

LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖ

NUTARIMAS

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

Nr.
Vilnius

Lietuvos Respublikos Vyriausybė n u t a r i a:

1. Pakeisti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. balandžio 23 d. nutarimą Nr. 370 „Dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo patvirtinimo“:

1.1. Pakeisti preambulę ir ją išdėstyti taip:

„Vadovaudamasi Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 9 straipsnio 86 dalimi, Lietuvos Respublikos Vyriausybė n u t a r i a:“

1.2. Pakeisti nurodytu nutarimu patvirtintą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašą:

1.2.1. Pakeisti 1.1 papunktį ir jį išdėstyti taip:

„1.1. užtikrinamas jų teikimas pacientams ~~visą parą~~ Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 45 straipsnio 1 dalies 11 punkte nustatyta tvarka;“

1.2.2. Pakeisti 1.2 papunktį ir jį išdėstyti taip:

„1.2. vykdomos PSDF biudžeto lėšomis apmokamos prevencinės programos, apimančios ir ankstyvąją ligų diagnostiką (toliau – prevencinės programos);“

1.2.3. Papildyti 1.4 papunkčiu:

„1.4. sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka užtikrinamas ambulatorinės slaugos paslaugų namuose teikimas prie pirminės ambulatorinės paslaugas teikiančios įstaigos prisirašiusiems gyventojams.“

1.2.4. Papildyti 3.1.4 papunkčiu:

„3.1.4. ergoterapeutas.“

1.2.5. Pakeisti 6.1 papunktį ir jį išdėstyti taip:

„6.1. sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka vykdomos PSDF biudžeto lėšomis apmokamos prevencinės programos;“

1.2.6. Papildyti 6¹ punktu:

„6¹. Šio sąrašo 6.1 papunktyje nurodytos prevencinės programos PSDF biudžeto lėšomis apmokamos tik tuo atveju, jeigu atitinkama asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – ASPI) taip pat teikia PSDF biudžeto lėšomis apmokamas specializuotas ambulatorines paslaugas – gydytojų specialistų, teikiančių prevencinių programų paslaugas, konsultacijas. Sprendžiant dėl specializuotų ambulatorinių paslaugų ir PSDF biudžeto lėšomis apmokamų prevencinių programų teikimo, šio sąrašo 11 punkte nustatyta tvarka vertinamas tik specializuotų ambulatorinių paslaugų poreikis.“

1.2.7. Papildyti 6² punktu:

„6². Teikiant dienos stacionaro paslaugas turi būti atliekami pacientams būtini diagnostiniai ir (arba) gydomieji veiksmai pagal gydytojo specialisto kompetenciją ir licencijoje nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ar paslaugų grupes.“

1.2.8. Pakeisti 7¹.1 papunktį ir jį išdėstyti taip:

„7¹.1. teikiamų profilių stacionarinės ir skubiosios medicinos pagalbos ir intensyvios priežiūros (sveikatos apsaugos ministro patvirtintuose paslaugų teikimo reikalavimuose nustatytais atvejais – intensyviosios terapijos) paslaugos pacientams teikiamos visą parą ir nepertraukiamai visomis savaitės dienomis pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintus tokio profilio paslaugų teikimo reikalavimus. Reikalavimas teikti intensyviosios priežiūros paslaugas netaikomas teikiant tik stacionarines antrinio lygio psichiatrijos paslaugas (priklausomybių ligų gydymo, teismo medicinos ekspertizės, bendrosios ir specialiosios psichiatrijos srityse), jei 20 kilometrų atstumu yra kita **ASPI asmens sveikatos priežiūros įstaiga (toliau – ASPI)**, turinti ASPI asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti intensyviosios priežiūros paslaugas, ir stacionarines antrinio lygio psichiatrijos paslaugas teikianti ASPI yra sudariusi su ja sutartį dėl intensyviosios priežiūros paslaugų teikimo. Reikalavimas teikti skubiosios medicinos pagalbos paslaugas netaikomas tik teikiant priklausomybių ligų gydymo, teismo medicinos ekspertizės, specialiosios psichiatrijos paslaugas. Taikant išimtis dėl skubiosios medicinos pagalbos ar intensyviosios priežiūros paslaugų teikimo, antrinio lygio psichiatrijos paslaugos teikiamos tik stabilios somatinės būklės pacientams;“.

