

LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖS KANCELIARIJA
SOCIALINĖS POLITIKOS GRUPĖ

PAŽYMA

**DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ ĮSTATYMO NR. I-1367 2, 10, 11, 15¹, 39
STRAIPSNIŲ PAKEITIMO, ĮSTATYMO PAPILDYMO 46¹ STRAIPSNIU ĮSTATYMO,
SVEIKATOS SISTEMOS ĮSTATYMO NR. I-552 2 STRAIPSNIO PAKEITIMO IR ĮSTATYMO
PAPILDYMO 12¹ STRAIPSNIU ĮSTATYMO PROJEKTŲ
(TAP-21-1738 – 1740; TAIS NR.: 21-30414(2))**

Nr. NV-3220

Vilnius

Projektų rengėjas: Sveikatos apsaugos ministerija (toliau-SAM).**Projektų tikslas:** užtikrinti, kad visi Lietuvos gyventojai gautų kokybiškas, saugias ir prieinamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

Dabartinė situacija: Lietuvos gyventojų bendros sveikatos rodikliai yra ženkliai prastesni palyginus su kitomis ES valstybėmis, todėl sveikatos sistema turi būti sistemiškai peržiūrima. Europos Taryba 2020 m. rekomendacijose Lietuvai taip pat akcentavo, kad būtina sutelkti išteklius, kurių reikia dabartinei krizei įveikti ir savo sveikatos atsparumui ateityje padidinti nepamirštant sveikatos prieinamumo, efektyvumo ir kokybės gerinimo iššūkių. Pandemijos metu kilęs papildomas spaudimas sveikatos sistemai dar labiau išryškino struktūrinius iššūkius, ypač susijusius su sveikatos paslaugų kokybės ir prieinamumo užtikrinimu. Atsirado būtinybė sutelkti turimus išteklius, kurių reikia dabartinei krizei įveikti ir sveikatos sistemos atsparumui ateityje padidinti. Ankstesnė planavimo sistema yra nulėmusi, kad esminių (ypač viešųjų) paslaugų teikėjų tinklas Lietuvoje yra pakankamai tankus ir dažnai vadinamas pertekline infrastruktūra. Todėl yra būtina ne tik užtikrinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir pasiekiamumą, bet ir optimizuoti tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų tinklą, gerinant paslaugų kokybę. Viena esminių sąlygų, kad tai vyktų - įgalinti savivaldybių ir kitų paslaugų teikėjų regioninį bendradarbiavimą, taip užtikrinant pakankamą kokybiškų sveikatos paslaugų prieinamumą visiems Lietuvos gyventojams, nesvarbu, kur jie gyvena, ir skatinti naujos kartos kompleksinių, bendruomeninių paslaugų atsiradimą.

Susiduriama su šiomis esminėmis sveikatos sistemos problemomis ir iššūkiais:

- Lietuvos gyventojų sveikatos rodikliai smarkiai atsilieka nuo ES - gydymo priemonėmis išvengiamo mirtingumo rodikliai ženkliai viršija ES vidurkį (2017 m. standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 000 gyventojų siekė 184, lyginant su ES vidurkiu – 108);
- tankus asmens sveikatos priežiūros paslaugų tinklas su pertekline infrastruktūra - tinklas pagal bendrą ligoninių lovų skaičių, tenkantį 100 000 gyventojų, yra vienas neefektyviausių tarp ES 27 šalių ir beveik 18 proc. viršija šių lovų vidurkį ES 27 šalyse;
- netolygus aktyviojo gydymo lovų užimtumas ligoninėse: nors vidutinis aktyviojo gydymo lovų užimtumas (2018 m.) Lietuvoje yra artimas ES vidurkiui (77 proc.) ir sudaro apie 75 proc. metinio dienų skaičiaus (arba 274 dienas per metus), tačiau net 28 ligoninėse (60 proc.) jis nesiekė Lietuvos vidurkio;
- neefektyvi pirminė sveikatos priežiūra: hospitalizavimo atvejų, kurių galima išvengti, dalis Lietuvoje (21,1 atvejų 1 tūkst. gyventojų 2020 m.) yra viena didžiausių tarp ES šalių, stokojama asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų integracijos savivaldybėse;
- ribotas ir netolygus specializuotos pagalbos prieinamumas;
- ribota inovacijų plėtra;
- sistemos negebėjimas prisitaikyti prie grėsmių, krizių, neigiamų demografinių pokyčių.

