



**VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS
ŠILALĖS RAJONO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO
DIREKTORIUS**

**ĮSAKYMAS
DĖL ŠILALĖS RAJONO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO VEIKLOS
KOORDINAVIMO PROCESUS REGLAMENTUOJANČIO DOKUMENTO, „ŽALIOJO
KORIDORIAUS“ PROCESŲ APRAŠO BEI STEBĖSENOS TVARKOS APRAŠO
PATVIRTINIMO**

2025 m. gruodžio 3 d. Nr. V-128
Šilalė

Įgyvendindamas Šilalės rajono savivaldybės tarybos 2024 m. kovo 7 d. sprendimu Nr. T1-56 „Dėl viešosios įstaigos Laukuvos ambulatorijos reorganizavimo prijungiant ją prie viešosios įstaigos Šilalės rajono ligoninės“ patvirtintų viešosios įstaigos Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro įstatų 71.4 papunktį, bei projektą Nr. 09-023-P-0014 „Sveikatos centro veiklos modelio diegimas Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centre“, kuriam pritarė Šilalės rajono savivaldybės taryba 2024 m. birželio 27 d. sprendimu Nr. T1-191 „Dėl leidimo rengti ir teikti paraišką „Sveikatos centro veiklos modelio diegimas“, finansuojamą iš 2021-2027 metų Europos Sąjungos fondo ir Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto lėšų:

1. T v i r t i n u:

1.1. Viešosios įstaigos Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro veiklos koordinavimo dokumentą (pridedama);

1.2. Viešosios įstaigos Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro „Žaliojo koridoriaus“ procesų aprašą (pridedama);

1.3. Viešosios įstaigos Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro stebėsenos tvarkos aprašą (pridedama).

2. Į p a r e i g o j u:

2.1. Biuro administravimo specialistę per DVS „Kontora“ su šiuo įsakymu supažindinti:

2.1.1. Sveikatos centro skyrių vedėjus, vyresniąsias slaugytojas;

2.1.2. „Žaliojo koridoriaus“ veikimo stebėsenos grupės narius (direktoriaus pavaduotojas medicininai, Sveikatos centro koordinatorius, Sveikatos centro ir Laukuvos šeimos medicinos padalinio atvejo vadybininkai, ekonomistas, medicinos statistikas);

2.2. Sveikatos centro koordinatorę su šiuo įsakymu supažindinti:

2.2.1. Sveikatos centro koordinacinės grupės narius;

2.2.2. Sveikatos centro darbuotojus, kurių tiesioginis darbas susijęs su „Žaliojo koridoriaus“ procesų įgyvendinimu.

2.3. Informacinių technologijų specialistą Viešosios įstaigos Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro veiklos koordinavimo dokumentą bei Viešosios įstaigos Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro „Žaliojo koridoriaus“ procesų aprašą paskelbti Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro interneto svetainėje.

4. P a s i l i e k u sau šio įsakymo vykdymo kontrolę.

Direktorius

Osvaldas Šarmavičius

PATVIRTINTA
Šilalės rajono savivaldybės sveikatos
centro direktoriaus 2025 m. gruodžio 3 d.
įsakymu Nr. V-128

Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro veiklos koordinavimas

Turinys:

Savivaldybės sveikatos centro sukūrimas	3
Sveikatos centro misija, vertybės ir vizija	4
Strateginiai tikslai ir rodikliai	6
Strateginės iniciatyvos	8
Centro veiklos stebėsenos modelis ir tvarka	8
Koordinuojančiosios įstaigos funkcijos	9
SSC koordinacinės grupės darbo reglamentas	10
PRIEDAI	17
1 Priedas. SSC partnerių sąrašas	17
2 Priedas. SSC koordinacinės grupės susirinkimo balsavimo biuletenis	18
3 Priedas. SSC paslaugų analizė	19
4 Priedas. SSC veiklos stebėsenos rodikliai	20
5 Priedas. Centro veiklos tobulinimo galimybės/problemos	22
6 Priedas. 2026-ųjų metų sveikatos centro veikos tobulinimo programa	23

Savivaldybės sveikatos centro sukūrimas

Lietuvoje kuriamų Sveikatos centrų ir bendradarbiavimo sutarčių teisinis reguliavimas yra paremtas siekiu, kad įstaigos tarpusavyje bendradarbiautų, turėdamos tikslą palengvinti paciento kelią sveikatos sistemoje, o savivaldybės įgytą instrumentą, kurio pagalba galėtų koordinuoti savo teritorijoje esančias sveikatos priežiūros įstaigas, savivaldybės gyventojams užtikrinant bazinį sveikatos priežiūros paslaugų paketą.

Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centras (SSC) įkurtas Šilalės rajono savivaldybės tarybos 2024 m. sausio 18 d. sprendimu Nr. T1-17. Centras užtikrina sveikatos apsaugos ministro nustatyto sąrašo sveikatos priežiūros paslaugų teikimą mišraus bendradarbiavimo būdu – bendradarbiavimo sutarties su rajono asmens sveikatos priežiūros įstaigomis pagrindu.

Bendras Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro (toliau SSC) tikslas – Šilalės rajono savivaldybės gyventojų asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo gerinimas ir teikimo koordinavimas įstaigoms bendradarbiaujant tarpusavyje, siekiant pagerinti tiek savivaldybės gyventojų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, tiek kiekvienos centro įstaigos veiklos efektyvumą.

SSC veiklą apibrėžiantys dokumentai peržiūrimi ir esant poreikiui keičiami, papildomi ne rečiau kaip kartą per metus.

Sveikatos centro misija, vertybės ir vizija

Misija – pagrindinė sveikatos centro sukūrimo paskirtis:

- Šilalės rajono gyventojams teikti poreikius atitinkančias, pažangias pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugas, nuolat gerinti jų kokybę ir prieinamumą efektyviai bendradarbiaujant visoms Sveikatos centro įstaigoms.

Vertybės – svarbiausi funkcinio bendradarbiavimo sąveikos principai, kuriais grindžiama sveikatos centro partnerių veikla:

- Atvirumas – kitokiam požiūriui, dialogui ir bendradarbiavimui.
- Pasitikėjimas – lygiateisiškumas, skaidrumas ir tarpusavio pagarba.
- Kokybė – dėmesingumas paciento poreikiams ir nuolatinis tobulėjimas.

Vizija – pageidaujami sveikatos centro ilgalaikės veiklos rezultatai:

- Šilalės sveikatos centras – patikimas rajono gyventojų partneris geriant jų sveikatos būklę ir prailginant kokybiško gyvenimo trukmę.

Numatoma sveikatos centro veiklos nauda suinteresuotoms šalims:

SAVIVALDYBĖS GYVENTOJAMS	SAVIVALDYBĖS SVEIKTOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOMS	SAVIVALDAI
Teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų stabilumo užtikrinimas	Finansinio stabilumo padidinimas	Gyventojų sveikatos rodiklių nuolatinis gerėjimas
Paslaugų kokybės padidinimas	Geros savijautos darbe, darbo krūvio tolygumo padidinimas	Veiklos skaidrumas
Laukimo eilių sumažinimas	Medicininį, informacinių technologijų įsigijimas	Optimalios sveikatos priežiūros sistemos sąnaudos
Kompleksinės pagalbos teikimas	Konkurencijos sumažinimas	Rajono patrauklumo padidėjimas
Didesnė pagalba paciento kelionėje, patirties pagerinimas (ypatingai vyresniems gyventojams), kokybiško dėmesio suteikimas	Augimo, tobulėjimo galimybių padidinimas	Sveikatos priežiūros potencialo augimas
Išlaidų paslaugoms sumažinimas	Vertės nekuriančio darbo sumažinimas	Geresnis grėsmių suvaldymas

Strateginiai tikslai ir rodikliai

Savivaldybės sveikatos centro strateginiai tikslai (T) apibrėžiami trijose pagrindinėse perspektyvose (P). Tai yra vertės savivaldybės gyventojams kūrimo sritis, paslaugų teikimo procesų gerinimo sritis bei centro augimo, pajėgumų stiprinimo sritis. Laikomasi prielaidos, kad centro potencialo augimas, pajėgumų stiprinimas sudarys galimybę tobulinti paslaugų teikimo procesus, padidinti jų efektyvumą ir tai galės padidinti centro kuriamą vertę savivaldybės gyventojams. Strateginiai tikslai apibrėžiami nurodant veiklos gerinimo pastangų kryptis bei pobūdį ir rodiklius (R), tikslų įgyvendinimo kriterijus, kurie parodo tikslo įgyvendinimo laipsnį. Taip pat kiekvienam tikslui įvertinamas jo prioritetas (P) – jo svarba palyginant su kitais tikslais (1 – aukščiausias prioritetas; 5 – žemiausias prioritetas). Kitas vertingas aspektas – kiek yra svarbus funkcinio centro sutarties šalių bendradarbiavimas (B) siekiant kiekvieno strateginio tikslo (5 – partnerių bendradarbiavimo svarba labai didelė; 1 – partnerių bendradarbiavimo svarba maža). Taip pat pažymima, kad funkciname centre kiekviena įstaiga yra atsakinga už šių tikslų įgyvendinimą savo veiklos srityse (A). Tikėtina, kad didžiausią efektą gali duoti įgyvendinti prioritetiniai partnerių bendradarbiavimo būdu pasiekti savivaldybės sveikatos centro tikslai:

P	NR.	T	P	A	B	R
Vertės gyventojams kūrimas	1	Pagerinti paslaugų prieinamumą (paslauga arti namų, nedidelė laukimo trukmė)	1	Visi centro partneriai	5	Paslaugų laukimo trukmė
	2	Padidinti paslaugų kokybę	2	Visi centro partneriai	3	Problemų /trikdžių registras Neatitikčių turinys Išspręstų problemų / atliktų pagerinimų skaičius
	3	Pagerinti pacientų patirtį (kelionę)	2	Visi centro partneriai	4	Klientų apklausos
	4	Padidinti paslaugų stabilumą	3	Visi centro partneriai	3	Laukimo trukmės dinamika
	5	Padidinti pacientų informuotumą ir kompetenciją, Sustiprinti sveikos gyvensenos įgūdžius	3	Visi centro partneriai	4	Straipsnių skaičius, informacinė sklaida
	6	Sukurti, įvesti naujas paslaugas	4	Visi centro partneriai	2	N
Veiklos procesų gerinimas	7	Pagerinti pacientų patirtį registruojantis į sveikatos priežiūros įstaigą (taikant „vieno langelio“ principą), ypač vyresnio amžiaus pacientams	1	Visi centro partneriai	5	Veikia vieno langelio principas Pacientų pasitenkinimo tyrimo rezultatai
	8	Pagerinti pirminį ekspertinį pacientų įvertinimą	1	Visi centro partneriai	5	Mokymų registratoriams programa
	9	Pagerinti I ir II lygio paslaugų teikimą ir pacientų aptarnavimą bei specialistų sąveikos efektyvumą	1	Visi centro partneriai	2	Įgyvendintų sąveikos problemų sprendimo priemonių skaičius

