Dokumentą elektroniniu parašu
pasirašė JONAS,SĄLYGA
Data: 2026-10-30 11:05:40

Bendrai finansuoja
Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO DUOMENŲ APSAUGOS IR KONFIDENCIALUMO POLITIKA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro duomenų apsaugos ir konfidencialumo politika (toliau – Politika) nustato asmens duomenų, įskaitant specialių kategorijų asmens duomenis apie sveikatą, ir pacientų konfidencialios informacijos tvarkymo principus Sveikatos centro veiklos procesuose.
2. Politikos tikslas – užtikrinti, kad Sveikatos centro partneriai, koordinuojanti įstaiga, Sveikatos centro veiklos koordinatorius, Veiklos koordinavimo grupė, atvejo vadybos funkcijas vykdantys darbuotojai, VSB ir kiti proceso dalyviai keistųsi informacija tik teisėtu pagrindu, tik būtina apimtimi ir tik tiek, kiek reikalinga paslaugų organizavimui, paciento kelio užtikrinimui, procesų stebėsenai ir teisės aktuose nustatytoms funkcijoms vykdyti.
3. Politika taikoma kartu su Sveikatos centro veiklos reglamentu, Vidaus procesų valdymo schema ir procesų aprašu, Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarka, Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujančių pagrindinių pareigybių ir funkcijų aprašymais, Kokybės vadybos principų aprašu, pacientų srautų ir „Žaliojo koridoriaus“ procesus reglamentuojančiais dokumentais, IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu bei partnerinių įstaigų vidaus duomenų apsaugos ir informacijos saugos dokumentais.
4. Politika nėra partnerinių įstaigų vidaus asmens duomenų apsaugos politikų, medicininių dokumentų tvarkymo taisyklių, informacinių sistemų naudojimo tvarkų ar pareiginių nuostatų pakaitalas. Kiekviena partnerinė įstaiga savarankiškai užtikrina jai, kaip duomenų valdytojai arba duomenų tvarkytojai, taikomų teisės aktų įgyvendinimą.
5. Politika parengta vadovaujantis 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentu (ES) 2016/679 (BDAR), Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymu, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu, sveikatos priežiūros veiklą reglamentuojančiais teisės aktais ir gerąja duomenų apsaugos praktika.

II. POLITIKOS TAIKYMO RIBOS

6. Politika taikoma Sveikatos centro veiklos procesams, kuriuose vykdomas informacijos perdavimas, duomenų rinkimas, paslaugų koordinavimas, prioritetinio paciento srauto / „Žaliojo koridoriaus“ proceso taikymas, atvejo vadybos funkcijos, tarpįstaiginė komunikacija, veiklos stebėsena, kokybės gerinimas ir veiklos trikdžių eskalavimas.
7. Politika taikoma šiems subjektams pagal jų funkcijas Sveikatos centro procesuose:
   - koordinuojančiai įstaigai – VšĮ Klaipėdos miesto poliklinikai;
   - Sveikatos centro veiklos koordinatoriui;
   - Veiklos koordinavimo grupei ir jos nariams;

- partnerinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms ir jų paskirtiems kontaktiniams asmenims;
- šeimos gydytojo komandoms, gydytojams specialistams, slaugos specialistams, registracijos darbuotojams ir kitiems proceso dalyviams;
- atvejo vadybos funkcijas vykdantiems darbuotojams;
- Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biurui pagal jo kompetenciją;
- administravimo, duomenų, stebėsenos ir kokybės valdymo funkcijas vykdantiems darbuotojams.

8. Politika nereglamentuoja klinikinių sprendimų priėmimo, gydymo taktikos nustatymo, diagnozės nustatymo, medicinos dokumentų pildymo klinikinio turinio ar partnerinių įstaigų darbuotojų darbo santykių. Šie klausimai lieka atitinkamų įstaigų ir sveikatos priežiūros specialistų kompetencijoje.
9. Kai konkretus duomenų tvarkymo atvejis nepatenka į šios Politikos reguliavimo sritį arba kelia neaiškumų dėl teisinio pagrindo, duomenų apimties ar gavėjo teisės gauti informaciją, klausimas turi būti derinamas su atitinkamos įstaigos atsakingu asmeniu, duomenų apsaugos pareigūnu ar kitu įstaigos nustatytu kompetentingu darbuotoju.

III. SĄVOKOS

Sąvoka	Paaiškinimas šios Politikos kontekste
Asmens duomenys	bet kokia informacija apie fizinį asmenį, kurio tapatybė nustatyta arba gali būti nustatyta.
Sveikatos duomenys	asmens duomenys, susiję su fizinio asmens sveikata, sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, diagnoze, tyrimais, gydymu, slauga, būkle ar kitais sveikatos priežiūros aspektais.
Konfidenciali paciento informacija	informacija apie paciento sveikatą, diagnozę, gydymą, prognozę, buvimą sveikatos priežiūros įstaigoje, taip pat kita informacija, kurią pacientas pateikia sveikatos priežiūros paslaugų teikimo metu.
Duomenų valdytojas	subjektas, kuris nustato asmens duomenų tvarkymo tikslus ir priemones.
Duomenų tvarkytojas	subjektas, kuris duomenų valdytojo vardu tvarko asmens duomenis pagal duomenų valdytojo nurodymus.
Duomenų gavėjas	subjektas, kuriam teisėtu pagrindu atskleidžiami asmens duomenys.
Asmens duomenų saugumo pažeidimas	saugumo pažeidimas, dėl kurio asmens duomenys netyčia arba neteisėtai sunaikinami, prarandami, pakeičiami, be leidimo atskleidžiami arba prie jų neteisėtai gaunama prieiga.
Būtinoji duomenų apimtis	mažiausia informacijos apimtis, būtina konkrečiam teisėtam tikslui pasiekti.

IV. DUOMENŲ APSAUGOS IR KONFIDENCIALUMO PRINCIPAI

10. Sveikatos centro veiklos procesuose asmens duomenys ir konfidenciali informacija tvarkomi vadovaujantis šiais principais:
    10.1. Teisėtumo, sąžiningumo ir skaidrumo principas – duomenys tvarkomi tik turint teisėtą pagrindą, aiškų tikslą ir užtikrinant suprantamą informavimą pagal taikytinus teisės aktus.
    10.2. Tikslo apribojimo principas – duomenys naudojami tik tam tikslui, kuriam jie buvo gauti arba kuriam yra kitas teisėtas pagrindas.
    10.3. Duomenų kiekio mažinimo principas – perduodama ir naudojama tik tiek duomenų, kiek būtina konkrečiam Sveikatos centro proceso veiksmui atlikti.
    10.4. Tikslumo principas – duomenys turi būti tikslūs, atnaujinti pagal poreikį ir netikslūs duomenys turi būti ištaisomi pagal nustatytą tvarką.
    10.5. Saugojimo trukmės ribojimo principas – duomenys saugomi ne ilgiau, nei būtina teisės aktuose, įstaigos dokumentacijos plane ar konkrečiam tikslui nustatytais terminais.
    10.6. Vientisumo ir konfidencialumo principas – duomenys saugomi nuo neteisėtos prieigos, atskleidimo, praradimo, pakeitimo ar sunaikinimo.
    10.7. Atskaitomybės principas – kiekvienas proceso dalyvis turi gebėti pagrįsti, kodėl ir kokia apimtimi duomenys buvo tvarkomi, perduodami arba naudojami.
    10.8. Subsidiarumo principas – duomenų apsaugos klausimai pirmiausia sprendžiami tame lygmenyje, kuriame jie kyla, o sisteminiai ar rizikingi klausimai eskaluojami atsakingiems asmenims.
11. Pacientų konfidenciali informacija Sveikatos centro procesuose laikoma aukšto jautrumo informacija. Ji negali būti naudojama mokymo, analizės, administravimo, kokybės gerinimo ar komunikacijos tikslais, jeigu tam nėra teisėto pagrindo ir jeigu tikslui pasiekti pakanka nuasmenintos, apibendrintos informacijos.

V. DUOMENŲ TVARKYMO TIKSLAI IR DUOMENŲ APIMTIS

12. Sveikatos centro procesuose duomenys gali būti tvarkomi šiais tikslais:
    - paciento kelio organizavimui ir paslaugų tęstinumui užtikrinti;
    - paciento registravimui, nukreipimui, informavimui ir paslaugos suteikimo eigos koordinavimui;
    - prioritetinio paciento srauto / „Žaliojo koridoriaus“ proceso taikymui ir jo terminų stebėsenai;
    - tarpįstaiginei komunikacijai ir operacinių klausimų sprendimui;
    - procesų trikdžių identifikavimui, eskalavimui ir korekcinių veiksmų planavimui;
    - Sveikatos centro veiklos stebėsenai, kokybės gerinimui ir ataskaitų rengimui;
    - VSB vykdomoms visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencijos, informavimo, mokinių visuomenės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos stebėsenos veikloms pagal kompetenciją;
    - teisės aktuose nustatytoms prievolėms vykdyti.
13. Duomenų apimtis kiekvienu atveju nustatoma pagal konkretų proceso veiksmą. Negali būti prašoma, perduodama ar kaupiama daugiau duomenų, nei reikia konkrečiam veiksmui atlikti.
14. Kai Sveikatos centro veiklos stebėsenai, kokybės gerinimui ar procesų analizei pakanka apibendrintų duomenų, individualūs pacientų duomenys neturi būti perduodami.

15. Individualūs sveikatos duomenys perduodami tik tada, kai tai būtina konkretaus paciento paslaugos organizavimui, paciento kelio tęstinumui, teisės aktuose nustatytoms funkcijoms arba kitam aiškiai pagrįstam teisėtam tikslui.

VI. DUOMENŲ IR INFORMACIJOS SRAUTŲ VALDYMAS

16. Sveikatos centro procesuose skiriami šie pagrindiniai duomenų ir informacijos srautai:

Duomenų / informacijos tipas	Naudojimo tikslas	Pagrindiniai dalyviai	Apsaugos principas
Paciento identifikavimo ir kontaktiniai duomenys	Registravimui, informavimui, paslaugos suteikimo organizavimui	ASPĮ, registracija, atvejo vadyba pagal poreikį	Tik būtina apimtis; patikrinamas gavėjo pagrindas
Sveikatos duomenys ir medicininė informacija	Paslaugų teikimui, tęstinumui, paciento kelio užtikrinimui	Gydytojai, slaugos specialistai, ASPĮ; atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas – tik tiek, kiek būtina konkrečiam paciento kelio organizavimo veiksmui pagal jam pavestas funkcijas	Aukšto jautrumo informacija; perduodama tik teisėtu pagrindu
Registravimo ir paslaugų suteikimo terminų duomenys	Srautų valdymui, ŽK terminų stebėsenai, trikdžių sprendimui	ASPĮ, registracija, koordinatorius, atvejo vadyba	Kiek įmanoma – procesiniai arba apibendrinti duomenys
Procesų trikdžių ir neatitikčių informacija	Eskalavimui, korekciniams veiksmams, kokybės gerinimui	Kontaktiniai asmenys, koordinatorius, VKG, koordinuojanti įstaiga	Vengiama perteklinės pacientų identifikacijos
VSB veiklų duomenys	Prevencijos, visuomenės sveikatos stiprinimo ir stebėsenos veikloms	VSB, koordinatorius, partneriai pagal poreikį	Pirmiausia naudojami apibendrinti ir neklinikiniai duomenys
Kokybės ir stebėsenos rodikliai	Procesų vertinimui ir metinei peržiūrai	Koordinatorius, VKG, koordinuojanti įstaiga, partneriai	Naudojami apibendrinti rodikliai, išskyrus pagrįstus atvejus

17. Sveikatos centro veiklos koordinatorius gali gauti ir analizuoti tik tokią informaciją, kuri reikalinga sisteminiam proceso trikdžiui įvertinti, paslaugų organizavimo tendencijoms stebėti, sprendimų įgyvendinimui koordinuoti arba teisės aktuose / Sveikatos centro dokumentuose numatytoms funkcijoms vykdyti.
18. Koordinatorius neperima partnerinių įstaigų duomenų valdytojo atsakomybės ir nevykdo individualaus paciento klinikinių duomenų vertinimo, išskyrus tiek, kiek būtina operaciniam proceso koordinavimui ir tik teisėtu pagrindu.
19. Veiklos koordinavimo grupei, kai svarstomi sisteminiai klausimai, turi būti teikiami apibendrinti duomenys. Individualūs pacientų duomenys VKG neteikiami, išskyrus atvejus, kai tai būtina konkrečiam teisėtam tikslui ir užtikrinama tinkama apsauga.

VII. SUBJEKTŲ FUNKCIJOS IR ATSAKOMYBĖS RIBOS

20. Koordinuojanti įstaiga Sveikatos centro duomenų apsaugos ir konfidencialumo procesuose:
    - organizuoja Politikos taikymą Sveikatos centro procesų lygmeniu;
    - užtikrina, kad bendri procesų dokumentai numatytų duomenų apsaugos ir konfidencialumo principus;
    - inicijuoja Politikos peržiūrą ir atnaujinimą;
    - neperima partnerinių įstaigų kaip duomenų valdytojų pareigų jų vidaus procesuose.
21. Sveikatos centro veiklos koordinatorius Sveikatos centro duomenų apsaugos ir konfidencialumo procesuose:
    - koordinuoja informacijos mainų procesą sisteminiu ir operaciniu lygmeniu;
    - priima ir vertina pranešimus apie procesinius trikdžius, susijusius su informacijos perdavimu;
    - inicijuoja korekcinius veiksmus dėl komunikacijos ir duomenų perdavimo procedūrų;
    - nepriima klinikinių sprendimų ir netvarko perteklinių individualių sveikatos duomenų.
22. Partnerinė ASPĮ Sveikatos centro duomenų apsaugos ir konfidencialumo procesuose:
    - atsako už savo tvarkomų pacientų ir darbuotojų duomenų teisėtumą, saugumą ir konfidencialumą;
    - užtikrina, kad jos darbuotojai perduotų informaciją tik pagal kompetenciją ir teisėtą pagrindą;
    - nustato prieigos prie savo informacinių sistemų ir medicinos dokumentų taisykles;
    - apie reikšmingus duomenų apsaugos incidentus veikia pagal savo vidaus tvarką ir teisės aktų reikalavimus.
23. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas Sveikatos centro duomenų apsaugos ir konfidencialumo procesuose:
    - tvarko tik tuos duomenis, kurie būtini konkretaus paciento kelio koordinavimui, registravimui, informavimui ir paslaugų sekos derinimui;
    - informuoja pacientą ir susijusius proceso dalyvius tik būtina apimtimi;
    - fiksuoja paciento kelio organizacinę informaciją Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje;
    - nepriima klinikinių sprendimų, nenustato diagnozių ir nekeičia gydytojo paskirtos gydymo taktikos.
24. Registracijos darbuotojas Sveikatos centro duomenų apsaugos ir konfidencialumo procesuose:
    - tvarko paciento identifikavimo, kontaktinius, registravimo ir vizitų organizavimo duomenis;
    - pacientui ar jo atstovui pateikia tik su registravimu ir paslaugos organizavimu susijusią informaciją pagal kompetenciją;
    - neatskleidžia sveikatos duomenų tretiesiems asmenims, jeigu nėra teisėto pagrindo;
    - apie klaidingai perduotą informaciją ar galimą duomenų saugumo pažeidimą informuoja įstaigos nustatytą atsakingą asmenį.
25. VSB Sveikatos centro duomenų apsaugos ir konfidencialumo procesuose:
    - Sveikatos centro procesuose dalyvauja visuomenės sveikatos stiprinimo, mokinių visuomenės sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos stebėsenos, prevencijos ir informavimo srityse;
    - pirmiausia naudoja apibendrintus, statistinius, prevencinėms veikloms reikalingus arba kitus neklinikinius duomenis;
    - neperima ASPĮ klinikinių funkcijų ir individualaus paciento diagnostikos, gydymo ar registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugas funkcijų;

- individualius pacientų sveikatos duomenis gauna tik teisės aktuose nustatytais arba kitu teisėtu pagrindu pagrįstais atvejais.

VIII. TEISĖTAS DUOMENŲ TVARKYMO PAGRINDAS

26. Sveikatos centro procesuose asmens duomenys tvarkomi tik turint teisėtą pagrindą. Galimi teisėto tvarkymo pagrindai nustatomi pagal konkretaus proceso pobūdį, teisės aktų reikalavimus, paslaugos teikimo santykį, viešojo intereso funkcijas, sutartinius santykius, paciento sutikimą arba kitą taikytiną pagrindą.
27. Sveikatos duomenys laikomi specialių kategorijų asmens duomenimis ir tvarkomi tik esant BDAR ir nacionaliniuose teisės aktuose numatytoms sąlygoms. Vien tai, kad įstaiga yra Sveikatos centro partnerė, savaime nesuteikia teisės gauti visų kitos įstaigos tvarkomų paciento duomenų.
28. Paciento sutikimas naudojamas tik tada, kai jis yra tinkamas konkretaus duomenų tvarkymo pagrindas. Kai duomenų tvarkymas grindžiamas teisės aktu ar sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, sutikimas negali būti formaliai naudojamas kaip perteklinis pagrindas, jeigu teisės aktai numato kitą pagrindą.
29. Prieš perduodant paciento konfidencialią informaciją kitai įstaigai ar asmeniui, turi būti įvertinta:
    - koks yra informacijos perdavimo tikslas;
    - koks yra teisėtas informacijos perdavimo pagrindas;
    - ar gavėjas turi teisę gauti konkrečią informaciją;
    - kokia minimali informacijos apimtis būtina tikslui pasiekti;
    - kokiu saugiu kanalu informacija bus perduodama;
    - ar perdavimo faktą reikia dokumentuoti pagal įstaigos tvarką.

IX. PRIEIGA PRIE DUOMENŲ IR INFORMACIJOS PERDAVIMO SAUGUMAS

30. Prieiga prie asmens duomenų ir konfidencialios informacijos suteikiama tik tiems darbuotojams ar proceso dalyviams, kuriems tokia prieiga būtina pavestoms funkcijoms vykdyti.
31. Draudžiama naudotis kito darbuotojo prisijungimo duomenimis, perduoti prisijungimo duomenis tretiesiems asmenims, laikyti slaptažodžius matomoje vietoje, atidaryti informacines sistemas pašaliniams asmenims matomoje aplinkoje arba palikti neapsaugotą darbo vietą.
32. Informacija apie pacientus el. paštu, telefonu, SMS, dokumentais ar kitais kanalais perduodama tik pagal įstaigoje nustatytą tvarką, naudojant saugius ir įstaigos leidžiamus kanalus.
33. Siunčiant asmens duomenis ar konfidencialią informaciją el. paštu, turi būti patikrinamas gavėjas, priedų turinys, adresatų laukas, kopijų gavėjai ir duomenų apimtis. Kai siunčiami jautrūs duomenys, taikomos papildomos apsaugos priemonės pagal įstaigos nustatytą tvarką.
34. Telefonu informacija teikiama tik įsitikinus, kad skambinantis asmuo turi teisę ją gauti, ir tik tokia apimtimi, kiek būtina konkrečiam tikslui. Kilus abejonių dėl asmens tapatybės ar teisės gauti informaciją, informacija neteikiama ir klausimas perduodamas atsakingam darbuotojui.
35. Viešose, bendrose ar pacientams prieinamose patalpose negali būti aptarinėjama paciento sveikatos informacija taip, kad ją galėtų išgirsti ar identifikuoti tretieji asmenys.
36. Popieriniai dokumentai su asmens duomenimis turi būti saugomi taip, kad prie jų negalėtų prieiti neįgalioti asmenys. Nereikalingos kopijos naikinamos pagal dokumentų naikinimo ir archyvavimo taisykles.

X. PACIENTO KONFIDENCIALI INFORMACIJA

37. Paciento konfidenciali informacija tretiesiems asmenims teikiama tik paciento sutikimu, teisės aktų nustatytais atvejais arba kitais teisėtais pagrindais. Informacijos teikimo apimtis turi atitikti teisės aktų ir paciento valios, jei ji taikytina, ribas.
38. Paciento artimiesiems, atstovams ar kitiems asmenims informacija teikiama tik patikrinus, ar jie turi teisę gauti tokią informaciją ir kokia apimtimi. Jei paciento dokumentuose nurodyta, koks asmuo gali gauti informaciją ir kokia apimtimi, vadovaujamasi tokia paciento valia, išskyrus teisės aktuose nustatytas išimtis.
39. Paciento duomenys negali būti naudojami neformalioje komunikacijoje, socialiniuose tinkluose, asmeniniuose el. pašto adresuose, nepatvirtintose susirašinėjimo priemonėse ar kitais Sveikatos centro dokumentais ir įstaigų vidaus tvarkomis nenumatytais kanalais.
40. Jeigu procesų aptarimui, mokymui, kokybės analizei ar gerosios praktikos sklaidai naudojamas paciento atvejis, informacija turi būti nuasmeninama arba pateikiama taip, kad pacientas nebūtų identifikuojamas, išskyrus atvejus, kai yra aiškus teisėtas pagrindas naudoti identifikuojamus duomenis.

XI. DUOMENŲ APSAUGA ATVEJO VADYBOS IR ŽK PROCESUOSE

41. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas tvarko tik tuos duomenis, kurie būtini paciento kelio koordinavimui, paslaugų sekos derinimui, registravimo veiksmams, paciento informavimui, terminų stebėsenai ir proceso trikdžių sprendimui.
42. Atvejo vadyba Sveikatos centro procesuose suprantama kaip paciento kelio ir pacientų srautų organizavimo funkcija. Ji neapima klinikinių sprendimų priėmimo, diagnozės nustatymo, gydymo plano keitimo ar gydytojo funkcijų perėmimo.
43. ŽK / prioritetinio paciento srauto duomenys tvarkomi taip, kad būtų galima užtikrinti prioritetinį aptarnavimą, terminų stebėseną ir proceso atsekamumą. Rodiklių analizei naudojami apibendrinti duomenys, kiek tai įmanoma pagal analizės tikslą.
44. Jeigu individualaus paciento kelio trikdis rodo sisteminę problemą, koordinatorius gauna tik tiek informacijos, kiek būtina sisteminiam trikdžiui įvertinti ir sprendimui inicijuoti.

XII. VSB DUOMENŲ TVARKYMO RIBOS

45. VSB Sveikatos centro veikloje dalyvauja pagal visuomenės sveikatos priežiūros kompetenciją. VSB duomenų tvarkymas Sveikatos centro kontekste pirmiausia siejamas su visuomenės sveikatos stiprinimo, mokinių visuomenės sveikatos priežiūros, prevencijos, informavimo ir visuomenės sveikatos stebėsenos veiklomis.
46. VSB nėra klinikinio paciento kelio grandis, kai kalbama apie diagnostiką, gydymą, tyrimų skyrimą, gydytojų specialistų konsultacijas ar registravimą į asmens sveikatos priežiūros paslaugas.
47. Individualūs klinikiniai pacientų duomenys VSB neperduodami, išskyrus teisės aktuose nustatytus arba kitus teisėtai pagrįstus atvejus. Kai prevencinei ar visuomenės sveikatos veiklai pakanka apibendrintos informacijos, individualūs duomenys netvarkomi.

XIII. DUOMENŲ SUBJEKTŲ TEISĖS IR PRAŠYMŲ NAGRINĖJIMAS

48. Pacientų ir kitų duomenų subjektų teisės įgyvendinamos pagal BDAR, nacionalinius teisės aktus ir atitinkamos duomenų valdytojos – partnerinės įstaigos ar kito subjekto – vidaus tvarką.
49. Jeigu duomenų subjektas kreipiasi į Sveikatos centro veiklos koordinatorių arba kitą proceso dalyvį dėl teisės susipažinti su duomenimis, juos ištaisyti, apriboti tvarkymą, ištrinti, perkelti ar dėl kito duomenų apsaugos klausimo, prašymas turi būti perduodamas kompetentingai įstaigai, kuri nustato duomenų tvarkymo tikslus ir priemones.
50. Koordinatorius ar VKG nenagrinėja individualių duomenų subjekto teisių prašymų vietoje duomenų valdytojo, tačiau gali padėti identifikuoti, kuriai partnerinei įstaigai ar atsakingam asmeniui prašymas turi būti perduotas, jeigu tai susiję su Sveikatos centro procesu.
51. Paciento teisė gauti informaciją apie savo sveikatą, susipažinti su medicinos dokumentais ar gauti jų kopijas įgyvendinama pagal sveikatos priežiūros įstaigos ir teisės aktų nustatytą tvarką.

XIV. ASMENS DUOMENŲ SAUGUMO PAŽEIDIMŲ VALDYMAS

52. Kiekvienas darbuotojas ar proceso dalyvis, pastebėjęs galimą asmens duomenų saugumo pažeidimą, nedelsdamas informuoja savo įstaigos nustatytą atsakingą asmenį, tiesioginį vadovą, duomenų apsaugos pareigūną arba kitą vidaus tvarkoje nurodytą subjektą.
53. Galimi asmens duomenų saugumo pažeidimų pavyzdžiai:
    - paciento duomenys išsiųsti neteisingam gavėjui;
    - prarastas dokumentas, nešiojamas įrenginys ar laikmena su asmens duomenimis;
    - neteisėta prieiga prie informacinės sistemos ar medicinos dokumentų;
    - duomenys atskleisti asmeniui, neturinčiam teisės jų gauti;
    - pastebėtas kenkėjiškas laiškas, galintis lemti prisijungimo duomenų ar pacientų duomenų nutekėjimą;
    - paciento informacija aptarta arba paviešinta taip, kad ją galėjo sužinoti tretieji asmenys.
54. Duomenų valdytojas, nustatęs, kad įvyko asmens duomenų saugumo pažeidimas ir kad dėl jo gali kilti pavojus fizinių asmenų teisėms ir laisvėms, veikia pagal BDAR ir VDAI nustatytą tvarką, įskaitant pareigą apie pažeidimą pranešti priežiūros institucijai teisės aktuose nustatytais terminais.
55. Jeigu pažeidimas susijęs su Sveikatos centro tarpįstaiginiu procesu, informacija apie procesinį trikdį taip pat perduodama Sveikatos centro veiklos koordinatoriui tokia apimtimi, kuri būtina procesui stabilizuoti, neperduodant perteklinių individualių duomenų.
56. Asmens duomenų saugumo pažeidimo aplinkybės, poveikis, taikytos priemonės ir korekciniai veiksmai dokumentuojami pagal atitinkamos įstaigos vidaus tvarką. Pirminio pranešimo forma pateikiama šios Politikos 3 priede.

XV. DOKUMENTAVIMAS, SAUGOJIMAS IR KONTROLĖ

57. Duomenų perdavimo, prašymų, sprendimų, trikdžių ir korekcinių veiksmų dokumentavimas vykdomas pagal kiekvienos įstaigos dokumentų valdymo, medicinos dokumentų tvarkymo, informacinių sistemų naudojimo ir archyvavimo tvarkas.
58. Sveikatos centro procesų stebėsenai ir kokybės gerinimui gali būti rengiamos suvestinės, tačiau jose turi būti naudojama apibendrinta arba nuasmeninta informacija, kai individualūs duomenys nėra būtini.

59. Duomenų saugojimo terminai nustatomi pagal teisės aktus, dokumentacijos planus, medicinos dokumentų saugojimo reikalavimus, informacinių sistemų taisykles ir konkretaus duomenų tvarkymo tikslą.
60. Pasibaigus saugojimo terminui arba išnykus duomenų tvarkymo tikslui, duomenys sunaikinami, ištrinami, nuasmeninami arba archyvuojami pagal taikytinus teisės aktus ir įstaigos vidaus tvarkas.
61. Politikos įgyvendinimo kontrolė Sveikatos centro procesų lygmeniu vykdoma per procesų stebėseną, trikdžių analizę, kokybės gerinimo veiksmus, darbuotojų informavimą ir dokumentų periodinę peržiūrą.

XVI. DARBUOTOJŲ INFORMAVIMAS IR ATSAKOMYBĖ

62. Sveikatos centro procesuose dalyvaujantys darbuotojai turi būti supažindinami su jiems aktualiomis duomenų apsaugos, konfidencialumo, informacijos perdavimo ir saugaus darbo su informacinėmis sistemomis nuostatomis pagal jų įstaigose nustatytą tvarką.
63. Koordinuojanti įstaiga ir koordinatorius gali inicijuoti bendras informavimo, gerosios praktikos sklaidos ir kompetencijų stiprinimo priemones, susijusias su saugia komunikacija, duomenų kiekio mažinimu, konfidencialios informacijos apsauga ir trikdžių prevencija.
64. Kiekviena partnerinė įstaiga savarankiškai sprendžia savo darbuotojų atsakomybės, vidaus tyrimų, pažeidimų vertinimo, drausminės ar kitokios atsakomybės klausimus pagal taikytinus teisės aktus ir vidaus dokumentus.
65. Pasikartojantys ar sisteminiai duomenų apsaugos ir konfidencialumo proceso trikdžiai gali būti svarstomi VKG, kiek tai susiję su Sveikatos centro procesų tobulinimu, neperimant konkrečios įstaigos atsakomybės už individualų pažeidimo tyrimą.

XVII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

66. Politika įsigalioja nuo jos patvirtinimo dienos.
67. Politika peržiūrima ne rečiau kaip kartą per metus arba anksčiau, jeigu pasikeičia teisės aktai, Sveikatos centro veiklos modelis, informacijos mainų procesai, partnerių sudėtis, informacinės sistemos arba nustatomi reikšmingi duomenų apsaugos proceso trikdžiai.
68. Už Politikos peržiūros inicijavimą Sveikatos centro procesų lygmeniu atsakinga koordinuojanti įstaiga. Partnerinės įstaigos savo vidaus duomenų apsaugos dokumentus atnaujina savarankiškai pagal joms taikomus reikalavimus.
69. Kilus prieštaravimui tarp šios Politikos ir imperatyvių teisės aktų reikalavimų, taikomi teisės aktų reikalavimai.

1 priedas. Duomenų apsaugos atsakomybių matrica

Legenda:
■ – galutinė atsakomybė / sprendimas;
● – vykdymas / koordinavimas;
◇ – konsultavimas / dalyvavimas pagal kompetenciją;
○ – informavimas.

Veikla	Koordinuojanti įstaiga	Koordinatorius	Partnerinė ASPĮ	VSB	Atvejo vadyba	VKG
Bendrų duomenų apsaugos principų įtvirtinimas SC dokumentuose	■●	◇	◇	◇	○	◇
Duomenų perdavimas konkretaus paciento kelio ribose	○	○◇	■●	○ pagal kompetenciją	●	○
ŽK / prioritetinio srauto duomenų fiksavimas ir stebėsena	○◇	◇	■● klinikinei daliai	○	● pagal funkciją	◇
Sisteminių informacijos perdavimo trikdžių analizė	■	●	◇	◇	◇	◇
VSB veiklų duomenų naudojimas prevencijai ir stebėsenai	○◇	◇	○	■●	○	◇
Asmens duomenų saugumo pažeidimo pirminis valdymas įstaigos viduje	○	○ jei susiję su SC procesu	■● už savo įstaigą	■● už VSB veiklą	○	○
Korekcinių veiksmų dėl procesinių trikdžių planavimas	■	●	◇	◇	◇	◇
Darbuotojų informavimas ir kompetencijų stiprinimas	■● bendrai iniciatyvai	●	■● savo įstaigoje	■● savo įstaigoje	○◇	◇

Matrica taikoma Sveikatos centro procesų lygmeniu. Ji nepakeičia kiekvienos partnerinės įstaigos vidaus duomenų apsaugos pareigų ir atsakomybės pagal BDAR bei kitus teisės aktus.



KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO VEIKLOS PROCESUOSE DALYVAUJANČIŲ PAGRINDINIŲ PAREIGYBIŲ IR FUNKCIJŲ APRAŠYMAI

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujančių pagrindinių pareigybių ir funkcijų aprašymai (toliau – Aprašas) nustato pagrindinių Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujančių pareigybių ir funkcijų veiklos tikslus, pagrindines funkcijas, atsakomybės ir kompetencijos ribas, administracinio pavaldumo bei funkcinės atskaitomybės principus ir tarpusavio sąveiką.
2. Aprašas nustato bendruosius pagrindinių pareigybių ir funkcijų reikalavimus Sveikatos centro procesų apimtyje. Kiekviena partnerinė įstaiga, atsižvelgdama į savo organizacinę struktūrą, darbuotojų pareigybes ir vidaus darbo organizavimą, šio Aprašo nuostatas taiko pagal kompetenciją ir, kai reikalinga, detalizuoja savo vidaus pareigybių aprašymuose, pareiginiuose nuostatuose ar kituose darbo organizavimo dokumentuose.
3. Aprašas taikomas koordinuojančiai įstaigai, Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, Veiklos koordinavimo grupei, partnerinėms ASPĮ, Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biurui, šeimos gydytojų komandoms, gydytojams specialistams, slaugos specialistams, atvejo vadybos funkcijas vykdantiems darbuotojams, registracijos, administravimo, duomenų ir stebėsenos funkcijas vykdantiems darbuotojams pagal jų kompetenciją.
4. Šio Aprašo nuostatos taikomos tik Sveikatos centro veiklos, pacientų srautų, paslaugų organizavimo, prioritetinio pacientų srauto / „Žaliojo koridoriaus“, tarpįstaiginės komunikacijos, duomenų stebėsenos, kokybės gerinimo ir visuomenės sveikatos veiklų integravimo procesų apimtyje.
5. Kiekviena Sveikatos centro partnerinė įstaiga išlieka savarankiška juridinė organizacija ir atsako už savo darbuotojų darbo organizavimą, pareigybių tvirtinimą, vidaus administravimą, klinikinių sprendimų priėmimą, duomenų tvarkymą ir paslaugų kokybę pagal teisės aktus ir vidaus dokumentus.
6. Aprašas taikomas kartu su Sveikatos centro veiklos reglamentu, Vidaus procesų valdymo schema ir procesų aprašu, Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarka, Kokybės vadybos principų aprašu, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politika, pacientų srautų valdymo ir „Žaliojo koridoriaus“ procesus reglamentuojančiais dokumentais, IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu bei bendradarbiavimo sutartimi.
7. Jeigu konkrečiai funkcijai vykdyti reikalingas darbuotojo paskyrimas, pavedimas, įgaliojimas ar pareigybės pakeitimas, tai atliekama konkrečios partnerinės įstaigos vidaus dokumentuose ir darbo santykius reglamentuojančių teisės aktų nustatyta tvarka.

