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-988).

V. Poveikis socialinei aplinkai

LNSS stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklo esmė – suformuotas tinkamas, racionalus ir kokybę bei prieinamumą pagal gyventojų sveikatos poreikius užtikrinantis aktyviojo gydymo ligoninių tinklas, aiškiai nustatytas minimalus paslaugų profilių pagal kiekvieną ligoninių grupę (universiteto, respublikos, regiono, rajono) spektras. Tokio tinklo sukūrimas padės užtikrinti tolygesnį stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų prieinamumą šalies gyventojams pagal ligoninių lygmenis, gyventojams bus aiškiau, kokias paslaugas teikia skirtingo lygmens ligoninės. Kartu išsiplės ambulatorinių paslaugų spektras, tai leis žmonėms, be gydymo ligoninėse, gauti kokybiškas sveikatos paslaugas daug priimtinesniu ir saugesniu būdu.

Tinklo optimizavimas **padidins suteikiamų paslaugų kokybę** – optimizuotas tinklas užtikrins, kad sveikatos priežiūros įstaigos turės geresnės kokybės ir platesnio spektro įrangą bei geresnę kvalifikaciją ir daugiau praktikos turinčius gydytojus. Pagrindiniai tinklo sąlygų formavimo aspektai, turėsiantys įtakos sveikatos priežiūros paslaugų kokybei:

- daugiaprofiliškumas – leis užtikrinti, kad įstaigos personalas paciento sveikatos problemą spręstų kompleksiskai ir plačiai imtimi, t. y. pacientams, sergantiems keliomis ligomis, bus teikiamos specialistų konsultacijos ir priežiūra vienoje įstaigoje;

- aiškus paslaugų profilių išdėstymas pagal įstaigų lygmenis leis formuoti aiškų paciento kelią – žaliąjį koridorių. Teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas pacientams, sergantiems sunkiomis ir greitai progresuojančiomis ligomis (pvz., onkologinėmis ir kt.), bus aišku, kokia sveikatos sistemos grandis ką turi atlikti ir kaip turi bendradarbiauti tarpusavyje bei kaip bus įvertinama, ar pacientas gavo savalaikes ir kokybiškas paslaugas.

Ligoninei negalint užtikrinti stacionariųjų paslaugų kokybės (dėl mažo pacientų skaičiaus gydytojai nepakankamai praktikuojasi teikdami atitinkamas paslaugas ir dėl to nedidėja gydytojų patirtis ir kompetencijos), siekiant apsaugoti pacientų interesus gauti kokybiškas ir saugias stacionarines paslaugas, jų teikimas pacientams bus užtikrinamas artimiausioje (bet nebūtinai gyvenamosios vietos) ligoninėje, išlaikant nustatytą paslaugos gavimo (pasiekiamumo) laiką. Kai kurioms **pacientų grupėms, esant poreikiui, bus suteikiama pavėžėjimo paslauga**. Šiuo metu kuriamas ir testuojamas pavėžėjimo paslaugos standartas, kuriame bus aprašyti šios paslaugos kokybės aspektai, kompensavimo už ją mechanizmas.

Pažymėtina, kad **paslaugų prieinamumas dėl šio optimizavimo nepablogės**, nes bazinis paslaugų paketo užtikrinimas garantuos, kad visose savivaldybėse, net ir tose, kur keičiama

paslaugų suteikimo forma iš stacionaro į dienos paslaugas, paslaugų prieinamumas nepablogės (ir tai bus monitoruojama), o kokybė pagerės. Duomenų analizė rodo, kad po tinklo optimizavimo savivaldybėse, kurias palies tinklo optimizavimas, 3,4 proc. sveikatos priežiūros paslaugų bus suteikiama toliau esančiose sveikatos priežiūros įstaigose (ne toliau nei 60 km). Gyventojų apklausos rodo, kad nedidelis nepatogumas gyventojams yra priimtinas, jei jis suteikia geresnes sveikatos paslaugas.