	10	Standartizuoti centro partnerių sąveikos procesus (vidinio „kliento-tiekėjo“ sąveikos principu)	2	Visi centro partneriai	5	Standartizuotų procesų / gerosios praktikos aprašymų skaičius
	11	Padidinti atsparumą korupcijai	2	Visi centro partneriai	1	Aiškiai apibrėžtas, standartizuotas paciento kelias sveikatos centre Skundų skaičius Padėkų skaičius
	12	Padidinti sprendimų ir gydymo planų sudarymo kokybę taikant telemedicinos priemones	4	Visi centro partneriai	4	Įdiegtos priemonės
	13	Taikyti efektyvų rizikos, incidentų valdymą ir didinti bendrą paslaugų saugumo ir kokybės lygį	4	Visi centro partneriai	2,5	Nepageidaujamų įvykių, incidentų ir neatitiktųjų registras
	14	Kurti ir teikti naujas susirgimų prevencijos paslaugas	5	Visi centro partneriai	5	Paslaugų skaičius
	15	Nuolat gerinti procesus ir mažinti beprasmiškos darbo apimtį	2	Visi centro partneriai	3	Procesų pralaidumas Proceso ciklo trukmė
Augimas, pajėgumų vystymas	16	Pritraukti darbui kompetentingus specialistus	1	Visi centro partneriai	2	Naujai įdarbintų darbuotojų skaičius
	17	Optimizuoti personalo darbo krūvius bei kompensavimą ir skatinimą	1	Visi centro partneriai	2	Darbuotojų krūvių ir apmokėjimo metodikos sudarymas
	18	Bendradarbiauti su Savivaldybės administracija investuojant į strategiškai svarbias sritis	1	Visi centro partneriai	5	Savivaldybės indėlis
	19	Gerinti centro partnerių personalo savijautą, skatinti tobulėti dalinant vidinėmis paslaugomis, suteikiant konstruktyvų grįžtamąjį ryšį ir mokantis kartu; koordinuoti centro partnerių personalo kompetencijos ugdymą	2	Visi centro partneriai	4	Darbuotojų apklausa – įsitraukimo tyrimų rezultatai Bendrų ir individualių mokymų skaičius Personalo klaidų skaičius
	20	Koordinuoti išteklių, technologijų pritraukimą	3	Visi centro partneriai	1	Projektų skaičius
	21	Tobulinti sveikatos centro valdymo rodiklių modelį ir veiklos efektyvumo stebėseną	3	Visi centro partneriai	4	Sukurtas modelis
	22	Rengti ir įgyvendinti savivaldybės sveikatos sistemos tobulinimo projektus	4	Visi centro partneriai	2	Projektų skaičius

Strateginės iniciatyvos

Sveikatos centro strateginius tikslus vertės gyventojams kūrimo perspektyvoje pasiekti įmanoma tik įgyvendinus kartu su partneriais suderintas iniciatyvas. Pateikiamas galimų SSC iniciatyvų veiklos procesų gerinimo, augimo, pajėgumų vystymo perspektyvose sąrašas. Šis sąrašas kiekvienų metų bėgyje turėtų būti nuolat pildomas, jo pagrindu sveikatos centras turėtų sudaryti konkrečius centro veiklos tobulinimo planus bei projektus.

PERSPEKTYVA	INICIATYVOS
Veiklos procesų gerinimas	<p><u>Igyvendinti „Vieno langelio“, „Žaliųjų koridorių“ modelius</u> Įdiegti informavimo apie pacientų neatvykimą priemones. Apmokyti pacientų registratorius komunikacijos ir konsultavimo/vertinimo metodikų. Apibrėžti IPR gerinimo iniciatyvas. Parengti standartinius klausimynus pacientų „atvejų skubumo įvertinimui“.</p>
	<p><u>Igalinti šeimos gydytojo komandą</u> Pritraukti, įdarbinti naujų specialistų. Organizuoti nuotoline konsultacijas. Greičiau nuspręsti dėl pakartotinių paslaugų (vaistų išrašymo) teikimo procedūrų. Sudaryti I ir II lygio specialistų efektyvios sąveikos procesą / procedūrą / algoritmą / tvarką. Išvystyti atvejo vadybą ir atvejo vadybininko paslaugą.</p>
	<p>Sudaryti centro vertės kūrimo procesų žemėlapi, parengti paslaugų teikimo procesų srautų diagramas / algoritmus, apibrėžiant būtiną atlikti veiksmų nuoseklumą, atsakingus asmenis, būtiną informaciją ir jos formas ir šiuo pagrindu standartizuoti ASPI procesus bei centro partnerių sąveiką.</p>
	<p>Sukurti centro pacientų srautų dinamikos analizės modelį.</p>
	<p>Sukurti naujas atsparumo korupcijai didinimo priemones: fizinę padėkų knygą. Skatinti pranešėjus.</p>
	<p>Diegti telemedicinos metodus.</p>
	<p>Taikyti rizikos, incidentų valdymo, nuolatinio gerinimo metodus, parengti ir įdiegti problemų registrą.</p>
	<p>Atlikti naujų paslaugų poreikio analizę. Kurti naujas paslaugas. Ištirti ASPI išankstinio neinformavimo apie paciento neatvykimą žalą.</p>
	<p>Analizuoti procesus ir mažinti vertės nekuriantį laiką. Dalintis sprendimais su centro partneriais.</p>
	Augimas, pajėgumų vystymas

Centro veiklos stebėsenos modelis ir tvarka

Atsižvelgiant į centro sutarties šalių suderintą strategiją sudaromi SSC paslaugas teikiančių įstaigų veiklos vertinimo rodiklių rinkiniai, kurie indikuoja strateginių tikslų įgyvendinimo laipsnį – parodo, kaip įgyvendinami tikslai ir uždaviniai.

Šiuose rinkiniuose nustatytų rodiklių stebėseną vykdoma ir už rodiklių pasiekimą atsiskaitoma visuomenei ir Sutarties šalių įstaigų steigėjams (savininkams, dalininkams) kasmet.

Koordinacinė grupė stebi strateginių tikslų, SAM nustatytų sveikatos centro veiklos rodiklių reikšmes ir ne rečiau kaip kas ketvirtį organizuoja sveikatos centro pasitarimus dėl rodiklių ir paslaugų kokybės ir efektyvumo gerinimo sveikatos centre.

Sveikatos centro gyventojų mirštamumo dėl miokardo infarkto ir išeminio insulto per 30 dienų nuo hospitalizacijos rodikliai įvertinami ir aptariami pasibaigus kalendoriniams metams. Aptariant sveikatos centro pasiektas veiklos rodiklių reikšmes dalyvauja savivaldybės sveikatos reikalų koordinatorius.

Centro sutarties šalys suderintu trijų mėnesių periodiškumu ir forma teikia faktinius rodiklių reikšmių duomenis SSC koordinatoriui, kuris jų pagrindu parengia bendrą ataskaitą, kurią pateikia koordinacinei grupei.

Koordinacinė grupė analizuoja rezultatus, apibrėžia svarbias veikos gerinimo sritis, nustato problemų priežastis bei inicijuoja gerinimo sprendimus.

Koordinuojančiosios įstaigos funkcijos

SSC koordinuojanti įstaiga:

1. Suteikia bazę SSC koordinatoriaus funkcijų įgyvendinimui.
2. Organizuoja Koordinacinės grupės darbo reglamento parengimą ir jo laikymosi užtikrinimą.
3. Organizuoja koordinacinės grupės ketvirtinius, metinius ir neeilinius susitikimus.
4. Inicijuoja SSC strategijos rengimą ir įgyvendinimo užtikrinimą.
5. Inicijuoja bendradarbiavimą su savivaldybe / savivaldybės sveikatos reikalų koordinatoriumi SSC strateginių iniciatyvų įgyvendinimo srityje.
6. Koordinuoja ir stebi SSC esančių įstaigų įsipareigojimų laikymąsi, (prireikus organizuoja koordinacinės grupės susitikimus).
7. Inicijuoja sveikatos centro partnerių požiūrių prieštaraavimo, išteklių paslaugoms teikti trūkumo sprendimų paiešką.
8. Priima visoms šalims privalomus galutinius sprendimus tais atvejais, kai kyla neaiškumų, nesutarimų dėl SSC paslaugų teikimo (netaikoma, kai veiklos klausimai yra sprendžiami vadovaujantis įstatymuose ir Vyriausybės nutarimuose nustatytais taisyklėmis).

PATVIRTINTA
Koordinuojančios įstaigos vadovo
20 ____ m. _____ d. įsakymu
Nr. _____

SSC koordinacinės grupės darbo reglamentas

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1. SSC koordinacinės grupės darbo reglamentas (toliau – Reglamentas) nustato sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių sveikatos centrui priskiriamas sveikatos priežiūros paslaugas Šilalės rajono savivaldybėje (toliau – SSC paslaugos) pagal Šilalės rajono savivaldybės tarybos 2024 m. sausio 18 d. sprendimu Nr. T1-17 pasirašytą Sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių sveikatos centrui priskiriamas sveikatos priežiūros paslaugas Šilalės rajono savivaldybėje, bendradarbiavimo sutartį (toliau – Bendradarbiavimo sutartis) koordinacinės grupės (toliau – Koordinacinė grupė) sudėtį, uždavinius ir funkcijas, darbo organizavimo, sprendimų priėmimo bei jų įforminimo tvarką.

2. Koordinacinė grupė savo veikloje vadovaujasi Lietuvos Respublikos Konstitucija, Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymu, Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu, Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu, kitais Lietuvos Respublikos įstatymais, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimais, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais, kitais Lietuvos Respublikos teises aktais ir Bendradarbiavimo sutartimi.

3. Koordinacinės grupės darbas grindžiamas kolegialiū ir nešališku klausimų svarstymu, teisėtumo, viešumo, teisingumo, sąžiningumo, proporcingumo ir protingumo principais.

II SKYRIUS

KOORDINACINĖS GRUPĖS SUDARYMAS

4. Koordinacinę grupę sudaro Bendradarbiavimo sutarties šalių atstovai:

4.1. Sveikatos centre paslaugų teikimą koordinuojančioji įstaiga yra viešoji įstaiga „Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centras“ (toliau – Koordinuojančioji įstaiga).

4.2. Koordinuojančioji įstaiga skiria asmenį, atsakingą už Šalių kolektyvinių veiksmų, teikiant SSC paslaugas, koordinavimą (toliau – Koordinatorius).•

5. Koordinacinei grupei ir posėdžiams vadovauja Koordinuojančios įstaigos paskirtas atstovas.

6. Koordinacinės grupės posėdžių sekretoriaus funkcijas vykdo Koordinatorius.

III SKYRIUS

KOORDINACINĖS DARBO GRUPĖS VEIKLOS TIKSLAI IR PROCESAI

7. Koordinacinės grupės veiklos tikslai – užtikrinti SSC partnerių bendradarbiavimą įgyvendinant Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro strateginius tikslus, analizuoti ir svarstyti su SSC paslaugų organizavimu susijusius klausimus ir formuoti siūlymus Koordinuojančiai įstaigai ir bendradarbiavimo sutarties šalims.

8. Koordinacinės grupės veiklos koordinavimo procesai:

8.1. koordinuoti SSC paslaugų teikimą;

8.2. vertinti sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių sveikatos centrui priskiriamas sveikatos priežiūros paslaugas, nurodytas Bendradarbiavimo sutarties paslaugų sąrašė, veiklą ir inicijuoti tobulinimo sprendimus bei priemones, dėl:

8.2.1. bendradarbiavimo strategijos kūrimo, atnaujinimo ar keitimo;

8.2.2. sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo, jų tobulinimo;

8.2.3. SSC paslaugų teikimo procesų įdiegimo, palaikymo ir priežiūros, sveikatos priežiūros įstaigų sąveikos teikiant paslaugas savivaldybės gyventojams efektyvumo;

8.2.4. sveikatos centre pacientų konsultavimo įstaigos darbo laikų ir dėl SSC paslaugų sąrašė nurodytų paslaugų gavimo per kuo trumpesnę laiką;

8.2.5. turimos ir trūkstamos infrastruktūros, diagnostikai ir gydymui reikalingų medicinos priemonių (prietaisų) įsigijimo planavimo, paskirstymo ir perskirstymo;

8.2.6. turimų ir trūkstamų žmogiškųjų išteklių, jų planavimo ir perskirstymo;

8.2.7. bendrų įstaigų darbuotojų kvalifikacijos tobulinimo mokymų pirkimo ir vykdymo;

8.2.8. pacientų srautų tarp Bendradarbiavimo sutarties šalių valdymo (kad konkrečiam pacientui būtų užtikrintas vientisas, taikant „žaliojo koridoriaus“ principą, visų reikiamų SSC paslaugų sąrašė paslaugų suteikimas per kuo trumpesnius terminus);

8.2.9. dalinimosi gerąja praktika.

