Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai 2021 m. gruodžio 6 d., Nr. 21-221AR

DĖL SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ TINKLO REFORMOS

Lietuvos verslo konfederacija (toliau – LVK) dėkoja už nuotolinio pasitarimo metu pristatytus ir el. laišku pasidalinus parengtus paskutiniuosius sveikatos priežiūros įstaigų reformos pamatinius teisės aktų projektus: Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 10, 11, 15^1, 39 straipsnių pakeitimo ir papildymo 46^1 straipsniu projektą (toliau – **SPĮĮ projektas**); Sveikatos sistemos įstatymo Nr. I-552 2 straipsnio pakeitimo ir papildymo 12^1 straipsniu įstatymo projektą (toliau – **SSĮ projektas**); Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – **SAM**) internetiniame tinklalapyje patalpintą Bendradariavimo sutarties projektą (toliau – **BS projektas**).

Įvertinę šių teisės aktų projektus bei LVK ir SAM nuotolinio pasitarimo metu išsakytus komentarus, teikiame papildomus pastebėjimus / klausimus.

(i) **Privačių ASPĮ dalyvavimas sveikatos centrų veikloje**. SPĮĮ projekto 5 straipsniu siūloma keisti įstatymo 39 straipsnį ir įtvirtinti, kad LNSS savivaldybių viešųjų įstaigų nomenklatūros dalimi gali būti sveikatos centrai. Savivaldybės tarybos motyvuotu sprendimu, sveikatos centrų paslaugos gali būti teikiamos pasitelkiant ir privačias asmens sveikatos priežiūros įstaigas (toliau – **ASPĮ**), sudarant su jomis bendradarbiavimo sutartis.

Minėtu pakeitimu taip pat siekiama įtvirtinti nuostatą, draudžiančią atsisakyti sudaryti bendradarbiavimo sutartį su norą sudaryti tokią sutartį pareiškusia ir toje savivaldybėje veiklą vykdančia ASPĮ (nepriklausomai nuo jos nuosavybės ar pavaldumo formos), jei ji atitinka sveikatos centro paslaugų sąraše nurodytų atitinkamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sveikatos apsaugos ministro patvirtintus teikimo reikalavimus. SPĮĮ projekte (5, 6 straipsniuose) numatyta, kad Sveikatos apsaugos ministras tvirtina sveikatos centrų paslaugų sąrašus ir sveikatos centrų paslaugų teikimo reikalavimus.
Mūsų supratimu, tokie reikalavimai turėtų reikšti šiuo metu galiojančius konkrečius reikalavimus atitinkamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimui (pvz.: Lietuvos medicinos normoje MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ nurodytus reikalavimus šeimos gydytojo paslaugų teikimui). Tikimės, kad nebus nustatomi jokie kitokie privačių ASPĮ galimybes dalyvauti sveikatos centro veikloje apribojantys reikalavimai, nesusiję su minimaliais reikalavimais ASPĮ medicinos infrastruktūrai, darbuotojams ir kt., objektyviai reikalingais konkrečių paslaugų teikimui.
Prašytume mums pateikti įvertinti SPĮĮ projekte minimus teisės aktų projektus, reglamentuosiančius sveikatos centro paslaugų sąrašą ir sveikatos centro paslaugų teikimo reikalavimus.

(ii) **Privačių ASPĮ galimybė būti vienintelėmis savivaldybių sveikatos centrų dalyvėmis.** SPĮĮ projekto 5 straipsniu taip pat siūloma įtraukti naują įstatymo 39 straipsnio 6 dalį, kurioje būtų numatyta galimybė, jog:

„Tik privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų savivaldybės teritorijoje teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos gali būti laikomos atitinkančiomis savivaldybių sveikatos centrų

teikiamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, jei privačios asmens sveikatos priežiūros įstaigos atitinkamos savivaldybės teritorijoje teikia visas sveikatos centro paslaugų sąraše nurodytas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, paslaugos atitinka sveikatos centro paslaugų sąrašo tokioms paslaugoms teikti sveikatos apsaugos ministro patvirtintus reikalavimus, dėl tokių paslaugų teikimo yra sudaryta bendradarbiavimo sutartis su kitomis privačiomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis (jei paslaugą teikia daugiau nei viena įstaiga) bei sudarytos bendradarbiavimo sutartys su sveikatos centro paslaugų sąraše nurodytų visuomenės sveikatos priežiūros ir kitų paslaugų teikėjais."