VI. Poveikis ekonomikai

Nustačius stacionarinių aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, ilguoju laikotarpiu būtų efektyviau planuojamos valstybės investicijos į tinklo įstaigų infrastruktūrą ir plėtrą (bus žinoma, kokios įstaigos veiks ir kokias paslaugas teiks). Efektyvus ir racionalus PSDF paskirstymas paslaugas teikiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms prisidės prie ekonomiškai valstybės pinigų fondų administravimo.

Projekto tikslai ir uždaviniai sudarys teisinę prielaidą įgyvendinti **regioninės politikos** strategijos, pateikiamos Lietuvos regioninės politikos Baltojoje knygoje darniai ir tvariai plėtrai 2017–2030 metams (toliau – Baltoji knyga), pirmą uždavinį – sukurti veiksmingos regioninės politikos sistemą.

Stacionarinio aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių įstaigų tinklas atitiks Baltosios knygos pirmo uždavinio – sukurti veiksmingos regioninės politikos sistemą – veiksmo 7 punktą, kur nustatyta, kad formuojami regioniniai centrai:

- 3 didieji miestai (Vilnius, Kaunas, Klaipėda). Juose sutelkiamos tretinio lygmens sveikatos priežiūros įstaigos;
- 2 tarpinio dydžio centrai (Šiauliai, Panevėžys);
- 5 regioniniai centrai (Alytus, Marijampolė, Tauragė, Telšiai, Utena) ir jų regionai. Juose konsoliduojamas antrinis sveikatos priežiūros lygmuo.

Projektas buvo įvertintas ir pagal sprendimų poveikio konkurencijai vertinimo klausimyną (https://kt.gov.lt/uploads/documents/files/news_2012-06-11_gaires.pdf). Išanalizavus klausimyno punktų paaiškinimų turinį, darytina prielaida, kad Projekto reguliavimas netenkina nė vienos iš šių sąlygų (Ar siūlomas sprendimas tiesiogiai paveiktų ūkio subjektų įėjimą į rinką, ar siūlomas sprendimas netiesiogiai paveiktų ūkio subjektų įėjimą į rinką, ar siūlomas sprendimas paveiktų ūkio subjektų galimybes konkuruoti, ar siūlomas sprendimas paveiktų ūkio subjektų paskatas veiksmingai konkuruoti).

1. Tinklas formuojamas atsižvelgiant į Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 1 dalyje nustatytus kriterijus (redakcija nuo 2023 m. rugpjūčio 1 d.).

2. Nustatomi vienodi Tinklo formavimo kriterijai visoms stacionarinėms aktyviojo gydymo paslaugas teikiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, nepriklausomai nuo asmens sveikatos priežiūros įstaigų nuosavybės formos ir pavaldumo (nenustatomi vienokie kriterijai privačioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, o kitokie valstybės / savivaldybės pavaldumo asmens sveikatos priežiūros įstaigoms).

Atitinkamai Projektu nustatomos kriterijų reikšmės yra taikomos vienodai visoms stacionarinėms aktyviojo gydymo paslaugas teikiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, nepriklausomai nuo asmens sveikatos priežiūros įstaigų nuosavybės formos ir pavaldumo.

3. Pastebėtina tai, kad 2023 m. gegužės 24 d. Vyriausybė priėmė Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimą Nr. 389 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimo Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“, kuriame nustatė, kad stacionarinei aktyviojo gydymo paslaugai, dėl kurios ASPI neturi einamaisiais metais galiojančios sutarties dėl paslaugos teikimo ir apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis pagal jos licencijoje nurodytą

asmens sveikatos priežiūros veiklos adresą (toliau – **naujai teikiama paslauga**), be sąlygų, nurodytų Sąrašo 1–10 punktuose, bus taikomos toliau nurodytos papildomos sąlygos: neužtikrinamas PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos atitinkamos paslaugos <...> poreikis <...>. To paties priimto Vyriausybės nutarimo Sąrašo 12.1 papunktyje nustatyta, kad Sąrašo 11 punkte nurodytos sąlygos naujai teikiamoms paslaugoms netaikomos, kai vadovaujantis Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 7 dalimi (redakcija įsigalioja 2023 m. rugpjūčio 1 d.) sveikatos apsaugos ministro įsakymu **nustatomoms privalomai teikiamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms**¹, kurias teikia Vyriausybės nutarime (šis Projektas), reglamentuojančiame Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, **išdėstymą, nurodytos ASPĮ**.

Stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos kompensavimas PSDF lėšomis:

Tinkle esanti LNSS įstaiga		Tinkle nesanti LNSS įstaiga	
<i>Naujai teikiama paslauga</i>	<i>Ne naujai teikiama paslauga</i>	<i>Naujai teikiama paslauga</i>	<i>Ne naujai teikiama paslauga</i>
Sudarant sutartį su ASPĮ dėl paslaugos kompensavimo PSDF lėšomis, paslaugos poreikio rezultatas nebus taikomas	Sudarant sutartį su ASPĮ dėl paslaugos kompensavimo PSDF lėšomis, paslaugos poreikio rezultatas nebus taikomas	Sudarant sutartį su ASPĮ dėl paslaugos kompensavimo PSDF lėšomis, bus vertinamas paslaugos poreikis (yra poreikis, paslauga gali būti kompensuojama PSDF, nėra poreikio, paslauga negali būti kompensuojama PSDF lėšomis)	Sudarant sutartį su ASPĮ dėl paslaugos kompensavimo PSDF lėšomis, paslaugos poreikio kriterijus nebus taikomas

Vertinant tai, kas pirmiau paminėta, LNSS įstaigos (nepriklausomai nuo jos nuosavybės formos ir pavaldumo) **neįtraukimas** į tinklą iš esmės įtakos turės tik dėl to, kad siekiant teikti **naujas stacionarines aktyviojo gydymo paslaugas (dėl kurių įstaiga neturi sutarties dėl paslaugos apmokėjimo PSDF lėšomis)**, kurios būtų kompensuojamos PSDF lėšomis, turės būti tokios paslaugos **poreikis** (nesant poreikio, **nauja** stacionarinė aktyviojo gydymo **paslauga PSDF lėšomis negalės būti kompensuojama**).

VII. Poveikis aplinkai

Poveikis antrinei sveikatos priežiūrai bus tas, kad sumažės išvengiamų hospitalizacijų skaičius daugiau paslaugų suteikiant ambulatorinėje grandyje, bet bus labai nedidelis kiekis atvejų, kai tam tikrų stacionariųjų paslaugų tam tikroje artimiausioje ligoninėje pacientai nebegaus (jei ligoninės pagrindu atsirastų sveikatos centras) ir turės vykti į kitą regione esančią tokias stacionarines paslaugas teikiančią ligoninę. Atstumų atžvilgiu paslaugos gyventojams nedaug nutols, tačiau regiono ligoninėje bus užtikrinama atitinkamų stacionariųjų paslaugų kokybė ir saugumas.

VIII. Poveikis regionų plėtrai

Stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugas teikiančių ASPĮ tinklas yra išdėstomas taip, kad joje veiksiančios įstaigos per kompetencijų centrų bendradarbiavimo sistemą ir atsižvelgiant į regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teritorijas prisidės prie atitinkamų kokybiškų paslaugų prieinamumo netolygumų mažinimo atitinkamų regionų gyventojams.

Projektu į LNSS įstaigų tinklą įtraukus atitinkamas regione esančias ASPĮ, ASPĮ veikimui ne mažiau kaip 5 metams (LNSS įstaigų tinklas įgyvendinamas 2023–2028 metais) sudaromos teisinės prielaidos:

1) investuoti į LNSS įstaigų infrastruktūrą (nes bus žinoma, kad įstaiga privalomai teikiama paslaugas, kurios bus apmokamos PSDF lėšomis, teks ne trumpiau kaip 5 metus);

2) prisitraukti specialistus (ypač jaunos), nes bus žinoma, kad tokia įstaiga ne mažiau kaip 5 metus teiks atitinkamas PSDF lėšomis kompensuojamas paslaugas.