8.3. stebėti pasiektų nustatytų sveikatos centro veiklos rodiklių reikšmes ir ne rečiau kaip kas ketvirtį organizuoti sveikatos centro pasitarimus dėl rodiklių įgyvendinimo ir paslaugų kokybės bei efektyvumo gerinimo sveikatos centre. Sveikatos centro gyventojų mirštamumo dėl miokardo infarkto ir išeminio insulto per 30 dienų nuo hospitalizacijos rodikliai įvertinami ir aptariami pasibaigus kalendoriniams metams;

8.4. ne rečiau kaip keturis kartus per kalendorinius metus (kas ketvirtį) organizuoti bendrus Bendradarbiavimo sutarties šalių įstaigų pasitarimus dėl SSC paslaugų teikimo užtikrinimo;

8.5. nagrinėti savivaldybių ir kitų institucijų, organizacijų, asmenų kreipimąsi dėl SSC paslaugų teikimo, organizavimo bei tobulinimo klausimais;

8.6. vykdyti kitas užduotis, susijusias su SSC paslaugų teikimo organizavimu ir aprūpinimu.

IV SKYRIUS

KOORDINACINĖS DARBO GRUPĖS NARIO TEISĖS IR PAREIGOS

9. Koordinacinės darbo grupės nario teisės:

9.1. posėdžio darbotvarkės, posėdyje svarstomų klausimų ir rengiamų Koordinatoriaus protokolų. gauti iš Koordinatoriaus darbui reikalingus duomenis ir informaciją svarstomais klausimais (toliau – darbo informacija);

9.2. gauti posėdžio medžiagą;

9.3. užduoti klausimus posėdyje dalyvaujantiems asmenims;

9.4. teikti siūlymus dėl posėdžio darbotvarkės, posėdyje svarstomų klausimų ir rengiamų Koordinatoriaus protokolų.

10. Koordinacinės grupės nario pareigos:

10.1. dalyvauti posėdžiuose;

10.2. surinkti informaciją ir dokumentus darbui, susijusius su posėdyje svarstomais klausimais, pagal kuravimo sritį, juos išanalizuoti ir pristatyti (arba organizuoti pristatymą) Koordinacinės grupės posėdyje;

10.3. pateikti siūlymus Koordinatoriui, priimant sprendimus, susijusius su posėdyje

svarstomais klausimais;

10.4. parengti protokolinio sprendimo projektą, kuris reikalingas įgyvendinti Koordinacinės grupės sprendimui ar Koordinatoriaus protokoliniam sprendimui, sprendimo projektui pagal kuriojamą sritį arba organizuoti jo parengimą;

10.5. kontroliuoti Koordinacinės grupės sprendimo pagal kuravimo sritį įgyvendinimą ir pristatyti jo įgyvendinimo ataskaitą Koordinacinės grupės posėdyje;

10.6. prieš pradėdant klausimo svarstymą, nusišalinti nuo klausimo svarstymo, jeigu yra aplinkybių, sukeliančių arba galinčių sukelti viešųjų ir privačių interesų konfliktą;

10.7. užtikrinti Koordinacinėje grupėje pateiktos ir nagrinėjamos informacijos, dokumentų bei priimtų sprendimų konfidencialumą, tiek darbo Koordinacinėje grupėje metu, tiek baigus darbą Koordinacinėje grupėje;

10.8. negalint dalyvauti posėdyje, apie tai informuoti Koordinatorių ne vėliau kaip prieš 1 d.;

10.9. vykdyti Koordinatoriaus ir/ar Koordinuojančios įstaigos paskirto atstovo pavedimus.

V SKYRIUS

KOORDINACINĖS DARBO GRUPES DARBO ORGANIZAVIMAS IR SPRENDIMŲ ĮFORMINIMO TVARKA

11. Koordinacinės grupės posėdžiai organizuojami pagal poreikį, bet ne rečiau kaip vieną kartą per ketvirtį.

12. Koordinacinės grupės posėdžius organizuoja Koordinatorius.

13. Koordinacinės grupės posėdžiai gali būti organizuojami kontaktiniu, nuotoliniu, rašytinėmis balsavimo procedūros bei mišriais būdais.

14. Į Koordinacinės grupės posėdį, esant poreikiui, kviečiami su nagrinėjamu klausimu susijusių įstaigų, institucijų, savivaldybės atstovai. Kiti asmenys dalyvauti posėdyje kviečiami Koordinuojančios įstaigos sprendimu.

15. Koordinacinės grupės posėdžio darbotvarkę suderinus su Koordinuojančios įstaigos paskirtu atstovu, sudaro Koordinatorius.

16. Į Koordinacinės grupės darbotvarkę įtraukto klausimo informaciją ir posėdžio medžiagą, atitinkamu klausimu kuriojantis Koordinacinės grupės narys pateikia Koordinacinės grupės posėdžio sekretoriui/Koordinatoriui likus ne vėliau kaip 1 savaitei iki numatytos posėdžio datos.

17. Koordinacinės grupės posėdžio sekretorius kvietimą, posėdžio laiką, darbotvarkę, svarstomų klausimų projektus, jų aiškinamuosius raštus ir kitą, su klausimais susijusią medžiagą, visiems Koordinacinės grupės nariams ir posėdyje dalyvauti pakviestiems asmenims, institucijoms, organizacijoms išsiunčia elektroniniu paštu ne vėliau kaip prieš 3 darbo dienas iki Koordinacinės grupės posėdžio. Organizuojant posėdį nuotoliniu būdu, elektroniniu paštu išsiunčiama prisijungimo dalyvauti posėdyje nuoroda ne vėliau kaip prieš 1 darbo dieną iki Koordinacinės grupės posėdžio.

18. Koordinacinės grupės posėdžiui pirmininkauja Koordinuojančios įstaigos atstovas arba kitas jo paskirtas asmuo.

19. Už į Koordinacinės grupės darbotvarkę įtraukto klausimo ir darbo informacijos posėdžio metu pristatymą (arba pristatymo organizavimą) atsakingas Koordinuojančios įstaigos atstovas.

20. Koordinacinė grupė, įvertinusi posėdžio metu nagrinėtą darbo informaciją ir dokumentus, priima sprendimus, kurie įforminami Koordinacinės grupės protokolu (toliau – Protokolas). Protokolą surašo posėdžio sekretorius. Protokole nurodoma Koordinacinės grupės posėdžio data, dalyviai, nagrinėti klausimai, nagrinėto klausimo esmė, priimtas sprendimas ir sprendimo priėmimo argumentai, siūlomi Koordinatoriaus protokoliniai nurodymai jeigu Koordinatoriaus privalomas

nurodymas bus formuojamas), už Koordinatoriaus protokolinią nurodymą atsakingas vykdytojas, nurodant įvykdymo terminą, Koordinacinės grupės posėdžiuose gali būti naudojamos vaizdo ir/ar garso įrašymo priemonės.

21. Koordinacinė darbo grupė gali priimti sprendimus darbotvarkės klausimais, jei posėdyje dalyvauja daugiau kaip pusė Koordinacinės grupės narių ar jų įgaliotų atstovų, o vykdant rašytinį balsavimo procedūros – jeigu už sprendimą raštu balsavo daugiau kaip pusė rašytinėje balsavimo procedūroje dalyvaujančių ir turinčių teisę balsuoti (nenušalinusių) Koordinacinės grupės narių.

22. Kai koordinacinės grupės sprendimai priimami rašytinės balsavimo procedūros būdu, koordinacinės grupės nariai turi pareikšti savo pritarimą, ar nepritarimą, suformuluotiems sprendimams elektroniniu paštu per 3 darbo dienas. Asmenys, kurie balsuodami susilaikė arba savo nuomonės neišreiškė el. paštu iki posėdžio termino pabaigos, laikomi balsavime nedalyvavusiais asmenimis.

23. Koordinacinės grupės sprendimai priimami bendru sutarimu. Jeigu Koordinacinės grupės nariai nepasiekia bendro sutarimo, sprendimai priimami atviru balsavimu, kai už jį balsuoja daugiau kaip pusė posėdyje dalyvaujančių ir turinčių teisę balsuoti (nenušalinusių) Koordinacinės grupės narių. Koordinacinės grupės narių balsams pasiskirsčius po lygiai, lemia Koordinacinės grupės posėdžio pirmininko balsas. Asmenys, kurie balsuodami susilaikė, neskaičiuojami, t. y. jie laikomi balsavimo metu nedalyvavusiais asmenimis.

24. Jei koordinacinė grupė priima sprendimus, jų Protokolo projektas surašomas po posėdžio ir elektroniniu būdu išsiunčiamas posėdyje dalyvavusiems Koordinacinės grupės nariams. Per 2 darbo dienas po protokolo pateikimo negavus pastabų, laikoma, kad Koordinacinės grupės narys Protokolui pritaria.

25. Reglamento nustatyta tvarka suderintą Protokolo projektą pasirašo posėdžio sekretorius ir posėdžio vadovas. Pasirašytas protokolas išsiunčiamas visiems sveikatos centro partneriams susipažinimui.

26. Bendradarbiavimo sutarties papildymus/pakeitimus pasirašo įstaigų, savivaldybės sveikatos centro partnerių, vadovai.

27. Kiekvienas Koordinacinės grupės narys atsakingas už savo siūlomus ir priimamus sprendimus, tinkamą ir saugų sprendimo pateikimą elektroniniu paštu.

28. Protokolai ar kiti dokumentai, kuriais įforminti Koordinacinės grupės sprendimai, yra oficialūs dokumentai. Jie saugomi ir tvarkomi Dokumentų ir archyvų įstatymų nustatyta tvarka.

VI SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

29. Koordinacinės grupės posėdžių medžiaga saugoma pas Koordinatorių.

30. Koordinatorius ir Koordinacinė grupė vykdo savo funkcijas vadovaudamasi Reglamentu, išskyrus atvejus, kai sprendimai turi būti priimami nedelsiant.

PATVIRTINTA

Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro
direktoriaus įsakymu 2024-07- Nr. P-

Sveikatos centro koordinatoriaus pareigybės aprašymas

VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS ŠILALĖS RAJONO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO KORDINATORIAUS PAREIGINIAI NUOSTATAI

I SKYRIUS PAREIGYBĖ

1. Pareigybės paskirtis – organizuoti ir vykdyti sveikatos priežiūros įstaigą, teikiančią sveikatos centrui priskiriamas sveikatos priežiūros paslaugas Šilalės rajono savivaldybėje pagal 2024 m. vasario 28 d. pasirašytą bendradarbiavimo sutartį (toliau – Bendradarbiavimo sutartis), koordinavimą.

2. Pareigybės pavaldumas – koordinuojančios įstaigos VŠĮ Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro direktoriui.

II SKYRIUS SPECIALŪS REIKALAVIMAI KOORDINATORIUI

3. Koordinatorius privalo turėti aukštąjį universitetinį išsilavinimą, būti nepriekaištingos reputacijos, gerai mokėti valstybinę lietuvių kalbą, išmanyti raštvedybos pagrindus, mokėti dirbti naujomis ryšių ir kitomis organizacinėmis technikos priemonėmis. Turi mokėti dirbti kompiuteriu.

4. Darbuotoją skiria ir atleidžia iš pareigų, nustato jo pareiginį atlyginimą, sudaro rašytinę darbo sutartį ligoninės direktoriui, tiesiogiai pavaldus įstaigos direktoriui, direktoriaus pavaduotojai medicinai.

5. Koordinatorius turi išklausyti ir žinoti saugos darbe, priešgaisrinės ir elektroaugos reikalavimus.

6. Koordinatorius turi vadovautis LR sveikatos apsaugos ministro 2023 m. gegužės 22 d. įsakymu Nr. V–589 „Dėl sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir kitais teisės aktais, susijusiais su jo atliekamu darbu, įstaigos įstatais, direktoriaus įsakymais, darbo vidaus tvarkos taisyklėmis, pareiginiais nuostatais.