Iš šios nuostatos sudėtinga suprasti, kada savivaldybių sveikatos centrų paslaugas gali teikti tik privačios ASPĮ ir su kuo tokiu atveju turėtų būti sudaromos jų bendradarbiavimo sutartys (pvz., ar galėtų viename iš Vilniaus ar Kauno miesto ar rajono savivaldybės sveikatos centrą sudaryti tik privačios ASPĮ, pasirašiusiuos bendradarbiavimo sutartį? Kaip toks modelis turėtų būti užtikrinamas ir su kuo pasirašoma bendradarbiavimo sutartis?).
Manytume, kad siekiant užtikrinti sąžiningą konkurenciją, sveikatos centro dalyviai neturėtų būti apriboti savininko (dalininko), nuosavybės formos ar kitais kriteriais. Be to, įstatymų projekto aiškinamajame rašte nurodoma, kad „*Savivaldybės turi užtikrinti bazinį paslaugų paketą savo gyventojams, išnaudodamos tiek valstybinių, tiek privačių įstaigų potencialą, todėl bendradarbiavimo sutartys galės būti sudaromos su visomis savivaldybės teritorijoje veikiančiomis įstaigomis*".
SPĮĮ įstatymo projekte turėtų būti numatytos lygios galimybės tiek viešosioms, tiek privačioms ASPĮ būti sveikatos centrų steigėjais. Tai yra, savivaldybių teritorijose, kuriose veikia ir privačios, ir viešosios ASPĮ, turėtų būti sudarytos vienodos teisinės prielaidos kurtis sveikatos centrams, kurių narius sudarytų ir sveikatos centro paslaugų teikimą užtikrintų tik privačios ASPĮ, arba privačios ASPĮ, sudariusios sutartis su viešosiomis ASPĮ, savivaldybės visuomenės sveikatos biuru bet kurioje Lietuvos savivaldybėje.

(iii) **LNSS privačių sveikatos priežiūros įstaigų nomenklatūra.** Atsižvelgiant į tai, kad nei SPĮĮ galiojančioje redakcijoje, nei SPĮĮ projekte nėra apibrėžta LNSS privačių ASPĮ nomenklatūra, siūlome papildyti SPĮĮ projekto 5 str., kuriuo keičiamas esamos SPĮĮ redakcijos 39 str., *LNSS privačių sveikatos priežiūros įstaigų nomenklatūra*, išdėstant jį „39 straipsnis. LNSS valstybės, savivaldybių ir privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų nomenklatūra". LNSS privačių ASPĮ nomenklatūra būtų artima (LNSS privačių ASPĮ nomenklatūros projektą pateiktume artimiausiu metu) siūlomai LNSS savivaldybių ASPĮ nomenklatūrai.

(iv) **Stacionarinių paslaugų teikimo kriterijai.** SPĮĮ projekto 3 straipsniu siekiama pakeisti įstatymo 11 straipsnį ir nustatyti, kad LNSS įstaigų, teikiančių stacionarines aktyviojo gydymo asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išdėstymo reikalavimai ir išdėstymas be kita ko bus grindžiamas sveikatos priežiūros paslaugų daugiaprofiliškumu. Siūlytume įstatyme apibrėžti „daugiaprofiškumo" sąvoką, nes nėra aišku, ar daugiaprofiliškumas reiškia 2 ir daugiau profilių, ar turėtų būti suprantamas kitaip.

Teikiame BS projektui pastabas bei pasiūlymus.

(i) **Atvejo vadybininko paskyrimas ir funkcijos**. BS projekte nurodyta, kad „*4.4. į Sutarties šalies įstaigą SSC paslaugai gauti atvykusiam konkrečiam pacientui priskirti Sutarties šalies įstaigos struktūrinį padalinį ir (ar) darbuotoją (toliau – atvejo vadybininką). Kiekvienoje Sutarties šalies įstaigoje, kurioje pacientui bus teikiamos SSC paslaugų sąrašo paslaugos, turi būti paskirtas atskiras paciento atvejo vadybininkas".*

Pritariame, kad atvejo vadybininko priskyrimas yra tikslingas ir pagrįstas organizuojant bei teikiant sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas sudėtingiems ir kompleksiniams pacientams - t.y. poliligotiems (sergantiems daugybinėmis ligomis) ar pacientams, kuriems teikiamos kompleksinės kelių sektorių (pvz.: sveikatos ir socialinės priežiūros) institucijų paslaugos, arba, kai pacientams teikiamos kelių medicinos sričių asmens ir/ar visuomenės, ir/ar socialinės priežiūros paslaugos vienos įstaigos keliose lokalizacijose (pastatuose, padaliniuose) ar keliose įstaigose, kuomet būtina užtikrinti sveikatos priežiūros ir/ar sveikatos bei socialinės priežiūros koordinavimą ir tęstinumą, suteikti pacientui savalaikę, prieinamą, koncentruotą bei apibendrintą informaciją sveikatos bei socialinės priežiūros klausimais, bei kitais panašiais atvejais, atvejo vadybininkui atliekant „koordinatoriaus - „navigatoriaus“ vaidmenį sudėtingame sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugų ir institucijų žemėlapyje.