Šiuo metu įstatymuose nustatyta, kad Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos (toliau – LNSS) įstaigų minimalius išdėstymo ir struktūros reikalavimus bei paslaugų poreikį nustato SAM kartu su Valstybine ligonių kasa. Problema, kad šios nuostatos dėl įstaigų išdėstymo gali būti taikomos tik SAM, bet ne savivaldybių pavaldumo stacionarines paslaugas teikiančioms įstaigoms, todėl sveikatos sistema negali lanksčiai reaguoti į besikeičiančias sąlygas, demografines tendencijas, grėsmes ir krizes. Nenustatyti kriterijai, pagal kuriuos būtų

nustatomi minimalūs struktūros reikalavimai. Asmens sveikatos priežiūros viešųjų įstaigų nomenklatūroje nėra tokios nomenklatūros įstaigos, kuri galėtų teikti integruotas pirminio ir antrinio sveikatos priežiūros lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Skirtingos nomenklatūros įstaigos gali integruoti tik to paties sveikatos priežiūros paslaugų lygmens įstaigų teikiamas paslaugas. Sveikatos sistemos teisės aktuose nėra reglamentuoti galimi asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutartiniai bendradarbiavimo principai ir sąlygos, taip pat nenumatyta galimybė atitinkamas paslaugas teikti teritoriniu (regioniniu) ir klasteriniu principu.

Projektų esmė: Sveikatos priežiūros įstaigų ir Sveikatos sistemos įstatymų projektuose siūlomi šie pakeitimai:

- apibrėžiamos **aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugos** (toliau – SAGP) t. y. stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos pacientams dėl ūmios ligos, lėtinės ligos paūmėjimo ar sužalojimo, kai reikalingas ištyrimas ir (ar) aktyvus medikamentinis ir (ar) chirurginis gydymas, kurios gali būti atliekamos tik stacionare;

- formuojamas Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos antrinio lygio įstaigų – aktyvaus gydymo ligoninių, tinklas: siūloma, kad Vyriausybė nustatytų **SAGP teikiančių įstaigų išdėstymo planą** (ne trumpesniam nei 5 metų laikotarpiui), pagal šiuos kriterijus: **geografinį** stacionariųjų aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugų **prieinamumą pacientams**, šių paslaugų **daugiaprofilškumą** bei **kokybę** ir **skubiosios pagalbos užtikrinimą visą parą**. Taip pat Vyriausybė tvirtintų šių kriterijų konkrečias reikšmes;

- nustatoma, kad **jei ASPĮ neatitiks nurodytų kriterijų, ji galės** jungtis prie kitos kriterijus atitinkančios SAGP įstaigos, tapti savivaldybės sveikatos centru ar nieko nekeisti (nepriklausyti tinklui);

- SAM įpareigojama nustatyti **minimalius privalomai teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašus (bazinį paslaugų paketą)** visų LNSS lygių ir lygmenų (savivaldybės, valstybės, mišraus; pirminio, antrinio tretinio; rajono, regiono, respublikos) įstaigoms;

- nustatoma, kad SAGP teikiančiose įstaigose, kuriose nėra teikiamas minimalus privalomai teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašas, jų teikimas savivaldybės gyventojams būtų užtikrinamas regioninės funkcinės sveikatos priežiūros būdu;

- įteisinama nauja asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo forma – **regioninė funkcinė sveikatos priežiūra**, t. y. asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos teritorijoje, nustatytoje nepaisant administracinių apskričių ir savivaldybių ribų, bendradarbiaujant toje teritorijoje esančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir savivaldybėms. Nesant SAGP paslaugų tam tikroje savivaldybėje, jų teikimas gyventojams būtų užtikrinamas regioninės funkcinės sveikatos priežiūros būdu, taip užtikrinant atitinkamų paslaugų teikimo tolygumą teritoriniu (regioniniu) principu;

- sveikatos apsaugos ministras įpareigojamas nustatyti įstaigų priskyrimą atitinkamos regioninės funkcinės sveikatos priežiūros teikimui ir regioninės funkcinės sveikatos priežiūros organizavimo tvarką, įtvirtinti prievolę įstaigoms ir jų savininkams bendradarbiauti ir taip užtikrinti visų paslaugų prieinamumą pacientams;