7. Šias pareigas einantis darbuotojas turi:

7.1. Išmanyti ir turėti kompetencijos analizuoti Lietuvos Respublikos įstatymus, Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimus, sveikatos apsaugos ministro įsakymus bei kitus teisės aktus, reglamentuojančius sveikatos priežiūros įstaigų darbo organizavimą ir vykdymą.

7.2. Išmanyti dokumentų valdymo sistemos (toliau DVS) veikimą, žinoti dokumentų rengimo, įforminimo ir registravimo tvarką.

7.3. Mokėti naudotis biuro technika (faksais, kopijavimo aparatais, multifunkciniais įrenginiais, skeneriais), turėti bazinę kompiuterinio raštingumo kvalifikaciją bei mokėti naudotis Microsoft Office paketo programomis turėti gerus kompiuterinio raštingumo įgūdžius (Microsoft Office, Outlook Express, Internet Explorer), gebėti dirbti su specialiosiomis kompiuterinėmis programomis, skirtomis, duomenų apdorojimui.

7.4. Sugebėti savarankiškai planuoti savo darbą, mokėti kaupti, sisteminti, apibendrinti

informaciją, sklandžiai reikšti mintis raštu ir žodžiu, bendrauti, bendradarbiauti, dirbti komandoje.

7.5. Vykdyti Vyriausybės nutarimus, sveikatos apsaugos ministro įsakymus bei kitus teisės aktus, reglamentuojančius sveikatinimo veiklos planavimą, organizavimą ir vykdymą, sveikatos priežiūros įstaigų administravimą.

7.6. Gebėti priimti sprendimus, bendrauti, bendradarbiauti ir dirbti komandoje, vesti derybas, spręsti konfliktus.

7.7. Išmanyti profesinės etikos reikalavimus.

II. DARBUOTOJO PAREIGOS

8. Šias pareigas einantis darbuotojas:

8.1. Koordinuoja Sveikatos centro veiklą, vadovaujantis gerosios valdysenos principais.

8.2. Stebi teisės aktų ir kitų su administraciniu reglamentavimu susijusių dokumentų, priemonių ir programų įgyvendinimą arba prireikus koordinuoja teisės aktų ir kitų su administraciniu reglamentavimu susijusių dokumentų, priemonių ir programų įgyvendinimo stebėseną.

8.3. Organizuoja Sveikatos centro darbą, rengia ir teikia jai priskirtais klausimais medžiagą.

8.4. Organizuoja pasitarimus dėl Sveikatos centro veiklos rodiklių ir paslaugų kokybės bei efektyvumo (Rezultatų aptarimas, problemų sprendimas).

8.5. Rengia ir teikia pasiūlymus su koordinavimu, vadyba, administraciniu reglamentavimu susijusiai klausimais.

8.6. Rengia Sveikatos centro metinius planus ir ataskaitas apie Sveikatos centro veiklą, atsižvelgiant į strateginiuose dokumentuose (plėtros programose, pažangos priemonių aprašymuose, įstaigų strateginiuose planuose ir kt.) teisės aktais patvirtintus rodiklius, sudaro Sveikatos centro paslaugas teikiančių įstaigų veiklos vertinimo rodiklių rinkinius, teikia juos savivaldybei, visuomenei ir kitiems subjektams teisės aktų nustatyta tvarka.

8.7. Konsultuoja Sveikatos centro Bendradarbiavimo sutarties dalyvius Sveikatos centro veiklos klausimais.

8.8. Nagrinėja prašymus ir kitus dokumentus sudėtingais klausimais dėl bendradarbiavimo veiklų vykdymo arba prireikus koordinuoja prašymų ir kitų dokumentų sudėtingais klausimais dėl administracinio reglamentavimo veiklų vykdymo nagrinėjimą, teikia pasiūlymus, rengia sprendimus ir atsakymus prireikus koordinuoja sprendimų ir atsakymų rengimą.

8.9. Organizuoja renginius, pasitarimus dėl keitimosi gerąja Sveikatos centro paslaugų teikimo praktika.

8.10. Vykdo Sveikatos centro Bendradarbiavimo sutarties dalyvių įsipareigojimų priežiūrą pagal Sveikatos centrui priskiriamų sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

8.11. Vykdo Bendradarbiavimo sutartimi priskirtų teikti Sveikatos Centro bazinio paketo paslaugų užtikrinimo stebėseną, įvykus pokyčiams – informuoja atitinkamus subjektus teisės aktų nustatyta tvarka.

8.12. Vykdo kitus nenuolatinio pobūdžio su Sveikatos centro veikla susijusius pavedimus.

IV. DARBUOTOJO TEISĖS

9. Šias pareigas einantis darbuotojas turi teisę:

9.1. Susipažinti su įstaigos direktoriaus sprendimų projektais, susijusiais su jo veikla.

9.2. Teikti darbo, susijusio su šiuose nuostatuose nustatytais pareigomis, tobulinimo pasiūlymus.

9.3. Bendradarbiauti su įstaigos gydytojais, slaugytojais ir kitais įstaigos specialistais veiklos klausimais.

9.4. Pasirašyti dokumentus pagal savo kompetenciją.

9.5. Prašyti įstaigos darbuotojų reikiamos informacijos susijusios su jos pareigomis.

V. DARBUOTOJO ATSAKOMYBĖ

10. Šias pareigas einantis darbuotojas atsako už:

10.1. Lietuvos Respublikos įstatymų, Vyriausybės nutarimų ir kitų teisės aktų vykdymą.

10.2. Viešosios įstaigos Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro įstatų, Vidaus tvarkos taisyklių ir kitų įstaigos vidaus dokumentų laikymąsi.

10.3. Viešosios įstaigos Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro direktoriaus įsakymų, pavedimų bei šių pareiginių nuostatų vykdymą laiku.

10.4. Asmens duomenų apsaugą.

10.5. Įstaigos turto, darbo priemonių tausojimą ir naudojimą tik darbo tikslais.

10.6. Už savo funkcijų, numatytų šiuose pareiginiuose nuostatuose, nevykdymą ar netinkamą vykdymą, už padarytą materialinę žalą įstaigai atsako Lietuvos Respublikos įstatymų nustatyta tvarka.

PRIEDAI

1 Priedas. SSC partnerių sąrašas

Nr.	SSC bendradarbiavimo sutarties šalys	Darbuotojas, atsakingas SC paslaugų teikimo procesų įdiegimą, palaikymą ir priežiūrą įstaigoje	Kontaktiniai duomenys
1.	VšĮ Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centras	Akvilė Petkienė	+37068449628; akvilepetkiene@silalesrssc.lt
2.	Šilalės r. sav. visuomenės sveikatos biuras	Ingrida Petravičienė	+37062206873; +37044946794; ingrida.petraviciene@silalesvsb.lt
3.	UAB „Andoka“	Inna Viršilienė	info@klinikaandoka.lt
4.	UAB „Medicum centrum“	Irmantas Mockus	+37067227155; mcpavaduotojas@gmail.com
5.	UAB „Šilalės šeimos gydytojo praktika“	Rimanta Žąsytienė	+37044974336; info@seimospraktika.lt
6.	UAB Aurum klinika	Zita Gudauskienė;	+37081653366; silale@aurumgrozis.lt
7.	UAB Pajūrio Saulės klinika	Kazimieras Nausėda	+37067314128; nauseda@gmail.com
8.	UAB Šilalės psichikos sveikatos ir psichologinio konsultavimo centras	Rimantas Augilius	+37044974620; uab@silalepsc.lt
9.	UAB „Solregis“	Virginijus Razbadauskas	Rita Narkienė – +37060580288; Virginijus Razbadauskas – +37069980852; info@solregis.lt
10.	UAB „Medicinos namai šeimai“	Mindaugas Klimas	+370616 05669; mindaugas.klimas@medicinosnamai.lt; kaltinenai@medicinosnamai.lt
11.	VšĮ Šilalės pirminės sveikatos priežiūros centras	Karolina Zybartienė	+3706511324; karolinazybartiene@gmail.com
12.	Kaltinėnų pirminės sveikatos priežiūros centras	Andrius Panavas	+37068631546; kaltinenu.ambulatorija@gmail.com
13.	UAB Klinika Giedra	Liutauras Giedraitis	+37068606065; info@klinikagiedra.lt
14.	UAB Telšių šeimos sveikatos centras	Virginija Šmitaitė Čiuraskienė	+37067045488; administracija@telsiussc.lt
15.	VšĮ Kvėdarnos ambulatorija	Tomas Šiaudinis	Virginija Urbienė – +37044955252; Tomas Šiaudinis – +37069877885; ambulatorija.kvedarna@gmail.com

2 Priedas. SSC koordinacinės grupės susirinkimo balsavimo biuletenis
SVEIKATOS CENTRO KOORDINACINĖS GRUPĖS SUSIRINKIMO
BALSAVIMO BIULETENIS

20__ m. _____ d.

Nario/deleguoto atstovo vardas pavardė, juridinio asmens pavadinimas

Darbotvarkės klausimas	Nutarimo projektas	Balsavimas (žymėti Už / Prieš/ Susilaikau)		
		<input type="checkbox"/> Už	<input type="checkbox"/> Prieš	<input type="checkbox"/> Susilaikau
1.		<input type="checkbox"/> Už	<input type="checkbox"/> Prieš	<input type="checkbox"/> Susilaikau
2.		<input type="checkbox"/> Už	<input type="checkbox"/> Prieš	<input type="checkbox"/> Susilaikau

Neįvykus susirinkimui dėl kvorumo nebuvimo, prašau šį bendrąjį balsavimo biuletenį laikyti galiojančiu pakartotiniame visuotiniame susirinkime.

Nario / deleguoto atstovo vardas, pavardė, parašas

3 Priedas. SSC paslaugų analizė

Sveikatos centrai įgyvendinant strategiją bei planuojant savo veiklą svarbu analizuoti bei įvertinti ne tik įvairius rodiklius, bet ir pažvelgti į rajono situaciją pačių gyventojų „akimis“. Šią užduotį rekomenduojama atlikti ne rečiau nei kartą per metus. Lentelėje pateikiamas ekspertinis SSC paslaugų įvertinimas (3 balų skalėje, kai 3 balai – labai aukštas vertinimas; 1 balas – žemas vertinimas).

SSC patenkina rajono gyventojų lūkesčius		
BPG paslaugos:		Vertinimas:
1	Atstumas iki paslaugos:	
3	Paslaugos laukimo laikas:	
4	Kompetencija (gydytojų):	
5	Bendravimas (gydytojų):	
6	Bendravimas (personalo):	
7	Medicininės technologijos:	
8	Įstaigos fizinė, estetinė aplinka:	
9	Pritaikymas specialioms poreikiams:	
10	Informacijos prieinamumas pacientams apie jų teises ir pareigas:	
Gydytojų specialistų paslaugos:		Vertinimas:
11	Atstumas iki paslaugos:	
12	Suaugusiųjų Traumatologo laukimas	
13	Vaikų traumatologo laukimo laikas	
14	Echoskopuotojo-chirurgo laukimo laikas	
15	Neurologo laukimas	
16	Kardiologo laukimas	
17	Endokrinologo laukimas	

4 Priedas. SSC veiklos stebėsenos rodikliai

Lentelėje pateikiami periodiniai sveikatos centro veiklos rodikliai ir rezultatų vertinimo periodiškumas.

