

LIETUVOS RESPUBLIKOS VYRIAUSYBĖ

N U T A R I M A S

DĖL ANTROJO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO ETAPO STRATEGIJOS PATVIRTINIMO

2006 m. birželio 29 d. Nr. 647

Vilnius

Įgyvendindama Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004–2008 metų programos įgyvendinimo priemonių, patvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. kovo 24 d. nutarimu Nr. 315 (Žin., 2005, Nr. [40-1290](#)), 525 punktą ir Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 (Žin., 2003, Nr. [28-1147](#)), 3 punktą, Lietuvos Respublikos Vyriausybė n u t a r i a:

1. Patvirtinti Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategiją (pridedama).

2. Įpareigoti apskričių viršininkus:

2.1. iki 2006 m. gruodžio 1 d. parengti apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planus (2006–2008 metai) ir suderinus juos su regiono plėtros tarybomis pateikti Sveikatos apsaugos ministerijai tvirtinti;

2.2. apie apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų įgyvendinimo rezultatus kasmet vasario 1 d. informuoti Sveikatos apsaugos ministeriją, užtikrinant teikiamos informacijos patikimumą ir objektyvumą.

3. Sveikatos apsaugos ministerija turi:

3.1. iki 2006 m. gruodžio 30 d. išnagrinėti ir patvirtinti pateiktus apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų projektus;

3.2. kontroliuoti apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų įgyvendinimą;

3.3. siūlyti investicijų projektus, skirtus apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planams įgyvendinti, prioritetine tvarka įtraukti į kasmet rengiamus Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo ir Valstybės investicijų programos projektus;

3.4. iki 2006 m. gruodžio 30 d. parengti Valstybinę antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo programą ir pateikti ją tvirtinti Lietuvos Respublikos Vyriausybei.

L. E. MINISTRO PIRMININKO PAREIGAS

ZIGMANTAS BALČYTIS

L. E. SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRO PAREIGAS

ŽILVINAS PADAIGA

PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos Vyriausybės
2006 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 647

ANTROJO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO ETAPO STRATEGIJA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo strategija parengta siekiant optimizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą ir gerinti paslaugų struktūrą atsižvelgiant į gyventojų sveikatos priežiūros poreikius.

2. Antrasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas (toliau vadinama – antrasis restruktūrizavimo etapas) apima 2006–2008 metus, per jį bus užtikrintas pagrindinių strateginių sveikatos apsaugos sistemos plėtrą reglamentuojančių dokumentų įgyvendinimo tęstinumas ir vientisumas:

2.1. Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Aukščiausiosios Tarybos 1991 m. spalio 30 d. nutarimu Nr. I-1939 (Žin., 1991, Nr. [33-893](#));

2.2. Lietuvos sveikatos programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. [64-1842](#));

2.3. Valstybės ilgalaikės raidos strategijos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. lapkričio 12 d. nutarimu Nr. IX-1187 (Žin., 2002, Nr. [113-5029](#));

2.4. Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. kovo 18 d. nutarimu Nr. 335 (Žin., 2003, Nr. [28-1147](#)).

II. PIRMOJO SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ RESTRUKTŪRIZAVIMO ETAPO (2003–2005 METAI) REZULTATAI

3. Pirmasis sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapas apėmė 2003–2005 metus.

4. Pirmojo etapo tikslai, uždaviniai, prioritetai, kriterijai ir siejami rezultatai nustatyti Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje. Konkretūs minėtosios strategijos nuostatų įgyvendinimo veiksmai, priemonės, terminai ir atsakingi vykdytojai numatyti Vilniaus ir Kauno apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose, patvirtintuose sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-754 (Žin., 2004, Nr. [7-153](#)), ir apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose, patvirtintuose sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-804 (Žin., 2004, Nr. [30-999](#)). Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijos 3 punkte numatyta, kad pagal pasiektus pirmojo etapo rezultatus bus nustatomi antrojo etapo kriterijai ir siejami rezultatai.

5. Pirmojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo rezultatai rodo, kad šalies mastu įvyko šie sveikatos apsaugos sistemos pagrindinių rodiklių pokyčiai:

5.1. apsilankymų pas pirminės sveikatos priežiūros gydytojus, tenkančių vienam gyventojui, padaugėjo nuo 3,7 iki 3,9;

5.2. hospitalizacijos rodiklis 100-tui gyventojų sumažėjo nuo 23,2 iki 20,2 ligonio. Taigi iki restruktūrizavimo pradžios kasmet daugiau kaip 23 gyventojai iš 100 gydyti ligoninėse. Po pirmojo restruktūrizavimo etapo tokių gyventojų sumažėjo 3;

5.3. vienas pacientas vidutiniškai gydosi ligoninėje 2 dienomis trumpiau, nes vidutinė gulėjimo ligoninėje trukmė sutrumpėjo nuo 10 iki 8 dienų;

5.4. lovos užimtumas padidėjo nuo 284 iki 308 dienų;

5.5. lovos apyvarta pagerėjo nuo 28 iki 35 pacientų.

6. Veiksmingesnė tapo sveikatos priežiūros paslaugų struktūra:

6.1. penktadaliu, arba 5000, sumažinta lovų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse;

6.2. stacionarinių paslaugų apimtis sumažėjo 8 procentais;

6.3. ambulatorinių paslaugų padaugėjo 6 procentais;

6.4. slaugos apimtis padidėjo 15 procentų;

6.5. įsteigta 600 dienos stacionaro vietų.

7. Reorganizavus sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, ligoninių Lietuvoje sumažėjo 22 juridiniais vienetais:

7.1. Šv. Jokūbo ligoninė Vilniuje reorganizuota skaidymo būdu, išdalijant paslaugas Vilniaus miesto universitetinei ligoninei ir Vilniaus greitosios pagalbos universitetinei ligoninei;

7.2. Vilniaus Centro ligoninė prijungta prie Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų;

7.3. Respublikinė tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninė, Respublikinė Santariškių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninė, Vilniaus tuberkuliozės ligoninė, Vilniaus apskrities Vyžulionių tuberkuliozės ligoninė ir Vilniaus universitetinė infekcinė ligoninė sujungtos, suvienijant jas į naują juridinį asmenį Respublikinę tuberkuliozės ir infekcinių ligų ligoninę;

7.4. Respublikinė universitetinė ligoninė Vaiko raidos centras prijungta prie Vilniaus universiteto vaikų ligoninės;

7.5. Kauno klinikinė infekcinė ligoninė prijungta prie Kauno 2-osios klinikinės ligoninės;

7.6. Kauno P. Mažylio gimdymo namai prijungti prie Kauno 2-osios klinikinės ligoninės;

7.7. Viršužiglio reabilitacijos ligoninė ir Kauno Romainių tuberkuliozės ligoninė filialo teisėmis prijungtos prie Kauno medicinos universiteto klinikų, Kulautuvos tuberkuliozės ligoninė tapo Romainių tuberkuliozės ligoninės filialo struktūriniu padaliniu;

7.8. Garliavos ligoninė prijungta prie Kauno apskrities ligoninės;

7.9. Kauno medicinos universiteto Onkologijos ligoninė filialo teisėmis prijungta prie Kauno medicinos universiteto klinikų;

7.10. Kauno psichiatrijos ligoninė prijungta prie Kauno apskrities ligoninės;

7.11. Skuodo ligoninė filialo teisėmis prijungta prie Klaipėdos apskrities ligoninės;

7.12. Palangos ligoninė filialo teisėmis prijungta prie Klaipėdos jūrininkų ligoninės;

7.13. Klaipėdos vaikų tuberkuliozės ligoninė „Smiltelė“ skyriaus teisėmis prijungta prie Klaipėdos tuberkuliozės ligoninės;

7.14. Šilutės vaikų tuberkuliozės ligoninė „Eglutė“ filialo teisėmis prijungta prie Klaipėdos tuberkuliozės ligoninės;

7.15. Priekulės palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė reorganizuota skaidymo būdu, išdalijant paslaugas Klaipėdos ligoninei ir Gargždų ligoninei;

7.16. Pagryžuvio tuberkuliozės ligoninė prijungta prie Šiaulių tuberkuliozės ir plaučių ligų ligoninės;

7.17. Panevėžio tuberkuliozės ligoninė prijungta prie Panevėžio infekcinės ligoninės.

8. Kai kuriose ligoninėse, kuriose teikiamų tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų apimtis negalėjo užtikrinti reikiamo šių paslaugų saugumo pacientams, uždaryti arba sujungti neurologijos, tuberkuliozės, kardiologijos, infektologijos ir kiti skyriai.