II. FUNKCIJŲ TAIKYMO PRINCIPAI IR KOMPETENCIJOS RIBOS

8. Sveikatos centro veiklos funkcijos apibrėžiamos pagal procesinį modelį, kai kiekvienas dalyvis veikia savo kompetencijos ribose ir prisideda prie bendro paciento kelio, paslaugų prieinamumo, informacijos mainų, duomenų stebėsenos ir veiklos gerinimo.
9. Funkcijų atskyrimas grindžiamas šiomis pagrindinėmis ribomis: sisteminį ir operacinį procesų koordinavimą vykdo Sveikatos centro veiklos koordinatorius; konkretaus paciento kelią koordinuoja atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas, kai tokia funkcija taikoma; klinikinius sprendimus priima gydytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai pagal profesinę kompetenciją; VSB vykdo visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencijos, mokinių sveikatos priežiūros, informavimo ir visuomenės sveikatos stebėsenos funkcijas.
10. Sveikatos centro veiklos koordinatorius neperima individualaus paciento atvejo vadybos, klinikinių sprendimų, partnerinių įstaigų darbdavio funkcijų ar jų duomenų valdytojo atsakomybės.
11. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas koordinuoja konkretaus paciento kelią jam pavestos funkcijos ribose, tačiau nepriima klinikinių sprendimų, nenustato diagnozių, nekeičia gydymo taktikos ir nepakeičia gydytojo ar kito sveikatos priežiūros specialisto funkcijų.
12. Šiame Apraše atvejo vadyba suprantama kaip pacientų srautų ir paciento kelio organizavimo funkcija Sveikatos centro procesuose. Ji nėra tapati daugiadalykės specialistų komandos atvejo vadybai ar ilgalaikių individualizuotų priežiūros planų koordinavimui, jeigu tokios funkcijos darbuotojui nėra pavestos atskirai.
13. VSB nėra klinikinio paciento kelio grandis ir neperima ASPĮ diagnostikos, gydymo, registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugas ar klinikinių sprendimų funkcijų.
14. Registracijos, administravimo, duomenų ir stebėsenos funkcijas vykdantys darbuotojai veikia pagal savo įstaigos vidaus tvarkas ir jiems suteiktus įgaliojimus, o Sveikatos centro dokumentuose nustatytos jų funkcijos taikomos tik bendrų procesų apimtyje.

III. FUNKCIJŲ GRUPĖS

15. Sveikatos centro veiklos procesuose taikomos šios pagrindinės funkcijų grupės:

Funkcija	Paskirtis Sveikatos centro procesuose
Koordinuojančios įstaigos vadovas arba jo įgaliotas asmuo	Užtikrinti Sveikatos centro veiklos organizavimą strateginiu ir reglamentavimo lygmeniu, tvirtinti bendrus dokumentus ir sudaryti sąlygas koordinuotam partnerių veikimui.
Sveikatos centro veiklos koordinatorius	Koordinuoti Sveikatos centro sisteminius ir operacinius procesus, organizuoti informacijos mainus, vykdyti priimtų sprendimų įgyvendinimo stebėseną ir inicijuoti veiklos trikdžių sprendimą.
Veiklos koordinavimo grupės narys	Atstovauti savo įstaigos ar funkcijos kompetencijai svarstant bendrus Sveikatos centro procesų, komunikacijos, paslaugų prieinamumo, duomenų ir kokybės gerinimo klausimus.
Partnerinės ASPĮ vadovas arba paskirtas atsakingas kontaktinis asmuo	Užtikrinti, kad partnerinė ASPĮ savo proceso dalyje dalyvautų Sveikatos centro veikloje, teiktų reikalingą informaciją ir įgyvendintų bendrus sprendimus pagal kompetenciją.
Šeimos gydytojo komandos narys	Užtikrinti pirminį paciento poreikio identifikavimą, paciento nukreipimą ir paciento kelio tęstinumo pradžią pagal šeimos gydytojo komandos kompetenciją.

Funkcija	Paskirtis Sveikatos centro procesuose
Gydytojas specialistas arba specializuotos paslaugos teikėjas	Suteikti specializuotą konsultaciją, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos ar kitą paslaugą pagal profesinę kompetenciją ir užtikrinti informacijos grįžimą tęstinei paciento priežiūrai.
Slaugos specialistas	Dalyvauti paciento priežiūros, slaugos, savikontrolės, informavimo ir paslaugų tęstinumo procesuose pagal slaugos specialisto kompetenciją.
Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas	Koordinuoti konkretaus paciento kelią Sveikatos centro procesuose, ypač kai taikomas prioritetinis pacientų srautas / „Žaliojo koridoriaus“ principas, derinant paslaugų seką, organizuojant paciento informavimą ir stebint paciento keliui taikomus terminus konkretaus atvejo ribose
Registracijos ir pacientų srautų administravimo darbuotojas	Užtikrinti paciento registravimo, perregistravimo, informavimo ir registravimo trikdžių perdavimo veiksmus pagal įstaigos vidaus tvarką ir Sveikatos centro procesų logiką.
Administravimo, duomenų ir stebėsenos funkcijas vykdantis darbuotojas	Užtikrinti Sveikatos centro veiklos procesams reikalingų duomenų parengimą, pateikimą, suvestinių sudarymą, dokumentų administravimą ir informacijos kokybės palaikymą pagal kompetenciją.
Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biuro atstovas	Integruoti visuomenės sveikatos stiprinimo, mokinių visuomenės sveikatos priežiūros, prevencijos, informavimo ir visuomenės sveikatos stebėsenos veiklas į bendrą Sveikatos centro procesų sistemą pagal VSB kompetenciją.

IV. FUNKCIJŲ APRAŠYMAI

16. Koordinuojančios įstaigos vadovas arba jo įgaliotas asmuo

16.1. Veiklos tikslas. Užtikrinti Sveikatos centro veiklos organizavimą strateginiu ir reglamentavimo lygmeniu, tvirtinti bendrus dokumentus ir sudaryti sąlygas koordinuotam partnerių veikimui.

16.2. Pagrindinės funkcijos Sveikatos centro procesuose:

– inicijuoja Sveikatos centro veiklos dokumentų, tvarkų, metodikų ir bendrų procesų taikymo principų rengimą bei derinimą ir pagal kompetenciją juos tvirtina arba teikia tvirtinti bendradarbiavimo sutartyje ir kituose Sveikatos centro dokumentuose nustatyta tvarka;
– paskiria Sveikatos centro veiklos koordinatorių arba užtikrina jo funkcijų vykdymą koordinuojančios įstaigos nustatyta tvarka;
– sudaro arba tvirtina Veiklos koordinavimo grupės sudėtį ir užtikrina jos veiklos organizavimo pagrindą;
– priima sprendimus dėl sisteminių, tarpįstaiginių, dokumentų keitimo ar procesų tobulinimo klausimų, kai jie viršija operacinio koordinavimo lygmenį;
– užtikrina partnerių supažindinimą su patvirtintais Sveikatos centro dokumentais ir jų taikymo stebėseną;
– prireikus informuoja savivaldybę ar kitas kompetentingas institucijas apie reikšmingus Sveikatos centro veiklos organizavimo klausimus.

16.3. Atsakomybės ir kompetencijos ribos:

– neperima partnerinių ASPĮ darbdavio funkcijų, personalo valdymo, klinikinių sprendimų priėmimo ar jų duomenų valdytojo atsakomybės;
– sprendimus dėl bendrų procesų priima tik Sveikatos centro veiklos koordinavimo ir bendradarbiavimo apimtyje;
– neorganizuoja individualaus paciento vizitų, tyrimų ar gydymo taktikos.

16.4. Pavaldumas ir funkcinė atskaitomybė. Koordinuojančios įstaigos vadovo administracinis pavaldumas ir atskaitomybė nustatomi koordinuojančios įstaigos steigimo, valdymo ir

vidaus dokumentuose. Sveikatos centro veiklos koordinavimo srityje vadovas veikia pagal koordinuojančiai įstaigai bendradarbiavimo sutartimi, teisės aktais ir Sveikatos centro dokumentais priskirtą kompetenciją. Partnerinių įstaigų vadovai ir darbuotojai nėra jam administraciniu požiūriu pavaldūs vien dėl dalyvavimo Sveikatos centro veikloje.

16.5. Sąveika:

– veikia per Sveikatos centro veiklos koordinatorių, Veiklos koordinavimo grupę, partnerinių įstaigų vadovus ir paskirtus kontaktinius asmenis.

17. Sveikatos centro veiklos koordinatorius

17.1. Veiklos tikslas. Koordinuoti Sveikatos centro sisteminius ir operacinius procesus, organizuoti informacijos mainus, vykdyti priimtų sprendimų įgyvendinimo stebėseną ir inicijuoti veiklos trikdžių sprendimą.

17.2. Pagrindinės funkcijos Sveikatos centro procesuose:

– koordinuoja Sveikatos centro vidaus procesų, komunikacijos, registravimo, duomenų rinkimo, stebėsenos ir veiklos gerinimo mechanizmų įgyvendinimą;
– organizuoja tarpinstitucinius susitikimus, Veiklos koordinavimo grupės posėdžius, jų medžiagos rengimą, sprendimų fiksavimą ir komunikavimą;
– renka, sistemina ir analizuoja partnerių pateiktą informaciją apie paslaugų prieinamumą, pacientų srautus, registravimo trikdžius, prioritetinio srauto taikymą ir kitus rodiklius;
– identifikuoja pasikartojančius ar sisteminius trikdžius, inicijuoja jų sprendimą operaciniu lygmeniu arba perduoda klausimą Veiklos koordinavimo grupei / koordinuojančiai įstaigai;
– teikia partneriams informaciją apie patvirtintus dokumentus, procesų pokyčius, sprendimus, susitikimų išvadas ir veiklos gerinimo veiksmus;
– rengia periodines suvestines, ataskaitas ar kitą informaciją koordinuojančiai įstaigai ir Veiklos koordinavimo grupei pagal nustatytą tvarką.

17.3. Atsakomybės ir kompetencijos ribos:

– nepriima klinikinių sprendimų, nenustato diagnozių, nekeičia gydymo taktikos ir neatlieka gydytojo ar kito sveikatos priežiūros specialisto funkcijų;
– neorganizuoja individualaus paciento tyrimų, siuntimų ar vizitų, išskyrus sisteminio proceso koordinavimo ir trikdžių sprendimo veiksmus;
– neduoda privalomų darbo pavedimų kitų juridinių asmenų darbuotojams kaip darbdavys;
– neperima partnerinių įstaigų atsakomybės už jų duomenų tikslumą, teisėtumą, klinikinius sprendimus ar paslaugų suteikimą.

17.4. Pavaldumas ir funkcinė atskaitomybė. Koordinatorius administraciniu požiūriu pavaldus koordinuojančios įstaigos vadovui arba jo įgaliotam asmeniui pagal koordinuojančios įstaigos vidaus struktūrą. Už Sveikatos centro koordinavimo funkcijų vykdymą koordinatorius atsiskaito koordinuojančiai įstaigai. Partnerinių įstaigų darbuotojai koordinatoriui administraciniu požiūriu nepavaldūs; jų atžvilgiu koordinatorius vykdo tik jam priskirtas funkcinio koordinavimo funkcijas.

17.5. Sąveika:

– tiesiogiai komunikuoja su partnerinių įstaigų paskirtais kontaktiniais asmenimis, Veiklos koordinavimo grupe, VSB atstovu ir atvejo vadybos funkcijas vykdančiais darbuotojais sisteminių trikdžių lygmeniu.

18. Veiklos koordinavimo grupės narys

18.1. Veiklos tikslas. Atstovauti savo įstaigos ar funkcijos kompetencijai svarstant bendrus Sveikatos centro procesų, komunikacijos, paslaugų prieinamumo, duomenų ir kokybės gerinimo klausimus.

18.2. Pagrindinės funkcijos Sveikatos centro procesuose:

– dalyvauja Veiklos koordinavimo grupės posėdžiuose ir rašytinėse derinimo procedūrose;
– teikia informaciją, reikalingą klausimams svarstyti, sprendimams derinti ir procesų trikdžiams analizuoti;
– teikia siūlymus dėl pacientų srautų, paslaugų organizavimo, registravimo, komunikacijos, stebėsenos ir kokybės gerinimo procesų;
– perduoda Veiklos koordinavimo grupėje aptartą informaciją savo įstaigos atsakingiems asmenims ir padeda organizuoti priimtų sprendimų įgyvendinimą savo įstaigos dalyje;
– dalyvauja vertinant koordinatoriaus pateiktas suvestines, rodiklius ir veiklos trikdžių analizę.

18.3. Atsakomybės ir kompetencijos ribos:

– nepriima sprendimų už kitą juridinį asmenį, jeigu tam neturi atitinkamų įgaliojimų;
– neperima savo įstaigos vadovo, gydytojo, specialisto ar duomenų valdytojo atsakomybės;
– Veiklos koordinavimo grupės sprendimai yra rekomendacinio pobūdžio;
– Grupėje suderinti sprendimai įgyvendinami partnerinėse įstaigose pagal jų kompetenciją ir jose taikomą sprendimų priėmimo tvarką.

18.4. Pavaldumas ir funkcinė atskaitomybė. Veiklos koordinavimo grupės narys administraciniu požiūriu lieka pavaldus jį delegavusios įstaigos nustatyta tvarka. Grupėje jis veikia pagal suteiktą atstovavimo kompetenciją, atsiskaito savo įstaigai už jai aktualios informacijos perdavimą ir netampa pavaldus koordinuojančiai įstaigai ar Sveikatos centro veiklos koordinatoriui.

18.5. Sąveika:

– veikia kaip jungtis tarp savo įstaigos, Sveikatos centro veiklos koordinatoriaus ir bendrų Sveikatos centro procesų.

19. Partnerinės ASPĮ vadovas arba paskirtas atsakingas kontaktinis asmuo

19.1. Veiklos tikslas. Užtikrinti, kad partnerinė ASPĮ savo proceso dalyje dalyvautų Sveikatos centro veikloje, teiktų reikalingą informaciją ir įgyvendintų bendrus sprendimus pagal kompetenciją.

19.2. Pagrindinės funkcijos Sveikatos centro procesuose:

– paskiria arba užtikrina kontaktinio asmens funkcijų vykdymą Sveikatos centro operacinei komunikacijai ir duomenų teikimui;
– užtikrina, kad įstaigos darbuotojai, dalyvaujantys Sveikatos centro procesuose, būtų supažindinti su jiems aktualiais dokumentais, procesais ir informacijos perdavimo reikalavimais;
– teikia informaciją apie įstaigos teikiamas Sveikatos centrui priskirtas paslaugas, paslaugų prieinamumo pokyčius, registravimo galimybes ir veiklos trikdžius;
– organizuoja priimtų bendrų sprendimų įgyvendinimą savo įstaigos viduje;
– užtikrina savo įstaigos duomenų, teikiamų stebėsenai ar koordinavimui, tikslumą ir savalaikiškumą;
– inicijuoja klausimų perdavimą koordinatoriui, kai problema yra tarpįstaiginė, pasikartojanti ar daro poveikį pacientų srautams.

19.3. Atsakomybės ir kompetencijos ribos:

– atsako tik už savo įstaigos proceso dalį ir negali perimti kitų partnerių klinikinių ar administracinių sprendimų;
– klinikiniai sprendimai ir paslaugų teikimo kokybė lieka konkrečios paslaugą teikiančios ASPĮ atsakomybė;
– bendri Sveikatos centro dokumentai nepakeičia įstaigos vidaus darbo tvarkos dokumentų, pareigybių aprašymų ar darbo sutarčių.

19.4. Pavaldumas ir funkcinė atskaitomybė. Partnerinės ASPĮ vadovo pavaldumas ir atskaitomybė nustatomi atitinkamos įstaigos steigimo ir valdymo dokumentuose. Paskirtas kontaktinis asmuo administraciniu požiūriu pavaldus savo įstaigos nustatyta tvarka, o Sveikatos centro procesuose funkciškai sąveikauja su Sveikatos centro veiklos koordinatoriumi ir kitais proceso dalyviais pagal jam pavestas funkcijas.

20. Šeimos gydytojo komandos narys

20.1. Veiklos tikslas. Užtikrinti pirminį paciento poreikio identifikavimą, paciento nukreipimą ir paciento kelio tęstinumo pradžią pagal šeimos gydytojo komandos kompetenciją.

20.2. Pagrindinės funkcijos Sveikatos centro procesuose:

– atlieka pirminį paciento sveikatos būklės, poreikio ir paslaugų reikalingumo įvertinimą pagal savo profesinę kompetenciją;
– inicijuoja siuntimą, registravimo, konsultacijos, tyrimo, slaugos, prevencijos ar kitos paslaugos poreikį teisės aktų nustatyta tvarka;
– pagal savo profesinę kompetenciją identifikuoja galimą prioritetinio paciento srauto / „Žaliojo koridoriaus“ taikymo poreikį; klinikinį sprendimą dėl paciento priskyrimo prioritetiniam srautui priima kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas pagal patvirtintuose dokumentuose nustatytus kriterijus;
– perduoda atvejo vadybos funkcijas vykdančiam darbuotojui arba registracijos darbuotojui informaciją, būtiną paciento kelio organizavimui;
– priima ir įvertina konsultacijų, tyrimų ar kitų paslaugų rezultatus, nustato tolesnius veiksmus ir užtikrina tęstinę paciento priežiūrą pagal kompetenciją;
– informuoja pacientą apie jo kelią, reikalingus veiksmus ir sveikatos priežiūros proceso tęstinumą tiek, kiek tai priskirta šeimos gydytojo komandai.

20.3. Atsakomybės ir kompetencijos ribos:

– atsako už klinikinius sprendimus savo profesinės kompetencijos ribose;
– neatsako už viso Sveikatos centro sisteminių procesų koordinavimą ar kitų juridinių asmenų paslaugų prieinamumą;
– neperima koordinatoriaus funkcijų, susijusių su tarpįstaiginių sisteminių trikdžių sprendimu.

20.4. Pavaldumas ir funkcinė atskaitomybė. Šeimos gydytojo komandos nario administracinis pavaldumas nustatomas jį įdarbinusios ASPĮ organizacinėje struktūroje ir vidaus dokumentuose. Sveikatos centro procesuose jis funkciškai sąveikauja su registracijos, atvejo vadybos, specialistų ir kitomis funkcijomis pagal paciento kelio procesą, tačiau klinikinius sprendimus priima savarankiškai pagal profesinę kompetenciją.

21. Gydytojas specialistas arba specializuotos paslaugos teikėjas

21.1. Veiklos tikslas. Suteikti specializuotą konsultaciją, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos ar kitą paslaugą pagal profesinę kompetenciją ir užtikrinti informacijos grįžimą tęstinei paciento priežiūrai.

21.2. Pagrindinės funkcijos Sveikatos centro procesuose:

– teikia specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas pagal licenciją, profesinę kompetenciją ir teisės aktų reikalavimus;
– įvertina siuntimą, klinikinę informaciją ir paslaugos poreikį pagal savo kompetenciją;
– suteikia konsultaciją, tyrimą, procedūrą ar kitą paslaugą pagal priskirtą Sveikatos centro paslaugų grupę;
– laiku pateikia konsultacijos, tyrimo ar paslaugos rezultatą teisės aktų ir įstaigos vidaus tvarkų nustatyta tvarka;
– informuoja apie reikšmingus organizacinius trikdžius, kurie gali turėti įtakos paslaugos suteikimui arba paciento kelio tęstinumui;
– prireikus teikia siūlymus dėl paciento tolesnės priežiūros ar nukreipimo pagal kompetenciją.

21.3. Atsakomybės ir kompetencijos ribos:
– klinikiniai sprendimai priimami savarankiškai pagal gydytojo specialisto kompetenciją;
– neatsako už pirminio paciento poreikio nustatymą, jeigu pacientas nukreiptas su siuntimu, išskyrus specialisto kompetencijos ribose atliekamą įvertinimą;
– neperima Sveikatos centro sisteminio koordinavimo, registracijos ar atvejo vadybos funkcijų, jeigu jos nėra pavestos atskirai.

21.4. Pavaldumas ir funkcinė atskaitomybė. Gydytojo specialisto administracinis pavaldumas nustatomas jį įdarbinusios ASPĮ organizacinėje struktūroje ir pareiginiuose nuostatuose. Sveikatos centro procesuose gydytojas specialistas funkciškai sąveikauja su siunčiančia šeimos gydytojo komanda, registracijos ir atvejo vadybos funkcijas vykdančiais darbuotojais bei kitais proceso dalyviais, neapribojant jo profesinio ir klinikinio savarankiškumo.

22. Slaugos specialistas

22.1. Veiklos tikslas. Dalyvauti paciento priežiūros, slaugos, savikontrolės, informavimo ir paslaugų tęstinumo procesuose pagal slaugos specialisto kompetenciją.

22.2. Pagrindinės funkcijos Sveikatos centro procesuose:
– vykdo slaugos veiksmus, paciento informavimą, savikontrolės ir sveikatos raštingumo stiprinimą pagal kompetenciją ir įstaigos vidaus tvarkas;
– dalyvauja šeimos gydytojo komandos, ambulatorinės slaugos, cukrinio diabeto slaugos, paliatyviosios pagalbos, šeimų lankymo ar kitų priskirtų paslaugų procesuose;
– perduoda informaciją apie paciento būklės pokyčius, priežiūros poreikius ar paslaugų tęstinumo klausimus atsakingam gydytojui ar komandai;
– padeda organizuoti pacientui reikalingos informacijos suteikimą, pasirengimą paslaugoms ir praktinių veiksmų atlikimą pagal kompetenciją;
– dalyvauja renkant duomenis apie slaugos ar priežiūros paslaugų suteikimą, kai tai būtina stebėsenai ar paciento kelio tęstinumui.

22.3. Atsakomybės ir kompetencijos ribos:
– nepriima gydytojo kompetencijai priskirtų klinikinių sprendimų ir nekeičia gydymo taktikos;
– neatsako už paslaugų prieinamumo sisteminį koordinavimą tarp visų partnerių;
– duomenis ir informaciją perduoda tik teisėtu pagrindu ir būtina apimtimi.

22.4. Pavaldumas ir funkcinė atskaitomybė. Slaugos specialisto administracinis pavaldumas nustatomas jį įdarbinusios įstaigos organizacinėje struktūroje ir pareiginiuose nuostatuose. Sveikatos centro procesuose slaugos specialistas funkciškai sąveikauja su gydytojais, šeimos gydytojo komanda, atvejo vadybos, registracijos ir kitomis funkcijomis pagal jam pavestą veiklos sritį.

23. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas

23.1. Veiklos tikslas. Koordinuoti konkretaus paciento kelią Sveikatos centro procesuose, ypač kai taikomas prioritetinis pacientų srautas / „Žaliojo koridoriaus“ principas, derinant paslaugų seką, organizuojant paciento informavimą ir stebint paciento keliui taikomus terminus konkretaus atvejo ribose.

23.2. Pagrindinės funkcijos Sveikatos centro procesuose:

- gavęs šeimos gydytojo, gydytojo specialisto ar kito kompetentingo darbuotojo informaciją, organizuoja konkretaus paciento kelio veiksmų seką pagal patvirtintą tvarką;
- bendrauja su registracijos darbuotojais, šeimos gydytojo komanda, gydytojais specialistais, paslaugas teikiančiomis ASPĮ ir kitais atsakingais asmenimis dėl paciento registravimo ir paslaugų suteikimo;
- informuoja pacientą apie vizito laiką, vietą, pasirengimo reikalavimus, pasikeitimus ar alternatyvius organizacinius sprendimus, o paciento atstovui ar kitam asmeniui informaciją teikia tik teisės aktų ir taikomų duomenų apsaugos reikalavimų nustatytais atvejais;
- informuoja siuntusį gydytoją ar šeimos gydytojo komandą apie paciento registravimo eigą, suteiktas paslaugas ar proceso trikdžius, kai tai reikalinga paciento kelio tęstinumui;
- stebi konkretaus paciento kelio terminus ir, nustatęs vėlavimo riziką, inicijuoja alternatyvaus laiko, paslaugos teikimo vietos ar kito organizacinio sprendimo paiešką pagal įstaigos tvarką;
- fiksuoja paciento kelio informaciją įstaigoje nustatytose formose, registruose ar informacinėse sistemose ir užtikrina, kad prioritetinis / ŽK atvejis būtų atsekamas;
- renka, sistemina ir teikia duomenis apie koordinuojamus atvejus, paslaugų suteikimo terminus, registravimo trikdžius ir kitus stebėsenai reikalingus rodiklius;
- teikia siūlymus dėl pacientų srautų, registravimo, informacijos perdavimo ir prioritetinio kelio taikymo tobulinimo.

23.3. Atsakomybės ir kompetencijos ribos:

- nepriima klinikinių sprendimų, nenustato diagnozių, nekeičia gydymo taktikos ir nepakeičia gydytojo ar kito sveikatos priežiūros specialisto funkcijų;
- nevykdo funkcijų, nesusijusių su pacientų srautų valdymu, paciento kelio koordinavimu ar prioritetinio / ŽK principo taikymu, jeigu jos nėra pavestos atskiru dokumentu;
- šiame Apraše nustatyta atvejo vadyba nėra tapati daugiadalykės specialistų komandos atvejo vadybai ar individualizuotų ilgalaikės priežiūros planų koordinavimui, jeigu tokios funkcijos nėra pavestos atskirai;
- neperima Sveikatos centro veiklos koordinatoriaus sisteminio koordinavimo funkcijų; sisteminius trikdžius perduoda koordinatoriaus lygmeniui;
- paciento duomenis tvarko tik teisėtais tikslais ir tik būtina apimtimi.

23.4. Pavaldumas ir funkcinė atskaitomybė. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas administraciniu požiūriu pavaldus jį įdarbinusios įstaigos nustatyta tvarka. Vykdydamas konkretaus paciento kelio koordinavimo funkcijas jis funkciškai sąveikauja su šeimos gydytojo komanda, gydytojais specialistais, registracijos darbuotojais ir paslaugas teikiančiomis ASPĮ. Sisteminio pobūdžio trikdžius perduoda Sveikatos centro veiklos koordinatoriui.

24. Registracijos ir pacientų srautų administravimo darbuotojas

24.1. Veiklos tikslas. Užtikrinti paciento registravimo, perregistravimo, informavimo ir registravimo trikdžių perdavimo veiksmus pagal įstaigos vidaus tvarką ir Sveikatos centro procesų logiką.

24.2. Pagrindinės funkcijos Sveikatos centro procesuose:
– registruoja pacientus paslaugoms pagal įstaigos naudojamas informacines sistemas, registravimo kanalus ir patvirtintas tvarkas;
– taiko prioritetinio pacientų srauto ar „Žaliojo koridoriaus“ žymėjimą / registravimo požymį, kai tokia informacija pateikta pagal patvirtintą tvarką;
– teikia pacientui informaciją apie vizito laiką, vietą, pasirengimą, dokumentus, neatvykimo ar perregistravimo tvarką pagal įstaigos nustatytas taisykles;
– informuoja atvejo vadybos funkcijas vykdantį darbuotoją, šeimos gydytojo komandą, kontaktinį asmenį ar kitą atsakingą subjektą apie registravimo trikdžius;
– fiksuoja registravimo rezultatą, neatvykimus, perregistravimus ir kitus registravimo proceso duomenis, kai tai būtina paciento keliui ar stebėsenai;
– teikia apibendrintą informaciją apie pasikartojančius registravimo trikdžius įstaigos atsakingam asmeniui arba Sveikatos centro veiklos koordinatoriui per kontaktinį asmenį.

24.3. Atsakomybės ir kompetencijos ribos:
– nepriima klinikinių sprendimų dėl paciento būklės, prioritetinio kelio taikymo ar gydymo taktikos;
– nekeičia gydytojo siuntimo turinio ir nesprendžia dėl medicininio paslaugos reikalingumo;
– veikia pagal įstaigos vidaus registravimo tvarkas ir konkrečios įstaigos suteiktus įgaliojimus.

24.4. Pavaldumas ir funkcinė atskaitomybė. Registracijos ir pacientų srautų administravimo darbuotojas administraciniu požiūriu pavaldus jo įstaigos organizacinėje struktūroje nustatytam vadovui. Sveikatos centro procesuose jis funkciškai sąveikauja su šeimos gydytojo komandomis, gydytojais specialistais, atvejo vadybos funkcijas vykdančiais darbuotojais, kontaktiniais asmenimis ir kitais proceso dalyviais pagal registravimo ir paciento kelio organizavimo poreikį.

25. Administravimo, duomenų ir stebėsenos funkcijas vykdantis darbuotojas

25.1. Veiklos tikslas. Užtikrinti Sveikatos centro veiklos procesams reikalingų duomenų parengimą, pateikimą, suvestinių sudarymą, dokumentų administravimą ir informacijos kokybės palaikymą pagal kompetenciją.

25.2. Pagrindinės funkcijos Sveikatos centro procesuose:
– renka, tikrina, sistemina ir teikia duomenis apie paslaugų prieinamumą, pacientų srautus, registravimo trikdžius, prioritetinius atvejus, VSB veiklas ar kitus rodiklius pagal nustatytą tvarką;
– užtikrina, kad duomenys būtų pateikiami sutarta forma, periodiškumu ir apimtimi;
– rengia suvestines, ataskaitas, protokolų projektus, sprendimų kontrolės lenteles ar kitus administracinius dokumentus pagal pavestą funkciją;
– padeda koordinatoriui ir partnerinei įstaigai identifikuoti duomenų kokybės problemas, neatitikimus ar duomenų trūkumus;
– dalyvauja procesų peržiūroje, rodiklių analizėje ir korekcinių veiksmų įgyvendinimo stebėsenoje;
– užtikrina dokumentų ir duomenų saugojimą pagal įstaigos vidaus tvarkas ir teisės aktų reikalavimus.

25.3. Atsakomybės ir kompetencijos ribos:
– nepriima klinikinių sprendimų ir nevertina paciento gydymo taktikos;
– neperima partnerinės įstaigos duomenų valdytojo atsakomybės už kitų įstaigų tvarkomus duomenis;

– asmens duomenis tvarko tik tiek, kiek būtina pavestai funkcijai vykdyti ir teisės aktų nustatytais pagrindais.

25.4. Pavaldumas ir funkcinė atskaitomybė. Administravimo, duomenų ir stebėsenos funkcijas vykdantis darbuotojas administraciniu požiūriu pavaldus jį įdarbinusios įstaigos nustatyta tvarka. Sveikatos centro procesų apimtyje jis funkciškai sąveikauja su Sveikatos centro veiklos koordinatoriumi, savo įstaigos atsakingais asmenimis ir kitais duomenis teikiančiais ar gaunančiais proceso dalyviais pagal jam pavestas funkcijas.

26. Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biuro atstovas

26.1. Veiklos tikslas. Integruoti visuomenės sveikatos stiprinimo, mokinių visuomenės sveikatos priežiūros, prevencijos, informavimo ir visuomenės sveikatos stebėsenos veiklas į bendrą Sveikatos centro procesų sistemą pagal VSB kompetenciją.

26.2. Pagrindinės funkcijos Sveikatos centro procesuose:

– teikia informaciją Sveikatos centro partneriams apie VSB vykdomas visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencines, mokinių sveikatos priežiūros, informavimo ir stebėsenos veiklas;
– bendradarbiauja nukreipiant gyventojus ar tikslines grupes į VSB vykdomas sveikatos stiprinimo ir prevencines veiklas pagal kompetenciją;
– teikia apibendrintą visuomenės sveikatos stebėsenos ar prevencinių veiklų informaciją Sveikatos centro planavimui ir kokybės gerinimo procesams;
– dalyvauja Veiklos koordinavimo grupės ar kituose aptarimuose, kai svarstomi VSB kompetencijai priskirti prevencijos, informavimo, mokinių sveikatos priežiūros, sveikatos stiprinimo ar stebėsenos klausimai;
– prisideda prie gyventojų informavimo ir sveikatos raštingumo stiprinimo iniciatyvų, kai jos susijusios su Sveikatos centro veiklos tikslais.