RODIKLIAI:	Ketvirtis	Metai
Paslaugų prieinamumas:		
Šeimos gydytojo teikiamos skubios paslaugos (suteikiama kreipimosi dieną)	X	
Šeimos gydytojo teikiamos planinės paslaugos (suteikiama ne vėliau kaip per 7 kalendorines dienas)	X	
Gydytojų specialistų teikiamos planinės paslaugos (Suteikiama ne vėliau kaip per 30 kalendorinių dienų)	X	
Skubios gydytojų specialistų teikiamos planinės paslaugos (Suteikiama ne vėliau kaip per 30 kalendorinių dienų)	X	
Šeimos gydytojo komandos narių (ne gydytojų) suteiktų paslaugų dalis (augimas ne mažesnis kaip po 5 proc.)		X
Pirminio lygio gydytojo psichiatro ar vaikų ir paauglių psichiatro teikiamos planinės paslaugos (suteikiama ne vėliau kaip per 10 darbo dienų)	X	
Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų komandos narių (ne gydytojų) suteiktų paslaugų dalis (augimas ne mažesnis kaip po 5 proc.)		X
Paslaugų kokybė ir prieinamumas:		
Šeimos gydytojo komandos nario paslauga po aktyviojo gydymo į namus išrašytam pacientui (suteikiama ne vėliau kaip per 3 darbo dienas nuo epikrizės gavimo)	X	
Šeimos gydytojo komandos nario paslauga pacientui, gavusiam paslaugą skubiosios pagalbos skyriuje (suteikiama ne vėliau kaip per 1 darbo dieną nuo epikrizės gavimo)	X	
Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančio specialistų komandos nario suteikta paslauga asmeniui po gydymo stacionare dėl užfiksuotos savižudybės grėsmės (suteikiama ne vėliau kaip per 3 darbo dienas po išrašymo iš stacionaro)	X	
Vykdomų ankstyvosios diagnostikos dėl onkologinių ligų ir širdies kraujagyslių ligų diagnostikos programų tikslinės grupės dalies, dalyvaujančios programose, didėjimo tendencija	X	
Tikslinių grupių asmenų, kurie dalyvavo informavimo, švietimo ir mokymo veiklose sveikos gyvensenos įgūdžių formavimo, onkologinių ligų rizikos veiksnių bei šių ligų profilaktikos temomis skaičius (ne mažesnis nei praėjusių metų rodiklis)	X	
Gyventojų mirštamumas dėl miokardo infarkto ir išeminio insulto per 30 dienų nuo hospitalizacijos		X
Išvengiama hospitalizacija dėl:		
Cukrinio diabeto		X
Stazinio širdies nepakankamumo		X
Lėtinės obstrukcinės plaučių ligos		X
Arterinės hipertenzijos		X
Astmos		X

Pneumonijos		X
Ausų, nosies, gerklės infekcijų		X
Pielonefrito		X
Preveninėmis ir gydymo priemonėmis išvengiamas mirtingumas		X
Išvengiama hospitalizacija dėl šizofrenijos		X

5 Priedas. Centro veiklos tobulinimo galimybės/problemos

Lentelėje pateikiamas galimų centro veiklos tobulinimo sričių / problemų sąrašas, įvertinant jų sudėtingumo lygį (A – mažiausias, B – vidutinis, C – didžiausias), problemos svarbą / prioritetą (1 – aukščiausias, 4 – žemiausias); poveikio galimybę (10 balų – viskas pilnai priklauso nuo mūsų pastangų; 1 balas – nuo mūsų pastangų praktiškai nieko nepriklauso) bei numatomą problemos sprendimo projekto šeiminką.

NR.	PROBLEMA/VEIKLOS GERINIMO GALIMYBĖ	A-B-C	SVARBA	POVEIKIO GALIMYBĖ	PROBLEMOS ŠEIMININKAS
1.	Finansinių išteklių trūkumas	C	1		
2.	Darbuotojų pasirengimas pokyčiams	B	1		
3.	Personalo trūkumas	B	1		
4.	Skubios pagalbos 7-24 užtikrinimas	B	1		
5.	Bendro tikslo ir poreikio suvokimo įvairovė	A	2		
6.	Vieningos IS nebuvimas	C	2		
7.	Skirtingos DU sistemos	B	2		
8.	Procesų valdymas ir filialų koordinavimas	B	2		
9.	Skirtingi darbų atlikimo standartai	B	2		
10.	Skirtingi klientų aptarnavimo standartai	B	2		
11.	Netolygus darbo krūvio paskirstymas	B	3		
12.	Konkurencija tarp viešo ir privataus sektoriaus	A	3		
13.	ES lėšų skirstymo problema	A	4		
14.	Pacientų baimės	B	4		
15.	Nemodernizuota infrastruktūra	A	4		
16.	Teisės aktų kaita	B	4		
17.	Nevienodi atstumai paslaugų gavėjams iki paslaugų	B	4		

6 Priedas. 2026-ųjų metų sveikatos centro veikos tobulinimo programa

Veiklos tobulinimo, SSC strateginių tikslų įgyvendinimo iniciatyvų programą sudarome kiekvienų metų pradžioje, o jos įgyvendinimą įvertiname kalendoriniams metams pasibaigus.

2026 metų savivaldybės sveikatos centro strateginės iniciatyvos:

1. Apibrėžti sveikatos centro bendrosios praktikos gydytojų bei antrojo lygio gydytojų specialistų bendradarbiavimo teikiant paslaugas gyventojams problemas ir gerinimo galimybes, surasti ir įgyvendinti bendradarbiavimo efektyvumą padidinančius sprendimus.
2. Apibrėžti skubios pagalbos pacientams teikimo procesą ir nustatyti standartines skubios pagalbos teikimo procedūras, skirtingų specialistų sąveikos tvarką.
3. Nustatyti geriausią praktiką pacientų registravimo sveikatos priežiūros paslaugoms, apmokyti registratorius efektyvaus komunikavimo, streso valdymo įgūdžių.

VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS ŠILALĖS RAJONO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO „ŽALIOJO KORIDORIAUS“ PROCESŲ APRAŠAS

I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS

1. „Žaliojo koridoriaus“ procesų aprašas (toliau – Aprašas) nustato pacientų nukreipimo, registravimo, paslaugų suteikimo ir koordinavimo taisykles Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centre (toliau – Sveikatos centras) ir partnerinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – Partnerinės įstaigos), užtikrinant „Žaliojo koridoriaus“ principo įgyvendinimą.
2. Aprašo paskirtis – reglamentuoti paciento kelią nuo registracijos iki konsultacijos, tyrimo ar intervencijos atlikimo pagal „Žaliojo koridoriaus“ principą, nustatyti atvejo vadybininko funkcijas, šeimos gydytojo vaidmenį bei sąveiką tarp visų Sveikatos centrai priklausančių ir bendradarbiaujančių įstaigų.
3. Teisinis pagrindas – Reglamentas (ES) Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas (2016/679), Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymas (XIII-1426).
4. Šis aprašas taikomas visoms Sveikatos centro tinklo įstaigoms, teikiančioms sveikatos priežiūros paslaugas pagal bendradarbiavimo sutartis.
5. Pagrindinės sąvokos:
 - 5.1. Atvejo vadybininkas – Sveikatos centro paskirtas darbuotojas, atsakingas už paciento registraciją pagal siuntimą, laikų rezervavimą pas atitinkamą specialistą ar tyrimams ir paciento informavimą.
 - 5.2. Šeimos gydytojas – pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiantis gydytojas Partnerinėje įstaigoje arba Sveikatos centro Laukuvos padalinyje, priimančias pirminį sprendimą dėl paciento atitikties „Žaliojo koridoriaus“ kriterijams ir rengiantis siuntimą.
 - 5.3. Pacientas – asmuo, prisirašęs pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje arba kitaip besikreipiantis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų.
 - 5.4. Žaliojo koridorius – sveikatos paslaugų organizavimo principas, užtikrinantis, kad pacientai būtų prioritetine tvarka nukreipiami konsultacijoms, tyrimams ar intervencijoms, suteikiant paslaugas per trumpesnę laiką ir, kai įmanoma, vieno apsilankymo metu.
 - 5.5. Partnerinė įstaiga – pirminės (išimtiniais atvejais ir antrinės) sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga, dalyvaujanti „Žaliojo koridoriaus“ procese pagal bendradarbiavimo sutartį. Išplėstinis partnerinių įstaigų sąrašas pateikiamas Priede Nr. 1.

II SKYRIUS „ŽALIOJO KORIDORIAUS“ PRINCIPAI

6. „Žaliojo koridoriaus“ principas taikomas užtikrinant, kad pacientai, kuriems reikalinga skubi ar prioritetinga sveikatos priežiūra, būtų greičiau nukreipiami konsultacijoms, tyrimams ar intervencijoms, sumažinant paslaugų laukimo laiką ir užtikrinant koordinuotą paciento kelią.
7. „Žaliojo koridoriaus“ veikimas grindžiamas šiais principais:
 - 7.1. Greitas reagavimas – pacientui nustatyti tyrimai ar konsultacijos atliekami per aiškiai apibrėžtą trumpesnę laikotarpį, nei taikoma įprastoje eilėje.
 - 7.2. Prioritetinis aptarnavimas – pacientai įtraukiami į atskirą srautą, užtikrinant jų registraciją pas gydytojus specialistus ir paslaugų suteikimą be papildomo laukimo.
 - 7.3. Nuoseklus paciento kelias – paciento vizitai planuojami taip, kad per vieną apsilankymą, kai tai įmanoma, būtų atliktos kelios būtinos procedūros: konsultacija, reikalingi tyrimai, specialisto išvada.
 - 7.4. Aiškūs terminai – kiekvienam proceso etapui nustatomi maksimalūs laiko rėžiai, kurių privalo laikytis visos dalyvaujančios įstaigos ir darbuotojai.

- 7.5. Koordinuota priežiūra – atvejo vadybininkas organizuoja paciento kelią, užtikrina, kad nebūtų prarandamas laikas tarp atskirų proceso etapų, ir pacientas būtų informuojamas apie paskirtus vizitus.
- 7.6. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas – Sveikatos centras ir partnerinės įstaigos derina veiksmus taip, kad paciento nukreipimas tarp paslaugų teikėjų vyktų sklandžiai ir laiku.
- 7.7. Kokybės užtikrinimas – paciento kelio rezultatai yra stebimi ir vertinami, analizuojant tiek paslaugų suteikimo terminus, tiek pacientų pasitenkinimą, o gauti duomenys naudojami paslaugų tobulinimui.

III SKYRIUS PATEKIMO Į „ŽALIAJĮ KORIDORIŲ“ KRITERIJAI

8. Pacientas laikomas patenkančiu į „Žaliąjį koridorių“, jeigu tenkina bent vieną iš šių kriterijų ir atitinka būtinąją sąlygą – yra projekte dalyvaujančių ASPĮ pacientai:
- 8.1. Įtariama skubi, tačiau ne gyvybei tiesiogiai grėsminga būklė, kurios atidėtas ištyrimas ar konsultacija reikšmingai pablogintų paciento sveikatą (pvz., įtariama progresuojanti širdies ar neurologinė patologija, sudėtinga endokrinologinė ar hematologinė problema);
- 8.2. Gydomo taktika priklauso nuo greito tyrimo atlikimo (pvz., kardiologinis, neurologinis, urologinis atvejis ir kt.);
- 8.3. Šeimos gydytojas pagrįstai nustato, kad delsimas pablogintų paciento sveikatą;
- 8.4. Kiti šeimos gydytojo pagrįsti atvejai, kai siekiama išvengti sveikatos būklės komplikacijų ar užtikrinti paslaugų prieinamumą.
9. Sprendimą dėl paciento nukreipimo į „Žaliojo koridoriaus“ tvarką priima šeimos gydytojas arba jo įgaliotas darbuotojas, o atvejo vadybininkas užtikrina organizacinį įgyvendinimą pagal išrašytą siuntimą.
10. Jei pacientas neatitinka aukščiau nurodytų kriterijų, jis registruojamas įprasta tvarka per e. sveikatos sistemą ar registratūrą.