Tačiau nepritariame atvejo vadybininko paskyrimui pacientams, kurie į įstaigą kreipiasi nesudėtingais sveikatos ar socialinės priežiūros atvejais (pvz. atvykusiam vizitui pas šeimos gydytoją, besikreipusiam gydytojo specialisto konsultacijos, tam tikro laboratorinio ar instrumentinio tyrimo ar dienos chirurgijos paslaugos, kitais nesudėtingais sveikatos ar socialinės priežiūros atvejais) kuomet nereikalinga tolimesnė reabilitacija ir kitais panašiais atvejais). Tokiais ir panašiais atvejais atvejo vadybininko priskyrimas minėtiems pacientams, kurie kreipiasi į įstaigas nesudėtingais atvejais dėl kokrečių paslaugų, kuomet nėra poreikio „koordinuoti ir naviguoti“ sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas, nebūtų pagrįstas, būtų vykdomas „pro forma“ (pvz., vykdant tokį reikalavimą, įstaigos galimai priskirtų vidiniais norminiais teisės aktais šią funkciją klientų aptarnavimo (registratūros) ar slaugos padalinių darbuotojams) ir sukurtų įstaigoms perteklinę nereikalingą administracinę naštą, kuri nesukurtų jokios pridėtinės vertės pacientui.

(ii) **Koordinuojančios įstaigos atvejo vadybininko paskyrimas ir funkcijos**. BS projekto 4.4. p. nurodyta, kad *„...Jei SSC paslaugos teikiamos skirtinguose juridiniuose asmenyse, konkretaus paciento atvejo vadybininkų veiklą teikiant SSC koordinuoja Koordinuojančios įstaigos paskirtas atvejo vadybininkas“.* Sunkiai suvokiama praktiniu požiūriu koordinuojančios įstaigos atvejo vadybininko veikla, kuomet jis privalėtų koordinuoti visų pacientų atvejo vadybininkų veiklas, kuomet pacientai kreipiasi paslaugų į skirtingas įstaigas (pvz.: pacientas kreipėsi į savo šeimos gydytoją (atskirą juridinį vienetą) šeimos gydytojo paslaugos, o šis nukreipė pacientą į kitą ASPĮ kokrečiai specializuotai paslaugai (pvz. gydytojo kardiologo konsultacijai) į kitą ASPĮ (kitą juridinį asmenį), o kraujo tyrimus atlikti - į medicinos laboratoriją (trečią juridinį asmenį). Pagal siūlomą BS projekto formuluotę, koordinuojančios įstaigos atvejo vadybininkas privalėtų koordinuoti visų trijų juridinių asmenų atvejo vadybininkų veiklas. Tačiau akivaizdu, kad šiuo ir kitais panašiais nesudėtingos sveikatos priežiūros ir/ar socialinių paslaugų teikimo atvejais nėra nei įstaigų atvejo vadybininkų, nei koordinuojančios įstaigos atvejo vadybininko poreikio, jų veikla neturėtų prasmės, nekurtų vertės nei pacientams, nei ASPĮ. Be to, klausimų keltų ir koordinuojančios įstaigos atvejo vadybininko veiklos atitiktis asmens duomenų apsaugą reglamentuojančių teisės aktų reikalavimams.

Atsižvelgiant į šiuos argumentus, siūlytume tokią formuluotę: *„4.4. Sutarties šalis (įstaiga, teikianti sveikatos priežiūros ir/ar socialines paslaugas), įvertinusios poreikį, paskiria atvejo vadybininką (-us) koordinuoti sveikatos priežiūros ir/ar socialinių paslaugų teikimą įstaigoje sudėtingiems bei kompleksiniams pacientams (pvz. poliligotiems pacientams, kuriems teikiamos daugybinės sveikatos priežiūros ir/ar socialinės paslaugos skirtingose įstaigose, kt.), užtikrinant sveikatos priežiūros ir/ar socialinių paslaugų tęstinumą, suteikiant pacientams reikiamą pagalbą (informavimo,*

organizavimo, kt.). Koordinuojanti įstaiga paskiria atvejo vadybininką, kuris sprendžia sveikatos priežiūros ir/ar socialinių paslaugų tiekimo koordinavimo, organizavimo bei tęstinumo sutrikimus SSC lygmeniu.“

Įvertinus kitų šalių patirtį diegiant „atvejo vadybininko (angl. case manager)“ pareigybes (atvejo vadybininkų parengimas trunka nuo kelių mėnesių (organizuojant tobulinimo kursus) iki 2 metų (formalaus išsilavinimo būdu), būtina numatyti pereinamąjį laikotarpį, per kurį ASPĮ galėtų paskirti esamus ar įdarbinti naujus darbuotojus į šias pareigas bei juos apmokyti; taip pat parengti atvejo vadybininko tobulinimo/rengimo programas bei užtikrinti jų finansavimą valstybės lėšomis.