1.2.9. Papildyti 7² punktu:

„7². **Teikiant skubiosios medicinos pagalbos paslaugas stacionarines paslaugas teikiančiose įstaigose:**

7².1. jos turi būti teikiamos visą parą ir nepertraukiamai visomis savaitės dienomis:

7².2. bent vienais iš dvejų paskutinių paeiliui einančių metų skubiosios medicinos pagalbos skyriuje turi būti pasiektas minimalus visų nurodytų skubiosios medicinos pagalbos atvejų skaičius pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintus skubiosios medicinos pagalbos skyrių tipus:

7².2.1. A ir B1 tipo skubiosios medicinos pagalbos skyriuje – 2 000 atvejų, B tipo skubiosios medicinos pagalbos skyriuje – 4000 atvejų, C tipo skubiosios medicinos pagalbos skyrius – 6000 atvejų;

7².2.2. skubiosios medicinos pagalbos atvejų, kai pacientai kreipėsi nakties metu (nuo 22 val. iki 6 val.), turi būti ne mažiau kaip 5 proc. nuo visų skubiosios medicinos pagalbos atvejų;

7².2.3. skubiosios medicinos pagalbos atvejų, kai pacientai kreipėsi savaitgaliais ir švenčių dienomis, turi būti ne mažiau kaip 10 proc. nuo visų skubiosios medicinos pagalbos atvejų;

7².2.4. skubiosios medicinos pagalbos atvejų, kai pacientus po suteiktos medicinos pagalbos pristatė greitosios medicinos pagalbos tarnybos darbuotojai, turi būti ne mažiau kaip 10 proc. nuo visų skubiosios medicinos pagalbos atvejų.“

1.2.10. Papildyti 10¹ punktu:

„10¹. Šio sąrašo 7².2, 8.2, 9.2, 9¹.2.1 ir 9¹.2.2 papunkčiuose nurodyta tvarka skaičiuojant per dvejus paskutinius paeiliui einančius metus suteiktų paslaugų skaičių laikoma, kad metai prasideda atitinkamų metų liepos 1 d. ir baigiasi kitų metų birželio 30 d.“

1.2.11. Pakeisti 11 punktą ir jį išdėstyti taip:

„11. 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 šio sąrašo 1–10 punktuose, **taikoma toliau nurodyta papildoma sąlyga – taikomos toliau nurodytos papildomos sąlygos: 11.1. neužtikrinamas PSDF biudžeto lėšomis kompensuojamos atitinkamos paslaugos (išskyrus palaikomojo gydymo ir slaugos bei stacionarinės paliatyviosios pagalbos paslaugų) poreikis, nustatytas įgyvendinant Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 11 straipsnio 5 dalį, ir neužtikrinamas, atsižvelgiant į šį poreikį, Sveikatos sistemos įstatymo 12 straipsnio 5 ir 9 dalyse**

nurodytu pagrindu nustatytas šių paslaugų mastas. Paslaugų poreikio apskaičiavimo metodiką tvirtina sveikatos apsaugos ministras;

~~11.2. palaikomojo gydymo ir slaugos bei stacionarinės paliatyviosios pagalbos paslaugoms:~~

~~11.2.1. faktinis slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius, tenkantis 1 000 savivaldybės gyventojų, negali viršyti tai savivaldybei arba bent vienai iš besiribojančių savivaldybių pagal gyventojų amžiaus struktūrą apskaičiuoto lovų skaičiaus, kai bendras šalies rodiklis yra 3 lovos 1 000 gyventojų;~~

~~11.2.2. stacionarinės paliatyviosios pagalbos lovų skaičius, tenkantis 100 tūkst. savivaldybės gyventojų, negali viršyti 24 lovų 100 tūkst. gyventojų.“~~

1.2.12. Pakeisti 12 punkto pirmąją pastraipą ir ją išdėstyti taip:

„12. Šio sąrašo 11 punkte nurodytos sąlygos **nurodyta sąlyga** naujai teikiamoms paslaugoms **netaikomos netaikoma**.“.

1.2.13. Pakeisti 12.1.2 papunktį ir jį išdėstyti taip:

„12.1.2. ~~sveikatos centrui priskiriamoms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, kurias ASPĮ teikia kaip struktūrinis sveikatos centras arba kaip funkcinis sveikatos centras pagal bendradarbiavimo sutartį, vadovaudamasi Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo 39 straipsnio 4 dalies 4 punktu sveikatos centrui priskiriamoms teikti paslaugoms, jeigu sveikatos centre nebeliko nė vieno atitinkamos paslaugos teikėjo;~~“.