IV SKYRIUS PACIENTO KELIAS „ŽALIUOJU KORIDORIUMI“

11. Paciento kelias pradedamas nuo pirmojo kreipimosi į šeimos gydytoją partnerinėje įstaigoje arba Sveikatos centro Laukuvos padalinyje. Kreipimasis gali būti registratūroje, per e. sveikatą ar telefonu.
12. Šeimos gydytojas, vadovaudamasis Aprašo III skyriuje nustatytais kriterijais, įvertina paciento būklę. Nustačius „Žaliojo koridoriaus“ atvejį, parengiamas siuntimas gydytojo specialisto konsultacijai, o Sveikatos centro atvejo vadybininkui perduodama informacija apie būtinybę pacientą registruoti skubos tvarka.
13. Gavus siuntimą, atvejo vadybininkas koordinuoja paciento kelią.
- 13.1. Patikrina siuntimo duomenis ir priedus.
- 13.2. Parenka tinkamą laiką konsultacijai ir, jei įmanoma, tyrimams, laikantis vieno apsilankymo principo.
- 13.3. Pažymi atvejo vadybininko vidaus registre (darbo žurnale), kad tai „Žaliojo koridoriaus“ atvejis, žyma naudojama terminų kontrolei, rodiklių stebėsenai.
- 13.4. Informuoja pacientą SMS ir el. pranešimu apie paskirtą laiką, vietą ir pasiruošimą vizitui.
- 13.5. Užtikrina, kad konsultacija ar tyrimas būtų atlikti per nustatytą terminą, ir koordinuoja alternatyvų sprendimą, jei įstaiga negali suteikti paslaugos.
14. Partnerinė įstaiga gali pateikti prašymą dėl skubaus registravimo pas Sveikatos centro gydytoją specialistą. Prašymai apdorojami prioritetine tvarka ir apie sprendimą informuojamas pacientas bei šeimos gydytojas.
15. Paciento kelias Sveikatos centre vyksta tokia seka:
- 15.1. Registracija – pacientas įtraukiamas į „Žaliojo koridoriaus“ registrą, patvirtinamas paskirtas laikas, suteikiama informacija apie pasiruošimą vizitui ir galimas alternatyvas.

15.2. Konsultacija ir tyrimai – pacientui suteikiama gydytojo specialisto konsultacija, o, kai įmanoma, atliekami reikalingi tyrimai vieno apsilankymo metu, užtikrinant nuoseklų paslaugų teikimą.

15.3. Rezultatų perdavimas – visi atsakymai suvedami į informacinę sistemą, paciento dokumentacija perduodama šeimos gydytojui, pacientas gauna informaciją SMS/el. pranešimu apie rezultatus ir tolesnius veiksmus.

15.4. Tolesni veiksmai – šeimos gydytojas, įvertinęs rezultatus, priima sprendimą dėl gydymo, kontrolės, papildomų tyrimų ar konsultacijų, apie tai informuojamas paciento atvejo vadybininkas.

16. Atvejo vadybininkas stebi paciento kelio terminus ir užkerta kelią nepagrįstam delsimui. Nustačius termino nesilaikymo riziką, nedelsiant rezervuojamas artimiausias galimas laikas, informuojamas pacientas bei šeimos gydytojas.

17. Visi paciento kelio etapai fiksuojami Sveikatos centro vidaus registre (atvejų vadybininko darbo žurnale), nurodant „Žaliojo koridoriaus“ žymą, veiksmų datas, atsakingus asmenis ir terminų būklę; registras naudojamas procesų kontrolei ir atsekamumui.

V SKYRIUS DARBUOTOJŲ VAIDMENYS PROCESUOSE

18. „Žaliojo koridoriaus“ veikimas grindžiamas aiškiu veikėjų vaidmenų ir atsakomybės paskirstymu.

19. Koordinuojanti įstaiga – Sveikatos centras:

19.1. užtikrina viso „žaliojo koridoriaus“ proceso organizavimą ir priežiūrą;

19.2. tvirtina vidaus tvarkas, suderintas su nacionaliniais teisės aktais;

19.3. planuoja talonų rezervus, užtikrina jų tinkamą paskirstymą pagal specialistų krūvius;

19.4. analizuoja paslaugų prieinamumą, teikiamų paslaugų kiekybinius rodiklius ir jų finansinę išraišką;

19.5. prižiūri informacinių sistemų naudojimą ir duomenų suvedimo tvarką;

19.6. koordinuoja partnerinių įstaigų įsipareigojimų vykdymą.

20. Šeimos gydytojas:

20.1. priima sprendimą dėl paciento priskyrimo „žaliajam koridoriui“, vadovaudamasis mediciniais kriterijais;

20.2. parengia siuntimus, nurodydamas skubos pagrindimą;

21. Atvejo vadybininkas:

21.1. Priima siuntimus ir skubos prašymus, atvejo vadybininko vidaus registre pažymi „Žaliojo koridoriaus“ žymą.

21.2. rezervuoja laikus pas gydytojus specialistus ar tyrimams pagal nustatytus terminus.

21.3. informuoja pacientą ir šeimos gydytoją apie paskirtą laiką, vietą ir pasiruošimo tvarką, tvarko keitimus ir atšaukimus.

21.4. užtikrina dokumentų ir pranešimų perdavimą elektroniniu būdu pagal suderintus formatus.

21.5. prižiūri terminų laikymąsi ir nedelsdamas inicijuoja sprendimus vėlavimo rizikos atveju.

21.6. kas ketvirtį parengia ir vadovybei pateikia duomenų suvestinę.

22. Gydytojai specialistai:

22.1. teikia paslaugas pagal patvirtintą „Žaliojo koridoriaus“ procesą;

22.2. atsakymus ir išvadas nustatyta tvarka suveda į sistemą ir perduoda siuntėjui;

22.3. nustatius, kad paslaugos per nustatytą terminą suteikti neįmanoma, nedelsiant informuojama atvejo vadybininką. Alternatyvų parinkimą ir laiko paiešką vykdo atvejo vadybininkas.

23. Partnerinės įstaigos:

23.1. vykdo pagal sutartis joms priskirtas paslaugas;

23.2. laikosi nustatytų terminų teikdama trūkstamus duomenis ir dokumentus. Į užklausas atsako nedelsdama.

23.3. apie paslaugų teikimo sutrikimus iš karto informuoja Sveikatos centro atstovus.

24. Pacientas:

24.1. pateikia reikalingą medicininę informaciją ir dokumentus;

- 24.2. turi laikytis nustatyto individualaus plano, atvykti į suplanuotus vizitus ir tyrimus;
- 24.3. privalo laiku informuoti įstaigą apie neatvykimą;
- 24.4. turi teisę gauti informaciją apie terminus, alternatyvas ir atsakingus kontaktinius asmenis.

VI SKYRIUS REIKALINGI RESURSAI IR IŠTEKLIAI

25. „Žaliojo koridoriaus“ veiksmingumas priklauso nuo tinkamai suorganizuotų žmoniškųjų, laiko, technologinių, partnerinių ir kompetencijų išteklių.
26. Žmogiškieji ištekliai
 - 26.1. Šeimos gydytojų komandos, įskaitant slaugytojas, atsakingos už pirminį paciento būklės įvertinimą ir siuntimo parengimą.
 - 26.2. Gydytojai specialistai atsakingi už paslaugų suteikimą, terminų laikymąsi ir rezultatų suvedimą į informacinę sistemą.
 - 26.3. Atvejo vadybininkas Sveikatos centre pacientams pagal siuntimą rezervuoja laikus pas gydytojus specialistus ir organizuoja alternatyvą, kai reikia.
27. Laiko ištekliai
 - 27.1. „Žaliojo koridoriaus“ pacientams taikomi bendri skubos atvejams skirti laikai. Jei jų nepakanka, atvejo vadybininkas suderina papildomą laiką tiesiogiai su gydytoju specialistu.
 - 27.2. Atšaukus suplanuotą laiką, pacientui pasiūloma alternatyva Sveikatos centre arba partnerinėje įstaigoje, atsižvelgiant į paslaugos terminus ir prieinamumą.
 - 27.3. Specialistų grafikai sudaromi taip, kad nebūtų viršijami patvirtinti laukimo terminai ir būtų užtikrinamas pastovus rezervų prieinamumas.
28. Technologiniai ištekliai
 - 28.1. Visi paciento kelio etapai registruojami informacinėje sistemoje.
 - 28.2. Informacinėje sistemoje numatyta žymėti, kad nagrinėjamas „Žaliojo koridoriaus“ atvejis.
 - 28.3. Duomenų apsauga užtikrinama pagal galiojančius teisės aktus ir vidines prieigos taisykles.
29. Partnerių ištekliai
 - 29.1. Partnerinės įstaigos atsakingos už joms priskirtą paslaugų teikimą pagal bendradarbiavimo sutartis.
 - 29.2. Negalėdamos užtikrinti paslaugų per nustatytą terminą partnerinės įstaigos nedelsdamos informuoja atvejo vadybininką ir pateikia informaciją apie galimą alternatyvą ar naują laiką.
30. Paslaugų teikimo procesui užtikrinama tinkama darbo vietų infrastruktūra ir įranga.
31. Kompetencijų ištekliai
 - 31.1. Atvejo vadybininkai, šeimos gydytojai ir gydytojai specialistai turi reikiamas kompetencijas „Žaliojo koridoriaus“ procesui vykdyti.
 - 31.2. Sveikatos centras užtikrina informacijos sklaidą apie „Žaliojo koridoriaus“ principus, patekimo kriterijus, paciento kelio planavimą, terminų valdymą ir bendradarbiavimo su partneriais tvarką.
 - 31.3. Nauji darbuotojai supažindinami su procesu per 10 darbo dienų nuo pareigų pradžios.

VII SKYRIUS PASLAUGŲ TEIKIMO PER VIENĄ APSILANKYMĄ MODELIS

32. „Žaliojo koridoriaus“ įgyvendinimas grindžiamas nuostata, kad pacientui sudaroma galimybė vieno apsilankymo metu gauti reikiamą paslaugų kompleksą, kai tai leidžia medicininės indikacijos ir organizacinės galimybės.
33. Modelio tikslas yra sutrumpinti kelią nuo šeimos gydytojo sprendimo iki gydytojo specialisto išvados, sumažinti vizitų skaičių ir užtikrinti nuoseklų paslaugų teikimą.
34. Vieno apsilankymo metu Sveikatos centre gali būti atlikti šie veiksmai:
 - 34.1. pažymima, kad tai „Žaliojo koridoriaus“ atvejis
 - 34.2. reikalingų tyrimų atlikimas pagal suderintą seką prieš konsultaciją arba po jos
 - 34.3. medicininių dokumentų suvedimas į informacinę sistemą

- 34.4. gydytojo specialisto konsultacija ir sprendimo priėmimas
- 34.5. tolesni nurodymai, receptai, siuntimai ir kontrolinio vizito paskyrimas
35. Atvejo vadybininkas suplanuoja veiksmus taip, kad paslaugos būtų suteiktos tą pačią dieną. Jei to padaryti neįmanoma, nedelsiant rezervuojamas artimiausias įmanomas laikas.
36. Veiksmų seka planuojama taip, kad pacientui nereikėtų kartotinių vizitų dėl administracinių priežasčių.
37. Diagnostikos padaliniai ir gydytojai specialistai bendradarbiauja su atvejo vadybininku, kad paciento kelias būtų užbaigtas vieno apsilankymo metu arba per trumpiausią laiką. Visi rezultatai suvedami į informacinę sistemą nustatyta tvarka.
38. Vieno apsilankymo modelio taikymas periodiškai vertinamas. Fiksuojama, kiek pacientų gavo paslaugų kompleksą per vieną vizitą, kokios paslaugos dažniausiai nebuvo suteiktos ir kokios priežastys tam turėjo įtakos.
39. Analizės rezultatai teikiami Sveikatos centro vadovybei kas ketvirtį, priimami sprendimai dėl paslaugų organizavimo tobulinimo.