9. Iš rajono ligoninių, kuriose gimdymų skaičius neatitiko Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategijoje patvirtinto minimalaus 300 gimdymų per metus skaičiaus, gimdymo paslaugos perkeltos į kitų rajonų akušerijos skyrius, užtikrinant geresnį gimdyvių saugumą ir paslaugų kokybę. Akušerijos skyriai uždaryti šiose ligoninėse:

9.1. Druskininkų;

9.2. Ignalinos rajono;

9.3. Kupiškio;

9.4. Molėtų;

9.5. Naujosios Akmenės;

9.6. Pakruojo;

9.7. Plungės;

9.8. Prienų;

9.9. Skuodo;

9.10. Šilalės;

9.11. Varėnos;

9.12. Zarasų.

10. Didžiųjų Lietuvos miestų sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo problemos papildomai nagrinėjamos Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komiteto posėdžiuose, ypač daug dėmesio skiriant ligoninių koncentravimui stambesniuose juridiniuose vienetuose ir atsisakant perteklinių ligoninėms priklausančių patalpų plotų. Platus atstovavimas visų šalių interesams ir siūlomų alternatyvų teigiamų bei neigiamų padarinių vertinimas šiuose posėdžiuose leidžia priimti racionaliausią sprendimą:

10.1. Išnagrinėjus Vilniaus miesto sveikatos priežiūros įstaigų tolesnio restruktūrizavimo eigą, Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komiteto 2005 m. balandžio 13 d. posėdyje priimtas sprendimas Vilniaus mieste suformuoti tris ligoninių kompleksus, iš kurių vienas būtų pavaldus Sveikatos apsaugos ministerijai, antrasis – Vilniaus apskrities viršininkui, trečiasis – Vilniaus miesto savivaldybės tarybai. Įgyvendinant šį sprendimą ir sujungiant ligonines, numatoma išlaisvinti 92 tūkst. kv. metrų šiuo metu ligoninių naudojamo ploto.

10.2. Analogiškas sprendimas priimtas Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komiteto 2005 m. lapkričio 9 d. posėdyje apsvarsčius Kauno miesto sveikatos priežiūros įstaigų tolesnio restruktūrizavimo eigą.

10.3. Kauno medicinos universiteto Onkologijos ligoninės ir Kauno medicinos universiteto klinikų reorganizavimo tikslingumui išnagrinėti ir įvertinti Lietuvos Respublikos Ministro Pirmininko 2005 m. liepos 15 d. potvarkiu Nr. 189 sudaryta darbo grupė. 2006 m. kovo 16 d. pasitarime pas Ministrą Pirmininką nuspręsta konkurso būdu pasitelkti nepriklausomus ekspertus Kauno medicinos universiteto Onkologijos ligoninės prijungimo prie Kauno medicinos universiteto klinikų paslaugų prieinamumo ir kokybės onkologinėmis ligomis sergantiems pacientams pokyčiams įvertinti.

10.4. Lietuvos Respublikos Vyriausybės Strateginio planavimo komitetui rengiamas Klaipėdos miesto sveikatos priežiūros įstaigų tolesnio restruktūrizavimo projektas.

11. Pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatai rodo, kad pagrindiniai sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo rodikliai pagerėjo, tačiau treji metai – per trumpas laikas stebėti svarbesnius Lietuvos gyventojų sveikatos rodiklių pokyčius. Be to, gerėjant stacionarinės grandies veiklai, stacionarinis mirtingumas ir toliau didėja – nuo 1,97 iki 2,28 procento. Ambulatorinių paslaugų apimtys didėjimas, senstanti populiacija, kuriai paprastai būdinga daugybinė patologija, lemia santykinai didesnę sudėtingesnių atvejų gydymą stacionaruose, o tai objektyviai didina mirtingumo rodiklį ligoninėse. Išanalizavus stacionarinio ir bendrojo mirtingumo pokyčius pagal amžiaus grupes, matyti, kad 15–44 metų ir vyresnių nei 65 metų gyventojų stacionarinis mirtingumas kito kur kas labiau (atitinkamai 8,3 ir 15,1 procento) nei bendrasis mirtingumas (atitinkamai 3 procentai ir 6,5 procento). Tai rodo, kad stacionariųjų paslaugų mažėjimas jų prieinamumo nei jauniems, nei pagyvenusiems pacientams sunkumų nekelia.