26.3. Atsakomybės ir kompetencijos ribos:

– VSB nėra klinikinio paciento kelio grandis ir neperima ASPĮ diagnostikos, gydymo, registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugas ar klinikinių sprendimų funkcijų;
– individualūs klinikiniai paciento duomenys VSB neperduodami, išskyrus teisės aktuose nustatytus arba teisėtai pagrįstus atvejus;
– VSB veiklos vykdomos pagal visuomenės sveikatos priežiūros kompetenciją ir jo vidaus veiklos organizavimo tvarkas.

26.4. Pavaldumas ir funkcinė atskaitomybė. Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biuro atstovas administraciniu požiūriu pavaldus VSB nustatyta tvarka. Sveikatos centro procesuose jis funkciškai bendradarbiauja su Sveikatos centro veiklos koordinatoriumi, Veiklos koordinavimo grupe ir partnerinėmis ASPĮ pagal VSB kompetenciją. Dalyvavimas Sveikatos centro veikloje nesukuria administracinio pavaldumo koordinuojančiai įstaigai.

V. FUNKCIJŲ SĄVEIKA IR ESKALAVIMAS

27. Funkcijų sąveika Sveikatos centro procesuose grindžiama tuo, kad klausimas pirmiausia sprendžiamas toje įstaigoje ar funkcijoje, kurioje jis kyla, o į aukštesnį lygmenį perduodamas tik tada, kai klausimas yra tarpįstaiginis, pasikartojantis, sisteminis arba daro reikšmingą poveikį paciento keliui.

28. Klinikiniai klausimai sprendžiami gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų kompetencijos ribose. Organizaciniai, registravimo, informacijos perdavimo ar procesų taikymo trikdžiai gali

būti perduodami atvejo vadybos, kontaktinio asmens arba koordinatoriaus lygmeniui pagal jų pobūdį.

29. Jeigu individualaus paciento kelio problema rodo pasikartojantį ar sisteminį trikdį, atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas arba atsakinga įstaiga perduoda informaciją Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, neperimant klinikinių sprendimų ir neatskleidžiant perteklinių duomenų.
30. Koordinatorius įvertina, ar klausimas sprendžiamas operaciniu lygmeniu, ar turi būti perduotas Veiklos koordinavimo grupei, koordinuojančiai įstaigai ar partnerinės įstaigos vadovui pagal kompetenciją.
31. Veiklos koordinavimo grupė svarsto tarpįstaiginius ir sisteminius klausimus, kai reikalingas kelių partnerių derinimas, procesų korekcija, duomenų analizė, bendrų veiksmų suderinimas ar sprendimo rekomendacija koordinuojančiai įstaigai.
32. Sprendimai, susiję su konkrečios partnerinės įstaigos personalo valdymu, vidaus darbo organizavimu, klinikinių paslaugų teikimu ar duomenų valdymu, priimami tos įstaigos vidaus dokumentuose nustatyta tvarka.

VI. BENDROSIOS TEISĖS IR PAREIGOS SVEIKATOS CENTRO PROCESUOSE

33. Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujantys darbuotojai pagal kompetenciją turi teisę gauti informaciją, kuri būtina jiems pavestoms funkcijoms vykdyti, kiek tai neprieštarauja teisės aktams, asmens duomenų apsaugos, medicininės paslapties ir konfidencialumo reikalavimams.
34. Darbuotojai ir atsakingi asmenys turi teisę teikti siūlymus dėl pacientų srautų, registravimo, informacijos perdavimo, atvejo vadybos, VSB veiklų integravimo, duomenų stebėsenos, kokybės gerinimo ir kitų Sveikatos centro procesų tobulinimo.
35. Darbuotojai ir atsakingi asmenys privalo laikytis patvirtintų Sveikatos centro dokumentų, kiek jie taikomi jų funkcijoms ir kompetencijai, bei savo įstaigos vidaus dokumentų.
36. Darbuotojai ir atsakingi asmenys privalo informaciją perduoti tik teisėtu pagrindu, tik būtina apimtimi ir tik tiems subjektams, kuriems ji reikalinga konkrečiai funkcijai vykdyti.
37. Nustačius veiklos trikdį, informacijos perdavimo problemą, atsakomybės ribų neaiškumą ar procedūrų taikymo neatitikimą, darbuotojas arba atsakingas asmuo turi informuoti savo įstaigos atsakingą asmenį, atvejo vadybos funkciją vykdantį darbuotoją, kontaktinį asmenį arba koordinatorių pagal klausimo pobūdį.

VII. ATSAKOMYBĖ

38. Kiekvienas Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujantis subjektas atsako už jam priskirtų funkcijų vykdymą pagal savo kompetenciją, įstaigos vidaus dokumentus, teisės aktus ir šiame Apraše nustatytas atsakomybės ribas.
39. Koordinuojanti įstaiga atsako už bendrų Sveikatos centro dokumentų ir procesų koordinavimo sistemos organizavimą, tačiau neperima partnerinių įstaigų atsakomybės už jų teikiamas paslaugas, personalą, klinikinius sprendimus ar duomenų valdymą.
40. Partnerinės ASPĮ atsako už savo proceso dalies įgyvendinimą, paslaugų teikimą, pacientų informavimą, klinikinius sprendimus, duomenų tikslumą ir vidaus darbo organizavimą.

41. VSB atsako už visuomenės sveikatos priežiūros, prevencijos, informavimo, mokinių sveikatos priežiūros ir stebėsenos veiklų vykdymą pagal kompetenciją.
42. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas atsako už jam pavesto konkretaus paciento kelio organizacinių veiksmų koordinavimą ir informacijos perdavimą pagal kompetenciją, tačiau neatsako už klinikinių sprendimų priėmimą.
43. Nustačius šio Aprašo nuostatų nevykdymą ar netinkamą vykdymą, klausimas pirmiausia sprendžiamas atitinkamos įstaigos lygmeniu. Pasikartojantys ar sisteminiai neatitikimai gali būti perduodami Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, Veiklos koordinavimo grupei arba koordinuojančiai įstaigai pagal klausimo pobūdį.

VIII. DOKUMENTO ĮGYVENDINIMO PRIEŽIŪRA IR ATNAUJINIMAS

44. Aprašo įgyvendinimą koordinuoja koordinuojanti įstaiga ir Sveikatos centro veiklos koordinatorius pagal jiems priskirtas funkcijas.
45. Partnerinės įstaigos pagal kompetenciją užtikrina, kad jų darbuotojai, dalyvaujantys Sveikatos centro procesuose, būtų supažindinti su jiems aktualiomis šio Aprašo nuostatomis.
46. Aprašas peržiūrimas ne rečiau kaip kartą per metus arba pasikeitus Sveikatos centro veiklos organizavimui, bendradarbiavimo sutarčiai, paslaugų sąrašui, teisės aktams, procesų valdymo dokumentams ar praktiniam funkcijų taikymui.
47. Aprašo priedai yra neatskiriama Aprašo dalis ir gali būti naudojami rengiant kitus Sveikatos centro dokumentus, pareigybių nuostatus, vidaus tvarkas, procesų korteles ir atsakomybių matricas.
48. Aprašas įsigalioja nuo jo patvirtinimo dienos.

1 priedas. Funkcijų atskyrimo principų santrauka

Sritis	Kas atsakingas	Kas nėra perimama
Sisteminis Sveikatos centro procesų koordinavimas	Koordinuojanti įstaiga ir Sveikatos centro veiklos koordinatorius	Individualūs klinikiniai sprendimai, partnerių personalo valdymas, individualaus paciento vizitų organizavimas kaip atvejo vadyba.
Konkretaus paciento kelio koordinavimas	Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas pagal jam pavestą funkciją	Diagnozės nustatymas, gydymo taktikos keitimas, gydytojo funkcijų pakeitimas, sisteminis viso Sveikatos centro koordinavimas.
Klinikiniai sprendimai	Gydytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai pagal profesinę kompetenciją	Koordinatorius, VKG, registracijos darbuotojai ar VSB neperima klinikinių sprendimų.
Registravimas ir eilių valdymas	Registracijos darbuotojai ir paslaugą organizuojanti / teikianti ASPĮ	Klinikinio prioriteto nustatymas, gydymo sprendimai, kitų įstaigų resursų valdymas.
Visuomenės sveikatos veiklos	VSB pagal visuomenės sveikatos priežiūros kompetenciją	Diagnostika, gydymas, individualaus paciento registravimas į ASPĮ paslaugas.
Duomenų tvarkymas ir stebėsena	Kiekviena įstaiga už savo duomenis; koordinatorius už sisteminę suvestinę pagal gautus duomenis	Kitų įstaigų duomenų valdytojo atsakomybė ir perteklinių klinikinių duomenų tvarkymas.



Bendrai finansuoja
Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO KOKYBĖS VADYBOS PRINCIPŲ APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro kokybės vadybos principų aprašas (toliau – Aprašas) nustato bendrus kokybės vadybos principus, kokybės sričių stebėsenos, vertinimo, neatitikčių valdymo, korekcinių veiksmų ir nuolatinio procesų gerinimo tvarką Sveikatos centro veiklos procesuose.
2. Aprašo paskirtis – užtikrinti, kad Sveikatos centro dalyviai bendruose procesuose taikytų vienodus kokybės vadybos principus, priimtų duomenimis pagrįstus sprendimus, laiku identifikuotų procesų trikdžius ir kryptingai gerintų pacientų kelio, paslaugų prieinamumo, komunikacijos ir bendradarbiavimo kokybę.
3. Aprašas taikomas Sveikatos centro veikloje dalyvaujantiems subjektams: koordinuojančiai įstaigai, Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, Veiklos koordinavimo grupei (toliau – VKG), partnerinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPĮ), Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biurui (toliau – VSB), atvejo vadybos funkcijas, registracijos, administravimo, duomenų ir stebėsenos funkcijas vykdantiems darbuotojams pagal jų kompetenciją.
4. Sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga – VšĮ Klaipėdos miesto poliklinika. Koordinuojanti įstaiga organizuoja bendrų Sveikatos centro procesų kokybės vadybą sistemos lygmeniu, koordinuoja bendrų kokybės principų taikymą ir inicijuoja procesų gerinimą, tačiau neperima partnerinių įstaigų vidaus administravimo, darbdavio, klinikinių sprendimų priėmimo ar vidaus medicininio audito funkcijų.
5. Aprašas taikomas kartu su Sveikatos centro bendradarbiavimo sutartimi, Sveikatos centro veiklos reglamentu, Vidaus procesų valdymo schema ir procesų aprašu, Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarka, Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujančių pagrindinių pareigybių ir funkcijų aprašymais, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politika, pacientų srautų valdymo ir „Žaliojo koridoriaus“ procesus reglamentuojančiais dokumentais, Paciento patirties ir skundų nagrinėjimo tvarka, IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu bei kitais susijusiais Sveikatos centro veiklos dokumentais.
6. Aprašo nuostatos neturi būti aiškinamos kaip pakeičiančios ar ribojančios kiekvienos partnerinės ASPĮ pareigą užtikrinti jos teikiamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, pacientų saugą, vidaus medicininio audito veiklą, licencijuojamos veiklos atitiktį ir teisės aktų laikymąsi savo kompetencijos ribose.
7. Apraše vartojamos sąvokos suprantamos taip, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos teisės aktuose, reglamentuojančiuose sveikatos sistemą, asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, visuomenės sveikatos priežiūrą, pacientų teises, asmens duomenų apsaugą ir Sveikatos centro veiklą.

II. KOKYBĖS VADYBOS TIKSLAS, OBJEKTAS IR RIBOS

8. Sveikatos centro kokybės vadybos tikslas – sudaryti sąlygas nuosekliam, koordinuotam, pacientui suprantamam ir savalaikiam paslaugų organizavimui, užtikrinant bendrų procesų aiškumą, atsakomybės ribų laikymąsi, duomenimis grįstą veiklos stebėseną ir nuolatinį procesų tobulinimą.
9. Kokybės vadybos objektas šiame Apraše yra ne atskirų partnerinių įstaigų visa vidaus veikla, o bendri Sveikatos centro procesai: pacientų srautų organizavimas, prioritetinio paciento srauto / „Žaliojo koridoriaus“ principo taikymas, registravimo ir informacijos perdavimo procesai, tarpįstaiginė komunikacija, VSB veiklų integravimas, duomenų rinkimas, procesų stebėsena, trikdžių eskalavimas ir korekcinių veiksmų įgyvendinimas.
10. Sveikatos centro kokybės vadybos sistema grindžiama procesiniu požiūriu: kiekvienas bendras procesas turi turėti aiškią paskirtį, dalyvius, atsakomybės ribas, informacijos perdavimo logiką, stebėsenos rodiklius, trikdžių valdymo mechanizmą ir peržiūros tvarką.
11. Kokybės vadybos ribos nustatomos atskiriant:
    11.1. bendrą Sveikatos centro procesų kokybės vadybą ir kiekvienos partnerinės įstaigos vidaus kokybės vadybos sistemą;
    11.2. sisteminį paslaugų organizavimo ir procesų koordinavimą ir individualaus paciento klinikinio sprendimo priėmimą;
    11.3. atvejo vadybos funkcijas konkretaus paciento kelio ribose ir Sveikatos centro veiklos koordinatoriaus sisteminio koordinavimo funkcijas;
    11.4. VSB prevencijos, sveikatos stiprinimo, visuomenės sveikatos stebėsenos ir informavimo funkcijas ir ASPĮ klinikines funkcijas;
    11.5. procesų stebėsenai naudojamus apibendrintus arba būtinus procesinius duomenis ir individualius paciento klinikinius duomenis, kurių perdavimas galimas tik teisėtu pagrindu ir būtina apimtimi.
12. Aprašas nėra ISO 9001 sertifikavimo dokumentas ir pats savaime nenustato pareigos Sveikatos centrui ar jo dalyviams sertifikuotis pagal kokybės vadybos standartus. Šiame Apraše taikomi kokybės vadybos principai naudojami kaip praktinis procesų valdymo ir nuolatinio gerinimo pagrindas.

III. KOKYBĖS VADYBOS PRINCIPAI

13. Sveikatos centro kokybės vadyba grindžiama šiais principais:

Principas	Taikymo Sveikatos centro procesuose esmė
Orientacija į pacientą	Procesai organizuojami taip, kad pacientui būtų aiškus jo kelias, paslaugų seka, informacijos gavimo būdas ir atsakingi kontaktai.
Paslaugų prieinamumas ir savalaikiškumas	Stebimi pacientų srautai, registravimo trikdžiai, terminai, prioritetinio srauto taikymo atvejai ir kliūtys, kurios gali daryti įtaką paslaugų gavimui.
Procesinis požiūris	Kokybė valdoma per aiškiai aprašytus procesus, procesų savininkus, įvestis, rezultatus, rodiklius ir korekcinius veiksmus.
Atsakomybės ribų aiškumas	Kiekvienas dalyvis atsako už savo proceso dalį, o bendri klausimai sprendžiami pagal koordinavimo, komunikacijos ir eskalavimo tvarką.
Duomenimis grįstas sprendimų priėmimas	Sprendimai dėl procesų tobulinimo grindžiami rodikliais, suvestinėmis, trikdžių fiksavimo įrašais ar suvestinėmis, pacientų grįžtamuoju ryšiu ir partnerių pateikta informacija.
Nuolatinis gerinimas	Nustatyti trūkumai, pasikartojantys trikdžiai ir neefektyvūs procesai vertinami, koreguojami ir pakartotinai peržiūrimi.
Bendradarbiavimas ir santykių valdymas	Kokybės vadyba grindžiama partnerinių įstaigų bendradarbiavimu, aiškia komunikacija, gerosios praktikos sklaida ir bendru sprendimų įgyvendinimu.
Konfidencialumas ir duomenų apsauga	Kokybės stebėsenai naudojami tik būtini, teisėtai tvarkomi duomenys; individualūs paciento duomenys tvarkomi tik būtina apimtimi ir teisėtu pagrindu.
Rizikomis grįstas požiūris	Didesnis dėmesys skiriamas tiems procesams, kuriuose kyla didesnė vėlavimų, informacijos praradimo, pasikartojančių trikdžių ar pacientų kelio fragmentacijos rizika.

14. Kokybės principai taikomi proporcingai: bendriems tarpįstaiginiams procesams taikoma vieninga kokybės vadybos logika, o kiekvienos partnerinės įstaigos vidaus kokybės užtikrinimo priemonės taikomos jos vidaus tvarka.

IV. KOKYBĖS VADYBOS MODELIS IR VALDYMO CIKLAS

15. Sveikatos centro kokybės vadybos modelis grindžiamas nuosekliu planavimo, įgyvendinimo, stebėsenos, analizės ir gerinimo ciklu.

1. Planavimas	2. Įgyvendinimas	3. Stebėsena	4. Analizė	5. Gerinimas
Nustatomi procesai, atsakomybės, rodikliai, komunikacijos kanalai ir laukiami rezultatai.	Procesai vykdomi pagal patvirtintus dokumentus, funkcijų aprašymus ir komunikacijos tvarką.	Renkami procesiniai duomenys, fiksuojami trikdžiai, stebimi terminai ir informacijos perdavimo kokybė.	VKG, koordinatorius ir atsakingi dalyviai analizuoja tendencijas, priežastis ir pasikartojančias problemas.	Inicijuojami korekciniai veiksmai, tikslinami procesai, dokumentai, komunikacijos kanalai ir darbuotojų informavimas.

16. Kokybės vadybos ciklas taikomas visoms pagrindinėms Sveikatos centro procesų grupėms. Prioritetas teikiamas procesams, kurie tiesiogiai veikia pacientų srautų valdymą, paslaugų prieinamumą, informacijos perdavimą, ŽK / prioritetinio srauto veikimą ir sisteminių trikdžių sprendimą.
17. Kokybės gerinimas organizuojamas ne tik reaguojant į jau įvykusias problemas, bet ir prevenciškai – analizuojant tendencijas, pasikartojančius vėlavimus, registravimo kliūtis, neaiškias atsakomybės ribas, informacijos perdavimo spragas ir pacientų grįžtamąjį ryšį.

V. KOKYBĖS SRITYS SVEIKATOS CENTRO PROCESUOSE

18. Sveikatos centro kokybės vadyboje išskiriamos šios pagrindinės kokybės sritys:

Kokybės sritis	Turinys	Pavyzdiniai vertinimo aspektai
Paslaugų prieinamumas	Pacientų galimybės gauti Sveikatos centrui priskirtas paslaugas per pagrįstą terminą.	Eilės, registravimo galimybės, prioritetinio srauto veikimas, paslaugų alternatyvos.
Paciento kelio aiškumas	Pacientui ir paslaugų teikėjams suprantama paslaugų seka, atsakingi kontaktai ir informacijos grįžimo logika.	Ar aišku, kas inicijuoja, kas registruoja, kas informuoja pacientą ir kas gauna rezultatą.
Tarpįstaiginė komunikacija	Informacijos perdavimas tarp koordinuojančios įstaigos, koordinatoriaus, ASPĮ, VSB, VKG ir kitų funkcijų.	Atsakymo savalaikiškumas, informacijos pilnumas, struktūruotas perdavimas, fiksavimo kokybė.
Registravimo proceso kokybė	Registravimo veiksmų, pacientų informavimo ir paslaugos laiko derinimo nuoseklumas.	Netikslūs siuntimai, klaidingi kontaktai, neatvykimai, informacijos trūkumas.
ŽK / prioritetinio srauto taikymas	Prioritetinio paciento srauto identifikavimo, nukreipimo, registravimo ir stebėsenos aiškumas.	Terminai, identifikavimo aiškumas, atvejo vadybos įsitraukimas, vėlavimų priežastys.
Duomenų ir stebėsenos kokybė	Procesų valdymui reikalingų duomenų tikslumas, periodiškumas, palyginamumas ir pakankamumas.	Rodiklių pateikimas, duomenų pilnumas, suvestinių kokybė, duomenų apsaugos laikymasis.
VSB veiklų integravimas	Visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencijos, mokinių sveikatos priežiūros ir stebėsenos veiklų sąsaja su SC procesais.	Nukreipimai į prevencines veiklas, informacinės kampanijos, apibendrintos stebėsenos duomenys.
Trikdžių ir neatitikčių valdymas	Procesų sutrikimų identifikavimas, fiksavimas, analizė, eskalavimas ir korekcinių veiksmų kontrolė.	Pasikartojimai, priežastys, sprendimo terminai, korekcijų veiksmingumas.

19. Kokybės sritys gali būti detalizuojamos pagal atskirus Sveikatos centro dokumentus, paslaugų grupes, projektinius rodiklius, VKG sprendimus ar koordinuojančios įstaigos patvirtintus metinius veiklos prioritetus.

VI. DALYVIŲ FUNKCIJOS KOKYBĖS VADYBOJE

20. Kokybės vadybos funkcijos paskirstomos pagal Sveikatos centro valdymo modelį, išlaikant partnerinių įstaigų savarankiškumą ir atsakomybę už jų teikiamas paslaugas.

Subjektas / funkcija	Pagrindinis vaidmuo kokybės vadyboje	Kompetencijos riba
Koordinuojanti įstaiga	Tvirtina bendrus kokybės vadybos principus, inicijuoja procesų peržiūrą, priima sisteminius sprendimus ir sudaro sąlygas korekcinių veiksmų įgyvendinimui.	Neperima partnerių klinikinių, darbdavio, vidaus medicininio audito ir duomenų valdytojo funkcijų.
Sveikatos centro veiklos koordinatorius	Koordinuoja procesų stebėseną, renka ir sistemina informaciją apie trikdžius, inicijuoja operacinius derinimus, teikia siūlymus VKG.	Nepriima klinikinių sprendimų ir nekoordinuoja individualaus paciento kelio vietoje atvejo vadybos.
VKG	Analizuoja procesų kokybės klausimus, rodiklius, pasikartojančius trikdžius, teikia siūlymus dėl gerinimo ir stebi sprendimų įgyvendinimą.	VKG sprendimai yra rekomendacinio pobūdžio. Kai svarstomam klausimui reikalingas formalus bendras sprendimas, jis įforminamas ir tvirtinamas bendradarbiavimo sutartyje bei kituose Sveikatos centro dokumentuose nustatyta tvarka.
Partnerinės ASPĮ	Užtikrina savo proceso dalies vykdymą, duomenų pateikimą, pacientų informavimą, trikdžių sprendimą ir paslaugų kokybę savo kompetencijos ribose.	Atsako už savo vidaus kokybės sistemą, klinikinius sprendimus, personalą ir pacientų saugą.
Atvejo vadybos funkcijas vykdantys darbuotojai	Koordinuoja konkretaus paciento kelią, kai tai numatyta ŽK ar pacientų srautų dokumentuose, stebi terminus ir fiksuoja individualaus kelio trikdžius.	Nepriima klinikinių sprendimų, nenustato diagnozių ir nekeičia gydytojo paskirtos taktikos.
Registracijos funkcijas vykdantys darbuotojai	Vykdo registravimo, pacientų informavimo ir registravimo trikdžių fiksavimo veiksmus pagal įstaigos tvarką.	Nevertina klinikinio prioritetiškumo, jeigu toks vertinimas nėra pavestas sveikatos priežiūros specialistui.
Administravimo, duomenų ir stebėsenos funkcija	Rengia suvestines, apibendrina rodiklius, padeda užtikrinti duomenų pateikimo periodiškumą ir fiksavimo kokybę.	Tvarko tik tuos duomenis, kurie būtini pavestoms funkcijoms vykdyti.
VSB	Teikia informaciją apie visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencijos, mokinių sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos stebėsenos veiklas.	Neperima ASPĮ klinikinių funkcijų ir individualaus paciento diagnostikos, gydymo ar registravimo funkcijų.

21. Kilus neaiškumams dėl atsakomybės ribų, vadovaujamasi Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujančių funkcijų aprašymais, vidaus procesų valdymo schema ir vidaus komunikacijos bei sprendimų priėmimo tvarka.

VII. PROCESŲ KOKYBĖS VALDYMAS

22. Kiekvieno Sveikatos centro proceso kokybė vertinama pagal proceso paskirtį, proceso savininko veiksmus, dalyvių įsitraukimą, informacijos perdavimo aiškumą, duomenų fiksavimą ir faktinį proceso rezultatą.
23. Procesų kokybės valdymas apima:
    23.1. proceso paskirties, įvesties ir laukiamo rezultato aiškumą;
    23.2. proceso savininko ir dalyvių funkcijų nustatymą;
    23.3. informacijos perdavimo kanalų ir terminų aiškumą;

23.4. duomenų, reikalingų procesui stebėti, apibrėžimą;
23.5. trikdžių, neatitikčių ir vėlavimų fiksavimą;
23.6. korekcinių veiksmų inicijavimą ir jų veiksmingumo peržiūrą;
23.7. dokumentų ir praktikos suderinimą, kai procesas realiai keičiasi.

24. Procesų kokybės vertinimas atliekamas sistemos ir operaciniu lygmeniu. Individualaus paciento klinikinė gydymo taktika, diagnozės nustatymas, tyrimų ar gydymo metodų parinkimas vertinami tik atitinkamos ASPĮ teisės aktų nustatyta vidaus tvarka ir nėra šio Aprašo reguliavimo objektas.
25. Jeigu proceso trikdis yra susijęs su konkretaus paciento kelio organizavimu, pirmiausia jis sprendžiamas konkretaus atvejo ribose. Jeigu trikdis kartojasi, daro poveikį daugiau nei vienai įstaigai arba rodo sisteminę problemą, jis perduodamas Sveikatos centro veiklos koordinatoriui ir, jei reikia, VKG.

VIII. RODIKLIAI, DUOMENYS IR STEBĖSENA

26. Kokybės stebėsenai naudojami rodikliai turi būti proporcingi, aiškūs, realiai renkami ir tiesiogiai susiję su Sveikatos centro procesų kokybe.
27. Rodikliai grupuojami pagal šias kryptis:

Kryptis	Pavyzdiniai rodikliai	Duomenų šaltinis / pastaba
Prieinamumas	Laukimo trukmės tendencijos, registravimo galimybės, paslaugų alternatyvų poreikis.	ASPĮ teikiamos suvestinės, registravimo informacija, koordinatoriaus suvestinės.
ŽK / prioritetinis srautas	Prioritetinių atvejų skaičius, vėlavimų skaičius, paslaugos suteikimo termino laikymasis, eskalavimo atvejai.	ASPĮ teikiami procesiniai duomenys, Paciento kelio kortelėje ir (ar) naudojamose informacinėse sistemose fiksuojami paciento kelio duomenys; sisteminei analizei – koordinatoriaus parengtos suvestinės.
Komunikacija	Vėluojančių atsakymų atvejai, neišsami informacija, pasikartojantys derinimo klausimai.	Kontaktinių asmenų informacija, komunikacijos suvestinės, trikdžių fiksavimo įrašai ar kitos naudojamos proceso apskaitos priemonės.
Duomenų kokybė	Nepilnų duomenų, pavėluotai pateiktų duomenų, skirtingai interpretuojamų rodiklių atvejai.	Duomenų teikimo suvestinės, koordinatoriaus analizė.
VSB veiklų integravimas	Prevencinių veiklų skaičius, informuotų tikslinių grupių apimtis, apibendrintos stebėsenos informacijos pateikimas.	VSB duomenys ir veiklos suvestinės.
Korekcinių veiksmų vykdymas	Korekcinių veiksmų skaičius, įgyvendintų priemonių dalis, pasikartojančių trikdžių pokytis.	Korekcinių veiksmų planai ir (ar) jų įgyvendinimo suvestinės, VKG protokolai, koordinatoriaus suvestinės.

28. Duomenys kokybės stebėsenai renkami tik tokia apimtimi, kuri būtina procesų stebėsenai, paslaugų organizavimo analizei, trikdžių valdymui ir teisės aktų nustatytoms funkcijoms vykdyti.
29. Koordinuojanti įstaiga ir Sveikatos centro veiklos koordinatorius sisteminės stebėsenos tikslais gali naudoti apibendrintus arba procesų valdymui būtinus duomenis, neperimdami partnerinių įstaigų kaip duomenų valdytojų atsakomybės.
30. Individualūs paciento klinikiniai duomenys kokybės vadybos tikslais bendrame Sveikatos centro lygmenyje nerenkami ir neplatinami, išskyrus atvejus, kai tai būtina konkretaus paciento keliui organizuoti arba numatyta teisės aktuose ir įstaigos vidaus tvarkose.

31. Rodiklių sąrašas gali būti peržiūrimas ir tikslinamas atsižvelgiant į Sveikatos centro veiklos prioritetus, projekto reikalavimus, VKG pasiūlymus, partnerių pateiktas pastabas ir faktinius procesų stebėsenos rezultatus.

IX. NEATITIKČIŲ, PROCESŲ TRIKDŽIŲ IR KOREKCINIŲ VEIKSMŲ VALDYMAS

32. Neatitiktimi arba proceso trikdžiu laikoma situacija, kai Sveikatos centro procesas nevyksta pagal patvirtintą tvarką, atsiranda informacijos perdavimo, registravimo, terminų laikymosi, atsakomybės ribų, duomenų pateikimo ar sprendimų įgyvendinimo problema.
33. Neatitiktys ir trikdžiai klasifikuojami pagal poveikį:

Lygmuo	Apibūdinimas	Sprendimo kryptis
Operacinis trikdis	Vienkartinis klausimas ar nesklandumas, kurį galima išspręsti konkrečios įstaigos ar funkcijos lygmeniu.	Sprendžia atsakinga įstaiga arba funkcija, prireikus informuojamas kontaktinis asmuo.
Tarpįstaiginis trikdis	Klausimas susijęs su kelių įstaigų komunikacija, informacijos perdavimu ar paslaugų seka.	Derina kontaktiniai asmenys ir koordinatorius.
Sisteminis trikdis	Problema kartojasi, daro poveikį procesui arba reikalauja bendro sprendimo.	Koordinatorius teikia klausimą VKG arba koordinuojančiai įstaigai.
Reikšmingas kokybės klausimas	Trikdis gali turėti reikšmingą poveikį pacientų interesams, paslaugų prieinamumui, teisės aktų laikymuisi ar Sveikatos centro reputacijai.	Koordinuojanti įstaiga priima sprendimą dėl veiksmų, partnerių informavimo ir, jei reikia, institucijų informavimo.

34. Korekcinių veiksmų valdymas apima šiuos veiksmus:
    34.1. trikdžio ar neatitikties identifikavimą ir pirminį fiksavimą;
    34.2. poveikio pacientų keliui, paslaugų prieinamumui, duomenų tikslumui ar komunikacijai įvertinimą;
    34.3. atsakingo subjekto ir reikalingų dalyvių nustatymą;
    34.4. sprendimo arba korekcinio veiksmo parinkimą;
    34.5. termino ir atsakingo asmens nustatymą;
    34.6. įgyvendinimo stebėseną;
    34.7. veiksmingumo įvertinimą ir, jei reikia, papildomų priemonių inicijavimą.
35. Korekcinių veiksmų tikslas nėra formali kaltės paieška. Jų tikslas – pašalinti arba sumažinti proceso trikdžio priežastį, išvengti pasikartojimo, aiškiau paskirstyti atsakomybes ir pagerinti paciento kelio ar bendradarbiavimo kokybę.
36. Jeigu trikdis susijęs su konkrečios partnerinės įstaigos vidaus veikla, klinikiniais sprendimais, pacientų saugos įvykiu, skundu ar vidaus medicininio audito objektu, jis nagrinėjamas tos partnerinės įstaigos vidaus tvarka. Sveikatos centro lygmeniu gali būti vertinamos tik apibendrintos procesinės pasekmės ir sisteminės sąsajos, jei jos veikia bendrus procesus.

X. PACIENTŲ PATIRTIES, SKUNDŲ IR GRĮŽTAMOJO RYŠIO NAUDOJIMAS

37. Pacientų patirtis ir grįžtamasis ryšys naudojami Sveikatos centro procesų gerinimui tiek, kiek jie susiję su bendrais paslaugų organizavimo, registravimo, informavimo, pacientų srautų, prioritetinio srauto, komunikacijos ir paslaugų tęstinumo klausimais.
38. Pacientų grįžtamasis ryšys gali būti renkamas pacientų apklausomis, elektroninėmis ar popierinėmis grįžtamojo ryšio formomis, apibendrintais pacientų pasiūlymais ir kitais partnerinėse įstaigose taikomais būdais.

39. Pacientų skundai dėl konkrečios ASPĮ teiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų, klinikinių sprendimų, specialistų veiksmų ar medicininių dokumentų nagrinėjami tos ASPĮ teisės aktų ir vidaus tvarkų nustatyta tvarka.
40. Sveikatos centro lygmeniu gali būti analizuojamos apibendrintos pacientų grįžtamojo ryšio tendencijos, kai jos rodo bendrus proceso trūkumus: neaiškų paciento kelią, informacijos stoką, registravimo kliūtis, pasikartojančius nukreipimo nesklandumus, nepakankamą komunikaciją tarp proceso dalyvių ar ŽK / prioritetinio srauto taikymo neaiškumus.
41. Pacientų grįžtamasis ryšys naudojamas:
    41.1. procesų aiškumui ir pacientų informavimo priemonėms gerinti;
    41.2. registravimo ir nukreipimo procesų trūkumams identifikuoti;
    41.3. pasikartojantiems informacijos perdavimo trikdžiams nustatyti;
    41.4. darbuotojų informavimo, konsultavimo ar kompetencijų stiprinimo poreikiui nustatyti;
    41.5. bendrų Sveikatos centro dokumentų ar formų tikslinimui inicijuoti.
42. Naudojant pacientų grįžtamąjį ryšį kokybės vadybos tikslais, laikomasi asmens duomenų apsaugos, medicininės paslapties, konfidencialumo, duomenų kiekio mažinimo ir tikslo apribojimo principų.