1.2.14. Papildyti 12.2¹ papunkčiu:

„**12.2¹. pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugoms, prevencinių programų patologijos (biopsijos tyrimų, citopatologijos) ir laboratorinės diagnostikos paslaugoms, paslaugoms, kurioms teikti ir (ar) plėtoti skiriamos papildomos Europos Sąjungos lėšos (šiomis lėšomis finansuojamame projekte numatyta jo vykdymo ir veiklos privalomojo tęstinumo laikotarpis), taip pat paslaugoms, kurios dėl diagnostikos ar gydymo proceso eiliškumo yra glaudžiai susijusios su ASPĮ jau teikiamomis PSDF biudžeto lėšomis apmokamomis paslaugomis (toliau – susijusios paslaugos). Šiame papunktyje nurodytų susijusių paslaugų sąrašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras;**“.

1.2.15. Pakeisti 12.3 papunktį ir jį išdėstyti taip:

„12.3. paslaugoms, kurių teikimą ASPĮ, sudariusi su TLK sutartį dėl šių paslaugų teikimo **apmokėjimo PSDF biudžeto lėšomis**, nutraukia, nes po reorganizavimo ar pertvarkymo jos teisės ir pareigos pereina (yra perimamos Lietuvos Respublikos civilinio kodekso 2.97 ar 2.104 straipsnyje nustatyta tvarka) tęsiančiai veiklą ASPĮ;“.

1.2.16. Pakeisti 12.6 papunktį ir jį išdėstyti taip:

„12.6. paslaugoms, už kurias einamaisiais metais ~~atitinkama TLK mokesčio~~ **buvo mokama** PSDF biudžeto lėšomis konkrečiai ASPĮ, jas bet kuriuo metu pradėjus teikti nauju arba papildomu ASPĮ licencijoje nurodytu asmens sveikatos priežiūros veiklos adresu, nekeičiant sutartinės sumos. Šio papunkčio nuostata netaikoma papildomu adresu pradėtoms teikti stacionarinėms aktyviojo gydymo paslaugoms **ir paslaugoms, dėl kurių sutartys sudarytos pagal šio sąrašo 12.1.2 papunktį (išskyrus atvejį, kai paslaugų, dėl kurių sutartys sudarytos pagal šio sąrašo 12.1.2 papunktį, teikimas bet kuriuo metu perkliamas nauju ASPĮ licencijoje nurodytu asmens sveikatos priežiūros veiklos adresu, esančiu toje pačioje savivaldybės teritorijoje, nekeičiant sutartinės sumos);**“.

2. Nustatyti, kad:

2.1. šio nutarimo 1.2.1 ir 1.2.14 papunkčiai įsigalioja 2025 m. sausio 1 d.;

2.2. šio nutarimo 1.2.10 papunktis įsigalioja 2025 m. liepos 1 d.

2.3. šio nutarimo 1.2.11, 1.2.12 ir 1.2.13 papunkčiai įsigalioja 2025 m. rugpjūčio 1 d.;

2.4. šio nutarimo 1.2.9 papunkčiu pakeisto Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo 7².2 papunktis

taikomas nuo 2027 m. liepos 1 d. ir šiame papunktyje nurodytais atvejais dveji paeiliui einantys metai pradedami skaičiuoti nuo 2025 m. liepos 1 d.;

2.5. šio nutarimo 1.2.5 ir 1.2.6 papunkčiais pakeisto Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo 6.1 papunktis ir 6^l punktas taikomi asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, kurios 2024 metais neturi galiojančios sutarties dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų prevencinių ir (ar) ankstyvosios ligų diagnostikos programų vykdymo ir sutartį dėl šių paslaugų teikimo sudaro įsigaliojus šiam nutarimui;

2.6. asmens sveikatos priežiūros įstaigų, 2024 metais turinčių galiojančias sutartis dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų prevencinių programų vykdymo, išskyrus įstaigas, teikiančias tik prevencinių programų patologijos (biopsijos tyrimų, citopatologijos) ir laboratorinės diagnostikos paslaugas, ir neturinčių sutarties dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis apmokamų specializuotų ambulatorinių paslaugų teikimo, prevencinių programų, išskyrus įstaigas, teikiančias tik prevencinių programų patologijos (biopsijos tyrimų, citopatologijos) ir laboratorinės diagnostikos paslaugas, paslaugos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis nuo 2026 m. sausio 1 d. galės būti apmokamos, jei įstaiga taip pat teiks Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamas specializuotas ambulatorines paslaugas – gydytojų specialistų, teikiančių prevencinių programų paslaugas, konsultacijas. Įgyvendinant šio papunkčio nuostatas ir sudarant sutartis dėl Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšomis apmokamų specializuotų ambulatorinių paslaugų teikimo, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis apmokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sąlygų sąrašo 11 punktas netaikomas.

Laikiniai einantis Ministro Pirmininko pareigas

Laikiniai einantis sveikatos apsaugos ministro pareigas