12. Per pirmąjį sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapą sutaupyta 154 mln. litų, kurie panaudoti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui ir kokybei, medikų darbo sąlygoms gerinti:

12.1. dviem dienomis trumpesnis vieno ligonio gydymas ligoninėje leido sutaupyti 40 mln. litų;

12.2. dalies ligonių gydymo ligoninėje pakeitimas gydymu ambulatoriškai sutaupė 61 mln. litų;

12.3. intensyvaus gydymo pakeitimas gydymu slaugos ligoninėje sutaupė 14 mln. litų;

12.4. gydymo ligoninėje pakeitimas gydymu dienos stacionare sutaupė 39 mln. litų.

13. Teigiamus pirmojo restruktūrizavimo etapo rezultatus lėmė šie esminiai veiksniai:

13.1. sistemingai ir nuosekliai parengta ir plačiai aptarta teisinė bazė, problemų nagrinėjimas Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Strateginio planavimo komiteto ir Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto posėdžiuose, dalyvaujant apskričių, savivaldybių, sveikatos priežiūros įstaigų, asociacijų ir kitų suinteresuotų šalių atstovams;

13.2. restruktūrizavimo proceso tęstinumo užtikrinimas neatsižvelgiant į politinės valdžios pokyčius;

13.3. visų restruktūrizavimo priemonių koordinavimas ir nuolatinis stebėjimas, metodinių dokumentų rengimas kiekvienam restruktūrizavimo žingsniui;

13.4. betarpiškas ir aktyvus visų valdymo lygių – Sveikatos apsaugos ministerijos, apskričių ir savivaldybių – dalyvavimas restruktūrizavimo procese;

13.5. nuolatinė apskričių ir savivaldybių atskaitomybė apie restruktūrizavimo priemonių įgyvendinimo eigą Sveikatos apsaugos ministerijai.

14. Pirmojo etapo restruktūrizavimo reikmėms panaudota 55 mln. litų.

15. Nurodytosios lėšos panaudotos šioms išlaidoms padengti:

15.1. išeitinėms kompensacijoms mokėti – 14,4 mln. litų;

15.2. patalpoms pritaikyti kito pobūdžio sveikatos priežiūros paslaugoms teikti – 31 mln. litų;

15.3. ambulatorinėms paslaugoms plėtoti – 9,6 mln. litų.

III. ANTROJO RESTRUKTŪRIZAVIMO ETAPO TIKSLAI, UŽDAVINIAI IR PRIEMONĖS

16. Pagrindiniai antrojo restruktūrizavimo etapo tikslai yra:

16.1. nuolat gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą;

16.2. tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą;

16.3. toliau restruktūrizuoti sveikatos priežiūros įstaigų tinklą;

16.4. optimaliau naudoti žmogiškuosius, finansinius ir materialinius išteklius.

17. Antrojo restruktūrizavimo etapo uždaviniai yra:

17.1. plėtojant ir artinant prie gyventojų pirminę sveikatos priežiūrą, siekti, kad iki 2008 metų pabaigos ne mažiau kaip 60 procentų pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teiktų privačiai dirbantys šeimos gydytojai, sudarantys su teritorinėmis ligonių kasomis teikiamų paslaugų apmokėjimo Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis sutartis. Šis procesas skatinamas šiomis priemonėmis:

17.1.1. paprastinant gyventojų užsirašymo į asmens sveikatos priežiūros įstaigas tvarką;

17.1.2. diferencijuojant apmokėjimą už suteiktas paslaugas pagal aptarnaujamos teritorijos gyventojų tankumą (miestas, kaimas) ir amžių;

17.1.3. tobulinant finansinio skatinimo už profilaktinį darbą ir darbo rezultatų kokybę sistemą;

17.1.4. Lietuvos Respublikos valstybės ir savivaldybių turto valdymo, naudojimo ir disponavimo juo įstatyme (Žin., 1998, Nr. [54-1492](#); 2002, Nr. [60-2412](#)) įtvirtinant nuostatą, kad privatioms pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, sudariusioms sutartis su teritorinėmis ligonių kasomis ir gaunančioms apmokėjimą už paslaugas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, suteikiama teisė naudotis valstybei ir savivaldybėms priklausančiomis patalpomis panaudos pagrindais;

17.2. plačiai paplitusias ligas gydant arčiau gyventojų esančiose sveikatos priežiūros įstaigose, o naujausias technologijas koncentruojant universitetinėse ligoninėse ir ligoninėse, kuriose pacientų daugiausia, tobulinti stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų struktūrą šiomis priemonėmis:

17.2.1. įgyvendinant diferencijuotus sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelius apskrityse pagal nustatytuosius kriterijus (paslaugų poreikį, gyventojų sveikatos būklės rodiklius, gyventojų skaičių ir amžių, įvažiuojančių ir išvažiuojančių kitur gydytis pacientų srautus, sveikatos priežiūros įstaigų veiklos efektyvumą, esamus finansinius, materialinius bei žmogiškuosius išteklius ir panašiai), apskrities (regiono) specifiką, apskričių administracijų ir savivaldybių nuomonę, akademinės visuomenės, specialistų ir visuomeninių organizacijų pasiūlymus;

17.2.1.1. kiekvieno iš minėtųjų modelių ambulatorinėje grandyje planuojama stiprinti konsultacinių poliklinikų infrastruktūrą ir skubios pagalbos (priėmimo) skyrius, plėtoti ambulatorinės reabilitacijos, dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugas;

17.2.1.2. optimizuojant stacionarinę grandį, savivaldybių ligoninėse numatoma stiprinti įstaigų infrastruktūrą, skirtą labiausiai paplitusioms ir nesudėtingoms ligoms gydyti, o sudėtingų ligų diagnostiką ir gydymą koncentruoti universitetų ir didžiųjų miestų ligoninėse, geriau jas aprūpinant modernia įranga ir naujausiomis technologijomis;

17.2.2. baigiant įgyvendinti priemones, numatytas apskričių sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planuose, kurios dėl objektyvių ar subjektyvių priežasčių nebuvo įgyvendintos pirmajame restruktūrizavimo etape. Šios priemonės numatomos apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planuose;

17.3. plėtojant slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą, siekti, kad iki 2008 metų ne mažiau 80 procentų šių paslaugų būtų teikiama bendrojo pobūdžio ligoninėse ir ne mažiau 50 procentų slaugos paslaugų būtų teikiama kartu su socialinėmis (globos) paslaugomis. Šis procesas skatinamas tokiomis priemonėmis:

17.3.1. kuriant ir diegiant diferencijuotą slaugos paslaugų ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų sistemą;

17.3.2. plėtojant slaugos paslaugas, teikiamas pacientų namuose;

17.3.3. didinant ambulatorinės slaugos apimtį, plėtojant jos formas;

17.3.4. kuriant slaugos paslaugų dienos stacionarus;

17.4. gerinant greitosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo kokybę ir operatyvumą, reorganizuoti greitosios medicinos pagalbos teikimo sistemą. Šis procesas skatinamas tokiomis priemonėmis:

17.4.1. reorganizuojant šiuo metu savivaldybėse esamas 55 dispečerines tarnybas, jų veiklą koordinuojant su Vidaus reikalų ministerijos sistemoje veikiančiu Bendruoju pagalbos centru;

17.4.2. įgyvendinant greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimo programą, siekiant, kad nuolat būtų atnaujinami senesni kaip 7 metų automobiliai;

17.4.3. diegiant dispečerinėse tarnybose ir greitosios medicinos pagalbos automobiliuose šiuolaikines ryšio priemones;

17.5. gerinant reabilitacijos paslaugų kokybę, siekti, kad kiekvienos savivaldybės sveikatos priežiūros įstaigose būtų kuriami ambulatorinės reabilitacijos skyriai, o stacionarinė reabilitacija optimizuojama;

17.6. siekiant tinkamiau naudoti sveikatos priežiūros išteklius, tobulinti sveikatos priežiūros įstaigų turto valdymą šiomis priemonėmis:

17.6.1. perduodant viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms kaip dalininko įnašą valstybei ir savivaldybėms priklausančią kilnojamąjį turtą, didinant viešosios įstaigos kapitalą, jei valstybė ir (ar) savivaldybė yra jų dalyvė, išskyrus brangią medicinos įrangą, kurios kriterijus nustato Sveikatos apsaugos ministerija;

17.6.2. nekilnojamojo ir kilnojamojo turto (išskyrus brangią medicinos įrangą) amortizacinius atskaitymus įskaičiuojant į valstybės nustatomų sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas, šias kainas didinant minėtųjų amortizacinių atskaitymų dalimi;

17.6.3. valstybės kapitalo investicijas naudojant tik brangiai medicinos įrangai įsigyti ir ypatingos svarbos objektams statyti;

17.6.4. diegiant turto valdymo koncesijos pagrindais bandomuosius projektus, o pasiteisinus jų veiksmingumui priimti sprendimus dėl platesnio jų taikymo;