VIII SKYRIUS PROCESŲ LAIKO NORMOS

40. „Žaliojo koridoriaus“ taikymas grindžiamas aiškiais paciento kelio etapų terminais. Terminai taikomi Sveikatos centre ir partnerinėse įstaigose. Visos perduodamos žinios žymimos kaip „Žaliojo koridoriaus“ prioritetinės paslaugos sistemoje.
41. Maksimalūs terminai:
- 41.1. Paciento įtraukimas į „Žaliąjį koridorių“ (pagal III skyriuje nurodytus kriterijus) atliekamas ne vėliau kaip per 1 darbo dieną.
- 41.2. Ne vėliau kaip per 1 darbo dieną (jei įmanoma tą pačią dieną kai pacientas įtraukiamas į „Žaliąjį koridorių“) yra informuojamas atvejo vadybininkas ir jam perduodama visa paciento informacija.
- 41.3. Nuo informacijos gavimo dienos, kuomet atvejo vadybininkas gauna informaciją iš šeimos gydytojo ar jo įgalioto asmens, atvejo vadybininkas per 1 darbo dieną Suderina artimiausią galimą vizito laiką pas gydytoją specialistą.
- 41.4. Kiekvienos paslaugos ir kiekvieno gydytojo specialisto patekimo terminai diferencijuojami pagal klinikinę situaciją ir nustatomi „Žaliojo koridoriaus specialisto konsultacijos kortelėse“ (šio Aprašo priedai). Maksimalus laukimo terminas neviršija 2 savaičių nuo paciento įtraukimo į „Žaliąjį koridorių“, o kortelėse nurodytais atvejais taikomas 1 savaitės terminas.
- 41.5. Tyrimų ar konsultacijų rezultatai šeimos gydytojui perduodami elektroniniu būdu ne vėliau kaip per 1 darbo dieną po jų atlikimo.
- 41.6. Gavus tyrimų ar konsultacijos rezultatus, šeimos gydytojas arba gydytojas specialistas parengia tolesnės priežiūros planą (papildomi tyrimai, konsultacijos, gydymas, stebėseną ar epizodo užbaigimas). Atvejo vadybininkas per 3 darbo dienas suorganizuoja plane numatytas registracijas, suderina terminus, informuoja pacientą ir užfiksuoja sprendimą dokumentuose.
- 41.7. Apie pakeitimus ar naują laiką pacientas informuojamas ne vėliau kaip per 1 darbo dieną.
42. Jei dėl objektyvių priežasčių paslaugos per nustatytus terminus suteikti neįmanoma. Paslaugos teikėjas nedelsdamas informuoja atvejo vadybininką. Atvejo vadybininkas organizuoja alternatyvų sprendimą siekiant užtikrinti paslaugų prieinamumą.
43. Terminų laikymasis yra privalomas visoms Sveikatos centro ir partnerinių įstaigų veiklos grandims. Nustatyti terminai laikomi kokybės rodikliais ir stebimi pagal Stebėsenos tvarkos aprašą.

IX SKYRIUS PROCESŲ DIEGIMAS IR VEIKLOS PALAIKYMAS

44. „Žaliojo koridoriaus“ procesų diegimas vykdomas etapais, užtikrinant tinkamą pasirengimą, darbuotojų kompetencijų ugdymą ir nuoseklų sistemos įgyvendinimą.
45. Diegimo etapai apima:
- 45.1. parengiamuosius darbus, kurių metu nustatomi atsakingi asmenys, parengiami vidiniai

dokumentai;

45.2. informacijos sklaidą, supažindinant su taikymo principais bei atsakomybėmis;

45.3. bandomąjį veikimo etapą, kai procesai taikomi ribotoje apimtyje, vertinant jų efektyvumą;

45.4. pilną veiklos pradžią visame Sveikatos centre ir partnerių tinkle.

46. Veiklos palaikymą užtikrina Sveikatos centras, kuris privalo nuolat stebėti paslaugų teikimo eigą, koordinuoti partnerines įstaigas, teikti metodinę pagalbą darbuotojams bei prižiūrėti, kad būtų laikomasi nustatytų terminų ir rodiklių.

47. Sveikatos centras, gavęs stebėsenos duomenis, privalo periodiškai vertinti procesų veiksmingumą ir teikti siūlymus dėl jų tobulinimo.

48. Partnerinės įstaigos privalo užtikrinti, kad „žaliojo koridoriaus“ procesai būtų taikomi nuosekliai, o visi jų darbuotojai būtų supažindinti su taikomais reikalavimais.

49. Procesų diegimas ir veiklos palaikymas laikomas nuolatiniu procesu, kurio kokybė užtikrinama per vidinės kontrolės ir išorės priežiūros mechanizmus.

X SKYRIUS DUOMENŲ APSKAITA IR STEBĖSENA

51. Duomenų apskaita ir stebėseną vykdoma siekiant užtikrinti „žaliojo koridoriaus“ proceso skaidrumą, paslaugų prieinamumo kontrolę ir kokybės gerinimą.

52. Atvejo vadybininkas privalo fiksuoti pacientų, priskirtų „žaliajam koridoriui“, skaičių, registracijų, konsultacijų, tyrimų ir procedūrų laukimo laikus, neįvykusius vizitus, siuntimų kokybę, pacientų skundus bei pasitenkinimo rezultatus.

53. Už duomenų suvedimą į informacinę sistemą atsako paslaugą suteikusi įstaiga. Informacija pateikiama nedelsiant, laikantis Sveikatos centro nustatytos duomenų teikimo tvarkos ir galiojančių teisės aktų reikalavimų dėl asmens duomenų apsaugos.

54. Stebėsenos rezultatai naudojami procesų efektyvumui vertinti, kokybės gerinimo priemonėms planuoti, sprendimams dėl resursų paskirstymo bei ataskaitų rengimui.

XI SKYRIUS RODIKLIŲ ANALIZĖ IR VEIKLOS TOBULINIMAS

55. „žaliojo koridoriaus“ procesų kokybė ir efektyvumas vertinami pagal nustatytus stebėsenos rodiklius.

56. Atsižvelgdama į 55 punkte nurodytą rodiklių analizę ir planinių peržiūrų išvadas, koordinuojanti įstaiga užtikrina nuolatinį darbuotojų kompetencijų palaikymą, organizuodama tikslinius žinių atnaujinimo mokymus atvejo vadybininkams, šeimos gydytojams ir gydytojams specialistams, atnaujindama atmintines ir šablonus, fiksuodama dalyvavimą ir užtikrindama praktinį žinių taikymą.

57. Nustačius nukrypimus nuo rodiklių tikslinių reikšmių, koordinuojanti įstaiga privalo inicijuoti korekcinius veiksmus, užtikrinant jų tobulinimą ir įgyvendinimą.

58. Veiklos tobulinimo priemonės yra privalomos visoms proceso dalyvėms įstaigoms.

XII SKYRIUS DOKUMENTO PRIEŽIŪRA IR ATNAUJINIMAS

59. Šio Aprašo priežiūrą vykdo Sveikatos centras.

60. Aprašas peržiūrimas ne rečiau kaip kartą per metus, taip pat pasikeitus teisės aktams, įdiegus naujas paslaugas ar nustačius praktinius trūkumus.

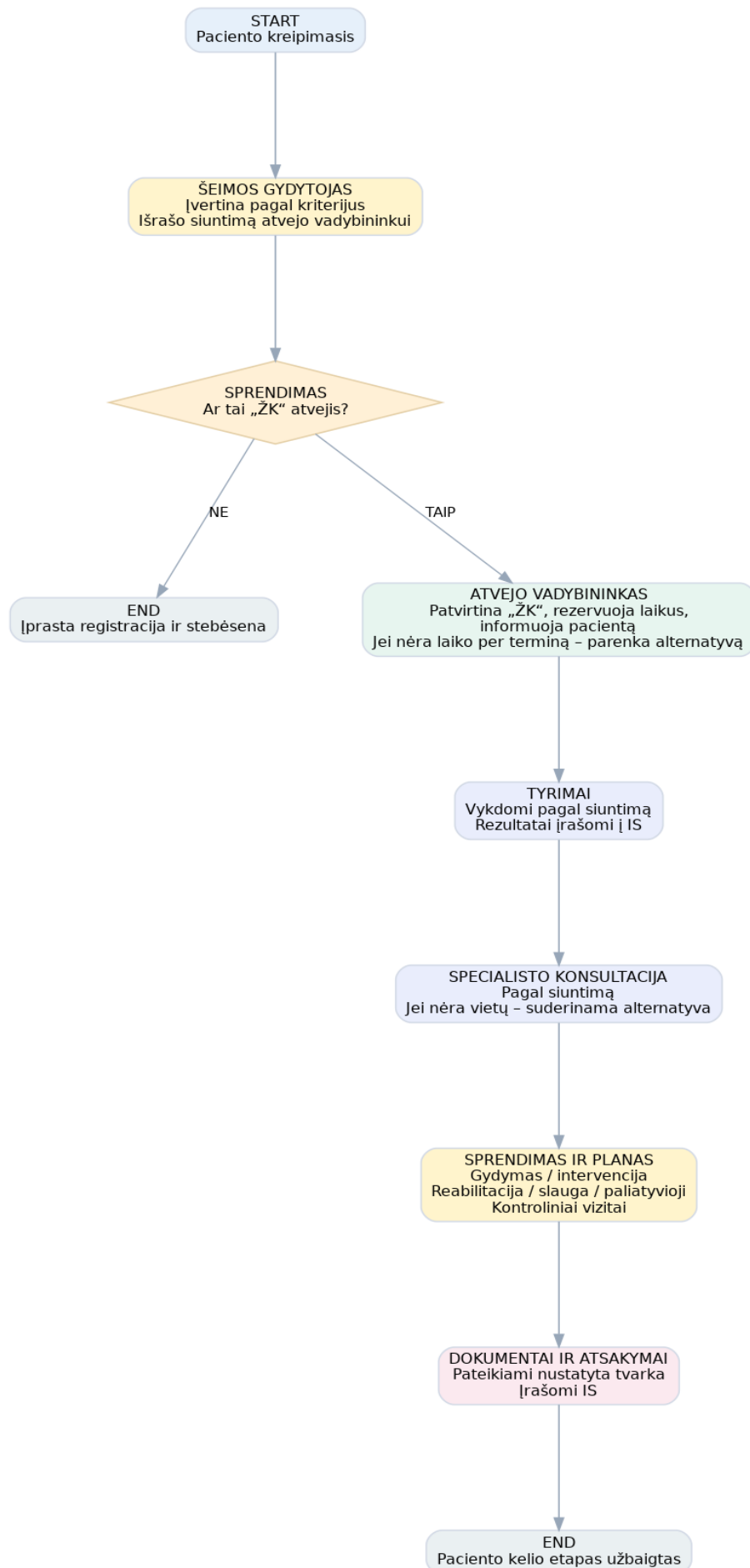
61. Pakeitimai įsigalioja juos patvirtinus Sveikatos centro direktoriaus įsakymu.