- įtvirtinamas naujas įstaigų savivaldybėje nomenklatūros subjektas – **sveikatos centras**, kuris gali būti: atskiras juridinis asmuo arba veikti bendradarbiavimo sutarčių pagrindu. Sveikatos centre bus integruota visuomenės sveikatos veikla, ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos, skubi medicinos pagalba, dienos paslaugos, vidaus ligų stacionarinės paslaugos bei ilgalaikė priežiūra. Sveikatos centras bus viena iš savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigų nomenklatūroje esančių įstaigų, kurios tikslas – kartu su savivaldybės gydytoju koordinuoti paslaugų teikimą savivaldybės teritorijoje ir rūpintis, kad paslaugų kokybė ir prieinamumas gyventojams gerėtų;

- numatyti būdai, kaip savivaldybių tarybos galėtų organizuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybėje (tinklo formavimas numatomas savanorišku būdu). Pvz. ambulatorijos, psichikos sveikatos centrai, šeimos gydytojų centrai, greitosios medicinos pagalbos stotys ir palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninės galės teikti paslaugas kaip atskiri juridiniai asmenys arba kaip pirminės sveikatos priežiūros centro ar poliklinikos. Kitas variantas, kad visos nomenklatūroje išvardintos įstaigos galės būti kaip sveikatos centro padaliniai (filialai). Dėl savivaldybės sveikatos centro steigimo savivaldybės sprendžiamas pačios (neplanuojamas joks privalomas savivaldybių sveikatos centrų steigimas);

- **atsisakoma medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigų bei specializuotų ligoninių, medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigų** LNSS savivaldybių ir valstybės asmens sveikatos priežiūros viešųjų įstaigų nomenklatūroje, remiantis principu, kad monoligoninės integruojamos į kompetencijų centrus;

- **reglamentuojamas asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas sutartiniu pagrindu:**

nurodoma galimybė paslaugas teikti per įstaigų bendradarbiavimo sutartis su kitomis atitinkamas paslaugas galinčiomis suteikti sveikatos priežiūros įstaigomis. Paslaugų bendradarbiavimo sutarčių pavyzdines formas tvirtins sveikatos apsaugos ministras;

- įteisinama galimybė bendradarbiavimo sutartis sudaryti su visais paslaugų teikėjais, ***neprisklausomai nuo nuosavybės ar pavaldumo formos*** (siekiama užtikrinti privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų nediskriminavimą).

Nauda: Priėmus projektus, gerės sveikatos priežiūros paslaugų gyventojams kokybė, saugumas ir prieinamumas, pacientams bus užtikrinta geresnė aukščiausio lygio specializuotų paslaugų pasiūla bei viso reikalingo gydymo proceso integralumas. To pasėkoje gerės gyventojų sveikatos rodikliai, sveikatos priežiūros paslaugos bus arčiau paciento gyvenamosios vietos, sumažės patekimo pas gydytojus eilės, pagreitės paciento problemų kompleksinis sprendimas vietoje, bus efektyviau naudojami sveikatos sistemos finansiniai, žmogiškieji ir materialiniai ištekliai, efektyviau planuojamos investicijos į tinklo įstaigų infrastruktūrą ir plėtrą ir kt.

Atitiktis Vyriausybės programai: įgyvendina Vyriausybės programos nuostatų įgyvendinimo plano 4.2.7 veiksmą „priimti Vyriausybės sprendimą dėl kompetencijos centrų ir regioninio bendradarbiavimo modelių pagrįsto ASPĮ tinklo sukūrimo ir reglamentavimo (esamų teisės aktų pakeitimo), atsižvelgiant į demografinių pokyčių nulemtų paslaugų poreikio vertinimą ir viešųjų konsultacijų su socialiniais partneriais rezultatus“.