XI. VIDAUS PERŽIŪRA IR KOKYBĖS GERINIMO PLANAVIMAS

43. Sveikatos centro procesų kokybės peržiūra atliekama ne rečiau kaip kartą per metus, taip pat esant poreikiui – po reikšmingų procesų pakeitimų, pasikartojančių trikdžių, projekto reikalavimų pasikeitimo ar VKG siūlymo.
44. Metinės kokybės peržiūros metu vertinama:
    44.1. ar pagrindiniai Sveikatos centro procesai vykdomi pagal patvirtintus dokumentus;
    44.2. ar funkcijų ir atsakomybės ribos yra aiškios proceso dalyviams;
    44.3. ar komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarka veikia praktiškai;
    44.4. ar rodikliai renkami laiku ir pakankama apimtimi;
    44.5. kokie trikdžiai kartojosi ir kokios buvo jų priežastys;
    44.6. kokie korekciniai veiksmai įgyvendinti ir ar jie buvo veiksmingi;
    44.7. ar reikalingi dokumentų, procesų, informavimo ar kompetencijų stiprinimo pakeitimai.
45. Metinės kokybės peržiūros rezultatai gali būti įforminami koordinatoriaus suvestine, VKG posėdžio protokolu, koordinuojančios įstaigos patvirtintu veiksmų planu arba kitu Sveikatos centro dokumentuose nustatytu būdu.
46. Kokybės gerinimo priemonės planuojamos pagal prioritetus, atsižvelgiant į poveikį pacientui, paslaugų prieinamumui, procesų tęstinumui, teisės aktų laikymuisi, duomenų apsaugai ir partnerių praktines galimybes.

XII. DOKUMENTŲ, ĮRODYMŲ IR KOKYBĖS INFORMACIJOS VALDYMAS

47. Kokybės vadybos įrodymais laikomi patvirtinti Sveikatos centro dokumentai, procesų kortelės, komunikacijos ir kitos procesų suvestinės, VKG protokolai, rodiklių suvestinės, trikdžių fiksavimo įrašai ar suvestinės, korekcinių veiksmų planai ir jų įgyvendinimo informacija, pacientų grįžtamojo ryšio apibendrinimai bei kiti dokumentai ar įrašai, pagrindžiantys procesų vykdymą ir gerinimą.
48. Dokumentai ir kokybės informacija tvarkomi taip, kad būtų užtikrintas jų aiškumas, atsekamumas, aktualumas, konfidencialumas ir prieinamumas tiems darbuotojams ar subjektams, kuriems ši informacija būtina pavestoms funkcijoms vykdyti.

49. Dokumentų pakeitimai inicijuojami, kai nustatoma, kad patvirtintas procesas neatitinka faktinio darbo organizavimo, keičiasi teisės aktai, partnerių sąrašas, paslaugų apimtis, komunikacijos kanalai, duomenų teikimo tvarka ar kitos reikšmingos aplinkybės.
50. Dokumentų peržiūros ir tikslinimo poreikį gali inicijuoti koordinuojanti įstaiga, Sveikatos centro veiklos koordinatorius, VKG, partnerinė ASPĮ, VSB ar kitas Sveikatos centro proceso dalyvis pagal kompetenciją.

XIII. ATSAKOMYBĖ IR BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

51. Už bendrų Sveikatos centro kokybės vadybos principų taikymo organizavimą atsako koordinuojanti įstaiga pagal savo kompetenciją.
52. Už operacinį kokybės stebėsenos, informacijos sisteminimo, trikdžių apibendrinimo ir siūlymų teikimo koordinavimą atsako Sveikatos centro veiklos koordinatorius pagal jam pavestas funkcijas.
53. Kiekviena partnerinė ASPĮ ir VSB atsako už savo proceso dalies vykdymą, teikiamų duomenų tikslumą, darbuotojų informavimą, vidaus sprendimų įgyvendinimą ir teisės aktų laikymąsi savo kompetencijos ribose.
54. Nustačius bendrų Sveikatos centro procesų kokybės vadybos principų nesilaikymą, koordinuojanti įstaiga ar koordinatorius gali kreiptis į atitinkamą partnerinę įstaigą dėl trūkumų pašalinimo, pasiūlyti korekcinius veiksmus ir su partnerine įstaiga suderinti pagrįstą terminą informacijai pateikti ar veiksmams įgyvendinti.
55. Pasikartojantys, reikšmingi arba daugiau nei vieną partnerį paveikiantys kokybės vadybos klausimai gali būti svarstomi VKG, o prireikus – koordinuojančios įstaigos lygmeniu.
56. Šis Aprašas įsigalioja nuo jo patvirtinimo dienos.
57. Aprašas peržiūrimas ne rečiau kaip kartą per metus arba anksčiau, jeigu pasikeičia Sveikatos centro veiklos modelis, paslaugų teikimo sąlygos, teisės aktai, bendradarbiavimo sutartis ar nustatomas reikšmingas procesų tobulinimo poreikis.

---

1 priedas. Kokybės vadybos principų taikymo matrica

Kokybės principas	Koordinuojanti įstaiga	Koordinatorius	VKG	ASPĮ	VSB	Atvejo vadyba / registracija
Orientacija į pacientą	Organizuoja bendrų principų ir prioritetų rengimą bei derinimą ir pagal kompetenciją juos tvirtina.	Stebi pacientų kelio ir komunikacijos trikdžius.	Analizuoja tendencijas ir siūlo gerinimą.	Užtikrina paslaugų teikimą ir pacientų informavimą.	Prisideda per prevenciją ir informavimą.	Koordinuoja konkretų paciento kelią ir registravimo veiksmus pagal funkciją.
Prieinamumas ir savalaikiškumas	Priima sisteminius sprendimus.	Sistemina prieinamumo ir trikdžių informaciją.	Vertina pasikartojančias kliūtis.	Teikia paslaugas, valdo eiles ir alternatyvas savo dalyje.	Teikia prevencinių veiklų informaciją.	Stebi konkretaus atvejo terminus ir informuoja apie vėlavimus.
Procesinis požiūris	Organizuoja dokumentų ir procesų pakeitimų derinimą ir pagal kompetenciją juos tvirtina.	Koordinuoja procesų taikymą.	Svarsto procesų korekcijas.	Taiko procesus savo dalyje.	Taiko VSB procesus pagal kompetenciją.	Veikia pagal paciento kelio ir registravimo procesus.
Duomenimis grįsti sprendimai	Nustato stebėsenos poreikį.	Renka ir apibendrina procesinius duomenis.	Analizuoja rodiklius.	Teikia savo proceso dalies duomenis.	Teikia VSB apibendrintus duomenis.	Fiksuoja atvejo / registravimo informaciją pagal tvarką.
Nuolatinis gerinimas	Inicijuoja gerinimo planus.	Teikia siūlymus ir stebi korekcijas.	Vertina veiksmingumą.	Įgyvendina korekcinius veiksmus savo dalyje.	Prisideda pagal kompetenciją.	Informuoja apie praktinius trikdžius.
Konfidencialumas	Nustato bendrus principus.	Naudoja tik būtiną informaciją.	Analizuoja apibendrintą informaciją.	Atsako už savo tvarkomus duomenis.	Individualių klinikinių duomenų neperima.	Tvarko tik būtinus paciento kelio duomenis.

2 priedas. Kokybės sričių ir rodiklių sąrašas

Kokybės sritis	Rodiklis / stebimas aspektas	Periodiškumas	Duomenų šaltinis	Naudojimas
Paslaugų prieinamumas	Laukimo trukmės / registravimo galimybių tendencijos.	Ketvirtis / pagal poreikį	ASPĮ suvestinės, registravimo informacija.	Prieinamumo kliūtims ir alternatyvoms vertinti.
ŽK / prioritetinis srautas	Prioritetinių atvejų, vėlavimų ir eskalavimo atvejų skaičius.	Mėnuo / ketvirtis	Atvejo vadyba, ASPĮ, koordinatorius.	Prioritetinio srauto veikimui ir terminams vertinti.
Registravimo kokybė	Registravimo trikdžiai, nepilni duomenys, neatvykimai.	Ketvirtis	Registratūros, kontaktiniai asmenys.	Registravimo proceso tobulinimui.
Komunikacija	Vėluojantys atsakymai, neaiškūs klausimai, informacijos neatitikimai.	Ketvirtis / pagal poreikį	Komunikacijos suvestinės, koordinatorius.	Tarpįstaiginei komunikacijai gerinti.
Duomenų kokybė	Nepateikti, pavėluoti arba nepilni rodiklių duomenys.	Ketvirtis	Duomenų teikimo suvestinės.	Stebėsenos kokybei ir palyginamumui užtikrinti.
VSB integravimas	Prevencinių veiklų, informuotų tikslinių grupių ir stebėsenos informacijos apimtis.	Pusmetis / metai	VSB suvestinės.	Prevencijos ir visuomenės sveikatos stiprinimo planavimui.
Korekcinių veiksmų vykdymas	Įgyvendintų korekcinių veiksmų dalis, pasikartojančių trikdžių pokytis.	Ketvirtis / metai	Korekcinių veiksmų planai ir (ar) jų įgyvendinimo suvestinės, VKG protokolai.	Nuolatiniam procesų gerinimui.
Pacientų grįžtamasis ryšys	Apibendrintos pastabos dėl registravimo, informavimo, paciento kelio aiškumo.	Pusmetis / metai	ASPĮ ir koordinatoriaus apibendrinta informacija.	Paciento kelio ir informavimo priemonėms gerinti.



Bendrai finansuoja
Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO VEIKLOS ORGANIZAVIMO VIDAUS TVARKOS TAISYKLĖS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro veiklos organizavimo vidaus tvarkos taisyklės (toliau – Taisyklės) nustato bendruosius Sveikatos centro veiklos ir darbo organizavimo, darbo laiko taikymo bendruose Sveikatos centro procesuose, dalyvių bendradarbiavimo, pacientų srautų koordinavimo, informacijos perdavimo, sprendimų priėmimo, atsakomybės, kokybės gerinimo ir konfidencialumo laikymosi principus.
2. Taisyklės taikomos koordinuojančiai įstaigai, Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, Veiklos koordinavimo grupei, partnerinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biurui, atvejo vadybos funkcijas vykdantiems darbuotojams ir visiems partnerinių įstaigų darbuotojams tiek, kiek jie pagal jiems pavestas funkcijas dalyvauja Sveikatos centro veiklos procesuose.
3. Sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga yra VšĮ Klaipėdos miesto poliklinika. Koordinuojanti įstaiga organizuoja bendrą Sveikatos centro procesų koordinavimą ir prižiūri, kad bendradarbiavimas vyktų pagal suderintus dokumentus, tačiau neperima partnerinių įstaigų kaip atskirų juridinių asmenų funkcijų.
4. Taisyklės taikomos kartu su Sveikatos centro bendradarbiavimo sutartimi, Sveikatos centro veiklos reglamentu, Vidaus procesų valdymo schema ir procesų aprašu, Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarka, Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujančių pagrindinių pareigybių ir funkcijų aprašymais, Kokybės vadybos principų aprašu, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politika, pacientų srautų valdymą, registraciją, paciento informavimą, pacientų patirtį ir „Žaliojo koridoriaus“ organizavimą reglamentuojančiais dokumentais bei IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu.
5. Taisyklės nepakeičia partnerinių įstaigų vidaus tvarkos taisyklių, darbo tvarkos taisyklių, pareiginių nuostatų, pacientų skundų nagrinėjimo tvarkų, medicininio audito dokumentų, duomenų apsaugos politikų ar kitų įstaigų vidaus dokumentų, jeigu šie klausimai nepriskirti bendrai Sveikatos centro procesų koordinavimo sričiai.
6. Jeigu klausimas susijęs su konkrečios partnerinės įstaigos teikiama paslauga, personalo veikla, klinikiniu sprendimu, medicininiais dokumentais, skundu dėl paslaugos kokybės ar paciento teisių įgyvendinimu konkrečioje įstaigoje, jis pirmiausia sprendžiamas tos įstaigos vidaus dokumentuose nustatyta tvarka.

II. TAISYKLIŲ TIKSLAS IR PRINCIPAI

7. Taisyklių tikslas – užtikrinti, kad Sveikatos centro dalyviai veiktų kaip koordinuota paslaugų organizavimo sistema, išlaikydami kiekvienos dalyvaujančios įstaigos teisinį, organizacinį, profesinį ir klinikinį savarankiškumą.

8. Sveikatos centro vidaus tvarka grindžiama šiais principais:

8.1. orientacija į pacientą ir jo kelio nuoseklumą;

8.2. paslaugų prieinamumas, savalaikiškumas ir tęstinumas;

8.3. aiškus atsakomybių ir kompetencijos ribų atskyrimas;

8.4. subsidiarumas – klausimai pirmiausia sprendžiami tame lygmenyje, kuriame jie kyla;

8.5. bendradarbiavimas ir operatyvus informacijos perdavimas;

8.6. duomenų kiekio mažinimas, konfidencialumas ir medicininės paslapties apsauga;

8.7. duomenimis grįstas procesų vertinimas ir nuolatinis gerinimas;

8.8. pagarbus, dalykiškas ir etiškas bendravimas tarp Sveikatos centro dalyvių.

9. Taisyklėmis siekiama sudaryti sąlygas aiškiai atskirti keturias veiklos sritis: sisteminį Sveikatos centro veiklos koordinavimą, konkretaus paciento kelio organizavimą, klinikinių sprendimų priėmimą ir visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencijos bei stebėsenos veiklas.

III. SVEIKATOS CENTRO VEIKLOS ORGANIZAVIMO LYGMENYS

10. Sveikatos centro veikla organizuojama pagal šiuos lygmenis:

10.1. strateginis ir administracinis lygmuo – koordinuojanti įstaiga, pagal kompetenciją priimanti bendrus organizacinius sprendimus, organizuojanti patvirtintų bendrų dokumentų taikymą ir jų įgyvendinimo stebėseną;

10.2. koordinavimo lygmuo – Sveikatos centro veiklos koordinatorius ir Veiklos koordinavimo grupė pagal jiems priskirtas funkcijas, vykdantys procesų derinimo, tarpįstaiginės komunikacijos, trikdžių analizės ir procesų tobulinimo siūlymų rengimo funkcijas;

10.3. paslaugų teikimo lygmuo – partnerinės ASPĮ, teikiančios Sveikatos centrui priskirtas asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir atsakančios už savo paslaugų kokybę, prieinamumą, pacientų aptarnavimą, klinikinius sprendimus ir duomenų tvarkymą;

10.4. visuomenės sveikatos lygmuo – VSB, vykdantis visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencijos, mokinių visuomenės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos stebėsenos funkcijas;

10.5. individualaus paciento kelio lygmuo – šeimos gydytojo komandos, gydytojų specialistų, registracijos darbuotojų, atvejo vadybos funkcijas vykdančių darbuotojų ir kitų specialistų veiksmai, skirti konkretaus paciento paslaugų sekai organizuoti.

11. Koordinatorius veikia sisteminių ir operacinių procesų koordinavimo lygmeniu, tačiau neperima individualaus paciento gydymo taktikos, diagnozavimo, siuntimų medicininio pagrįstumo ar gydytojo sprendimų.

12. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas koordinuoja konkretaus paciento kelią jam pavestos funkcijos ribose, tačiau nepriima klinikinių sprendimų, nenustato diagnozių ir nekeičia gydytojo paskirtos gydymo taktikos.

13. VSB nėra klinikinio paciento kelio grandis, išskyrus atvejus, kai pacientas ar gyventojų grupė nukreipiama į VSB vykdomas prevencines, sveikatos stiprinimo ar informavimo veiklas pagal kompetenciją.

IV. DARBO ORGANIZAVIMO IR DARBO LAIKO PRINCIPAI

14. Kiekviena Sveikatos centro partnerinė įstaiga savarankiškai organizuoja savo darbuotojų darbą, nustato darbo laiką, darbo grafikus, darbo ir poilsio režimą, pavadavimą bei kitas darbo sąlygas, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos teisės aktais ir savo vidaus dokumentais.
15. Partnerinių įstaigų darbuotojai bendruose Sveikatos centro procesuose dalyvauja jų darbdavio nustatyto darbo laiko ir jiems pavestų funkcijų ribose. Dalyvavimas Sveikatos centro procesuose savaime nekeičia darbuotojo darbo laiko, pavaldumo ar kitų darbo sąlygų.
16. Partnerinės įstaigos paskiria kontaktinius arba kitus atsakingus asmenis, per kuriuos jų darbo metu organizuojamas informacijos perdavimas, tarpįstaiginių klausimų derinimas ir kitų bendrų Sveikatos centro procesų vykdymas. Pasikeitus atsakingam asmeniui ar jo kontaktiniams duomenims, apie tai informuojamas Sveikatos centro veiklos koordinatorius.
17. Kai dėl darbuotojo nebuvimo, atostogų, ligos ar kitų priežasčių negali būti vykdoma Sveikatos centro procesui reikalinga funkcija, jos tęstinumą ir, esant poreikiui, pavadavimą organizuoja darbuotoją įdarbinusi partnerinė įstaiga pagal savo vidaus tvarką.
18. Tarpinstituciniai susitikimai, Veiklos koordinavimo grupės posėdžiai, procesų aptarimai ir kitos planuojamos bendros veiklos organizuojamos iš anksto, kiek įmanoma derinant jų laiką su dalyvaujančių asmenų darbo organizavimu.
19. Skubūs ar neatidėliotini tarpįstaiginiai klausimai sprendžiami Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarkoje nustatytais komunikacijos ir eskalavimo kanalais. Šios Taisyklės nenustato pareigos partnerinių įstaigų darbuotojams būti pasiekiamiems už jų darbdavio nustatyto darbo laiko ribų, išskyrus atvejus, kai tokia pareiga kyla iš teisės aktų, darbo organizavimo ar konkrečios įstaigos vidaus dokumentų.
20. Darbo grafikų sudarymas, viršvalandinis darbas, budėjimas, nuotolinis darbas, atostogos, darbo drausmė, darbuotojų vertinimas ir kiti individualių darbo santykių klausimai sprendžiami darbuotoją įdarbinusios įstaigos nustatyta tvarka ir nėra bendro Sveikatos centro koordinavimo objektas.

V. SVEIKATOS CENTRO DALYVIŲ BENDROJI VIDAUS TVARKA

21. Sveikatos centro dalyviai, įgyvendindami bendrus procesus, privalo laikytis patvirtintų Sveikatos centro dokumentų, tarpusavio bendradarbiavimo susitarimų, teisės aktų ir kiekvienos įstaigos vidaus tvarkos dokumentų.
22. Partnerinė įstaiga paskiria ar nurodo kontaktinį asmenį, atsakingą už informacijos perdavimą Sveikatos centro veiklos koordinatoriui ir kitų bendrų procesų derinimą pagal savo kompetenciją.
23. Partnerinių įstaigų darbuotojai Sveikatos centro procesuose dalyvauja tiek, kiek tai susiję su jiems darbdavio pavestomis funkcijomis, teikiamomis paslaugomis, pacientų registravimu, informacijos perdavimu, duomenų teikimu, kokybės gerinimu ar kitais suderintais procesais.
24. Sveikatos centro veiklos koordinatorius organizuoja operacinę komunikaciją, sisteminių trikdžių vertinimą, sprendimų įgyvendinimo stebėseną ir informacijos perdavimą tarp dalyvių pagal Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarką.
25. Veiklos koordinavimo grupė svarsto sisteminius ir tarpįstaiginius klausimus, analizuoja rodiklius, vertina pasikartojančius trikdžius ir teikia siūlymus dėl procesų tobulinimo.
26. Koordinuojanti įstaiga užtikrina bendro Sveikatos centro veiklos dokumentų paketo administravimą, organizuoja dokumentų peržiūrą ir pagal poreikį inicijuoja jų atnaujinimą.
27. Sveikatos centro dalyviai privalo bendradarbiauti konstruktyviai, laiku teikti informaciją, nevilkinti klausimų sprendimo ir apie sisteminius trikdžius informuoti nustatyta tvarka.

VI. PACIENTŲ REGISTRAVIMO, NUKREIPIMO IR INFORMAVIMO PRINCIPAI

28. Pacientų registravimas į konkrečias asmens sveikatos priežiūros paslaugas vykdomas partnerinės ASPĮ vidaus tvarkose, informacinėse sistemose ir teisės aktuose nustatyta tvarka.
29. Sveikatos centro procesų lygmeniu registravimo ir nukreipimo principai taikomi tiek, kiek jie reikalingi paciento kelio nuoseklumui, paslaugų prieinamumo stebėsenai, tarpįstaiginiam informacijos perdavimui ir sisteminių trikdžių valdymui.
30. Pacientui turi būti suteikiama aiški, suprantama ir aktuali informacija apie registracijos laiką, paslaugos teikimo vietą, pasirengimo reikalavimus, galimus pakeitimus ir veiksmus, kuriuos pacientas turi atlikti, kad paslauga būtų suteikta laiku.
31. Informavimą apie konkrečią paslaugą, jos laiką, vietą, pasirengimo reikalavimus ir pakeitimus vykdo paslaugą organizuojanti ar teikianti įstaiga arba kitas atsakingas darbuotojas pagal įstaigoje nustatytą tvarką.
32. Jeigu paciento kelias apima kelių partnerinių ASPĮ paslaugas, susiję darbuotojai pagal kompetenciją perduoda paciento kelio organizavimui būtiną informaciją ir organizuoja paciento informavimą Paciento informavimo tvarkoje, IT sistemų naudojimo tvarkos apraše, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politikoje bei kituose taikomuose dokumentuose nustatyta tvarka.
33. Paciento informavimas vykdomas tik teisėtu pagrindu, laikantis konfidencialumo, duomenų kiekio mažinimo ir medicininės paslapties apsaugos reikalavimų.
34. Registravimo, nukreipimo ar informacijos perdavimo trikdžiai pirmiausia sprendžiami tos įstaigos ar funkcijos lygmeniu, kurioje trikdis kilo. Jeigu trikdis pasikartoja, daro poveikį kelioms įstaigoms arba trukdo paciento kelio tęstinumui, jis perduodamas Sveikatos centro veiklos koordinatoriui.

VII. PRIORITETINIO PACIENTO SRAUTO IR „ŽALIOJO KORIDORIAUS“ ORGANIZAVIMAS

35. Prioritetinio paciento srauto ir „Žaliojo koridoriaus“ principai taikomi pagal Pacientų srautų valdymo tvarkos aprašą, Registracijos ir eilių valdymo taisykles, Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodiką, Paslaugų teikimo algoritmus / maršrutus ir kitus susijusius specialiuosius Sveikatos centro dokumentus. Prioritetinio srauto stebėsena vykdoma šiuose dokumentuose ir Kokybės vadybos principų apraše nustatyta tvarka.
36. Paciento priskyrimas prioritetiniam srautui ar „Žaliojo koridoriaus“ principui grindžiamas klinikiniu poreikiu, teisės aktuose ar Sveikatos centro dokumentuose nustatytais kriterijais ir kompetentingo sveikatos priežiūros specialisto sprendimu pagal jo profesinę kompetenciją.
37. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas, kai ši funkcija konkrečiam paciento keliui taikoma, koordinuoja paslaugų seką, stebi paciento keliui taikomus terminus, organizuoja paciento informavimą Paciento informavimo tvarkoje nustatyta tvarka ir fiksuoja organizacinę paciento kelio eigą Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje.
38. Prioritetinio srauto trikdžiai, susiję su paslaugos prieinamumu, registravimo galimybėmis, informacijos perdavimo vėlavimu ar kelių įstaigų veiksmų derinimu, sprendžiami operaciniu lygmeniu, o esant sisteminiam pobūdžiui perduodami koordinatoriui ir, prireikus, Veiklos koordinavimo grupei.

39. „Žaliojo koridoriaus“ ar kito prioritetinio proceso taikymas nekeičia gydytojo klinikinės atsakomybės, nepakeičia teisės aktuose nustatytų paciento teisių ir neapriboja partnerinės ASPĮ atsakomybės už jos teikiamos paslaugos kokybę.

VIII. VIDAUS KOMUNIKACIJA IR SPRENDIMŲ PRIĖMIMAS

40. Sveikatos centro vidaus komunikacija vykdoma pagal patvirtintą Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarką.
41. Operaciniai klausimai pirmiausia sprendžiami tiesiogiai tarp susijusių funkcijų ar įstaigų. Koordinatorius įtraukiamas tada, kai klausimas yra tarpįstaiginis, pasikartojantis, sisteminis arba jo negalima išspręsti vienos įstaigos lygmeniu.
42. Sprendimai Sveikatos centro procesuose priimami atsižvelgiant į klausimo pobūdį:

    42.1. individualaus paciento klinikiniai klausimai sprendžiami gydytojo ar kito sveikatos priežiūros specialisto kompetencijos ribose;

    42.2. registravimo ir paciento informavimo klausimai sprendžiami paslaugą organizuojančios įstaigos ar atsakingos funkcijos lygmeniu;

    42.3. tarpįstaiginiai procesų derinimo klausimai koordinuojami Sveikatos centro veiklos koordinatoriaus lygmeniu, bendradarbiaujant su susijusiomis partnerinėmis įstaigomis;

    42.4. pasikartojantys sisteminiai klausimai svarstomi Veiklos koordinavimo grupėje;

    42.5. bendrų dokumentų, procesų ar organizacinio modelio keitimo klausimai derinami ir įforminami bendradarbiavimo sutartyje bei kituose Sveikatos centro dokumentuose nustatyta tvarka.
43. Sprendimai, turintys įtakos kelių įstaigų bendram procesui, turi būti fiksuojami raštu arba kitoje nustatytoje formoje, nurodant sprendimo esmę, atsakingus subjektus, terminus ir įgyvendinimo stebėsenos būdą.

IX. DUOMENŲ APSAUGA, KONFIDENCIALUMAS IR INFORMACIJOS SAUGUMAS

44. Sveikatos centro procesuose tvarkoma informacija ir asmens duomenys turi būti tvarkomi teisėtai, sąžiningai, skaidriai, tik nustatytais tikslais ir tik tokia apimtimi, kuri būtina konkrečiam procesui įgyvendinti.
45. Kiekviena partnerinė įstaiga atsako už savo informacinėse sistemose, dokumentuose ir vidaus procesuose tvarkomų duomenų teisėtumą, tikslumą, saugumą ir konfidencialumą.
46. Koordinuojanti įstaiga ir koordinatorius sisteminės stebėsenos tikslais gali gauti apibendrintus arba procesų valdymui būtinus duomenis, neperimdami partnerinių įstaigų kaip duomenų valdytojų atsakomybės.
47. Individualūs klinikiniai paciento duomenys tarp Sveikatos centro dalyvių perduodami tik teisėtu pagrindu, tik būtina apimtimi ir tik tiek, kiek tai reikalinga konkrečiai paslaugai organizuoti, paciento keliui užtikrinti arba teisės aktuose nustatytoms funkcijoms vykdyti.
48. VSB Sveikatos centro veiklos kontekste pirmiausia teikia ir gauna informaciją, susijusią su visuomenės sveikatos stiprinimu, prevencinėmis veiklomis, mokinių visuomenės sveikatos priežiūra ir visuomenės sveikatos stebėsena. Individualūs klinikiniai paciento duomenys VSB neperduodami, išskyrus teisės aktuose nustatytus arba teisėtai pagrįstus atvejus.

49. Apie įtariamą asmens duomenų saugumo pažeidimą, neteisėtą informacijos atskleidimą, netikslų duomenų perdavimą ar kitą konfidencialumo pažeidimą informuojama pagal Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politiką bei atitinkamos įstaigos vidaus tvarką.

X. PACIENTŲ, GYVENTOJŲ IR DARBUOTOJŲ BENDRAVIMO PRINCIPAI

50. Sveikatos centro procesuose pacientai, gyventojai ir jų atstovai informuojami aiškiai, pagarbiai, suprantamai ir dalykiškai.
51. Sveikatos centro dalyvių darbuotojai, komunikuodami tarpusavyje, su pacientais ar gyventojais, privalo laikytis profesinės etikos, pagarbos, konfidencialumo, nešališkumo ir bendradarbiavimo principų.
52. Pacientų ar gyventojų klausimai, susiję su konkrečia paslauga, pirmiausia nukreipiami paslaugą organizuojančiai ar teikiančiai įstaigai. Klausimai, susiję su bendru Sveikatos centro procesų veikimu, gali būti perduodami koordinatoriui ar koordinuojančiai įstaigai pagal kompetenciją.
53. Nepagarbus, diskriminacinis, grasinantis, žeminantis ar konfidencialumą pažeidžiantis bendravimas Sveikatos centro procesuose netoleruojamas. Tokie atvejai sprendžiami pagal atitinkamos įstaigos vidaus dokumentus ir, jeigu turi sisteminį poveikį Sveikatos centro procesams, gali būti aptariami koordinavimo lygmeniu.
54. Darbuotojai, dalyvaujantys Sveikatos centro procesuose, turi teisę gauti jų funkcijoms atlikti reikalingą informaciją, metodinę pagalbą ir aiškius veikimo principus pagal patvirtintus Sveikatos centro dokumentus.

XI. SKUNDŲ, PRAŠYMŲ IR GRĮŽTAMOJO RYŠIO SĄSAJOS SU SVEIKATOS CENTRO PROCESAIS

55. Pacientų skundai, prašymai ir pareiškimai dėl konkrečios asmens sveikatos priežiūros paslaugos, darbuotojo veiksmų, medicininių dokumentų, paslaugos kokybės ar paciento teisių įgyvendinimo nagrinėjami tos partnerinės įstaigos, kurioje klausimas kilo, vidaus tvarkose ir teisės aktuose nustatyta tvarka.
56. Koordinuojanti įstaiga ir koordinatorius neperima partnerinės įstaigos skundų nagrinėjimo funkcijos, jeigu skundas susijęs su konkrečios įstaigos teikiama paslauga, darbuotojų veiksmais ar klinikiniais sprendimais.
57. Jeigu skundas, prašymas ar grįžtamasis ryšys atskleidžia sisteminį Sveikatos centro procesų trikdį, pavyzdžiui, pasikartojančius registravimo, informacijos perdavimo, tarpįstaiginio derinimo ar paciento kelio tęstinumo trūkumus, tokia informacija gali būti perduodama koordinatoriaus analizei ir Veiklos koordinavimo grupei.
58. Apibendrintas pacientų ar gyventojų grįžtamasis ryšys gali būti naudojamas Sveikatos centro procesų peržiūrai, kokybės gerinimui ir korekcinių veiksmų planavimui, neatskleidžiant daugiau asmens duomenų, negu būtina.

XII. KOKYBĖS GERINIMAS, STEBĖSENA IR TRIKDŽIŲ VALDYMAS

59. Sveikatos centro procesų kokybės gerinimas vykdomas pagal Kokybės vadybos principų aprašą, Vidaus procesų valdymo schemą, Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarką ir kitus susijusius dokumentus.

60. Sveikatos centro veiklos stebėsena gali apimti paslaugų prieinamumo, pacientų srautų, prioritetinių atvejų, registravimo trikdžių, informacijos perdavimo, VSB veiklų, korekcinių veiksmų ir kitus suderintus rodiklius.
61. Kiekviena partnerinė įstaiga atsako už savo teikiamų duomenų tikslumą, teikimo savalaikiškumą ir jų atitikimą teisės aktų bei vidaus dokumentų reikalavimams.
62. Trikdžiai klasifikuojami pagal jų poveikį: vienos įstaigos lygmens, tarpįstaiginiai, sisteminiai arba reikšmingi pacientų interesams ir paslaugų prieinamumui.
63. Vienos įstaigos lygmens trikdis sprendžiamas tos įstaigos viduje. Tarpįstaiginis ar sisteminis trikdis perduodamas koordinatoriui, o pasikartojantys ar reikšmingi trikdžiai gali būti svarstomi Veiklos koordinavimo grupėje.
64. Nustačius poreikį, gali būti rengiami korekciniai veiksmai, nustatomi atsakingi subjektai, įgyvendinimo terminai ir rezultatų stebėsenos būdas.