17.6.5. lėšas, gautas pardavus sveikatos priežiūros įstaigų nenaudojamus pastatus, naudojant naujiems sveikatos priežiūros objektams statyti, renovuoti ar įrangai įsigyti;

17.7. siekiant geresnės paslaugų kokybės ir adekvataus apmokėjimo už paslaugas, tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų kainodaros sistemą šiomis priemonėmis:

17.7.1. palaipsniui didinant sveikatos priežiūros paslaugų bazinės kainas;

17.7.2. skatinant konkurenciją ir suteikiant sveikatos priežiūros įstaigoms teisę teikti paslaugas kainomis, mažesnėmis už valstybės nustatytas sveikatos priežiūros paslaugų bazines kainas;

17.7.3. rengiamuose mokamų paslaugų teikimą reglamentuojančių teisės aktų pakeitimo (papildymo) projektuose numatant mokamų paslaugų kainų liberalizavimo principus ir tvarką;

17.8. skatinant papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą, parengti ir įgyvendinti šiam tikslui reikalingų teisinių priemonių ir finansinių svertų kompleksą:

17.8.1. nustatyti papildomuoju (savanoriškuoju) sveikatos draudimu draudžiamų arba privalomojo sveikatos draudimo lėšomis apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų krepšelį;

17.8.2. skatinti gyventojus, jų darbdavius ir draudimo bendroves plėtoti papildomąjį (savanoriškąjį) sveikatos draudimą ir tobulinti jo formas;

17.9. stiprinant mokslo ir mokymo plėtos bazę, pagal išgales numatyti didesnę finansavimą sveikatos moksliniams tyrimams, plačiau juos diegti, tobulinti specialistų rengimo ir kvalifikacijos kėlimo sistemą.

IV. ANTROJO RESTRUKTŪRIZAVIMO ETAPO VERTINIMO KRITERIJAI

18. Pagrindiniai antrojo restruktūrizavimo etapo tikslų ir uždavinių įgyvendinimo vertinimo kriterijai yra:

18.1. vidutinės gyvenimo trukmės pailgėjimas ne mažiau kaip vienu mėnesiu kasmet;

18.2. ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų apimties padidėjimas ne mažiau kaip 5 procentais;

18.3. slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugų apimties padidėjimas 3–5 procentais;

18.4. dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų apimties padidėjimas ne mažiau kaip 10 procentų;

18.5. stacionarių paslaugų bendrojo pobūdžio ir specializuotose ligoninėse apimties sumažėjimas 3–5 procentais;

18.6. greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimas ne mažiau kaip 10 procentų.

V. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

19. Apskričių viršininkams rengiant apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planus (2006–2008 metai) dalyvauja savivaldybės, sveikatos priežiūros įstaigos ir teritorinės ligonių kasos. Apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planų rengimą organizuoja ir metodiškai jam vadovauja Sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

20. Patvirtinti apskričių sveikatos priežiūros įstaigų antrojo restruktūrizavimo etapo planai įgyvendinami pasirašant dvišales sveikatos priežiūros įstaigų ir teritorinių ligonių kasų sutartis.

21. Sveikatos apsaugos ministerija:

21.1. 2009 metų I pusmetį apsarsto antrojo restruktūrizavimo etapo rezultatus ir 2009 metų III ketvirtį pateikia juos Lietuvos Respublikos Vyriausybei;

21.2. 2009 metų II pusmetį numato sveikatos apsaugos sistemos perspektyvines raidos 2009–2015 metais kryptis.

22. Antrojo restruktūrizavimo etapo tikslams ir uždaviniams įgyvendinti bus naudojama Europos Sąjungos finansinė parama, Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų, taip pat kitų finansavimo šaltinių lėšos.

23. Sutaupytos sveikatos apsaugos sistemos lėšos, įgyvendinus atitinkamas restruktūrizavimo priemones, naudojamos sveikatos apsaugos sistemos reikmėms.

24. Antrojo restruktūrizavimo etapo nuostatomis įgyvendinti Sveikatos apsaugos ministerija parengia ir pateikia Lietuvos Respublikos Vyriausybei atitinkamų teisės aktų pakeitimų projektus,

priima reikiamus teisės aktus, taip pat parengia Valstybinę antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo etapo programą, kurioje bus numatytos konkrečios priemonės, atsakingos už jų įgyvendinimą institucijos ir įvykdymo terminai.