(iii) **„Žaliųjų koridorių“ principas ir paciento teisės pasirinkti asmens sveikatos priežiūros pasaugų teikėją užtikrinimas.** Bendradarbiavimo sutarties projekto 4.3. p. nustatyta pareiga: *„4.3. numatyti visoms Sutarties šalims suderintas SSC pacientų srautų valdymo ir (ar) paslaugų teikimo priemones, kad konkrečiam pacientui būtų užtikrintas vientisas (taikant „žalių koridorių“ principą) visų reikiamų SSC paslaugų sąrašo paslaugų suteikimas per kuo trumpesnius terminus*". Pritariame šiam tikslui, siekiant, kad pacientams paslaugos būtų kuo greičiau pasiekiamos ir geriau prieinamos be formalių, biurokratinių kliūčių ar kitokių trikdžių, tačiau atkreipiame dėmesį į tai, kad „žaliųjų koridorių“ principas neturėtų reikšti uždaro paslaugų teikimo tik SSC apimtyje. Pacientams negali būti apribota teisė pasirinti sveikatos priežiūros paslaugas tik SSC įstaigose, bet turi būti užtikrinta teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą, gydytoją ar asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir kitose savivaldybės ASPĮ (kurios nepriklauso SSC) bei kitų savivaldybių teritorijose veikiančiose ASPĮ, turint LR teisės aktų nustatyta tvarka siuntimą paslaugoms bei išlaikant galimybę gauti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo apmokamas asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Siekiant išvengti klaidingos „žalių koridorių“ nuostatos interpretacijos, prašytume papildyti BS projekto 4.3. p., jį išdėstant taip: *„4.3. numatyti visoms Sutarties šalims suderintas SSC pacientų srautų valdymo ir (ar) paslaugų teikimo priemones, kad konkrečiam pacientui būtų užtikrintas vientisas (taikant „žalių koridorių“ principą) visų reikiamų SSC paslaugų sąrašo paslaugų suteikimas per kuo trumpesnius terminus, tačiau užtikrinant paciento teisę pasirinkti sveikatos priežiūros paslaugas ir kitose tos savivaldybės ar kitų savivaldybių teritorijose veikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose, apmokamas iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų ar kitų finansavimo šaltinių.“.*

(iv) **Kitos ASPĮ specialistų pasitelkimas**. BS projekte nustatyta: „ *4.6. leisti pasitelkti kitos įstaigos sveikatos priežiūros specialistus SSC paslaugoms teikti, kai dėl objektyvių aplinkybių (pandemijų ar kitų ekstremaliųjų situacijų ir (ar) karantino metu, sveikatos priežiūros specialistų laikino nedarbingumo atveju ir kt.) besikreipiančiajai įstaigai trūksta savų darbuotojų paslaugai suteikti”.*

Nepritariame nuostatai, kad Bendradarbiavimo sutartį pasirašiusios įstaigos gali pasitelkti kitų ASPĮ darbuotojus, pritrūkus savų darbuotojų jų laikino nedarbingumo atvejais. Tokiu atveju viena sutarties šalis pasigerintų savo veiklos sąlygas pablogindama kitos sutarties šalies veiklos sąlygas, sukeliant jos veiklai grėsmę. Tokiu atveju sutarties šalies įstaiga, iš kurios kita sutarties šalies įstaiga būtų pasitelkusi sveikatos priežiūros specialistus, susidurtų su savų darbuotojų stoka ir būtų priversta pasitelkti trūkstamus darbuotojus iš dar kitos Sutarties šalies įstaigos ir t.t. Be to, remiantis šia nuostata, Sutarties šalys gali nepagrįstai piktnaudžiauti perviliojant darbuotojus iš kitos Sutarties šalies įstaigos. Manome, kad tokia praktika būtų ydinga, todėl siūlome iš BS projekto 4.6. p. išbraukti žodžius „*sveikatos priežiūros specialistų laikino nedarbingumo atveju ir kt.*“ bei išdėstyti šį puktą taip: *„4.6. leisti Lietuvos Respublikos įstatymų nustatytais atvejais pasitelkti kitos įstaigos sveikatos priežiūros specialistus SSC paslaugoms teikti, kai dėl objektyvių aplinkybių*

(pandemijos, ekstremalios situacijos, karantino) ženkliai išaugus įstaigos teikiamų paslaugų poreikiui, besikreipiančiajai įstaiga susiduria su ženkliu savų darbuotojų trūkumu išaugusiam šių paslaugų poreikiui patenkinti."

Dėkojame už bendradarbiavimą.

Pagarbiai

Generalinė direktorė Eglė Radišauskienė

Originalas nebus siunčiamas. Akvilė Razumienė, el.p.: akvile@lvk.lt, tel. +370 5 212 1111