XIII. TAISYKLIŲ ĮGYVENDINIMAS, PERŽIŪRA IR ATNAUJINIMAS

65. Už Taisyklių administravimą ir periodinę peržiūrą atsakinga koordinuojanti įstaiga.
66. Sveikatos centro dalyviai su Taisyklėmis supažindinami koordinuojančios įstaigos nustatyta forma arba per jiems aktualius kontaktinius asmenis, užtikrinant, kad su Taisyklėmis būtų supažindinti darbuotojai, dalyvaujantys bendruose Sveikatos centro procesuose.
67. Partnerinės įstaigos užtikrina, kad jų darbuotojai Sveikatos centro procesuose veiktų pagal jiems pavestas funkcijas, atitinkamos įstaigos vidaus dokumentus ir suderintus Sveikatos centro veiklos dokumentus.
68. Taisyklės peržiūrimos ne rečiau kaip kartą per metus arba anksčiau, jeigu pasikeičia Sveikatos centro veiklos modelis, bendradarbiavimo sutartis, paslaugų apimtis, teisės aktai, procesų organizavimo poreikiai ar nustatomi reikšmingi praktinio taikymo trūkumai.
69. Taisyklių pakeitimai derinami su Sveikatos centro partnerinėmis įstaigomis ir, kai pagal klausimo pobūdį reikalinga, Veiklos koordinavimo grupe, o tvirtinami koordinuojančios įstaigos vadovo įsakymu bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka.

XIV. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

70. Taisyklės įsigalioja nuo jų patvirtinimo dienos, jeigu patvirtinimo dokumente nenustatyta kitaip.
71. Klausimai, kurių Taisyklės nereglamentuoja, sprendžiami vadovaujantis teisės aktais, Sveikatos centro bendradarbiavimo sutartimi, kitais Sveikatos centro dokumentais ir partnerinių įstaigų vidaus dokumentais pagal kompetenciją.
72. Kilus neaiškumams dėl Taisyklių taikymo, pirmiausia vertinama, ar klausimas priskirtinas bendram Sveikatos centro procesų koordinavimui, ar konkrečios partnerinės įstaigos vidaus veiklos sričiai.
73. Taisyklės yra bendro Sveikatos centro procesų organizavimo dokumentas ir negali būti aiškinamos kaip suteikiančios koordinuojančiai įstaigai teisę perimti partnerinių įstaigų klinikinių sprendimų, personalo valdymo, vidaus administravimo ar duomenų valdytojo funkcijas.

1 priedas. Sveikatos centro vidaus tvarkos taikymo ribų matrica

Sritis	Bendras Sveikatos centro lygmuo	Partnerinės įstaigos vidaus lygmuo
Darbo laikas ir darbuotojų darbo organizavimas	Bendruose procesuose derinami kontaktai, atsakingi asmenys ir informacijos perdavimo kanalai.	Darbo grafikai, pareiginės funkcijos, pavaldumas ir darbo drausmė nustatomi kiekvienoje įstaigoje.
Pacientų registravimas	Stebimi registravimo trikdžiai, prioritetinio srauto eiga, tarpįstaiginio nukreipimo problemos.	Konkreti registravimo į paslaugą tvarka, darbo vietų organizavimas ir registracijos kanalai nustatomi įstaigoje.
Klinikiniai sprendimai	Bendruose procesuose užtikrinamas paciento kelio tęstinumas ir informacijos perdavimo principai.	Diagnozavimą, tyrimų, siuntimų, gydymo taktikos ir kitus klinikinius sprendimus priima sveikatos priežiūros specialistai pagal kompetenciją.
Atvejo vadyba	Taikoma paciento kelio koordinavimo, terminų stebėsenos ir informacijos derinimo ribose, kai funkcija pavesta.	Darbuotojo pavaldumas, darbo krūvis, pareigybė ir kitos darbo sąlygos nustatomos darbdavio dokumentuose.
VSB veiklos	Integruojamos per prevenciją, visuomenės sveikatos stiprinimą, informavimą ir apibendrintą stebėseną.	VSB savo veiklas organizuoja pagal jam taikomus teisės aktus ir vidaus dokumentus.
Skundai ir prašymai	Sisteminiai ar pasikartojantys procesų trikdžiai gali būti analizuojami koordinavimo lygmeniu.	Skundai dėl konkrečios paslaugos, darbuotojo veiksmų ar paciento teisių nagrinėjami paslaugą suteikusioje įstaigoje.
Duomenų apsauga	Taikomi bendri duomenų kiekio mažinimo, teisėto perdavimo ir konfidencialumo principai.	Kiekviena įstaiga atsako už savo duomenų tvarkymo operacijas, informacines sistemas ir saugumo priemones.
Kokybės gerinimas	Analizuojami bendri procesų rodikliai, trikdžiai, korekciniai veiksmai ir procesų gerinimo priemonės.	Medicininis auditas, paslaugų kokybės kontrolė ir darbuotojų atsakomybės klausimai sprendžiami įstaigos viduje.

2 priedas. Pacientų ir gyventojų informavimo sveikatos centro procesuose principai

Informavimo situacija	Kas informuoja	Kokia informacija pateikiama	Pastaba
Registracija į konkrečią paslaugą	Paslaugą organizuojanti ar teikianti ASPĮ / registracijos funkciją vykdantis darbuotojas	Vizito laikas, vieta, pasirengimo reikalavimai, kontaktas, pasikeitimai.	Vykdoma pagal konkrečios įstaigos vidaus tvarką.
Kelių įstaigų paslaugų seka	Atvejo vadybos funkciją vykdantis darbuotojas arba atsakingas kontaktinis asmuo pagal pavestą funkciją	Paslaugų seka, tolimesni veiksmai, reikalinga informacija pacientui.	Klinikiniai sprendimai lieka gydytojo kompetencijoje.
Prioritetinis srautas / ŽK	Šeimos gydytojo komanda, atvejo vadyba, registracijos funkcija ir paslaugą teikianti ASPĮ pagal procesą	Priskyrimo pagrindas, registravimo eiga, terminai, trikdžiai ir alternatyvūs organizaciniai sprendimai.	Taikoma tik pagal patvirtintus ŽK / pacientų srautų dokumentus.
VSB prevencinės ar sveikatos stiprinimo veiklos	VSB arba partnerinė įstaiga, nukreipianti į VSB veiklą	Veiklos pobūdis, tikslinė grupė, dalyvavimo sąlygos, kontaktai.	Individualūs klinikiniai duomenys neperduodami, išskyrus teisėtai pagrįstus atvejus.
Bendras Sveikatos centro procesų klausimas	Koordinatorius arba koordinuojanti įstaiga pagal kompetenciją	Bendra informacija apie procesą, kontaktus, atsakingus subjektus ar tolesnį nukreipimą.	Nesprendžia konkrečios įstaigos skundo ar klinikinio sprendimo klausimo.

3 priedas. Sveikatos centro vidaus tvarkos taikymo santrauka

Klausimas	Trumpas taikymo principas
Kas sprendžia klinikinius klausimus?	Gydytojas ar kitas sveikatos priežiūros specialistas pagal kompetenciją. Koordinatorius ir VKG klinikinių sprendimų nepriima.
Kas koordinuoja sisteminius procesus?	Koordinuojanti įstaiga ir Sveikatos centro veiklos koordinatorius pagal patvirtintus dokumentus.
Kas koordinuoja konkretų paciento kelią?	Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas, kai ši funkcija pavesta, arba atsakingi paslaugos organizavimo dalyviai pagal patvirtintus procesus.
Kas atsako už konkrečios paslaugos kokybę?	Paslaugą teikianti partnerinė ASPĮ pagal teisės aktus, licenciją ir savo vidaus dokumentus.
Kada įtraukiamas koordinatorius?	Kai klausimas yra tarpįstaiginis, pasikartojantis, sisteminis arba negali būti išspręstas vienos įstaigos lygmeniu.
Kada klausimas perduodamas VKG?	Kai trikdis pasikartoja, turi sisteminį poveikį arba reikia kelių dalyvių suderinto sprendimo.
Kaip taikoma VSB funkcija?	VSB dalyvauja prevencijos, visuomenės sveikatos stiprinimo, mokinių visuomenės sveikatos priežiūros, informavimo ir stebėsenos srityse.

Pastaba. Ši santrauka yra pagalbinė. Esant neaiškumams, taikomos pagrindinės Taisyklių nuostatos ir kiti Sveikatos centro veiklą reglamentuojantys dokumentai.



Bendrai finansuoja
Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO VEIKLOS REGLAMENTAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro veiklos reglamentas (toliau – Reglamentas) nustato Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro (toliau – Sveikatos centras) veiklos paskirtį, misiją, viziją, vertybes, strateginius tikslus, veiklos sritis, valdymo struktūrą, sprendimų priėmimo, koordinavimo, partnerių sąveikos, stebėsenos ir atsakomybės principus.
2. Reglamento paskirtis – užtikrinti vieningą, koordinuotą ir nuoseklų Sveikatos centro veikimą, racionalų turimų išteklių naudojimą, aiškią atsakomybių sistemą, efektyvų informacijos judėjimą tarp dalyvių ir pacientui suprantamą sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kelią, įgyvendinant 2026 m. birželio 29 d. Sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių Sveikatos centrui priskiriamas sveikatos priežiūros paslaugas Klaipėdos miesto savivaldybėje, bendradarbiavimo sutartį Nr. SU-151.
3. Reglamentas taikomas visiems Sveikatos centro sudėtyje veikiantiems dalyviams: asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, visuomenės sveikatos biurui ir kitiems Sveikatos centro veikloje dalyvaujantiems partneriams pagal jų kompetenciją, Sveikatos centro bendradarbiavimo sutartyje nustatytas funkcijas ir aktualų Sveikatos centrui priskiriamų paslaugų sąrašą.
4. Sveikatos centro veikla organizuojama vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisės aktais, sveikatos apsaugos ministro patvirtintais sveikatos centrų veiklą ir Sveikatos centrui priskiriamų paslaugų teikimą reglamentuojančiais teisės aktais, Klaipėdos miesto savivaldybės sprendimais, Sveikatos centro bendradarbiavimo sutartimi, šiuo Reglamentu ir kitais Sveikatos centro veiklą reglamentuojančiais vidaus dokumentais.
5. Reglamente vartojamos sąvokos suprantamos taip, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos, asmens sveikatos priežiūros, pacientų teisių, visuomenės sveikatos priežiūros, asmens duomenų apsaugos ir kituose taikytinuose teisės aktuose.
6. Sveikatos centro sudėtis, partnerinės įstaigos, jų teikiamos paslaugos ir funkcijos nurodomos Sveikatos centro bendradarbiavimo sutartyje, aktualiame Sveikatos centrui priskiriamų paslaugų sąraše ir šio Reglamento prieduose.

II. SVEIKATOS CENTRO PASKIRTIS, MISIJA, VIZIJA IR VERTYBĖS

7. Sveikatos centro paskirtis – užtikrinti koordinuotą asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, stiprinti Sveikatos centro dalyvių bendradarbiavimą, gerinti paslaugų prieinamumą, kokybę ir tęstinumą Klaipėdos miesto savivaldybės gyventojams.
8. Sveikatos centro veikla grindžiama ne atskirų įstaigų izoliuotu veikimu, o suderinta, duomenimis grįsta ir pacientui orientuota sistema, kurioje kiekvienas dalyvis vykdo jam priskirtą funkciją ir prisideda prie bendrų Sveikatos centro tikslų įgyvendinimo.
9. Sveikatos centro misija – užtikrinti Klaipėdos miesto savivaldybės gyventojams savalaikes, prieinamas ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, stiprinant Sveikatos centro dalyvių bendradarbiavimą ir kuriant nuoseklų paciento kelią.

10. Sveikatos centro vizija – tapti koordinuotai veikiančia sveikatos priežiūros sistema, kurioje Sveikatos centro dalyviai veikia kaip tarpusavyje bendradarbiaujantis tinklas, o gyventojams ir pacientams užtikrinamas aiškus, savalaikis ir nuoseklus paslaugų teikimas.
11. Sveikatos centro veikla grindžiama šiomis vertybėmis:

Orientacija į pacientą – Sveikatos centro veikla orientuota į paciento poreikius, užtikrinant aiškų, nuoseklų ir savalaikį paciento kelią. Paslaugos organizuojamos taip, kad pacientui būtų suprantami procesai, terminai ir atsakingos grandys, o perėjimas tarp skirtingų paslaugų lygių būtų sklandus ir užtikrintų tęstinę priežiūrą.

Kokybė ir profesionalumas – Paslaugos teikiamos laikantis klinikinių, profesinių ir etikos standartų, užtikrinant pacientų saugą. Veikla grindžiama kompetencijų tobulinimu, procesų vertinimu ir sprendimų priėmimu, pagrįstu gerąja praktika ir teisės aktų reikalavimais.

Bendradarbiavimas – Sveikatos centro dalyviai veikia kaip vientisa sistema, derina sprendimus, dalijasi informacija ir atsakomybe. Tarpusavio koordinavimas užtikrina paslaugų tęstinumą ir efektyvų išteklių panaudojimą.

Atsakingas veikimas – Sveikatos centro dalyviai ir darbuotojai veikia atsakingai, aiškiai vykdo savo funkcijas ir priima pagrįstus sprendimus, įvertindami jų poveikį visai sistemai.

Skaidrumas ir atvirumas – Sveikatos centro veikla grindžiama aiškiais susitarimais, atvira komunikacija ir tarpusavio pasitikėjimu, sudarant sąlygas konstruktyviam problemų sprendimui ir nuosekliam bendradarbiavimui.

III. STRATEGINIAI TIKSLAI IR VEIKLOS KRYPTYS

12. Sveikatos centro strateginiai tikslai nustato pagrindines veiklos gerinimo kryptis ir sudaro pagrindą metiniam veiklos koordinavimui, procesų tobulinimui bei stebėsenai.
13. Užtikrinti koordinuotą ir integruotą sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.
    - aiškiai apibrėžti pacientų srautų valdymą tarp sveikatos priežiūros lygių;
    - gerinti pirminio paciento įvertinimo kokybę;
    - didinti specialistų tarpusavio sąveikos efektyvumą;
    - užtikrinti sklandų pacientų perėjimą tarp paslaugų lygių.
14. Užtikrinti „Žaliojo koridoriaus“ principu grindžiamo pacientų aptarnavimo modelio įgyvendinimą.
    - nustatyti aiškius pacientų registravimo, nukreipimo ir informacijos perdavimo procesus;
    - užtikrinti savalaikį pacientų patekimą pas specialistus ir mažinti laukimo laikus;
    - gerinti pacientų kelią ir patirtį Sveikatos centre.
15. Gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir savalaikiškumą.
    - mažinti laukimo laikus pas sveikatos priežiūros specialistus;
    - užtikrinti paslaugų prieinamumą arčiau paciento gyvenamosios vietos, kai tai atitinka paslaugų teikimo organizavimo galimybes;
    - gerinti registracijos į paslaugas procesus.
16. Užtikrinti aukštą sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir pacientų saugą.
    - gerinti sprendimų ir gydymo planų kokybę;
    - taikyti rizikų, incidentų ir neatitikimų valdymo priemones;
    - užtikrinti pacientų saugą visame paslaugų teikimo procese.
17. Didinti Sveikatos centro veiklos efektyvumą ir išteklių panaudojimą.
    - koordinuoti turimų išteklių paskirstymą pagal poreikį;
    - mažinti neefektyvių procesų apimtis;

- koordinuoti investicijas ir paslaugų plėtrą pagal Sveikatos centro poreikius.

18. Plėtoti duomenimis grįstą valdymą ir stiprinti Sveikatos centro pajėgumus.
    - tobulinti veiklos rodiklių sistemą ir stebėseną;
    - naudoti duomenis sprendimų priėmimui;
    - inicijuoti ir koordinuoti partnerinių įstaigų bendras informavimo, gerosios praktikos sklaidos ir kompetencijų stiprinimo priemones darbuotojams, dalyvaujantiems Sveikatos centro procesuose.

IV. SVEIKATOS CENTRO VALDYMO STRUKTŪRA

19. Sveikatos centro veiklos valdymo struktūrą sudaro strateginis, koordinacinis ir operacinis lygmenys.
20. Strateginį lygmenį sudaro koordinuojanti įstaiga, kuri organizuoja Sveikatos centro veiklos koordinavimą, pagal kompetenciją tvirtina bendruosius veiklos dokumentus, koordinuoja procesų suderinamumą ir vykdo bendrą Sveikatos centro veiklos stebėseną.
21. Koordinacinį lygmenį sudaro Sveikatos centro veiklos koordinatorius ir Sveikatos centro veiklos koordinavimo grupė. Šiame lygmenyje vykdomas kasdienis tarpįstaiginių procesų koordinavimas, sprendimų derinimas, problemų eskalavimas ir procesų stebėsena pagal kiekvienam subjektui priskirtą kompetenciją.
22. Sveikatos centro dalyvių funkcijos, atsakomybės ir tarpusavio sąveika detalizuojamos šiame Reglamente, funkcijų ir atsakomybių matricoje bei kituose Sveikatos centro veiklą reglamentuojančiuose dokumentuose.

Sveikatos centro valdymo struktūros principinė schema:

Lygmuo	Subjektai	Pagrindinė funkcija
Strateginis	Koordinuojanti įstaiga – VšĮ Klaipėdos miesto poliklinika	Veiklos kryptis, bendrieji sprendimai, dokumentų tvirtinimas ir sistemos veikimo priežiūra.
Koordinacinis	Sveikatos centro koordinatorius; veiklos koordinavimo grupė	Procesų koordinavimas, sprendimų derinimas, stebėsena, neatitikimų ir trikdžių valdymas.
Operacinis	Partnerinės ASPĮ, VSB, atvejo vadybos funkcijas vykdantys darbuotojai, šeimos gydytojų komandos, specialistai, registracijos ir kiti darbuotojai	Paslaugų teikimas, paciento kelio organizavimas, duomenų teikimas, priimtų sprendimų įgyvendinimas pagal kompetenciją.

V. KOORDINUOJANČIOS ĮSTAIGOS FUNKCIJOS

23. Koordinuojanti įstaiga organizuoja ir koordinuoja Sveikatos centro dalyvių tarpusavio bendradarbiavimą, procesų suderinimą, bendrų metodikų ir procedūrų taikymo koordinavimą bei jų įgyvendinimo stebėseną sistemos lygmeniu.
24. Koordinuojanti įstaiga pagal savo kompetenciją organizuoja bendrų Sveikatos centro veiklos principų, patvirtintų tvarkų, kokybės reikalavimų, strateginių prioritetų ir bendradarbiavimo sutartyje nustatytų įsipareigojimų įgyvendinimo koordinavimą bei stebėseną, neperimdama partnerinių įstaigų vadovų, darbdavių, sveikatos priežiūros specialistų ar kitų subjektų kompetencijos ir atsakomybės.
25. Koordinuojanti įstaiga vykdo šias pagrindines funkcijas:

25.1. veiklos koordinavimo srityje:

- organizuoja bendrųjų Sveikatos centro veiklos dokumentų, tvarkų ir metodikų rengimą bei derinimą ir pagal kompetenciją juos tvirtina arba teikia tvirtinti bendradarbiavimo sutartyje bei kituose Sveikatos centro dokumentuose nustatyta tvarka;
- derina partnerinių įstaigų procesus, kad paslaugų teikimas būtų nuoseklus ir vieningas;
- koordinuoja suderintų procedūrų ir vienodų standartų taikymą, teikia rekomendacijas ir metodinę pagalbą jų įgyvendinimui;

25.2. paciento kelio ir paslaugų organizavimo priežiūros srityje:

- koordinuoja paciento kelio valdymo procesų suderinamumą tarp pirminio ir antrinio asmens sveikatos priežiūros paslaugų lygių;
- stebi atvejo vadybos procesų įgyvendinimą sistemos lygmeniu ir teikia rekomendacijas jų tobulinimui;
- organizuoja paciento kelio procesų stebėseną sistemos lygmeniu ir inicijuoja jų tobulinimą, neperimdama individualių klinikinių sprendimų priėmimo ar konkretaus paciento atvejo valdymo;

25.3 duomenų valdymo ir stebėsenos srityje:

- organizuoja Sveikatos centro veiklos stebėsenai reikalingų duomenų pateikimą, sistemina ir analizuoja partnerių pateiktus bei kitais teisėtais būdais gautus procesinius ir apibendrintus duomenis;
- vertina paslaugų prieinamumo tendencijas, procesų efektyvumą ir jų pokyčius;
- teikia ataskaitas partnerinėms įstaigoms, savivaldybei ir kitoms teisės aktuose numatytoms institucijoms;

25.4. kokybės užtikrinimo srityje:

- stebi nustatytų procesų laikymąsi ir inicijuoja korekcinius veiksmus;
- inicijuoja ir koordinuoja partnerinių įstaigų bendras informavimo, gerosios praktikos sklaidos ir kompetencijų stiprinimo priemones darbuotojams, dalyvaujantiems Sveikatos centro procesuose;
- koordinuoja paslaugų kokybės, pacientų saugos ir procesų tobulinimo klausimus sistemos lygmeniu;

25.5. bendradarbiavimo ir komunikacijos srityje:

- organizuoja ir koordinuoja komunikaciją tarp partnerinių įstaigų ir, pagal kompetenciją, su išorinėmis institucijomis;
- koordinuoja Sveikatos centro informacijos sklaidą ir komunikacijos kanalus;
- koordinuoja tarpinstitucinius susitikimus, procesų aptarimus ir pokyčių diegimą.

VI. SVEIKATOS CENTRO KOORDINATORIUS

26. Sveikatos centro koordinatorius (toliau – Koordinatorius) paskiriamas koordinuojančios įstaigos vadovo įsakymu arba kitu koordinuojančios įstaigos vidaus dokumentuose nustatytu būdu.
27. Koordinatoriaus tikslas – koordinuoti Sveikatos centro sisteminius ir operacinius procesus, organizuoti tarpįstaiginę sąveiką, stebėti suderintų sprendimų įgyvendinimą ir inicijuoti veiksmus, kai nustatomi procesų sutrikimai.
28. Koordinatorius vykdo sisteminių ir operacinių procesų koordinavimą, organizuoja partnerinių įstaigų tarpusavio sąveiką, koordinuoja koordinuojančios įstaigos priimtų sprendimų įgyvendinimo stebėseną ir inicijuoja operatyvų reagavimą į veiklos sutrikimus.
29. Koordinatorius nevykdo individualaus paciento atvejo vadybos funkcijų ir nepriima klinikinių sprendimų. Paciento kelio organizavimas konkrečiu atveju priskiriamas atvejo vadybos funkcijas

vykdančiam darbuotojui, šeimos gydytojo komandai ar kitam teisės aktuose ir vidaus dokumentuose nurodytam subjektui.

30. Koordinatoriaus pagrindinės funkcijos:
    - koordinuoti suderintų paslaugų teikimo, informacijos perdavimo ir bendradarbiavimo procesų įgyvendinimą;
    - prižiūrėti procesų suderinamumą tarp pirminio ir antrinio asmens sveikatos priežiūros paslaugų lygių;
    - organizuoti tarpinstitucinius susitikimus, rengti jų medžiagą ir organizuoti priimtų sprendimų komunikavimą;
    - stebėti nustatytų Sveikatos centro tvarkų laikymąsi, identifikuoti procesų trikdžius ir teikti siūlymus jų šalinimui;
    - organizuoti duomenų rinkimo ir pateikimo procesus, analizuoti paslaugų prieinamumo ir terminų laikymosi rodiklius;
    - dalyvauti rengiant ir atnaujinant Sveikatos centro tvarkas, procedūras ir veiklos dokumentus;
    - stebėti „Žaliojo koridoriaus“ procesų įgyvendinimą sistemos lygmeniu ir inicijuoti sprendimus, kai nustatoma procesų vėlavimo ar nutrūkimo rizika;
    - vykdyti kitus koordinuojančios įstaigos pavestus su Sveikatos centro veiklos koordinavimu susijusius veiksmus.
31. Koordinatorius atsako už procesų koordinavimą sisteminiu lygmeniu, Sveikatos centro veiklos koordinavimo grupės sprendimų įgyvendinimo koordinavimą, komunikacijos suderinimą, duomenų analizės kokybę ir informacijos apie reikšmingus procesų sutrikimus perdavimą susijusioms įstaigoms.

VII. VEIKLOS KOORDINAVIMO GRUPĖ

32. Sveikatos centro veiklos koordinavimo grupė (toliau – Grupė) yra kolegialaus pobūdžio koordinavimo struktūra, skirta tarpįstaiginiams klausimams svarstyti, sprendimams derinti, procesų priežiūrai ir veiklos tobulinimo priemonėms inicijuoti.
33. Grupę sudaro koordinuojančios įstaigos vadovas arba jo paskirtas atstovas, Koordinatorius, atvejo vadybos funkcijas vykdančių darbuotojų atstovas, partnerinių įstaigų vadovų deleguoti asmenys, o pagal poreikį – visuomenės sveikatos biuro, savivaldybės ar kitų institucijų atstovai. Grupės sudėtis formuojama atsižvelgiant į Sveikatos centro bendradarbiavimo sutarties priedu patvirtintą Klaipėdos miesto sveikatos centro koordinacinės grupės sąrašą.
34. Grupės sudėtį tvirtina koordinuojančios įstaigos vadovas. Grupės veiklos organizavimą užtikrina Koordinatorius, veikdamas koordinuojančios įstaigos pavedimu.
35. Grupės posėdžiai organizuojami pagal poreikį, bet ne rečiau kaip vieną kartą per ketvirtį. Posėdžiai gali vykti kontaktiniu, nuotoliniu arba mišriu būdu. Sprendimai gali būti priimami ir rašytinės procedūros būdu, jeigu tai neprieštarauja koordinuojančios įstaigos nustatytai tvarkai.
36. Grupės pagrindinės funkcijos:
    - analizuoti Sveikatos centro veiklos procesus, identifikuoti tarpįstaiginius trikdžius ir teikti siūlymus bei rekomendacijas dėl kompleksinių problemų sprendimo;
    - vertinti paslaugų prieinamumo, pacientų registravimo, konsultacijų, tyrimų terminų laikymosi ir kitų procesų įgyvendinimo rodiklius;
    - stebėti duomenų pateikimo kokybę, tikslumą, savalaikiškumą ir partnerinių įstaigų informacijos teikimo drausmę;
    - vertinti „Žaliojo koridoriaus“ ir kitų pacientų srautų valdymo procesų įgyvendinimo rezultatus;
    - derinti sprendimus dėl pacientų srautų valdymo ir paslaugų planavimo sistemos lygmeniu;

- analizuoti pacientų ir darbuotojų grįžtamąjį ryšį bei teikti rekomendacijas dėl paslaugų organizavimo gerinimo;
- periodiškai vertinti metinio veiklos plano įgyvendinimą ir teikti siūlymus dėl jo vykdymo;
- nagrinėti organizacinius ginčytinus atvejus dėl procesų taikymo ir teikti siūlomus sprendimus.

37. Grupės sprendimai įforminami protokolu. Protokole nurodoma posėdžio data, dalyviai, svarstyti klausimai, sprendimų esmė, atsakingi vykdytojai ir įgyvendinimo terminai.
38. Grupės sprendimai yra rekomendacinio pobūdžio. Grupėje suderinti sprendimai įgyvendinami partnerinėse įstaigose pagal jų kompetenciją ir jose taikomą sprendimų priėmimo tvarką.

VIII. SVEIKATOS CENTRO DALYVIŲ FUNKCIJOS IR SĄVEIKA

39. Sveikatos centro dalyviai vykdo funkcijas pagal Sveikatos centro bendradarbiavimo sutartyje, šiame Reglamente, Sveikatos centro vidaus dokumentuose ir teisės aktuose nustatytą kompetenciją.
40. Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų funkcijos:
    - atlikti pirminį paciento būklės įvertinimą;
    - teikti siuntimus ir reikalingą informaciją tolesniam gydymui ar konsultacijoms;
    - bendradarbiauti su atvejo vadybos funkcijas vykdančiais darbuotojais, specialistais ir kitomis Sveikatos centro grandimis;
    - užtikrinti informacijos apie pacientą perdavimą teisės aktų ir vidaus tvarkų nustatyta tvarka;
    - dalyvauti pacientų srautų valdymo, prevencijos ir paslaugų tęstinumo procesuose.
41. Antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų funkcijos:
    - užtikrinti paslaugų suteikimą pagal nustatytus terminus ir turimus pajėgumus;
    - laiku pateikti tyrimų, konsultacijų ir kitus medicininius duomenis teisės aktų nustatyta tvarka;
    - komunikuoti apie paslaugų prieinamumo ribojimus, pajėgumų pokyčius ar procesų trikdžius;
    - bendradarbiauti su pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigomis ir atvejo vadybos funkcijas vykdančiais darbuotojais, užtikrinant paciento kelio tęstinumą.
42. Ambulatorines slaugos ir priežiūros paslaugas namuose teikiančių dalyvių funkcijos:
    - teikti pacientams ambulatorines slaugos paslaugas namuose teisės aktų nustatyta tvarka;
    - užtikrinti paslaugų tęstinumą po gydymo stacionare, šeimos gydytojo nukreipimu ar kitais nustatytais atvejais;
    - bendradarbiauti su šeimos gydytojų komandomis, atvejo vadybos funkcijas vykdančiais darbuotojais ir kitais Sveikatos centro dalyviais;
    - laiku perduoti informaciją apie suteiktas paslaugas ir paciento būklės pokyčius.
43. Visuomenės sveikatos biuro funkcijos Sveikatos centro veikloje:
    - vykdyti mokinių visuomenės sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos stiprinimo ir visuomenės sveikatos stebėsenos veiklas pagal savo kompetenciją;
    - informuoti Sveikatos centro dalyvius apie pacientui ir pacientų grupėms teikiamas visuomenės sveikatos priežiūros, sveikatos stiprinimo ir prevencines paslaugas;
    - organizuoti sveikatos stiprinimo ir prevencinių programų vykdymą bei visuomenės sveikatos stiprinimo paslaugų teikimą;
    - bendradarbiauti nukreipiant gyventojus į sveikatos stiprinimo, prevencines, sveikos gyvensenos, fizinio aktyvumo, psichologinės gerovės ar kitas visuomenės sveikatos paslaugas;
    - teikti visuomenės sveikatos stebėsenos ir kitus pagal kompetenciją reikalingus duomenis Sveikatos centro veiklos planavimui ir vertinimui; dalyvauti bendrose Sveikatos centro

iniciatyvose, susijusiose su gyventojų sveikatos gerinimu, prevencija ir sveikatos raštingumo didinimu.

44. Bendrieji Sveikatos centro dalyvių įsipareigojimai:

- laikytis bendrų Sveikatos centro procedūrų ir suderintų veiklos standartų;
- bendradarbiauti keičiantis informacija, reikalinga paslaugų tęstinumui ir procesų koordinavimui;
- užtikrinti teikiamų duomenų tikslumą, savalaikiškumą ir atsekamumą;
- dalyvauti Sveikatos centro susitikimuose, informavimo, gerosios praktikos sklaidos ir kokybės gerinimo veiklose;
- užtikrinti asmens duomenų apsaugą ir konfidencialumą pagal teisės aktų reikalavimus;
- nedelsiant informuoti Koordinatorių ar koordinuojančią įstaigą apie reikšmingus procesų sutrikimus ar paslaugų teikimo ribojimus.

IX. SPRENDIMŲ PRIĖMIMAS IR VEIKLOS KOORDINAVIMAS

45. Sveikatos centro sprendimai priimami laikantis aiškumo, duomenimis grįsto vertinimo, partnerystės, proporcingumo, pacientų interesų prioriteto ir atsakomybės pasidalijimo principų.
46. Strateginio pobūdžio sprendimus, susijusius su bendrais Sveikatos centro veiklos dokumentais, procesų organizavimo principais, koordinavimo mechanizmais ir veiklos prioritetais, pagal savo kompetenciją ir bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka priima koordinuojanti įstaiga, atsižvelgdama į teisės aktų reikalavimus, savivaldybės sprendimus ir Grupės siūlymus.
47. Operacinio pobūdžio klausimų sprendimą Koordinatorius koordinuoja bendradarbiaudamas su partnerinių įstaigų paskirtais atsakingais asmenimis. Jei klausimo negalima išspręsti operaciniu lygmeniu, jis perduodamas koordinuojančiai įstaigai pagal kompetenciją arba Grupės svarstymui.
48. Kai dėl konkretaus proceso taikymo kyla ginčytinas ar neaiškus organizacinis klausimas, jis pirmiausia sprendžiamas tarp susijusių dalyvių. Nepavykus susitarti, klausimas eskaluojamas Koordinatoriui, o prireikus – Grupės svarstymui arba koordinuojančios įstaigos sprendimui.
49. Jeigu sprendimas susijęs su klinikiniu paciento būklės vertinimu, gydymo, tyrimų ar medicininės taktikos pasirinkimu, sprendimą priima kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas teisės aktų nustatyta tvarka. Koordinuojanti įstaiga, Koordinatorius ir Grupė neperima individualių klinikinių sprendimų priėmimo funkcijos.
50. Sveikatos centro komunikacija organizuojama naudojant suderintus komunikacijos kanalus: elektroninį paštą, informacines sistemas, nuotolinius ir kontaktinius susitikimus, protokolus, ataskaitas ir kitus koordinuojančios įstaigos nustatytus informacijos perdavimo būdus.
51. Informacija tarp dalyvių perduodama tik tiek, kiek būtina Sveikatos centro funkcijoms vykdyti, laikantis asmens duomenų apsaugos, konfidencialumo ir informacijos saugos reikalavimų.