Derinimas: Projektai derinti su Teisingumo ministerija, Finansų ministerija, Švietimo, mokslo ir sporto ministerija, Vidaus reikalų ministerija, Ekonomikos ir inovacijų ministerija, Valstybinė ligonių kasa, Konkurencijos taryba, Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija, Lietuvos savivaldybių asociacija, Lietuvos gydytojų vadovų sąjunga, Lietuvos ligoninių asociacija, Lietuvos rajonų ligoninių asociacija. Pastabos, į kurias neatsižvelgta, argumentuotos derinimo pažymoje (pagrindinės pastabos buvo dėl privačių įstaigų nediskriminavimo, dėl poveikio vertinimo įvairioms sritims (pateiktas), dėl įstatymuose įteisintų nuostatų praktinio įgyvendinimo, dėl įstaigų steigėjų dalyvavimo optimizavimo procese ir kt.). Nesuderintoms pastaboms aptarti buvo organizuotas suinteresuotų institucijų pasitarimas. Taip pat projektai pristatyti visuomenei konferencijose regionuose, vyko viešosios diskusijos savivaldybėse. Surengta virš 90 aptarimų.

Dalykinio vertinimo išvada: Teikiamos šios pastabos:

- Siūlytume aiškinamajame rašte išsamiau pagrįsti, kodėl pasirinktas būtent 5 metų terminas įstaigų išdėstymo planui, kurį nustatys Vyriausybė.

- Siūlytina aiškinamajame rašte aiškiau pagrįsti ir nurodyti, kodėl siūloma atsisakyti medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigų bei paaiškinti, kaip bus užtikrintas medicininės reabilitacijos paslaugų teikimas.

- Siūlytina peržiūrėti numatomo teisinio reguliavimo poveikio vertinimo rezultatus, įvertinant galimą poveikį viešajam administravimui, administracinei naštai, finansams. Nors projektų aiškinamajame rašte konstatuojama, kad projektų įgyvendinimui papildomų asignavimų nereikės, manome, kad būtų tikslinga nurodyti lėšų šaltinius ir sumas, numatomas planuojamai reformai įgyvendinti.

- Atkreiptinas dėmesys, kad aiškinamajame rašte nurodomi duomenys ir tyrimai turėtų būti kiek įmanoma naujesni, pvz. nurodyti šeimos gydytojų veiklos audito duomenys 2010-2011 metų (6 psl.).

- Siūlytina aiškinamojo rašto dalyje „Projektų rengimo uždaviniai“ atsisakyti nuostatų „sudaryti teisins prielaidas centralizuoti greitosios medicinos pagalbos paslaugas ir sukurti ilgalaikės priežiūros modelį“, kadangi tai nėra šių įstatymų projektų uždaviniai. Dėl šių nuostatų teisinio reglamentavimo tikslinga aiškinamojo rašto 9 punkte nurodyti, kada bus parengti teisės aktai dėl greitosios pagalbos paslaugų tinklo ir ilgalaikės priežiūros.

- Kaip viena iš priežasčių paskatinusių projektų rengimą įvardinta pacientų laukimo eilių problematika, tačiau aiškinamajame rašte pagrindimas nepateiktas. Taip pat poveikio vertinime nurodoma, kad siūlomas teisinis reguliavimas turės teigiamą poveikį pacientams nes eilės pas gydytojus sumažės, tačiau aiškinamajame rašte stokojama paaiškinimo/pagrindimo, kaip mažės eilės, įgyvendinus tinklo reformą.

- Atkreiptinas dėmesys, kad, siekiant užtikrinti sklandų siūlomų nuostatų įgyvendinimą, aktuali tampa pavėžėjimo į (iš) asmens sveikatos priežiūros įstaigą paslauga, kadangi sveikatos centre stacionariųjų paslaugų teikiamų paslaugų paketas bus mažesnis (tik vidaus ligų stacionarinės paslaugos) negu paslaugų paketas, kurį galėdavo suteikti ligoninė, tai reikš, kad tos savivaldybės gyventojas atitinkamas stacionarines paslaugas turės gauti kitoje nei jo gyvenamosios vietos ligoninėje. Siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą ir pasiekiamumą, turėtų būti numatyta, kaip bus sprendžiama ši problema, pvz. per pavėžėjimo paslaugų užtikrinimą.

- Siūlytume patikslinti projektus įvertinus šias ir Vyriausybės kanceliarijos Teisės grupės pateiktas pastabas bei pasiūlymus ir svarstyti tarpinstituciniame pasitarime.

Patarėja

Aurelija Urbonienė

Aurelija Urbonienė, tel. +37070663813, el. p.