Pastebėtina tai, kad mažose savivaldybėse iki 2025 m. rugpjūčio 1 d. turės būti priimti sprendimai dėl ligoninių pertvarkymo į sveikatos centrus. Šis procesas vertintinas taip, kad nors atitinkamoje savivaldybėje sumažės stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų teikimo apimtys, tačiau vietoj šių paslaugų turės būti steigiami sveikatos centrai, kurie teiks pirminio ir antrinio lygio ambulatorines paslaugas. Pažymėtina tai, kad mažose (iki 21 tūkstančio gyventojų) savivaldybėse ir šiuo metu stacionariųjų aktyviojo gydymo paslaugų apimtys yra mažos, nėra specialistų, nėra reikiamo kiekio pacientų, todėl ir šiuo metu tokia situacija negali užtikrinti atitinkamų paslaugų kokybės. Kaip ir minėta, atitinkamo regiono gyventojams stacionarinės aktyviojo gydymo paslaugos bus užtikrinamos per kompetencijų centrų ir regioninės funkcinės sveikatos priežiūros paslaugų teritorijų paslaugų organizavimo sistemą, o regione bus teikiamas prioritetas ambulatorinių paslaugų plėtrai.

IX. Kiti poveikio vertinimo aspektai

Viešajam administravimui	Įtakos neturės.
Teisinei sistemai	Įtakos neturės.
Administracinei naštai	Įtakos neturės.
Reglamentuojamoms profesijoms	Įtakos neturės.

Projektas per TAIS buvo pateiktas derinti Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijai, Lietuvos Respublikos finansų ministerijai, Lietuvos Respublikos ekonomikos ir inovacijų ministerijai, Lietuvos Respublikos konkurencijos tarybai, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijai, Lietuvos savivaldybių asociacijai, Lietuvos gydytojų vadovų sąjungai, Lietuvos pacientų organizacijų atstovų tarybai, Lietuvos pacientų forumui, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijai, Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacijai ir suinteresuotai visuomenei.

Pastabas Projektui pateikė Lietuvos Respublikos teisingumo ministerija, Lietuvos Respublikos konkurencijos taryba, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija, Lietuvos savivaldybių asociacija, Lietuvos pacientų organizacijų atstovų taryba, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija, Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacija.

Kitos institucijos ir įstaigos išvadų Projektui nepateikė.

Dėl gautų pastabų pridedama derinimo pažyma.

Projekto rengimą koordinavo Sveikatos apsaugos ministerijos viceministrė Danguolė Jankauskienė, tel. 8 5 266 1405, el. p. danguole.jankauskiene@sam.lt. Projekto tiesioginiai rengėjai – Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamento Specializuotos sveikatos priežiūros skyriaus vedėja Inga Cechanovičienė, tel. 85 266 1478, el. p. inga.cechanoviciene@sam.lt, Sveikatos apsaugos ministerijos Strateginio valdymo departamento direktorė Raimonda Janonienė, tel. 8 5 2604718, el. p. raimonda.janoniene@sam.lt, Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamento direktorė Odeta Vitkūnienė, tel. 85 266 1460, el. p. odeta.vitkuniene@sam.lt, Sveikatos apsaugos ministerijos Teisės skyriaus patarėjas Kazys Rušinskas, tel. 85 260 4898, el. p. kazys.rusinskas@sam.lt, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos Paslaugų stebėsenos skyriaus vedėja Vilma Uždavinienė, tel. (8 5) 2364176, el. p. vilma.uzdaviniene@vlk.lt.

PRIDEDAMA:

1. Projektas, 14 lapų.
2. Projekto 2023 m. d. antikorupcinio vertinimo pažyma Nr. , lapai.
3. Derinimo pažyma, 14 lapų.

Ministras
Dulkys

Arūnas



Odeta Vitkūnienė, tel. 85 266 1460, el. p. odeta.vitkuniene@sam.lt
Inga Cechanovičienė, tel. 85 266 1478, el. p. inga.cechanoviciene@sam.lt
Kazys Rušinskas, tel. (8 5) 260 4898, el. p. kazys.rusinskas@sam.lt

ⁱ Minimalius privalomai teikiamų ligoninės nomenklatūros stacionarinių aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašus pagal Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 7 dalį (redakcija nuo 2023 m. rugpjūčio 1 d.) Sveikatos apsaugos ministerija pateiks derinti artimiausiu metu.