X. PAGRINDINIŲ PROCESŲ ORGANIZAVIMAS

52. Sveikatos centro veikla organizuojama per pagrindinius ir pagalbinius procesus.
53. Pagrindiniai procesai apima:

- pacientų registravimą ir nukreipimą;
- pacientų srautų valdymą tarp pirminio ir antrinio asmens sveikatos priežiūros paslaugų lygių;
- „Žaliojo koridoriaus“ principu grindžiamą prioritetinių pacientų kelią;
- šeimos gydytojų komandų, gydytojų specialistų, tyrimų, konsultacijų ir kitų paslaugų teikimo sąveiką;
- mokinių visuomenės sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencinių ir stebėsenos veiklų integravimą pagal Visuomenės sveikatos biuro kompetenciją;
- paciento informavimą, grįžtamąjį ryšį ir paslaugų tęstinumo organizavimą.

54. Pagalbiniai procesai apima:
    - vidaus komunikaciją ir sprendimų priėmimą;
    - duomenų rinkimą, analizę, ataskaitų rengimą ir veiklos stebėseną;
    - kokybės valdymą ir procesų tobulinimą;
    - darbuotojų informavimą, gerosios praktikos sklaidą ir kompetencijų stiprinimo iniciatyvas;
    - dokumentų valdymą, asmens duomenų apsaugą ir konfidencialumo užtikrinimą;
    - IT sistemų naudojimą ir informacijos saugos priemones.
55. Detalus pacientų srautų valdymas, „Žaliojo koridoriaus“ taikymas, registravimo tarp įstaigų, atvejo vadybos, paciento informavimo, paciento patirties, skundų nagrinėjimo, IT sistemų naudojimo ir kiti procesai reglamentuojami atskiruose Sveikatos centro dokumentuose. Sveikatos centrui priskiriamų paslaugų sąrašas ir paslaugas teikiantys dalyviai nurodomi šio Reglamento 3 priede ir gali būti tikslinami pasikeitus bendradarbiavimo sutarčiai ar teisės aktų reikalavimams.
56. Sveikatos centro veiklos procesai peržiūrimi ir tobulinami atsižvelgiant į stebėsenos rezultatus, dalyvių pateiktus duomenis, pacientų ir darbuotojų grįžtamąjį ryšį, teisės aktų pokyčius ir praktinio taikymo metu nustatytus trūkumus.

XI. VEIKLOS STEBĖSENA, KOKYBĖS VALDYMAS IR ATASKAITOS

57. Sveikatos centro veiklos stebėsena vykdoma siekiant vertinti strateginių tikslų įgyvendinimą, paslaugų prieinamumą, kokybę, pacientų srautus, terminų laikymąsi, tarpįstaiginės sąveikos veiksmingumą ir kitus veiklos rezultatus.
58. Stebėsena vykdoma remiantis nustatytais veiklos rodikliais, duomenų rinkimo tvarkomis, ataskaitomis, pacientų ir darbuotojų grįžtamuoju ryšiu, skundų ir incidentų analize bei kitais Sveikatos centro veiklą atspindinčiais duomenimis.
59. Už strateginių tikslų, veiklos rodiklių ir procesų stebėsenos koordinavimą atsakinga koordinuojanti įstaiga. Duomenų rinkimo, teikimo, analizės ir ataskaitų rengimo veiksmus operaciniu lygmeniu koordinuoja Koordinatorius.
60. Sveikatos centro dalyviai pagal kompetenciją teikia koordinuojančiai įstaigai ir Koordinatoriui duomenis, reikalingus Sveikatos centro veiklos stebėsenai, kokybės vertinimui, veiklos gerinimui ir ataskaitų rengimui.
61. Stebėsenos rezultatai periodiškai analizuojami Grupėje ir naudojami planuojant Sveikatos centro veiklą, identifikuojant problemines sritis, priimant valdymo sprendimus ir tobulinant paslaugų organizavimą.
62. Sveikatos centro kokybės valdymas grindžiamas nuolatiniu procesų vertinimu ir tobulinimu, taikant planavimo, įgyvendinimo, vertinimo ir koregavimo principą.
63. Nustačius rodiklių nukrypimus, pasikartojančius proceso trikdžius, pacientų skundų ar nepasitenkinimo tendencijas, koordinuojanti įstaiga pagal kompetenciją inicijuoja korekcinius ir prevencinius veiksmus, o Grupė analizuoja klausimą ir teikia siūlymus dėl reikalingų gerinimo priemonių.
64. Sveikatos centro strateginių tikslų ir veiklos rezultatų stebėsena vykdoma ne rečiau kaip kartą per metus, o operacinių procesų stebėsena – šiuos procesus reglamentuojančiuose dokumentuose nustatytu periodiškumu.

XII. ATSAKOMYBĖ

65. Sveikatos centro dalyviai ir jų paskirti atsakingi darbuotojai atsako už šiame Reglamente, Sveikatos centro bendradarbiavimo sutartyje, vidaus dokumentuose ir teisės aktuose nustatytų funkcijų, įsipareigojimų ir bendradarbiavimo principų laikymąsi pagal savo kompetenciją.
66. Kiekvienas Sveikatos centro dalyvis atsako už savo proceso dalies tinkamą įgyvendinimą, teikiamų duomenų tikslumą, savalaikį informacijos perdavimą, paslaugų teikimą pagal kompetenciją ir priimtų sprendimų įgyvendinimą savo įstaigoje.
67. Nustačius šio Reglamento ar kitų Sveikatos centro dokumentų nuostatų nevykdymą ar netinkamą vykdymą, koordinuojanti įstaiga gali kreiptis į atitinkamą Sveikatos centro dalyvį dėl trūkumų pašalinimo ir su juo suderinti pagrįstą terminą nustatytiems neatitikimams ištaisyti.
68. Pasikartojantys ar reikšmingi Reglamento nuostatų pažeidimai gali būti svarstomi Grupėje, teikiant siūlymus dėl procesų gerinimo, papildomų organizacinių priemonių ar atsakomybės ribų patikslinimo.
69. Jei nustatyti pažeidimai daro reikšmingą įtaką Sveikatos centro veiklai, paslaugų prieinamumui, pacientų interesams ar teisės aktų reikalavimų laikymuisi, apie tai gali būti informuojama Klaipėdos miesto savivaldybė ir kitos teisės aktuose numatytos institucijos.
70. Kiekviena partnerinė įstaiga savarankiškai sprendžia darbuotojų atsakomybės klausimus pagal savo vidaus dokumentus, darbo santykius reglamentuojančius teisės aktus ir kitus taikytinus teisės aktus.
71. Koordinuojanti įstaiga, Koordinatorius ir Grupė vykdo koordinavimo ir procesų valdymo funkcijas sistemos lygmeniu ir neperima partnerinių įstaigų vadovų, darbdavių, sveikatos priežiūros specialistų ar kitų subjektų teisės aktuose nustatytos atsakomybės.

XIII. DOKUMENTO ĮGYVENDINIMO PRIEŽIŪRA IR ATNAUJINIMAS

72. Koordinuojanti įstaiga organizuoja šio Reglamento įgyvendinimą, Sveikatos centro dalyvių informavimą apie Reglamento nuostatas ir Reglamento taikymo stebėseną.
73. Reglamentas taikomas kartu su kitais Sveikatos centro veiklą reglamentuojančiais dokumentais: Veiklos organizavimo vidaus tvarkos taisyklėmis, Vidaus procesų valdymo schema ir procesų aprašu, Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarka, Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujančių pagrindinių pareigybių ir funkcijų aprašymais, Kokybės vadybos principų aprašu, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politika, pacientų srautų valdymo ir „Žaliojo koridoriaus“ procesus reglamentuojančiais dokumentais, IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu bei kitais patvirtintais Sveikatos centro dokumentais.
74. Esant neatitikimų tarp šio Reglamento ir specialiųjų Sveikatos centro procesus reglamentuojančių dokumentų, konkrečiam procesui taikomos specialiojo dokumento nuostatos, jeigu jos neprieštarauja teisės aktams, Sveikatos centro bendradarbiavimo sutarčiai ir patvirtintuose bendruosiuose Sveikatos centro veiklos dokumentuose nustatytiems principams.
75. Reglamentas peržiūrimas ne rečiau kaip kartą per metus, taip pat pasikeitus teisės aktams, Sveikatos centro sudėčiai, bendradarbiavimo sutarčiai, paslaugų teikimo organizavimui ar nustačius praktinio taikymo trūkumus.
76. Reglamento pakeitimus inicijuoja koordinuojanti įstaiga arba kitas Sveikatos centro dalyvis pagal kompetenciją. Reglamento pakeitimai derinami su Sveikatos centro partnerinėmis įstaigomis ir, kai pagal klausimo pobūdį reikalinga, Veiklos koordinavimo grupe.
77. Reglamentas ir jo pakeitimai tvirtinami koordinuojančios įstaigos vadovo įsakymu bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka ir įsigalioja nuo jų patvirtinimo dienos, jeigu patvirtinimo dokumente nenustatyta kita įsigaliojimo data.

1.

Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro
veiklos reglamento
1 priedas

SVEIKATOS CENTRO DALYVIŲ SĄRAŠAS

Dalyvių sąrašas parengtas pagal 2026 m. birželio 29 d. Sveikatos centro bendradarbiavimo sutartį Nr. SU-151 ir aktualų Klaipėdos miesto savivaldybėje Sveikatos centrui priskiriamų paslaugų sąrašą.

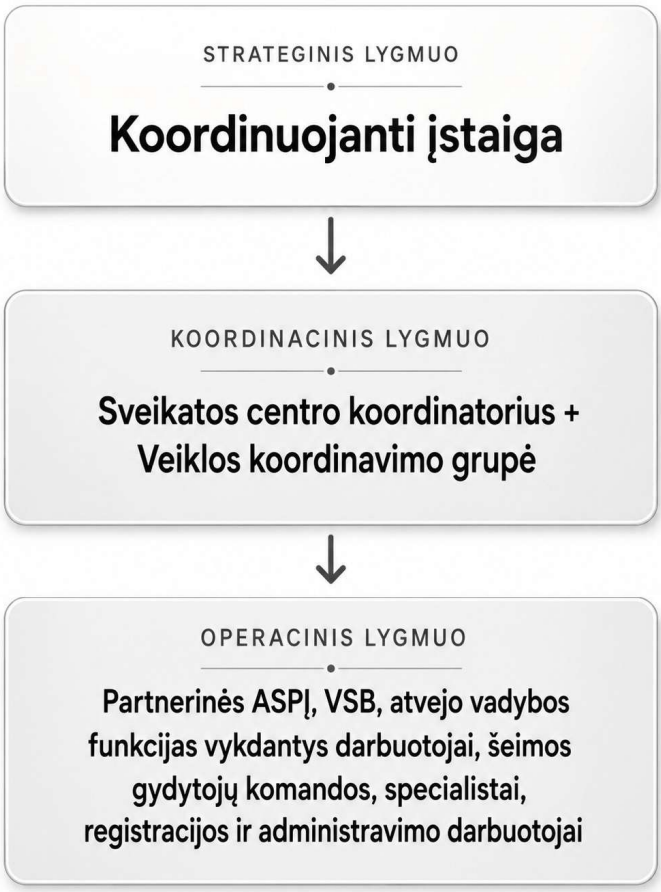
Eil. Nr.	Dalyvis	Tipas / žymuo	Pagrindinė funkcija / paslaugų sritis Sveikatos centro veikloje
1.	Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biuras	VSB	Mokinių visuomenės sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos stiprinimas ir visuomenės sveikatos stebėsena.
2.	VšĮ Klaipėdos miesto poliklinika	ASPĮ1; koordinuojanti įstaiga	Koordinuojanti įstaiga; šeimos medicina; odontologija; cukrinio diabeto slauga; ASPN; paliatyvioji pagalba; diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija; dienos stacionaras / dienos chirurgija; šeimų lankymo / ankstyvosios intervencijos paslaugos
3.	VšĮ Jūrininkų poliklinika	ASPĮ2	šeimos medicina; odontologija; cukrinio diabeto slauga; ASPN; paliatyvioji pagalba; diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija
4.	VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė	ASPĮ3	cukrinio diabeto slauga; paliatyvioji pagalba; diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija; dienos stacionaras / dienos chirurgija
5.	VšĮ Klaipėdos senamiesčio pirminės sveikatos priežiūros centras	ASPĮ4	šeimos medicina; odontologija
6.	VšĮ Klaipėdos psichikos sveikatos centras	ASPĮ5	psichikos sveikata; dienos stacionaras / dienos chirurgija
7.	VšĮ Klaipėdos medicininės slaugos ligoninė	ASPĮ6	paliatyvioji pagalba; palaikomasis gydymas ir slauga
8.	VšĮ „Ori senatvė“	ASPĮ7	cukrinio diabeto slauga; ASPN; paliatyvioji pagalba
9.	UAB „Affidea Lietuva“	ASPĮ8	diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija
10.	UAB „Mano šeimos gydytojas“	ASPĮ9	šeimos medicina; odontologija; psichikos sveikata; cukrinio diabeto slauga; ASPN; specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija; šeimų lankymo / ankstyvosios intervencijos paslaugos
11.	UAB „Paliatyvios pagalbos ir šeimos sveikatos centras“	ASPĮ10	šeimos medicina; cukrinio diabeto slauga; ASPN; paliatyvioji pagalba; palaikomasis gydymas ir slauga; diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija; dienos stacionaras / dienos chirurgija
12.	UAB „Narema“	ASPĮ11	šeimos medicina; odontologija

Eil. Nr.	Dalyvis	Tipas / žymuo	Pagrindinė funkcija / paslaugų sritis Sveikatos centro veikloje
13.	UAB VNT medicinos centras	ASPĮ12	šeimos medicina; specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija
14.	UAB Navicko klinika	ASPĮ13	šeimos medicina; diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija
15.	UAB „Baltic Medics“	ASPĮ14	šeimos medicina; odontologija; psichikos sveikata; cukrinio diabeto slauga; ASPN; diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija; dienos stacionaras / dienos chirurgija
16.	UAB „Medbaltica“	ASPĮ15	šeimos medicina; odontologija; specializuotos ambulatorinės paslaugos
17.	UAB „Nefridos“ klinika	ASPĮ16	šeimos medicina; psichikos sveikata; diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija
18.	UAB A. Stasiulio reabilitacijos klinika	ASPĮ17	specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija
19.	UAB Mėmelio klinika	ASPĮ18	specializuotos ambulatorinės paslaugos
20.	UAB Jurando kineziterapijos centras	ASPĮ19	reabilitacija
21.	UAB „Lorna“	ASPĮ20	diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija
22.	UAB „Nefrida“	ASPĮ21	ambulatorinė hemodializė
23.	UAB InMedica	ASPĮ22	šeimos medicina; odontologija; psichikos sveikata; diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos
24.	UAB „Baltijos klinika“	ASPĮ23	šeimos medicina; ASPN; specializuotos ambulatorinės paslaugos
25.	UAB Diagnostikos laboratorija	ASPĮ24	šeimos medicina; reabilitacija
26.	UAB Echomeda	ASPĮ25	radiologijos paslaugos
27.	UAB Diaverum klinikos	ASPĮ26	kardiologijos paslaugos; medicinos nefrologo paslaugos; paprastosios hemodializės paslaugos
28.	UAB Northway medicinos centrai	ASPĮ27	diagnostika / tyrimai
29.	Lietuvos, JAV ir Izraelio UAB „Vaisingumo klinika“	ASPĮ28	diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos; dienos stacionaras / dienos chirurgija
30.	UAB „Tavo profilaktika“	ASPĮ29	diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos
31.	UAB SG konsultacinė klinika	ASPĮ30	diagnostika / tyrimai; reabilitacija
32.	VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	ASPĮ31	dienos stacionaras (I ir IX grupės); dienos chirurgija; psichiatrijos dienos stacionaras
33.	UAB „Salumeda“	ASPĮ32	šeimos medicina; ASPN; paliatyvioji pagalba; diagnostika / tyrimai; specializuotos ambulatorinės paslaugos
34.	Bendra Lietuvos ir Vokietijos UAB „Lirema“	ASPĮ33	specializuotos ambulatorinės paslaugos
35.	VšĮ Testas	ASPĮ34	specializuotos ambulatorinės paslaugos; reabilitacija
36.	UAB Sveikatos darna	ASPĮ35	šeimos medicina; odontologija; ASPN; šeimų lankymo / ankstyvosios intervencijos paslaugos

Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro
veiklos reglamento
2 priedas

SVEIKATOS CENTRO VALDYMO STRUKTŪROS SCHEMA

Principinė valdymo struktūros schema gali būti naudojama kaip pagrindas grafinei schemai parengti vidaus procesų valdymo schemos dokumente.



Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro
veiklos reglamento
3 priedas

SVEIKATOS CENTRUI PRISKIRIAMŲ PASLAUGŲ IR PASLAUGAS TEIKIANČIŲ DALYVIŲ SĄRAŠAS

Paslaugų sąrašas parengtas pagal aktualų Klaipėdos miesto savivaldybėje Sveikatos centrui priskiriamų paslaugų sąrašą. Paslaugos ir jas teikiantys dalyviai tikslinami pasikeitus bendradarbiavimo sutarčiai, teisės aktams ar paslaugų teikimo organizavimui.

Eil. Nr.	Paslauga	Punktas	Paslaugą teikiantys dalyviai
1	Savivaldybės teritorijoje esančiose ikimokyklinio ugdymo, bendrojo ugdymo mokyklose ir profesinio mokymo įstaigose pagal ikimokyklinio, priešmokyklinio, pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo programas ugdomų mokinių visuomenės sveikatos priežiūra	16.16.1	Visuomenės sveikatos biuras
2	Visuomenės sveikatos stiprinimas	16.16.2	Visuomenės sveikatos biuras
3	Visuomenės sveikatos stebėsena	16.16.3	Visuomenės sveikatos biuras
4	Šeimos medicinos paslaugos	16.1	ASPĮ1*, 2, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 22, 23, 24, 32, 35
5	Pirminės ambulatorinės odontologijos paslaugos	16.3	1, 2, 4, 9, 11, 14, 15, 22, 35
6	Cukrinio diabeto slaugos paslaugos	16.10	1, 2, 3, 7, 9, 10, 14
7	Ambulatorinės slaugos paslaugos namuose	16.4	1, 2, 7, 9, 10, 14, 23, 32, 35
8	Paliatyviosios pagalbos (ambulatorinės paslaugos)	16.6	1, 2, 3, 6, 7, 10, 32,
9	Rentgeno diagnostikos tyrimai	16.7.1.1	1, 2, 3, 8, 14, 16, 22, 27, 28, 29, 30,
10	Ultragarsiniai tyrimai (išskyrus galvos, širdies, kraujagyslių, raumenų ir sąnarių)	16.7.1.2	1, 2, 3, 8, 10, 13, 14, 16, 20, 22, 28, 29, 30, 32,
11	Vidaus ligų paslaugos	16.7.2	1, 2, 3, 10, 28,
12	Vaikų ligų paslaugos	16.7.3	1, 2, 3, 9, 10, 14, 20, 22,
13	Akušerijos ir ginekologijos paslaugos	16.7.4	1, 2, 3, 8, 12, 14, 16, 20, 22, 28, 32
14	Chirurgijos (arba abdominalinės chirurgijos) paslaugos	16.7.5	1, 2, 3, 14, 18, 28, 33,
15	Endoskopijos paslaugos (fibroezofagogastroduodenoskopija, kolonoskopija)	16.7.7	1, 2, 3, 13, 14, 18, 22, 28, 29,
16	Kardiologijos paslaugos (išskyrus perstemplinį elektrofiziologinį ištyrimą (stimuliaciją) ir kraujagyslių standumo tyrimą)	16.7.8	1, 2, 3, 13, 14, 15, 16, 22, 23, 26, 28, 29, 34,
17	Otorinolaringologijos paslaugos	16.7.9	1, 2, 3, 14, 16, 20, 22, 28
18	Oftalmologijos paslaugos	16.7.10	1, 2, 3, 16, 20, 22, 28, 33,
19	Endokrinologijos paslaugos	16.7.11	1, 2, 3, 13, 14, 16, 20, 22,
20	Neurologijos paslaugos	16.7.12	1, 2, 3, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 28,
21	Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo paslaugos	16.7.13	1, 2, 3, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 30, 34
22	Pradinės medicininės reabilitacijos paslaugos	16.7.14	1, 2, 3, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 30, 34
23	Ambulatorinės ankstyvosios intervencijos besilaukiančioms šeimoms ir iki vaikui sueina 2 metai paslaugos (toliau – šeimų lankymo paslaugos)	16.11	1, 9, 35
24	Ambulatorinės chirurgijos paslaugos (pagal gydytojų specialistų kompetenciją – dermatologijos ir plastinės procedūros, šlapimo sistemos procedūros, akies ir jos priklausinių procedūros, moters lyties organų procedūros, vyrų lyties organų	16.13	2, 3, 14, 28, 33

	procedūros, raumenų ir skeleto sistemos procedūros)		
25	Ambulatorinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos („Vaiko raida A“ ir „Vaiko raida B“)	16.7.15	3, 9, 14, 34
26	Dienos stacionaro paslaugų I grupė (vaisto skyrimas infuzijos ir (ar) intratekaliai, ir (ar) inhaliacijos būdu, ir (ar) gydomosios procedūros atlikimas)	16.8.1	1, 3, 10, 14, 31,
27	Dienos stacionaro paslaugų IX grupė (kraujo komponentų transfuzija)	16.8.2	3, 10, 14, 31,
28	Psichiatrijos dienos stacionaro paslaugos	16.8.3	5, 31
29	Dienos chirurgijos paslaugos (I-IV grupės – raumenų ir skeleto sistemos procedūros, moters lyties organų procedūros, dermatologinės ir plastinės procedūros, virškinimo sistemos procedūros)	16.14	3, 14, 28, 31,
30	Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos	16.2	5, 9, 14, 16, 22,
31	Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos	16.5	6, 10
32	Geriatro (ambulatorinės specializuotos) paslaugos	19	10
33	Dantų protezavimo paslaugos	19	15
34	Dietologo paslaugos	19	17
35	Neonatologo paslaugos	19	17
36	Ortopedo-traumatologo paslaugos	19	13, 17, 20, 32,
37	Ambulatorinės reabilitacijos paslaugos	19	12, 17, 20, 24,
38	Urologo paslaugos	19	2, 20
39	Dermovenerologo paslaugos	19	20
40	Ambulatorinė hemodializė	19	21
41	Medicinos nefrologo paslaugos	19	26
42	Paprastosios hemodializės paslaugos	19	26
43	Suaugusiųjų ambulatorinės reabilitacijos paslaugos	19	30
44	Pulmonologijos paslaugos	19	1
45	Nefrologijos paslaugos	19	1
46	Reumatologijos paslaugos	19	1
47	Gastroentorologijos paslaugos	19	2
48	Širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programa	19	2
49	Mamografija	19	27
50	Vaikų gastroenterologijos paslaugos	19	1
51	Vaikų pulmonologijos	19	1
52	Dietologijos	19	1
53	Anesteziologijos ir reanimatologijos	19	1
54	Dienos stacionaro paslaugų V grupė, VI	19	1
55	Anestezijos	19	1
56	Geriatrijos dienos stacionaro paslaugos	19	10
57	Ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugos	16.7.17	30
58	Radiologijos paslaugos	16.7.1.	25



Bendrai finansuoja
Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO VIDAUS KOMUNIKACIJOS IR SPRENDIMŲ PRIĖMIMO TVARKOS APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarkos aprašas (toliau – Tvarka) nustato Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro (toliau – Sveikatos centras) vidaus komunikacijos, informacijos mainų, sprendimų inicijavimo, derinimo, priėmimo, komunikavimo, įgyvendinimo stebėsenos ir eskalavimo principus.
2. Tvarkos paskirtis – užtikrinti, kad Sveikatos centro dalyviai tarpusavyje komunikuotų nuosekliai, savalaikiai ir aiškiais kanalais, o sprendimai dėl bendrų procesų būtų priimami laikantis atsakomybių ribų, subsidiarumo, duomenų apsaugos, konfidencialumo ir pacientų interesų apsaugos principų.
3. Tvarka taikoma Sveikatos centro veikloje dalyvaujantiems subjektams: koordinuojančiai įstaigai, Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, Sveikatos centro veiklos koordinavimo grupei (toliau – VKG), partnerinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPĮ), Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biurui (toliau – VSB), atvejo vadybos funkcijas vykdantiems darbuotojams, registracijos ir administravimo darbuotojams, taip pat kitiems Sveikatos centro procesuose dalyvaujantiems darbuotojams pagal jų funkcijas.
4. Sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga – VšĮ Klaipėdos miesto poliklinika. Ji organizuoja ir prižiūri bendrą Sveikatos centro veiklos koordinavimą, tačiau neperima partnerinių įstaigų darbdavio funkcijų, klinikinių sprendimų priėmimo ar duomenų valdytojo atsakomybės už partnerinių įstaigų tvarkomus duomenis.
5. Tvarka taikoma kartu su Sveikatos centro veiklos reglamentu, Vidaus procesų valdymo schema ir procesų aprašu, bendradarbiavimo sutartimi, Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujančių pagrindinių pareigybių ir funkcijų aprašymais, Kokybės vadybos principų aprašu, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politika, pacientų srautų valdymą, registraciją, paciento informavimą, pacientų patirtį ir „Žaliojo koridoriaus“ organizavimą reglamentuojančiais dokumentais, IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu bei kitais susijusiais Sveikatos centro veiklos dokumentais.
6. Ši Tvarka nereglamentuoja partnerinių įstaigų vidaus administravimo, darbo santykių, individualių klinikinių sprendimų, paciento gydymo taktikos ar kitų klausimų, kurie pagal teisės aktus ir įstaigų vidaus dokumentus priskirti konkrečios įstaigos kompetencijai.

II. KOMUNIKACIJOS TIKSLAS, PRINCIPAI IR RIBOS

7. Sveikatos centro vidaus komunikacijos tikslas – užtikrinti savalaikį ir aiškų informacijos perdavimą tarp Sveikatos centro dalyvių, kad būtų palaikomas koordinuotas paslaugų

organizavimas, pacientų kelio tęstinumas, veiklos trikdžių sprendimas, duomenimis grįsta stebėsena ir bendrų sprendimų įgyvendinimas.

8. Vidaus komunikacija organizuojama taikant procesinio valdymo, aiškių atsakomybių, standartizuotos informacijos, savalaikio eskalavimo, duomenimis grįsto sprendimų priėmimo ir nuolatinio veiklos gerinimo principus.
9. Sveikatos centro komunikacijoje taikomas subsidiarumo principas: klausimas pirmiausia sprendžiamas tame lygmenyje, kuriame jis kyla, o aukštesniam lygmeniui perduodamas tik tada, kai jo negalima išspręsti atskiros įstaigos ar operaciniu lygmeniu.
10. Komunikacija turi būti orientuota į paciento kelio aiškumą, paslaugų tęstinumą, informacijos tikslumą, atsakomybių ribų laikymąsi ir neperteklinį duomenų perdavimą.
11. Komunikacijoje skiriami keturi pagrindiniai klausimų lygmenys: operaciniai kasdieniai klausimai, tarpįstaiginiai derinimo klausimai, sisteminiai veiklos trikdžiai ir strateginiai / reglamentavimo klausimai.
12. Komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarka neturi būti taikoma taip, kad būtų ribojama gydytojo ar kito sveikatos priežiūros specialisto profesinė atsakomybė, klinikinio sprendimo savarankiškumas ar paciento teisės.

III. VIDAUS KOMUNIKACIJOS SUBJEKTAI IR JŲ FUNKCIJOS

13. Sveikatos centro vidaus komunikacijoje dalyvaujantys subjektai veikia pagal savo kompetenciją ir atsakomybės ribas. Pagrindinės funkcijos nustatomos šioje lentelėje.

Subjektas	Pagrindinė funkcija vidaus komunikacijoje	Atsakomybės riba
Koordinuojanti įstaiga	Organizuoja bendrų komunikacijos principų taikymą, inicijuoja bendrų tvarkų rengimą ir derinimą, pagal kompetenciją priima ar tvirtina sprendimus bendradarbiavimo sutartyje ir kituose Sveikatos centro dokumentuose nustatyta tvarka.	Neperima partnerinių įstaigų vidaus administravimo, klinikinės atsakomybės ar duomenų valdytojo funkcijų.
Sveikatos centro veiklos koordinatorius	Yra pagrindinis operacinio koordinavimo kontaktinis taškas, sistemina informaciją, identifikuoja trikdžius, inicijuoja jų sprendimą ir perduoda klausimus VKG ar koordinuojančiai įstaigai.	Nepriima klinikinių sprendimų ir neorganizuoja individualaus paciento vizitų, siuntimų ar tyrimų, išskyrus sisteminio proceso koordinavimą.
VKG	Svarsto tarpįstaiginius ir sisteminius klausimus, analizuoja rodiklius, teikia siūlymus dėl procesų korekcijų ir bendrų sprendimų.	Sprendimai yra rekomendacinio pobūdžio. Grupėje suderinti sprendimai įgyvendinami partnerinėse įstaigose pagal jų kompetenciją ir jose taikomą sprendimų priėmimo tvarką.
Partnerinės ASPĮ	Teikia informaciją apie savo proceso dalį, paslaugų prieinamumą, registravimą, paciento kelio trikdžius, duomenis stebėsenai ir įgyvendina priimtus sprendimus pagal kompetenciją.	Atsako už savo teikiamas paslaugas, klinikinius sprendimus, duomenų tikslumą ir pacientų informavimą pagal teisės aktus.
VSB	Teikia informaciją apie visuomenės sveikatos stiprinimo, mokinių sveikatos priežiūros, prevencijos, informavimo ir visuomenės sveikatos stebėsenos veiklas.	Neperima ASPĮ klinikinių funkcijų ir nėra klinikinio paciento kelio grandis, išskyrus nukreipimą į VSB veiklas pagal kompetenciją.
Atvejo vadybos	Komunikuoja dėl konkretaus paciento kelio, kai	Nepriima klinikinių sprendimų,

Subjektas	Pagrindinė funkcija vidaus komunikacijoje	Atsakomybės riba
funkcijas vykdantys darbuotojai	tokia funkcija taikoma; derina veiksmus su šeimos gydytojų komandomis, specialistais, registracija ir pacientu.	nenustato diagnozių ir nekeičia gydymo taktikos.
Kontaktiniai asmenys	Teikia ir priima operacinę informaciją konkrečios įstaigos vardu, perduoda klausimus savo įstaigos atsakingiems darbuotojams.	Veikia pagal juos delegavusios įstaigos nustatytas funkcijas ir įgaliojimus.

IV. KOMUNIKACIJOS KANALAI IR INFORMACIJOS RŪŠYS

14. Sveikatos centro vidaus komunikacija vykdoma tokiais kanalais, kurie atitinka klausimo pobūdį, skubumą, duomenų apsaugos reikalavimus ir poreikį užfiksuoti sprendimą.
15. Pagrindiniai vidaus komunikacijos kanalai yra: elektroninis paštas, telefoninis ryšys, nuotoliniai arba kontaktiniai susitikimai, VKG posėdžiai, protokolai, sprendimų suvestinės, rašytiniai pranešimai, įstaigų naudojamos informacinės sistemos ir Sveikatos centro interneto svetainė viešai informacijai.
16. Elektroninis paštas naudojamas oficialiai tarpįstaiginei komunikacijai, dokumentų, darbotvarkių, sprendimų, suvestinių, pastabų ir veiklos trikdžių informacijai perduoti. Kai klausimas turi įtakos pacientų interesams, paslaugų prieinamumui ar kelių įstaigų veiklai, vien žodinės komunikacijos nepakanka – informacija turi būti užfiksuota raštu.
17. Telefoninis ryšys naudojamas skubiems operaciniams klausimams, kai delsimas gali turėti įtakos paciento keliui, paslaugos suteikimo terminui ar reikšmingam veiklos trikdžiui. Po telefoninio suderinimo reikšminga informacija turi būti patvirtinama raštu.
18. Nuotoliniai arba kontaktiniai susitikimai naudojami klausimams, kuriems reikalingas kelių įstaigų derinimas, skirtingų kompetencijų įtraukimas, procesų pokyčių aptarimas ar sisteminių trikdžių analizė.
19. VKG posėdžiai naudojami sisteminiams, pasikartojantiems, tarpįstaiginiams, kokybės gerinimo, duomenų analizės, procesų korekcijų ir sprendimų derinimo klausimams.
20. Viešai skelbiama informacija apie Sveikatos centro veiklą, paslaugas, kontaktus ar gyventojams aktualius procesus koordinuojama per koordinuojančią įstaigą arba jos nustatytą komunikacijos kanalą, užtikrinant informacijos aktualumą ir tikslumą.

V. OPERACINĖS KOMUNIKACIJOS PROCESAS

21. Operacinė komunikacija apima kasdienį informacijos perdavimą dėl pacientų srautų, registravimo, paslaugų prieinamumo, informacijos perdavimo, atvejo vadybos, VSB veiklų ir kitų Sveikatos centro procesų.
22. Operacinis klausimas pirmiausia sprendžiamas toje įstaigoje arba tarp tų įstaigų, kurių proceso daliai jis priskirtinas. Jei klausimas negali būti išspręstas šiame lygmenyje arba kartojasi, jis perduodamas Sveikatos centro veiklos koordinatoriui.
23. Kreipiantis į koordinatorių, turi būti pateikiama struktūruota informacija: situacijos aprašymas, susijęs procesas ar paslauga, dalyvaujančios įstaigos, poveikis paciento keliui ar veiklos procesui, jau atlikti veiksmai, siūlomas sprendimas ir pageidaujamas atsakymo terminas.