62. Su patvirtintais pakeitimais supažindinamos visos partnerinės įstaigos, įgyvendinimas privalomas proceso dalyviams.

Partnerinių įstaigų sąrašas

	Sveikatos centras	VSB	Andoka	Medicum Centrum	Šilalės šeimos gydytojo praktika	Grožio namai Aulum	Pajūrio Saulės klinika	Šilalės psichikos sveikatos ir psichologinio	Solreg'is	Medicinos namai Šeimai	Šilalės pirminės sveikatos priežiūros centras	Kaltinėčių pirminės sveikatos priežiūros centras	Kvėdarnos ambulatorija	Laukuvos padalinys	Giedra	Teišių šeimos sveikatos centras
Šeimos medicina	Tik Laukuva				x		x			x	x	x	x	x	x	
Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra			x				x									
Pirminė ambulatorinė odontologija					x		x			x	x	x	x	x	x	
Cukrinio diabeto slauga	x															
Ambulatorinės slaugos paslaugos namuose			x													
Ultragarsiniai tyrimai (išskyrus galvos, širdies, kraujagyslių, raumenų ir sąnarių)	x									x						
Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos	x											x				
Paliatyviosios pagalbos paslaugos	x															x
Rentgeno diagnostika	x															
Vidaus ligų paslaugos	x									x						
Vaikų ligų paslaugos	x			x						x						
Akušerijos ir ginekologijos paslaugos	x			x						x						
Chirurgijos (arba abdominalinės chirurgijos) paslaugos	x			x						x						
Endoskopijos paslaugos	x															
Kardiologijos paslaugos	x			x						x						
Otorinolaringologijos paslaugos;	x									x						
Oftalmologijos paslaugos	x								x							
Endokrinologijos paslaugos	x			x						x						
Neurologijos paslaugos	x			x						x						
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo paslaugos	x			x		x										
Pradinės medicininės reabilitacijos paslaugos				x		x										
Ambulatorinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos	x															
Dienos stacionaro paslaugos	x															
Psichiatrijos dienos stacionaro paslaugos	x															
Psichiatrijos dienos stacionaras			x													
Ambulatorinės chirurgijos paslaugos	x									x						
Dienos chirurgijos paslaugos	x															
Skubios medicinos pagalbos paslaugos, įskaitant stebėjimo paslaugas	x															
Vidaus ligų stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos	x															
Mokinių sveikatos priežiūra		x														
Visuomenės sveikatos stiprinimas		x														
Visuomenės sveikatos stebėseną		x														
Pagalba registruojant pavežėjimo paslaugai gauti					x		x				x	x	x	x		

Paciento kelias „Žaliajame koridoriuje“



VIEŠOSIOS ĮSTAIGOS ŠILALĖS RAJONO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO STEBĖSENOS TVARKOS APRAŠAS

I SKYRIUS BENDROSIS NUOSTATOS

1. Šiuo aprašu nustatoma „Žaliojo koridoriaus“ (toliau – ŽK) veikimo stebėsenos tvarka, rodikliai, atsakomybės bei ataskaitų teikimo principai Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centre ir jo partnerinėse įstaigose.
2. Stebėsenos tikslas – užtikrinti, kad ŽK modelis veiktų efektyviai, skaidriai ir pacientui palankiai, nuolat vertinant jo rezultatus ir diegiant tobulinimus.

II SKYRIUS STEBĖSENOS TIKSLAI

3. Vertinti, ar pacientai paslaugas gauna laiku ir pagal nustatytus kriterijus.
4. Nustatyti silpnąsias ŽK proceso vietas ir teikti siūlymus jų tobulinimui.
5. Užtikrinti kokybišką **pirminio ir antrinio lygio sąveiką**.
6. Didinti pacientų pasitenkinimą paslaugomis.

III SKYRIUS ATSAKOMYBĖS

7. Atvejo vadybininkas – renka duomenis apie pacientų srautą, konsultacijų ir tyrimų atlikimo laiką.
8. Gydytojai specialistai – pateikia informaciją apie konsultacijų atlikimą bei trukdžius.
9. SSC administracija – apibendrina duomenis, rengia mėnesines ir ketvirtines ataskaitas.
10. Stebėsenos grupė (direktoriaus pavaduotojas medicinai, Sveikatos centro koordinatorius, Sveikatos centro ir Laukuvos šeimos medicinos padalinio atvejo vadybininkai, ekonomistas, medicinos statistikas) – analizuoja rezultatus, teikia siūlymus dėl tobulinimo.

IV SKYRIUS STEBĖSENOS RODIKLIAI

11. Laiko rodikliai:
 - 11.1. Vidutinis paciento patekimo į ŽK laikas (nuo šeimos gydytojo sprendimo iki konsultacijos/tyrimų).
 - 11.2. Vidutinis paciento laukimo laikas iki pirmo vizito pas specialistą.
12. Paslaugų suteikimo rodikliai:
 - 12.1. Konsultacijų skaičius per mėnesį.
 - 12.2. Tyrimų atlikimo per vieną vizitą dalis (%).
 - 12.3. Atvejų, kai paciento kelias buvo nukreiptas pagal ŽK, dalis nuo bendro siuntimų skaičiaus.
13. Pacientų pasitenkinimas:

- 13.1. Anketinė apklausa (kartą per pusmetį).
- 13.2. Pacientų nusiskundimų skaičius.
- 14. Kokybės rodikliai:
 - 14.1. Grįžtamosios informacijos gydytojui šeimos gydytojui perdavimo laikas.
 - 14.2. Atvejų, kai paslaugos nebuvo suteiktos per nustatytą terminą, skaičius.

V SKYRIUS STEBĖSENOS PROCESAS

- 15. Duomenys renkami nuolat, apibendrinami – kas mėnesį.
- 16. Kiekvieną ketvirtį SSC administracija rengia suvestinę ataskaitą, kuri aptariama su visomis partnerinėmis ASPĮ.
- 17. Kartą per metus – atliekama išsami analizė, lyginant rezultatus su praėjusiais metais, identifikuojant ilgalaikes tendencijas.
- 18. Jei nustatoma, kad rodikliai neatitinka tikslų, sudaromas korekcinių veiksmų planas.

VI SKYRIUS VIEŠINIMAS

- 19. Esminiai stebėsenos rezultatai pateikiami SSC interneto svetainėje ir gyventojų informavimo priemonėse.
- 20. Partnerinės įstaigos gauna pilną ataskaitą.
- 21. Pacientai supažindinami su pagrindiniais rodikliais (pvz., vidutiniu laukimo laiku) viešai prieinamose vietose.

VII SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

- 22. Tvarka įsigalioja nuo jos patvirtinimo dienos.
 - 23. Stebėsenos aprašas gali būti tobulinamas atsižvelgiant į gerąją praktiką ir susiformavusią patirtį.
-

ŽALIOJO KORIDORIAUS STEBĖSENOS RODIKLIAI

Eil. Nr.	Rodiklis	Matavimo vienetas	Duomenų šaltinis	Pasiekimo tikslas	Atsakingas asmuo / padalinys
1	Vidutinis paciento patekimo į ŽK laikas (nuo šeimos gydytojo sprendimo iki pirmos konsultacijos/tyrimų)	Dienos	Registracijos sistema, atvejo vadybininko žurnalas	≤ 7 d.	Atvejo vadybininkas
2	Vidutinis laukimo laikas iki pirmo vizito pas specialistą	Dienos	Registracijos sistema	≤ 14 d.	Registratorius / Atvejo vadybininkas
3	Pacientų, nukreiptų per ŽK, dalis nuo bendro siuntimų skaičiaus	%	E-sveikata, SSC duomenys	≥ 90 %	Atvejo vadybininkas / IT skyrius
4	Konsultacijų skaičius, suteiktų pagal ŽK per mėnesį	Skaičius	Registracijos sistema	Dinaminis stebėjimas (augimo tendencija)	Administracija / Atvejo vadybininkas
5	Tyrimų atlikimas per vieną vizitą	%	Specialistų ataskaitos	≥ 85 %	Specialistai / Atvejo vadybininkas
6	Atvejų, kai konsultacija neįvyko per nustatytą terminą	Skaičius	Atvejo vadybininko registras	0	Atvejo vadybininkas
7	Laikas, per kurį šeimos gydytojas gauna grįžtamąją informaciją iš specialisto	Dienos	E-sveikata, gydytojo kortelės	≤ 3 d.	Atvejo vadybininkas / Specialistai
8	Pacientų pasitenkinimo lygis (apklausos balas)	Vidutinis balas (1–5)	Anketinė apklausa	≥ 4,0	Administracija / Atvejo vadybininkas
9	Pacientų nusiskundimų dėl registracijos/aparnavimo skaičius	Skaičius	Skundų registras	≤ 5 per ketvirtį	Administracija / Atvejo vadybininkas
10	Partnerinių įstaigų dalyvavimo susitikimuose dalis	%	SSC protokolai	≥ 95 %	Administracija / Koordinuojančioji įstaiga

KONTROLĖS DAŽNIS

Eil. Nr.	Rodiklis	
1	Vidutinis paciento patekimo į ŽK laikas (nuo šeimos gydytojo sprendimo iki pirmos konsultacijos/tyrimų)	Mėnesinė ataskaita; peržiūra ketvirtį
2	Vidutinis laukimo laikas iki pirmo vizito pas specialistą	Mėnesinė ataskaita; peržiūra ketvirtį
3	Pacientų, nukreiptų per ŽK, dalis nuo bendro siuntimų skaičiaus	Ketvirtinė ataskaita
4	Konsultacijų skaičius, suteiktų pagal ŽK per mėnesį	Mėnesinė ataskaita
5	Tyrimų atlikimas per vieną vizitą	Ketvirtinė ataskaita
6	Atvejų, kai konsultacija neįvyko per nustatytą terminą	Mėnesinė ataskaita; neatidėliotina korekcija
7	Laikas, per kurį šeimos gydytojas gauna grįžtamąją informaciją iš specialisto	Mėnesinė ataskaita
8	Pacientų pasitenkinimo lygis (apklausos balas)	Ketvirtinė apklausa; metinė analizė
9	Pacientų nusiskundimų dėl registracijos/aparnavimo skaičius	Ketvirtinė apklausa; metinė analizė
10	Partnerinių įstaigų dalyvavimo susitikimuose dalis	Ketvirtinė apklausa; metinė analizė

DETALŪS METADUOMENYS	
Dokumento sudarytojas (-ai)	VšĮ Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centras
Dokumento pavadinimas (antraštė)	Dėl Šilalės rajono savivaldybės sveikatos centro veiklos koordinavimo procesus reglamentuojančio dokumento, „Žaliojo koridoriaus“ procesų aprašo bei Stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo
Dokumento registracijos data ir numeris	2025-12-03 Nr. V-128
Dokumento gavimo data ir dokumento gavimo registracijos numeris	-
Dokumento specifikacijos identifikavimo žymuo	ADOC-V1.0
Parašo paskirtis	Pasirašymas
Parašą sukūrusio asmens vardas, pavardė ir pareigos	Osvaldas Šarmavičius Direktorius
Parašo sukūrimo data ir laikas	2025-12-03 15:13
Parašo formatas	Einamojo galiojimo (XAdES-EPES)
Laiko žymoje nurodytas laikas	
Informacija apie sertifikavimo paslaugų teikėją	EID-SK 2016
Sertifikato galiojimo laikas	2023-01-04 10:29 - 2028-01-03 23:59
Parašo paskirtis	Registravimas
Parašą sukūrusio asmens vardas, pavardė ir pareigos	Birutė Kondratenkienė Biuro administravimo specialistas
Parašo sukūrimo data ir laikas	2025-12-03 16:28
Parašo formatas	Trumpalaikio galiojimo (XAdES-T)
Laiko žymoje nurodytas laikas	2025-12-03 16:28
Informacija apie sertifikavimo paslaugų teikėją	SK ID Solutions EID-Q 2021E
Sertifikato galiojimo laikas	2025-10-13 14:39 - 2030-10-13 23:59
Informacija apie būdus, naudotus metaduomenų vientisumui užtikrinti	-
Pagrindinio dokumento priedų skaičius	3
Pagrindinio dokumento pridedamų dokumentų skaičius	0
Priedamo dokumento sudarytojas (-ai)	-
Priedamo dokumento pavadinimas (antraštė)	V-128_priedas_Šilalės r.SSC veiklos koordinavimas.docx
Priedamo dokumento registracijos data ir numeris	-
Priedamo dokumento sudarytojas (-ai)	-
Priedamo dokumento pavadinimas (antraštė)	V-128_priedas_Žaliojo koridoriaus procesų aprašas.docx
Priedamo dokumento registracijos data ir numeris	-
Priedamo dokumento sudarytojas (-ai)	-
Priedamo dokumento pavadinimas (antraštė)	V-128_priedas_Stebėsenos tvarkos aprašas ir sistema.docx
Priedamo dokumento registracijos data ir numeris	-
Programinės įrangos, kuria naudojantis sudarytas elektroninis dokumentas, pavadinimas	Elpako v.20251129.1
Informacija apie elektroninio dokumento ir elektroninio (-ių) parašo (-ų) tikrinimą (tikrinimo data)	Tikrinant dokumentą nenustatyta jokių klaidų (2025-12-03)
Elektroninio dokumento nuorašo atspausdinimo data ir ją atspausdinęs darbuotojas	2025-12-03 nuorašą suformavo Inna Viršilienė
Paieškos nuoroda	-
Papildomi metaduomenys	Nuorašą suformavo 2025-12-03 Dokumentų valdymo sistema „Kontora“