24. Jeigu klausimas susijęs su konkrečiu pacientu, perduodama tik tokia informacija, kuri būtina klausimui spręsti ir kuri gali būti perduodama teisėtu pagrindu. Klinikinė informacija neperduodama plačiau, negu būtina konkrečiai funkcijai vykdyti.
25. Koordinatorius, gavęs operacinį klausimą, įvertina, ar jis gali būti išspręstas operaciniu lygmeniu, ar turi būti perduotas VKG, koordinuojančiai įstaigai arba kitai atsakingai grandžiai.
26. Operacinio klausimo sprendimo eiga ir rezultatas fiksuojami tokia apimtimi, kuri reikalinga sprendimo įgyvendinimo stebėsenai, pasikartojančių trikdžių analizei ir procesų tobulinimui.



1 schema. Operacinės komunikacijos eiga

VI. SPRENDIMŲ PRIĖMIMO LYGMENYS IR TVARKA

27. Sveikatos centro veikloje sprendimai priimami pagal klausimo pobūdį, poveikį, atsakomybės ribas ir reikalingą dalyvių įsitraukimą.
28. Sprendimų priėmimo lygmenys nustatomi taip, kad operaciniai klausimai nebūtų perteklinai keliami strateginiam lygmeniui, o sisteminiai ar pasikartojantys trikdžiai nebūtų paliekami tik atskirų įstaigų savarankiškam sprendimui.
29. Sprendimo ar klausimo išnagrinėjimo rezultatas gali būti įforminamas kaip informacinis suderinimas, suderintas operacinis veiksmas, protokolinė rekomendacija, pagal kompetenciją patvirtintas koordinuojančios įstaigos sprendimas, dokumento pakeitimas arba klausimo perdavimas savivaldybei ar kitai institucijai pagal kompetenciją.

Sprendimų lygmuo	Kada taikomas	Kas inicijuoja / svarsto	Sprendimo įforminimas
Įstaigos / proceso dalies lygmuo	Kai klausimas susijęs su vienos įstaigos paslaugos teikimu, registracija, informacijos perdavimu ar darbuotojų veiksmais.	Atitinkama ASPĮ, VSB arba atsakingas darbuotojas.	Įstaigos vidaus tvarka, el. laiškas, informacinės sistemos įrašas arba kitas teisėtas fiksavimo būdas.
Operacinis koordinavimo lygmuo	Kai klausimui reikia koordinavimo tarp kelių įstaigų arba kai kyla proceso trikdis.	Sveikatos centro veiklos koordinatorius, kontaktiniai asmenys, susijusios įstaigos.	El. laiškas, sprendimų suvestinė, susitikimo užrašai arba pavedimų kontrolės lentelė.
VKG lygmuo	Kai klausimas pasikartojantis, sisteminis, susijęs su kelių įstaigų funkcijomis, duomenų kokybe, terminų laikymusi ar procesų korekcijomis.	Koordinatorius, VKG nariai, koordinuojanti įstaiga, partneriai pagal klausimą.	VKG posėdžio protokolas arba rašytinės procedūros sprendimas.
Koordinuojančios įstaigos lygmuo	Kai pagal bendradarbiavimo sutartį ir Sveikatos centro dokumentų sistemą reikalingas formalus bendros tvarkos, metodikos, dokumento pakeitimo ar kito bendro organizacinio sprendimo įforminimas.	Koordinuojanti įstaiga, koordinatorius, partnerinės įstaigos ir VKG pagal klausimo pobūdį bei kompetenciją.	Koordinuojančios įstaigos vadovo įsakymas, patvirtintas dokumentas ar kitas bendradarbiavimo sutartyje ir Sveikatos centro dokumentuose nustatytas įforminimo būdas.
Savivaldybės / išorinis lygmuo	Kai klausimas susijęs su savivaldybės kompetencija, bendradarbiavimo sutartimi, finansavimu, paslaugų apimties pokyčiu ar reikšminga sistemine rizika.	Koordinuojanti įstaiga pagal poreikį.	Raštas, informavimas, susitikimo protokolas arba kitas teisės aktų nustatytas dokumentas.

VII. VEIKLOS KOORDINAVIMO GRUPĖS KOMUNIKACIJA

30. VKG yra pagrindinė tarpįstaiginių ir sisteminių Sveikatos centro veiklos klausimų svarstymo, siūlymų teikimo ir procesų gerinimo platforma.
31. VKG posėdžiai organizuojami pagal poreikį, tačiau ne rečiau kaip nustatyta Sveikatos centro veiklos reglamente ir kituose taikomuose Sveikatos centro dokumentuose.
32. VKG darbotvarkę rengia Sveikatos centro veiklos koordinatorius, suderinęs ją su koordinuojančia įstaiga. Partnerinės įstaigos turi teisę siūlyti klausimus darbotvarkei, pateikdamos jų pagrindimą ir, jei reikia, susijusius duomenis.
33. VKG svarstytini klausimai turi būti pateikiami taip, kad būtų aiškus klausimo pobūdis, susijusios įstaigos, poveikis pacientų srautams ar paslaugų organizavimui, ankstesni sprendimo veiksmai ir siūlomas sprendimas.
34. VKG svarstymo rezultatai įforminami protokolu arba sprendimų suvestine. Protokole nurodomi svarstyti klausimai, pateiktos rekomendacijos ar suderinti siūlymai, pagal kompetenciją numatomi tolesni veiksmai, už jų vykdymą atsakingi subjektai, kai tokie veiksmai suderinti, terminai ir įgyvendinimo stebėsenos būdas.
35. VKG svarstymo rezultatai, rekomendacijos ir suderinti siūlymai susijusiems Sveikatos centro dalyviams komunikuojami per koordinatorių arba koordinuojančią įstaigą, aiškiai nurodant,

kuriems subjektams informacija aktuali, kokie tolesni veiksmai siūlomi ar suderinti ir kokia jų įgyvendinimo tvarka.

VIII. VEIKLOS TRIKDŽIŲ, NEATITIKIMŲ IR ESKALAVIMO TVARKA

36. Veiklos trikdis – tai organizacinė, komunikacijos, registravimo, informacijos perdavimo, duomenų kokybės, procedūros taikymo ar paslaugų prieinamumo problema, kuri gali turėti įtakos Sveikatos centro procesų veikimui, paciento keliui ar bendrų susitarimų laikymuisi.
37. Nustačius trikdį, pirmiausia siekiama jį išspręsti tame lygmenyje, kuriame jis kilo. Jeigu trikdis kartojasi, susijęs su keliomis įstaigomis, daro įtaką prioritetiniam paciento keliui arba kelia sisteminę riziką, jis eskaluojamas koordinatoriui.
38. Koordinatorius įvertina trikdžio pobūdį, poveikį ir pasikartojimą, nustato reikalingus proceso dalyvius ir inicijuoja operacinį derinimą bei sprendimo paiešką arba klausimo perdavimą VKG ar koordinuojančiai įstaigai pagal kompetenciją.
39. Skubūs tarpįstaiginiai ar sisteminiai organizaciniai trikdžiai, galintys turėti reikšmingą poveikį paciento kelio tęstinumui, paslaugos suteikimo terminui ar kelių įstaigų veiksmų suderinimui, koordinatoriui perduodami nedelsiant, naudojant greičiausią tinkamą komunikacijos kanalą, o esminė informacija raštu patvirtinama tą pačią darbo dieną. Klinikiniai pacientų saugos įvykiai, skubios medicininės situacijos ir kiti konkrečios ASPĮ kompetencijai priskirti atvejai valdomi tos ASPĮ teisės aktų ir vidaus dokumentų nustatyta tvarka; koordinatoriui perduodama tik procesiniam ar sisteminiam trikdžiui įvertinti būtina informacija, kai toks poveikis nustatomas.
40. Pasikartojantys ar sisteminiai trikdžiai analizuojami ne tik kaip pavieniai atvejai, bet ir kaip procesų gerinimo informacija. Tokiais atvejais gali būti inicijuojami korekciniai veiksmai, dokumentų tikslinimas, papildomas informavimas ar bendros gerosios praktikos sklaida.

Trikdžio lygis	Požymiai	Pirminis veiksmas	Eskalavimas
A. Skubus / reikšmingas	Gali turėti įtakos paciento saugai, prioritetinio kelio tęstinumui, reikšmingam terminui arba kelių įstaigų paslaugų koordinavimui.	Nedelsiant informuojama susijusi įstaiga ir koordinatorius; būtina informacija patvirtinama raštu.	Koordinatorius, prireikus koordinuojanti įstaiga.
B. Sisteminis / pasikartojantis	Trikdis kartojasi, susijęs su daugiau nei viena įstaiga, atskleidžia procedūros taikymo ar atsakomybių neaiškumą.	Pateikiamas struktūruotas pranešimas koordinatoriui.	VKG arba koordinuojanti įstaiga pagal klausimą.
C. Įprastas operacinis	Klausimas gali būti išspręstas susijusių įstaigų ar kontaktinių asmenų lygmeniu.	Sprendžiamas tiesiogiai tarp susijusių dalyvių.	Koordinatorius, jei nepavyksta išspręsti arba klausimas kartojasi.
D. Strateginis / reglamentavimo	Reikalingas tvarkos, metodo, paslaugų organizavimo principo ar bendradarbiavimo susitarimo keitimas.	Rengiamas siūlymas arba klausimas VKG / koordinuojančiai įstaigai.	Koordinuojanti įstaiga, savivaldybė ar kita institucija pagal kompetenciją.

IX. SPRENDIMŲ ĮFORMINIMAS, KOMUNIKAVIMAS IR KONTROLĖ

41. Sprendimai, turintys reikšmę Sveikatos centro procesų veikimui, turi būti įforminami raštu arba kitu būdu, kuris leidžia nustatyti sprendimo turinį, priėmimo datą, atsakingus subjektus, įgyvendinimo terminus ir stebėsenos būdą.
42. Sprendime turi būti aiškiai nurodyta: svarstytas klausimas, sprendimo esmė, atsakingi vykdytojai, įgyvendinimo terminas arba orientacinis reagavimo principas, informuojami subjektai ir, jei reikia, rodiklis ar kitas kriterijus, pagal kurį bus vertinamas sprendimo įgyvendinimas.
43. Koordinatorius arba kitas paskirtas atsakingas asmuo organizuoja sprendimų komunikavimą susijusioms įstaigoms ir renka informaciją apie sprendimų įgyvendinimo būklę.
44. Sprendimų įgyvendinimo būklė gali būti žymima kaip: nepradėta, vykdoma, įvykdyta, vėluoja, reikia papildomo sprendimo. Vėluojant sprendimo įgyvendinimui, turi būti nurodoma vėlavimo priežastis ir siūlomas tolesnis veiksmas.
45. Sprendimų, susijusių su bendrais dokumentais, procedūromis, veiklos trikdžiais ar kokybės gerinimu, įgyvendinimo rezultatai gali būti svarstomi VKG arba koordinuojančioje įstaigoje pagal klausimo pobūdį.

X. DUOMENŲ APSAUGA, KONFIDENCIALUMAS IR INFORMACIJOS SAUGA KOMUNIKACIJOJE

46. Vidaus komunikacijoje tvarkomi asmens duomenys, įskaitant sveikatos duomenis, gali būti perduodami tik teisėtu pagrindu, nustatytu tikslu ir tik tokia apimtimi, kuri būtina konkrečiai funkcijai atlikti.
47. Kiekviena partnerinė įstaiga atsako už savo darbuotojų atliekamą duomenų tvarkymą, informacijos saugumą, medicininės paslapties ir konfidencialumo reikalavimų laikymąsi.
48. Koordinuojanti įstaiga ir koordinatorius sisteminio procesų valdymo, stebėsenos ar trikdžių analizės tikslais pirmiausia naudoja apibendrintus arba minimalius būtinus procesinius duomenis.
49. Individualūs klinikiniai paciento duomenys neturi būti perduodami el. paštu ar kitais kanalais plačiau, negu būtina paslaugai organizuoti, paciento keliui užtikrinti ar teisės aktuose nustatytoms funkcijoms vykdyti.
50. VSB veiklos kontekste naudojama visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencinių veiklų, mokinių visuomenės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos stebėsenos informacija. Individualūs klinikiniai paciento duomenys VSB neperduodami, išskyrus teisės aktuose nustatytus arba teisėtai pagrįstus atvejus.
51. Konfidenciali informacija negali būti naudojama ar atskleidžiama ne su Sveikatos centro procesu susijusiais tikslais. Dokumentai ir susirašinėjimas saugomi pagal taikytinas dokumentų valdymo, asmens duomenų apsaugos ir įstaigų vidaus taisykles.

XI. KOMUNIKACIJOS STEBĖSENA IR TOBULINIMAS

52. Vidaus komunikacijos veiksmingumas vertinamas kaip Sveikatos centro procesų stebėsenos ir kokybės gerinimo dalis.
53. Vertinant komunikaciją gali būti analizuojami šie rodikliai: neatsakytų ar pavėluotų atsakymų skaičius, pasikartojančių komunikacijos trikdžių skaičius, informacijos perdavimo vėlavimai,

netikslių duomenų atvejai, suderintų bendrų veiksmų įgyvendinimo terminų laikymasis ir korekcinių veiksmų įgyvendinimo būklė.

54. Koordinatorius sistemina informaciją apie reikšmingus komunikacijos trikdžius ir, esant poreikiui, teikia siūlymus dėl komunikacijos kanalų, kontaktinių asmenų, sprendimų formų, terminų ar dokumentų tikslinimo.
55. Partnerinės įstaigos ir VSB turi teisę teikti siūlymus dėl vidaus komunikacijos tobulinimo, nurodydami praktines problemas, pasikartojančius trikdžius ar siūlomus sprendimus.
56. Komunikacijos ir sprendimų priėmimo procesai peržiūrimi ne rečiau kaip kartą per metus arba pasikeitus Sveikatos centro veiklos organizavimui, bendradarbiavimo sutarčiai, paslaugų apimčiai, kontaktiniams asmenims ar praktiniam procesų taikymui.

XII. ATSAKOMYBĖ

57. Sveikatos centro dalyviai atsako už šioje Tvarkoje nustatytų komunikacijos, informacijos teikimo, sprendimų įgyvendinimo ir konfidencialumo reikalavimų laikymąsi pagal savo kompetenciją.
58. Partnerinės įstaigos atsako už savo pateikiamos informacijos tikslumą, savalaikiškumą, teisėtumą, duomenų apsaugą ir savo proceso dalies sprendimų įgyvendinimą.
59. Koordinatorius atsako už operacinės komunikacijos koordinavimą, reikšmingų klausimų sisteminimą, sprendimų komunikavimą, trikdžių eskalavimo inicijavimą ir sprendimų įgyvendinimo stebėseną pagal jam pavestas funkcijas.
60. Koordinuojanti įstaiga atsako už šios Tvarkos taikymo organizavimą, bendrų sprendimų priėmimą pagal kompetenciją ir dokumento peržiūros inicijavimą.
61. Nustačius šios Tvarkos nesilaikymą, klausimas pirmiausia sprendžiamas su susijusia įstaiga ar atsakingu asmeniu. Pasikartojantys ar reikšmingi pažeidimai gali būti svarstomi VKG arba koordinuojančioje įstaigoje, teikiant siūlymus dėl korekcinių veiksmų.
62. Kiekviena partnerinė įstaiga savarankiškai sprendžia savo darbuotojų atsakomybės klausimus pagal vidaus dokumentus ir galiojančius darbo santykius reglamentuojančius teisės aktus.

XIII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

63. Tvarka įsigalioja nuo jos patvirtinimo dienos.
64. Tvarkos priedai yra neatskiriama Tvarkos dalis, išskyrus kontaktinių asmenų informaciją, kuri gali būti atnaujinama operacine tvarka, nekeičiant viso Tvarkos teksto.
65. Tvarka peržiūrima ne rečiau kaip kartą per metus arba anksčiau, jeigu pasikeičia Sveikatos centro veiklos organizavimas, teisės aktai, bendradarbiavimo sutartis, paslaugų sąrašas, kontaktinių asmenų sistema ar praktinis komunikacijos ir sprendimų priėmimo procesų taikymas.

---

1 priedas. Komunikacijos kanalų ir informacijos rūšių matrica

Informacijos rūšis	Pagrindinis kanalas	Kas teikia	Kam teikiama	Fiksavimo būdas
Operaciniai pacientų srautų klausimai	El. paštas, telefonas skubiais atvejais, informacinės sistemos pagal naudojimą	ASPĮ, registracijos darbuotojai, atvejo vadyba	Susijusi ASPĮ, koordinatorius pagal poreikį	El. laiškas, įstaigos įrašas, koordinatoriaus suvestinė pagal poreikį
Prioritetinio srauto / ŽK trikdžiai	Telefonas skubiai + rašytinis patvirtinimas	ASPĮ, atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas	Koordinatorius, susijusios ASPĮ	Struktūruotas pranešimas, trikdžių suvestinė
Paslaugų prieinamumo informacija	El. paštas, periodinės suvestinės, VKG medžiaga	Paslaugą teikiančios ASPĮ	Koordinatorius, VKG, koordinuojanti įstaiga	Suvestinė, ataskaita, VKG protokolas
VSB veiklų informacija	El. paštas, suvestinės, susitikimai	VSB	Koordinatorius, ASPĮ pagal poreikį, VKG	VSB duomenų suvestinė, veiklų informacija
Sprendimų projektai ir pastabos	El. paštas, susitikimai, dokumentų derinimas	Koordinatorius, koordinuojanti įstaiga, partneriai	Susijusios įstaigos, VKG	Derinimo lentelė, el. laiškas, protokolas
Sisteminiai trikdžiai ir neatitikimai	Struktūruotas pranešimas, VKG posėdis	Partneriai, koordinatorius	VKG, koordinuojanti įstaiga	Trikdžio fiksavimo įrašas ar suvestinė, sprendimų suvestinė, protokolas arba kita taikoma proceso fiksavimo priemonė
Vieša informacija gyventojams	Interneto svetainė, koordinuojančios įstaigos kanalai	Koordinuojanti įstaiga, VSB / ASPĮ pagal turinį	Gyventojai, pacientai, partneriai	Paskelbta informacija, atnaujinimo įrašas pagal taikomą tvarką

2 priedas. Sprendimų priėmimo ir eskalavimo matrica

Klausimo tipas	Sprendimo lygmuo	Inicijuojantis / svarstantis / sprendžiantis subjektas pagal kompetenciją	Orientacinis reagavimo principas (darbo dienomis)	Įforminimas
Kasdienis operacinis klausimas	Įstaigos / proceso dalies lygmuo	Susijusi ASPĮ, VSB ar atsakingas darbuotojas	Tą pačią arba kitą darbo dieną, jeigu klausimui nereikia papildomo tarpįstaiginio derinimo.	El. laiškas, IS įrašas ar kitas vidaus fiksavimas.
Tarpįstaiginis derinimo klausimas	Operacinis koordinavimo lygmuo	Koordinatorius ir susiję partneriai	Per 1–3 darbo dienas, atsižvelgiant į poveikį paciento keliui, paslaugos terminui ar kelių įstaigų procesui.	El. laiškas, susitikimo užrašai, sprendimų suvestinė.
Skubus prioritetinio srauto / ŽK trikdis	Operacinis / koordinuojančios įstaigos lygmuo	Koordinatorius, susijusi ASPĮ, prireikus koordinuojanti įstaiga	Nedelsiant, tą pačią darbo dieną; esminė informacija raštu patvirtinama tą pačią darbo dieną.	Rašytinis patvirtinimas po žodinio suderinimo, trikdžio pranešimas arba sprendimų suvestinė.
Pasikartojantis ar sisteminis trikdis	VKG lygmuo	VKG, koordinatorius, susijusios įstaigos	Per 5 darbo dienas inicijuojama analizė arba klausimas teikiamas artimiausiam VKG posėdžiui / rašytinei procedūrai.	VKG protokolas arba sprendimų suvestinė.
Bendro dokumento ar procedūros keitimas	Koordinuojančios įstaigos lygmuo	Koordinuojanti įstaiga, VKG pagal poreikį	Pagal suderintą derinimo grafiką; pastaboms paprastai skiriama ne mažiau kaip 5 darbo dienos, išskyrus skubius atvejus.	Patvirtintas dokumentas, įsakymas ar rašytinis sprendimas.
Informacinis pranešimas / periodinė suvestinė	Informavimo / stebėsenos lygmuo	Koordinatorius, koordinuojanti įstaiga, ASPĮ ar VSB pagal duomenų šaltinį	Pagal nustatytą periodiškumą; ad hoc informacija pateikiama per pagrįstą terminą, paprastai iki 3 darbo dienų.	El. laiškas, suvestinė, ataskaita arba paskelbta informacija.
Savivaldybės kompetencijos klausimas	Savivaldybės / išorinis lygmuo	Koordinuojanti įstaiga pagal poreikį	Perduodama parengus argumentuotą pagrindimą; terminas priklauso nuo klausimo pobūdžio ir teisės aktų procedūrų.	Raštas, protokolas, oficialus informavimas.

3 priedas. Standartizuoto pranešimo apie veiklos trikdį / klausimą forma

Laukas	Pildoma informacija
Data ir pranešėjas	Nurodoma data, įstaiga, atsakingas asmuo, kontaktai.
Susijęs procesas	Nurodomas procesas: pacientų srautai, registravimas, ŽK, informacijos perdavimas, VSB veiklos, duomenys, kokybė ir kt.
Situacija	Trumpai ir tiksliai aprašoma, kas įvyko arba kokį klausimą reikia spręsti.
Poveikis	Nurodoma, ar klausimas turi poveikį paciento keliui, paslaugų terminui, kelioms įstaigoms, duomenų kokybei ar reputacijai.
Jau atlikti veiksmai	Nurodoma, kaip klausimas buvo bandytas spręsti pirminiame lygmenyje.
Reikalingas sprendimas	Nurodoma, kokio sprendimo, suderinimo, informacijos ar eskalavimo prašoma.
Siūlomas sprendimas	Jei yra, pateikiamas siūlomas veiksmas, terminas arba atsakingas subjektas.
Duomenų apsaugos pastaba	Jei klausimas susijęs su pacientu, nurodoma tik būtina informacija ir pažymima, ar duomenys perduodami teisėtu pagrindu.
Priedai / įrodymai	Jei reikia, nurodomi susiję dokumentai, suvestinės, ekrano kopijos ar kiti pagrindžiantys duomenys.



Bendrai finansuoja
Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO VIDAUS PROCESŲ VALDYMO SCHEMA IR PROCESŲ APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro vidaus procesų valdymo schema ir procesų aprašas (toliau – Aprašas) nustato Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro (toliau – Sveikatos centras) vidaus procesų architektūrą, jų valdymo lygmenis, pagrindinius procesus, atsakomybės ribas, informacijos judėjimo ir sprendimų eskalavimo principus.
2. Aprašo paskirtis – užtikrinti, kad Sveikatos centro dalyviai veiktų kaip koordinuota paslaugų organizavimo sistema, išlaikydami kiekvienos dalyvaujančios įstaigos teisinį, organizacinį ir profesinį savarankiškumą.
3. Aprašas taikomas Sveikatos centro veikloje dalyvaujantiems subjektams: koordinuojančiai įstaigai, Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, Sveikatos centro veiklos koordinavimo grupei (toliau – VKG), partnerinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPĮ), Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biurui (toliau – VSB) ir kitiems Sveikatos centro procesuose dalyvaujantiems darbuotojams pagal jų funkcijas.
4. Sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga – VšĮ Klaipėdos miesto poliklinika. Koordinuojanti įstaiga organizuoja ir koordinuoja Sveikatos centro partnerių tarpusavio bendradarbiavimą, procesų suderinimą, bendrų metodikų ir procedūrų taikymo koordinavimą bei jų įgyvendinimo stebėseną sistemos lygmeniu.
5. Aprašas taikomas kartu su Sveikatos centro veiklos reglamentu, bendradarbiavimo sutartimi, Veiklos organizavimo vidaus tvarkos taisyklėmis, Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarka, Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujančių pagrindinių pareigybių ir funkcijų aprašymais, Kokybės vadybos principų aprašu, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politika, pacientų srautų valdymą, registraciją, paciento informavimą, pacientų patirtį ir „Žaliojo koridoriaus“ organizavimą reglamentuojančiais dokumentais, IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu bei kitais susijusiais Sveikatos centro veiklos dokumentais.
6. Šis Aprašas nereglamentuoja partnerinių įstaigų vidaus administravimo, darbo santykių, klinikinių sprendimų priėmimo ar individualios paciento gydymo taktikos. Kiekviena partnerinė įstaiga savarankiškai atsako už savo veiklą, personalo valdymą, klinikinius sprendimus, paslaugų kokybę ir teisės aktų laikymąsi savo kompetencijos ribose.
7. Apraše vartojamos sąvokos suprantamos taip, kaip jos apibrėžtos Lietuvos Respublikos teisės aktuose, reglamentuojančiuose asmens sveikatos priežiūrą, visuomenės sveikatos priežiūrą, pacientų teises, asmens duomenų apsaugą, sveikatos centrų veiklą ir Sveikatos centrui priskiriamų paslaugų teikimą.

II. PROCESŲ VALDYMO TIKSLAS, PRINCIPAI IR RIBOS

8. Sveikatos centro procesų valdymo tikslas – užtikrinti aiškų, nuoseklų ir savalaikį paciento kelią, efektyvų informacijos judėjimą tarp įstaigų, duomenimis grįstą veiklos stebėseną ir operatyvų veiklos trikdžių sprendimą.
9. Procesų valdymas grindžiamas šiais principais: orientacija į pacientą, paslaugų tęstinumas, savalaikiškumas, skaidrumas, atsakomybių aiškumas, standartizacija, duomenimis grįstas valdymas, konfidencialumas ir subsidiarumas.
10. Subsidiarumo principas reiškia, kad klausimai pirmiausia sprendžiami tame lygmenyje, kuriame jie kyla, o į aukštesnį valdymo lygmenį perduodami tik tada, kai jų negalima išspręsti operaciniu arba atskiros įstaigos lygmeniu.
11. Procesų valdymo ribos nustatomos atskiriant:
    1.1. sisteminį Sveikatos centro veiklos koordinavimą;
    1.2. konkretaus paciento kelio organizavimą;
    1.3. klinikinių sprendimų priėmimą;
    1.4. visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencijos ir stebėsenos veiklas.
2. Sveikatos centro veiklos koordinatorius koordinuoja procesus sisteminiu ir operaciniu lygmeniu, tačiau neperima individualaus paciento atvejo vadybos ir nepriima klinikinių sprendimų.
3. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas koordinuoja konkretaus paciento kelią jam pavestos funkcijos ribose, tačiau nepriima klinikinių sprendimų ir nepakeičia gydytojo ar kito sveikatos priežiūros specialisto funkcijų.
4. Gydytojai ir kiti sveikatos priežiūros specialistai klinikinius sprendimus priima pagal savo profesinę kompetenciją ir galiojančius teisės aktus. Procesų valdymas negali riboti sveikatos priežiūros specialisto profesinės atsakomybės.
5. VSB Sveikatos centro procesuose dalyvauja visuomenės sveikatos stiprinimo, mokinių visuomenės sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos stebėsenos, prevencijos ir informavimo srityse. VSB nėra klinikinio paciento kelio grandis, išskyrus atvejus, kai pacientas ar gyventojų grupė nukreipiama į VSB vykdomas prevencines ar sveikatos stiprinimo veiklas pagal kompetenciją.

III. SVEIKATOS CENTRO PROCESŲ ARCHITEKTŪRA

6. Sveikatos centro procesų architektūra sudaryta taip, kad kiekvienas procesas turėtų aiškų pradžios tašką, proceso savininką, dalyvaujančius subjektus, pagrindinius veiksmus, rezultatą, stebėsenos rodiklius ir eskalavimo sąlygą.
7. Procesų architektūra grindžiama keturių lygmenų modeliu:

Lygmuo	Paskirtis	Pagrindiniai subjektai
Strateginis ir reglamentavimo lygmuo	Nustato bendrą Sveikatos centro veiklos kryptį, dokumentų sistemą, strateginius tikslus, bendradarbiavimo ir atsakomybės principus.	Koordinuojanti įstaiga; savivaldybė pagal kompetenciją; Veiklos koordinavimo grupė pagal poreikį.
Koordinavimo lygmuo	Apima procesų derinimą, tarpįstaiginę komunikaciją, sprendimų derinimą, sisteminių trikdžių identifikavimą ir veiklos pokyčių įgyvendinimo koordinavimą.	Sveikatos centro veiklos koordinatorius; Veiklos koordinavimo grupė; partnerinių įstaigų kontaktiniai asmenys.
Operacinis paslaugų organizavimo	Apima pacientų srautų, registracijos, paslaugų teikimo, informacijos perdavimo, individualaus paciento kelio	Partnerinės ASPĮ; šeimos gydytojų komandos; specialistai; registracijos darbuotojai; atvejo vadybos funkcijas

Lygmuo	Paskirtis	Pagrindiniai subjektai
lygmuo	ir VSB veiklų organizavimą.	vykdantys darbuotojai; VSB pagal kompetenciją.
Stebėsenos, kokybės ir gerinimo lygmuo	Apima rodiklių analizę, paslaugų prieinamumo vertinimą, neatitikimų identifikavimą, korekcinių veiksmų inicijavimą ir procesų atnaujinimą pagal kompetenciją.	Koordinatorius; koordinuojanti įstaiga; Veiklos koordinavimo grupė; partnerinės įstaigos; VSB pagal kompetenciją.



1 schema. Klaipėdos miesto sveikatos centro procesų valdymo modelis

IV. SVEIKATOS CENTRO FUNKCINĖ VALDYMO STRUKTŪRA

8. Sveikatos centro valdymo struktūra yra funkcinė. Ji apibrėžia ne pavaldumo ryšius tarp savarankiškų juridinių asmenų, o procesų koordinavimo, informacijos mainų, sprendimų derinimo ir atsakomybių pasiskirstymo ryšius.
9. Funkcinė valdymo struktūra taikoma tiek bendriems Sveikatos centro procesams, tiek pacientų srautų, paslaugų organizavimo, stebėsenos, kokybės gerinimo ir VSB veiklų integravimo procesams.

Subjektas	Funkcija procesų valdyme	Atsakomybės riba
Koordinuojanti įstaiga – VšĮ Klaipėdos miesto poliklinika	Organizuoja Sveikatos centro bendrų procesų koordinavimą, inicijuoja bendrų dokumentų ir tvarkų rengimą bei derinimą, pagal kompetenciją juos tvirtina arba teikia tvirtinti, koordinuoja procesų suderinamumą ir bendrų principų taikymo stebėseną.	Neperima partnerinių įstaigų darbdavio funkcijų, klinikinės atsakomybės ar duomenų valdytojo atsakomybės už jų tvarkomus duomenis.
Sveikatos centro veiklos koordinatorius	Koordinuoja procesų įgyvendinimą operaciniu lygmeniu, organizuoja informacijos mainus, sistemina duomenis, identifikuoja trikdžius ir inicijuoja jų sprendimą.	Nepriima klinikinių sprendimų ir neorganizuoja individualaus paciento tyrimų, siuntimų ar vizitų, išskyrus sisteminio proceso koordinavimo veiksmus.
Veiklos koordinavimo grupė	Svarsto tarpįstaiginius ir sisteminius klausimus, analizuoja rodiklius, teikia siūlymus dėl procesų korekcijų, stebi priimtų sprendimų įgyvendinimą.	Jos sprendimai yra rekomendacinio pobūdžio. Grupėje suderinti sprendimai įgyvendinami partnerinėse įstaigose pagal jų kompetenciją ir jose taikomą sprendimų priėmimo tvarką.
Partnerinės ASPĮ	Teikia Sveikatos centrui priskirtas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vykdo registravimą, nukreipimą, informacijos perdavimą ir savo proceso dalies stebėseną.	Atsako už savo teikiamas paslaugas, klinikinius sprendimus, duomenų tvarkymą, personalo veiklą ir pacientų informavimą pagal kompetenciją.
VSB	Vykdo visuomenės sveikatos stiprinimo, mokinių sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos stebėsenos, prevencijos ir informavimo veiklas.	Neperima ASPĮ klinikinių funkcijų ir individualaus paciento diagnostikos, gydymo ar registravimo į asmens sveikatos priežiūros paslaugas funkcijų.
Atvejo vadybos funkcijas vykdantys darbuotojai	Koordinuoja individualaus paciento kelią, kai tai numatyta pacientų srautų ar ŽK dokumentuose, derina paslaugų seką ir informuoja pacientą pagal kompetenciją.	Nepriima klinikinių sprendimų, nenustato diagnozių ir nekeičia gydytojo paskirtos gydymo taktikos.



2 schema. Funkcinė Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro valdymo struktūra

V. PAGRINDINIŲ PROCESŲ REGISTRAS

10. Sveikatos centro vidaus procesai registruojami pagal proceso kodą, paskirtį, proceso savininką, įvestis ir laukiamą rezultatą. Procesų registras sudaro pagrindą procesų stebėsenai, atsakomybių paskirstymui ir korekcinių veiksmų planavimui.

Kodas	Procesas	Proceso savininkas	Pagrindinės įvestys	Pagrindinis rezultatas
P1	Veiklos reglamentavimas ir dokumentų valdymas	Koordinuojanti įstaiga	Reglamentas, bendradarbiavimo sutartis, TS, partnerių poreikiai	Patvirtinti / atnaujinti dokumentai ir procedūros
P2	Paciento kelias ir paslaugų organizavimas	Paslaugą organizuojanti / teikianti ASPĮ	Paciento poreikis, siuntimas, registracijos galimybės	Suteikta paslauga, perduota informacija, nustatyti tolesni veiksmai
P3	Prioritetinis srautas /	Paciento klinikinį	Prioritetinio aptarnavimo	Prioritetinis paciento

	„Žaliasis koridorius“	prioritetą nustatanti / paciento kelią inicijuojanti ASPĮ pagal kompetenciją	pagrindas, kriterijai, siuntimas	kelias arba eskaluotas vėlavimas
P4	Registravimas, eilės ir informacijos perdavimas	Paslaugą organizuojanti ASPĮ	Registravimo poreikis, paslaugos teikėjo informacija	Pacientas užregistruotas / informuotas, fiksuotas registravimo rezultatas
P5	Atvejo vadybos sąveika	Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas	Individualaus paciento kelio poreikis	Koordinuotas konkretus paciento kelias
P6	Tarpįstaiginė komunikacija	Sveikatos centro veiklos koordinatorius	Partnerių klausimai, pokyčiai, informacijos poreikis	Suderintas sprendimas arba eskaluotas klausimas
P7	Duomenų rinkimas, stebėsena ir ataskaitos	Sveikatos centro veiklos koordinatorius	Paslaugų, registracijos, terminų, trikdžių ir VSB duomenys	Analizės, suvestinės, rekomendacijos
P8	Kokybės gerinimas ir korekciniai veiksmai	Koordinuojanti įstaiga	Rodikliai, grįžtamasis ryšys, skundai, neatitikimai	Korekcinių veiksmų planas ir įgyvendinimo stebėsena
P9	VSB veiklų integravimas	VSB	Visuomenės sveikatos poreikiai, prevencinių veiklų informacija	Informuotos tikslinės grupės, apibendrinti duomenys planavimui
P10	Trikdžių, neatitikimų ir eskalavimo valdymas	Sveikatos centro veiklos koordinatorius	Fiksuotas trikdis, vėlavimas, procedūros nesilaikymas	Pašalintas trikdis arba priimtas sisteminis sprendimas

VI. PROCESŲ VALDYMO STANDARTAS

11. Visi Sveikatos centro vidaus procesai planuojami, įgyvendinami ir vertinami pagal vienodą procesų valdymo standartą. Standartas taikomas siekiant, kad procesai būtų suprantami visiems dalyviams, nekiltų funkcijų dubliavimo ir būtų aišku, kada klausimas turi būti eskaluojamas.
12. Sveikatos centro vidaus procesus detalizuojančios procesų kortelės pateikiamos prieduose. Kortelės taikomos kartu su specialiaisiais dokumentais, kurie detaliau reglamentuoja registravimo, pacientų srautų valdymo, „Žaliojo koridoriaus“, atvejo vadybos, kokybės vadybos, duomenų apsaugos ir komunikacijos procedūras.

Proceso elementas	**Paaiškinimas**
Pradžios taškas	Aplinkybė arba veiksmas, nuo kurio procesas pradedamas taikyti.
Proceso savininkas	Proceso savininkas – subjektas, pagal kompetenciją atsakingas už proceso organizavimo koordinavimą, jo veikimo stebėseną ir proceso gerinimo inicijavimą.
Dalyvaujantys subjektai	Įstaigos, darbuotojų funkcijos ar struktūros, dalyvaujančios proceso įgyvendinime.
Įvestys	Dokumentai, duomenys, siuntimai, poreikiai, pacientų srautai ar kitos aplinkybės, reikalingos procesui pradėti.
Pagrindiniai veiksmai	Nuoseklūs veiksmai, kuriuos proceso dalyviai atlieka pagal savo kompetenciją.

Rezultatas	Numatomas proceso produktas: suteikta paslauga, priimtas sprendimas, perduota informacija, parengta ataskaita, korekcinis veiksmas.
Stebėsenos rodikliai	Rodikliai, leidžiantys įvertinti proceso veikimą, prieinamumą, terminus, duomenų kokybę ir trikdžių dažnumą.
Eskalavimo sąlyga	Aplinkybė, kuriai esant klausimas perduodamas aukštesniam valdymo lygmeniui arba Veiklos koordinavimo grupei.

VII. PACIENTO KELIO PROCESO LOGIKA SISTEMOS LYGMENIU

13. Paciento kelias Sveikatos centro sistemoje suprantamas kaip nuosekli veiksmų seka nuo paciento poreikio identifikavimo iki paslaugos suteikimo, rezultato perdavimo ir tolesnių veiksmų nustatymo.
14. Paciento kelias organizuojamas taip, kad būtų aiškiai atskirtos šeimos gydytojo komandos, gydytojo specialisto, atvejo vadybos funkciją vykdančio darbuotojo, registracijos darbuotojo, partnerinės ASPĮ, koordinatoriaus ir VSB funkcijos.
15. Prioritetinio paciento srauto ar „Žaliojo koridoriaus“ principo taikymo atvejais klinikinį sprendimą dėl paciento priskyrimo priima kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas pagal patvirtintuose dokumentuose nustatytus kriterijus, o konkretaus paciento kelio organizacinį koordinavimą, kai ši funkcija taikoma, vykdo atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas.
16. Sveikatos centro veiklos koordinatorius stebi prioritetinio srauto procesą sisteminiu lygmeniu, identifikuoja tarpįstaiginius trikdžius ir inicijuoja jų sprendimą, tačiau neorganizuoja individualaus paciento vizitų ir nepriima klinikinių sprendimų.

Etapas	Įprastas paciento kelias	Prioritetinis / ŽK principu organizuojamas kelias
1. Poreikio nustatymas	Pacientas kreipiasi į ASPĮ arba poreikį nustato šeimos gydytojo komanda / specialistas.	Šeimos gydytojas ar specialistas nustato prioritetinio aptarnavimo pagrindą pagal patvirtintus kriterijus.
2. Sprendimas dėl nukreipimo	Priimamas sprendimas dėl siuntimo, registravimo ar informavimo apie galimas paslaugas.	Priimamas sprendimas dėl paciento priskyrimo prioritetiniam srautui ir informacijos perdavimo atvejo vadybos / registracijos funkcijai.
3. Registravimas / kelio organizavimas	Pacientas registruojamas paslaugai pagal paslaugų prieinamumą ir įstaigų tvarkas.	Paslaugų seka koordinuojama siekiant užtikrinti nustatytus terminus ir paciento kelio tęstinumą.
4. Paslaugos suteikimas	Paslauga suteikiama pasirinktoje ar pagal nukreipimą paslaugą teikiančioje ASPĮ.	Paslauga suteikiama prioritetinio srauto tvarka pagal nustatytus terminus.
5. Rezultatų perdavimas	Rezultatai ir išvados perduodami teisės aktų nustatyta tvarka.	Rezultatas perduodamas paciento kelią koordinuojantiems dalyviams ir šeimos gydytojo komandai.
6. Tolesni veiksmai	Nustatomas tolesnis gydymas, stebėsena, registracija ar informavimas.	Nustatomas tolesnis planas, o sisteminiai vėlavimai ar trikdžiai perduodami koordinatoriaus lygmeniui.

3 schema. Paciento kelias įprasto ir prioritetinio srauto atvejais

VIII. ATSAKOMYBIŲ IR KOMPETENCIJOS RIBŲ MATRICA

17. Atsakomybės pagal procesų grupes nustatomos remiantis kompetencijos ribomis. Kiekviena įstaiga atsako už savo proceso dalį, o koordinuojanti įstaiga ir Sveikatos centro veiklos koordinatorius pagal jiems priskirtas funkcijas koordinuoja procesų suderinamumą, stebėseną ir sisteminių klausimų sprendimo inicijavimą.

Procesų grupė	**Koordinuojanti įstaiga**	**Koordinatorius**	**VKG**	**ASPĮ**	**VSB**	**Atvejo vadyba**
1. Veiklos reglamentavimas ir dokumentų sistema	■●	●◇	◇	◇	◇ pagal kompetenciją	○
2. Pacientų srautų ir paslaugų organizavimas	○◇	◇	○	■●	◇ pagal poreikį	● konkretaus paciento kelio ribose
3. Prioritetinis pacientų srautas / ŽK principas	○◇	◇ sisteminiams trikdžiams	◇	■● klinikinei ir paslaugos teikimo daliai	○◇ pagal kompetenciją	● konkretaus paciento kelio ribose
4. Registravimo ir informacijos perdavimo procesas	○◇	◇ sisteminių trikdžių lygmeniu	◇	■●	○ pagal poreikį	● pagal pavestą funkciją
5. Tarpįstaiginė komunikacija	■	●	◇	◇● pagal klausimą	◇ pagal kompetenciją	○◇
6. Duomenų rinkimas ir stebėsena	■	●	◇	● už savo duomenis	● už VSB duomenis	◇ pagal kompetenciją
7. Kokybės gerinimas ir korekciniai veiksmai	■●	●◇	◇	● už savo proceso dalį	◇ pagal kompetenciją	◇ pagal poreikį
8. Veiklos trikdžių ir eskalavimo valdymas	■	●	◇	● už pirminį sprendimą savo dalyje	◇ pagal kompetenciją	○◇

**Matricoje nustatytas atsakomybių pasiskirstymas taikomas Sveikatos centro veiklos procesų valdymo lygmeniu. Kiekviena partnerinė įstaiga atsako už savo proceso dalį, teikiamų duomenų tikslumą ir jos kompetencijai priskirtų veiksmų įgyvendinimą. Atvejo vadybos funkcija taikoma konkretaus paciento kelio koordinavimo ribose ir neapima klinikinių sprendimų priėmimo.*

Simboliai	**Reikšmė**
■	Galutinė atsakomybė / sprendimo priėmimas
●	Vykdymas / koordinavimas

◇ Konsultavimas / dalyvavimas pagal kompetenciją

○ Informavimas

IX. DUOMENŲ, INFORMACINIŲ SISTEMŲ IR INFORMACIJOS MAINŲ PRINCIPAI

18. Sveikatos centro procesų valdymui reikalingi duomenys renkami, teikiami ir analizuojami tik tokia apimtimi, kuri būtina paslaugų organizavimui, procesų koordinavimui, stebėsenai, kokybės gerinimui ir teisės aktų nustatytoms funkcijoms vykdyti.
19. Kiekviena partnerinė įstaiga naudoja savo informacines sistemas ir atsako už jose tvarkomų duomenų tikslumą, saugumą, teisėtumą ir konfidencialumą.
20. Koordinuojanti įstaiga ir koordinatorius sisteminės stebėsenos tikslais gali gauti apibendrintus arba procesų valdymui būtinus duomenis, neperimdami partnerinių įstaigų kaip duomenų valdytojų atsakomybės.
21. Keičiantis informacija apie pacientą, laikomasi asmens duomenų apsaugos, medicininės paslapties, konfidencialumo, duomenų kiekio mažinimo ir tikslo apribojimo principų. Informacija perduodama tik teisėtu pagrindu ir tik tiek, kiek būtina konkrečiai paslaugai organizuoti, paciento keliui užtikrinti ar teisės aktuose nustatytoms funkcijoms vykdyti.
22. VSB teikiami duomenys Sveikatos centro veiklos kontekste pirmiausia siejami su visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencinių veiklų, mokinių visuomenės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos stebėsenos informacija. Individualūs klinikiniai paciento duomenys VSB neperduodami, išskyrus teisės aktuose nustatytus arba teisėtai pagrįstus atvejus.
23. Informacijos mainų kanalai, informacinių sistemų naudojimas, kontaktiniai asmenys, duomenų teikimo periodiškumas, forma ir apsaugos reikalavimai detalizuojami Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarkoje, IT sistemų naudojimo tvarkos apraše, Kokybės vadybos principų apraše, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politikoje bei kituose specialiuosiuose Sveikatos centro dokumentuose.

Duomenų / informacijos tipas	Kas pateikia	Kam naudojama	Pastaba dėl apsaugos
Paslaugų prieinamumo duomenys	ASPĮ pagal priskirtas paslaugas	Eilių, terminų ir prieinamumo tendencijų stebėsenai	Teikiami apibendrinti arba būtini procesiniai duomenys.
Registravimo trikdžiai	Registracijos funkcijas vykdantys darbuotojai / ASPĮ kontaktiniai asmenys	Registravimo proceso tobulinimui ir trikdžių eskalavimui	Individualūs duomenys perduodami tik būtina apimtimi.
Prioritetinio srauto rodikliai	ASPĮ, atvejo vadybos funkcijas vykdantys darbuotojai	ŽK / prioritetinio srauto terminų ir rezultatų stebėsenai	Klinikiniai sprendimai lieka gydytojų kompetencijoje.
VSB veiklų duomenys	VSB	Prevencinių veiklų planavimui ir visuomenės sveikatos stebėsenai	Pirmiausia naudojami apibendrinti duomenys.
Pacientų / darbuotojų grįžtamasis ryšys	ASPĮ, VSB, koordinatorius pagal tvarkas	Kokybės gerinimui ir procesų korekcijoms	Tvarkoma pagal BDAR ir konfidencialumo principus.

X. SVEIKATOS CENTRUI PRISKIRTŲ PASLAUGŲ INTEGRAVIMAS Į PROCESUS

24. Sveikatos centro procesų valdymas taikomas visoms Sveikatos centrui priskiriamoms paslaugoms, nurodytoms Klaipėdos miesto savivaldybės Sveikatos centro paslaugų sąraše. Procesų valdymo dokumentas nesprendžia, kuri įstaiga turi teisę teikti konkrečią paslaugą, bet nustato, kaip paslaugų teikėjų veiksmai susiejami į bendrą valdymo, komunikacijos, stebėsenos ir kokybės gerinimo sistemą.

Paslaugų grupė	Paslaugų pavyzdžiai	Teikėjai	Procesų valdymo reikšmė
Visuomenės sveikatos paslaugos	Mokinių visuomenės sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos stiprinimas, visuomenės sveikatos stebėsena.	VSB	Integruojama per informavimą, prevencinių veiklų planavimą ir apibendrintos stebėsenos duomenų naudojimą.
Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos	Šeimos medicina, pirminė odontologija, pirminė psichikos sveikatos priežiūra.	ASPĮ pagal paslaugų sąrašą	Pagrindinis paciento kelio pradžios, poreikio identifikavimo, siuntimo ir tęstinės priežiūros lygmuo.
Slaugos, paliatyviosios pagalbos ir šeimų lankymo paslaugos	Cukrinio diabeto slauga, ambulatorinė slauga namuose, paliatyvioji pagalba, šeimų lankymo paslaugos, palaikomasis gydymas ir slauga.	ASPĮ pagal paslaugų sąrašą	Procesuose svarbus paslaugų tęstinumas, informacijos perdavimas ir paciento būklės pokyčių komunikavimas.
Diagnostikos ir specializuotos ambulatorinės paslaugos	Radiologiniai, ultragarsiniai, endoskopiniai tyrimai, vidaus ligos, vaikų ligos, akušerija-ginekologija, chirurgija, kardiologija, LOR, oftalmologija, endokrinologija, neurologija ir kitos specialistų paslaugos.	ASPĮ pagal paslaugų sąrašą	Siejama su nukreipimu, registravimu, tyrimo / konsultacijos suteikimu ir rezultato grąžinimu tolesnei priežiūrai.
Reabilitacijos ir funkcinės būklės paslaugos	Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo, pradinės medicininės reabilitacijos, ambulatorinės reabilitacijos ir susijusios paslaugos.	ASPĮ pagal paslaugų sąrašą	Procesuose svarbus paciento nukreipimas, paslaugų tęstinumas ir informacijos grįžimas šeimos gydytojo komandai.
Dienos stacionaro, dienos chirurgijos ir kitos papildomos paslaugos	Dienos stacionaro grupės, psichiatrijos dienos stacionaras, dienos chirurgija, hemodializė, mamografija, prevencinės programos ir kitos paslaugos.	ASPĮ pagal paslaugų sąrašą	Valdoma per paslaugų prieinamumo, registravimo, informacijos perdavimo ir terminų stebėsenos procesus.

XI. VEIKLOS TRIKDŽIŲ KLASIFIKAVIMAS IR ESKALAVIMO KRITERIJAI

25. Veiklos trikdžiai klasifikuojami pagal jų poveikį paciento keliui, paslaugų prieinamumui, informacijos perdavimui, duomenų kokybei ir tarpįstaiginiam bendradarbiavimui.

Trikdžio rūšis	Pavyzdžiai	Pirminis sprendimo lygmuo	Eskalavimo kriterijus
Registravimo trikdis	Paciento nepavyksta užregistruoti; neteisinga informacija apie laiką; pasikartojantys perregistravimai.	Paslaugą organizuojanti ASPĮ / registracijos funkcija.	Trikdis kartojasi, susijęs su keliomis įstaigomis arba daro įtaką prioritetiniam paciento keliui.
Informacijos perdavimo trikdis	Vėluoja tyrimo ar konsultacijos atsakymas; trūksta informacijos tęstinei priežiūrai.	Paslaugą suteikusi ASPĮ ir gavėja ASPĮ.	Dėl trikdžio nutrūksta paciento kelias arba problema kartojasi tarp tų pačių grandžių.
Paslaugų prieinamumo trikdis	Nėra laisvų laikų; terminai reikšmingai viršijami; nenumatytas paslaugos teikimo ribojimas.	Paslaugą teikianti ASPĮ.	Poveikis reikšmingas pacientų grupei arba kelia riziką sutartų terminų laikymuisi.
Duomenų kokybės trikdis	Duomenys netikslūs, nepateikiami, pateikiami skirtinga forma ar nesavalaikiai.	Duomenis teikianti įstaiga / kontaktinis asmuo.	Duomenų trūkumas trukdo vykdyti stebėseną ar priimti sprendimus.
Procedūrų taikymo neatitikimas	Partneriai skirtingai taiko suderintą procedūrą; kyla ginčas dėl atsakomybės ribų.	Koordinatorius su susijusiomis įstaigomis.	Neatitikimas sisteminis, kartojasi arba reikalauja dokumento / metodo korekcijos.
Pacientų interesams reikšminga rizika	Dėl organizacinio trikdžio pacientas negauna reikalingos paslaugos ar informacijos.	Susijusi ASPĮ; koordinatorius įtraukiamas tik tada, kai nustatomas tarpįstaiginis ar sisteminis organizacinis poveikis.	Organizacinis trikdis daro reikšmingą poveikį paslaugų prieinamumui, paciento kelio tęstinumui ar kelių partnerių veiklai. Klinikiniai pacientų saugos įvykiai valdomi konkrečios ASPĮ teisės aktų ir vidaus dokumentų nustatyta tvarka.

XII. PROCESŲ STEBĖSENA, PERŽIŪRA IR TOBULINIMAS

26. Procesų stebėsena vykdoma nuolat, o sisteminė procesų peržiūra atliekama ne rečiau kaip kartą per metus arba pasikeitus Sveikatos centro veiklos organizavimui, bendradarbiavimo sutarties nuostatoms, paslaugų apimčiai, teisės aktų reikalavimams ar praktiniam procesų taikymui.
27. Procesų stebėseną koordinuoja Sveikatos centro veiklos koordinatorius, o stebėsenos rezultatai svarstomi koordinuojančioje įstaigoje ir Veiklos koordinavimo grupėje pagal klausimo pobūdį.

28. Partnerinės įstaigos teikia siūlymus dėl procesų tobulinimo, informuoja apie praktinio taikymo problemas, paslaugų prieinamumo ribojimus, informacijos perdavimo nesklandumus ir kitus Sveikatos centro veiklai reikšmingus klausimus.
29. Nustačius poreikį keisti procesą, įvertinama, ar reikalingas šio Aprašo, kitų Sveikatos centro dokumentų, kontaktinių asmenų sąrašo, rodiklių sistemos ar konkrečių procedūrų atnaujinimas.
30. Procesų tobulinimo sprendimai grindžiami duomenų analize, praktinio taikymo patirtimi, pacientų ir darbuotojų grįžtamuoju ryšiu, partnerinių įstaigų siūlymais ir Sveikatos centro veiklos prioritetais.

XIII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

31. Aprašas įsigalioja nuo jo patvirtinimo dienos.
32. Už Aprašo įgyvendinimo koordinavimą atsakinga koordinuojanti įstaiga ir Sveikatos centro veiklos koordinatorius pagal šiame Apraše ir kituose Sveikatos centro dokumentuose nustatytas funkcijas.
33. Aprašo priedai yra neatskiriama Aprašo dalis, išskyrus kontaktinių asmenų sąrašą, kuris gali būti atnaujinamas operacine tvarka, nekeičiant viso Aprašo teksto.
34. Aprašas peržiūrimas ne rečiau kaip kartą per metus arba anksčiau, jeigu pasikeičia Sveikatos centro veiklos organizavimas, teisės aktai, bendradarbiavimo sutartis, paslaugų sąrašas ar praktinis procesų taikymas.
35. Aprašo pakeitimai derinami su Sveikatos centro partnerinėmis įstaigomis ir, kai pagal klausimo pobūdį reikalinga, Veiklos koordinavimo grupe, o tvirtinami koordinuojančios įstaigos vadovo įsakymu bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka.

1 priedas. Sveikatos centro dalyviai ir funkcinis vaidmuo procesų valdyme

Žymėjimas	Įstaiga	Funkcinis vaidmuo procesų valdyme
VSB	Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biuras	Visuomenės sveikatos stiprinimas, mokinių visuomenės sveikatos priežiūra, visuomenės sveikatos stebėsena, prevencija ir informavimas.
ASPĮ1	Klaipėdos miesto poliklinika	Koordinuojanti įstaiga ir asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikėja pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ2	VšĮ Jūrininkų poliklinika	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ3	Klaipėdos vaikų ligoninė	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ4	Klaipėdos senamiesčio pirminės sveikatos priežiūros centras	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ5	Klaipėdos psichikos sveikatos centras	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ6	Klaipėdos medicininės slaugos ligoninė	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ7	Ori senatvė	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ8	Affidea Lietuva	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ9	Mano šeimos gydytojas	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ10	Paliatyvios pagalbos ir šeimos sveikatos centras	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ11	Narema	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ12	VNT medicinos centras	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ13	UAB Navicko klinika	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ14	Baltic Medics	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ15	Medbaltica	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ16	Nefridos klinika	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ17	A. Stasiulio reabilitacijos klinika	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ18	Mėmelio klinika	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ19	Jurando kineziterapijos centras	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ20	Lorna	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ21	Nefrida	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ22	InMedica	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ23	Baltijos klinika	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ24	Diagnostikos laboratorija	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.

ASPĮ25	Echomeda	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ26	Diaverum klinikos	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ27	Northway medicinos centrai	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ28	Lietuvos, JAV ir Izraelio UAB „Vaisingumo klinika“	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ29	Tavo profilaktika	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ30	SG konsultacinė klinika	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ31	Respublikinė Klaipėdos ligoninė	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ32	Salumeda	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ33	Lirema	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ34	Testas	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.
ASPĮ35	Sveikatos darna	Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pagal priskirtas paslaugas.

2 priedas. Sveikatos centro veiklos koordinatoriaus kontaktai

	Informacija
Funkcija	Klaipėdos miesto sveikatos centro veiklos koordinatorius
Atsakingas asmuo	Dr. Šarūnas Banevičius
El. paštas	sbanevicius@klaipedospoliklinika.lt
Mob. tel. nr.	+370 630 39 532
Interneto svetainė	https://klaipedossc.lt
Pastaba	Kontaktai gali būti atnaujinami operacine tvarka, nekeičiant viso Aprašo teksto.

3 priedas. Procesų stebėsenos rodiklių pradinis sąrašas

Rodiklių grupė	Rodiklių pavyzdžiai	Duomenų šaltinis	Naudojimas
Paslaugų prieinamumas	Laukimo laikas; registracijos sėkmingumas; laisvų laikų stoka; paslaugos suteikimo terminų laikymasis.	ASPĮ registracijos ir paslaugų teikimo duomenys.	Eilių, prieinamumo ir paslaugų teikimo trikdžių vertinimas.
Pacientų srautai	Nukreipimų skaičius; prioritetinių atvejų skaičius; pakartotiniai kreipimaisi; neatvykimų dalis.	ASPĮ teikiami procesiniai duomenys, Paciento kelio kortelėje ir (ar) naudojamose informacinėse sistemose fiksuojami organizaciniai paciento kelio duomenys.	Pacientų kelio analizė ir srautų planavimas.
Informacijos perdavimas	Vėluojantys atsakymai; netikslūs duomenys; informacijos trūkumo atvejai.	ASPĮ, koordinatoriaus ir kontaktinių asmenų informacija.	Tarpįstaiginės komunikacijos tobulinimas.
Procesų trikdžiai	Registravimo, duomenų, procedūrų taikymo, paslaugų prieinamumo ir atsakomybių ribų trikdžiai.	Koordinatoriaus suvestinės, partnerių pranešimai.	Korekcinių veiksmų planavimas.
VSB veiklos	Prevencinių veiklų skaičius; informuotų tikslinių grupių skaičius; apibendrintos stebėsenos informacijos pateikimas.	VSB duomenys.	Prevencijos ir visuomenės sveikatos stiprinimo veiklų planavimas.
Kokybės gerinimas	Korekcinių veiksmų skaičius; įgyvendintų priemonių dalis; pasikartojančių trikdžių pokytis.	Rodiklių ir procesų suvestinės, korekcinių veiksmų planai ir jų įgyvendinimo duomenys, pacientų patirties ir skundų apibendrinimai, partnerinių įstaigų pateikta informacija.	Procesų peržiūra ir metinis veiklos gerinimas.

4 priedas. Vidaus procesų kortelės

1 procesas. Veiklos reglamentavimo, dokumentų valdymo ir sprendimų priėmimo procesas

Proceso paskirtis	**Užtikrinti, kad Sveikatos centro veikla būtų grindžiama suderintais dokumentais, vienodais veiklos principais ir aiškiu sprendimų priėmimo mechanizmu.**
Pradžios taškas	Nustatomas poreikis parengti, tikslinti ar įgyvendinti Sveikatos centro veiklos dokumentą, procesą, metodiką ar sprendimą.
Proceso savininkas	Koordinuojanti įstaiga.
Dalyvaujantys subjektai	Sveikatos centro veiklos koordinatorius, Veiklos koordinavimo grupė, partnerinės ASPĮ, VSB pagal kompetenciją, savivaldybės atstovai pagal poreikį.
Pagrindiniai	1) poreikio identifikavimas ir klausimo priskyrimas procesų grupei;

veiksmai	2) pirminis koordinatoriaus arba koordinuojančios įstaigos vertinimas; 3) siūlomo sprendimo, dokumento ar proceso parengimas; 4) derinimas su susijusiomis partnerinėmis įstaigomis ir, kai reikia, Veiklos koordinavimo grupe; 5) sprendimo patvirtinimas pagal kompetenciją arba dokumento / siūlymo grąžinimas tikslinti; 6) sprendimo įgyvendinimo komunikavimas ir stebėsena.
Rezultatas	Patvirtintas arba suderintas dokumentas, sprendimas, veiklos procedūra, protokolinė rekomendacija arba korekcinis veiksmas.
Stebėsenos rodikliai	Parengtų / atnaujintų dokumentų skaičius; sprendimų įgyvendinimo terminų laikymasis; pakartotinių klausimų dėl tos pačios procedūros skaičius.
Eskalavimo sąlyga	Jeigu klausimas susijęs su kelių įstaigų funkcijomis, prieštaringu proceso taikymu ar paslaugų prieinamumo rizika, jis perduodamas Veiklos koordinavimo grupės svarstymui ir (ar) koordinuojančiai įstaigai sprendimui pagal kompetenciją.

2 procesas. Paciento kelio ir paslaugų organizavimo procesas

Proceso paskirtis	**Užtikrinti nuoseklų paciento kelią nuo poreikio identifikavimo iki paslaugos suteikimo, informacijos perdavimo ir tolesnių veiksmų nustatymo.**
Pradžios taškas	Pacientas kreipiasi į ASPĮ arba paciento paslaugos poreikis identifikuojamas šeimos gydytojo komandos, gydytojo specialisto ar kito kompetentingo darbuotojo.
Proceso savininkas	Konkrečią paslaugą organizuojanti ir / ar teikianti ASPĮ pagal savo kompetenciją.
Dalyvaujantys subjektai	Šeimos gydytojo komanda, gydytojai specialistai, atvejo vadybos funkcijas vykdantys darbuotojai, registracijos darbuotojai, paslaugą teikianti ASPĮ, pacientas, VSB pagal poreikį.
Pagrindiniai veiksmai	1) paciento poreikio identifikavimas ir pirminis įvertinimas; 2) sprendimas dėl siuntimo, nukreipimo, registravimo ar informavimo apie paslaugas; 3) registravimas arba paciento kelio organizavimas; 4) paslaugos suteikimas pasirinktoje arba pagal galimybes prieinamoje partnerinėje ASPĮ; 5) rezultatų, išvadų ar informacijos perdavimas teisės aktų nustatyta tvarka; 6) tolesnių gydymo, stebėsenos, prevencijos ar informavimo veiksmų nustatymas.
Rezultatas	Pacientas užregistruotas ir / ar gavo reikalingą paslaugą, o informacija apie paslaugos rezultatą grąžinta tęstinei paciento priežiūrai.
Stebėsenos rodikliai	Laukimo laikas; registravimo sėkmės rodiklis; neatvykimų dalis; informacijos perdavimo vėlavimai; pakartotinių kreipimųsi dėl to paties organizacinio klausimo skaičius.
Eskalavimo sąlyga	Jeigu paslaugos nepavyksta organizuoti ar suteikti dėl pasikartojančių registracijos, informacijos perdavimo, paslaugų prieinamumo ar terminų laikymosi trikdžių, klausimas pirmiausia sprendžiamas susijusių ASPĮ lygmeniu, o esant tarpįstaiginiam, pasikartojančiam ar

	sisteminiam trikdžiui perduodamas koordinatoriaus vertinimui.

3 procesas. Prioritetinio paciento srauto / „Žaliojo koridoriaus“ principo taikymo procesas

Proceso paskirtis	**Sistemiškai parodyti, kaip prioritetinio aptarnavimo principas integruojamas į bendrą Sveikatos centro pacientų srautų valdymą, neperrašant atskiro „Žaliojo koridoriaus“ procesų aprašo.**
Pradžios taškas	Šeimos gydytojas, gydytojas specialistas arba kitas kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas nustato, kad pacientui gali būti taikomas prioritetinis kelias pagal patvirtintus kriterijus.
Proceso savininkas	Paciento klinikinį prioritetą nustatanti / paciento kelią inicijuojanti ASPĮ pagal kompetenciją.
Dalyvaujantys subjektai	Šeimos gydytojo komanda, atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas, registracijos darbuotojai, paslaugą teikianti ASPĮ, koordinatorius sisteminės stebėsenos lygmeniu.
Pagrindiniai veiksmai	1) klinikinio poreikio ir prioritetinio aptarnavimo pagrindo įvertinimas; 2) paciento priskyrimas prioritetiniam srautui pagal patvirtintą tvarką; 3) informacijos perdavimas atvejo vadybos arba registracijos funkcijas vykdančiam darbuotojui; 4) vizito, tyrimo ar konsultacijos suderinimas su paslaugą teikiančia ASPĮ; 5) paslaugos suteikimo termino stebėjimas; 6) paslaugos rezultato perdavimas ir tolesnių klinikinių bei organizacinių veiksmų nustatymas pagal proceso dalyvių kompetenciją.
Rezultatas	Paciento prioritetinis kelias įgyvendintas pagal nustatytus terminus arba identifikuotas ir eskaluotas proceso trikdis.
Stebėsenos rodikliai	Prioritetinių atvejų skaičius; paslaugų suteikimo terminų laikymasis; vėlavimų priežastys; nutrauktų / nepavykusių paciento kelių dalis.
Eskalavimo sąlyga	Jeigu prioritetinis paciento kelias nutrūksta ar vėluoja, klausimas pirmiausia sprendžiamas konkretaus paciento kelio ir susijusių ASPĮ lygmeniu. Jeigu trikdis yra tarpįstaiginis, pasikartojantis ar sisteminis, jis perduodamas Sveikatos centro veiklos koordinatoriui ir, prireikus, Veiklos koordinavimo grupės svarstymui.

4 procesas. Registravimo, eilių ir informacijos perdavimo procesas

Proceso paskirtis	**Užtikrinti, kad pacientų registravimas, nukreipimas ir informacijos perdavimas tarp Sveikatos centro dalyvių būtų valdomas vienodais principais.**
Pradžios taškas	Atsiranda poreikis pacientą registruoti ar nukreipti paslaugai Sveikatos centro dalyvio viduje arba tarp partnerinių įstaigų.
Proceso savininkas	Paslaugą organizuojanti ASPĮ.
Dalyvaujantys subjektai	Šeimos gydytojo komanda, registracijos darbuotojai, atvejo vadybos funkcijas vykdantys darbuotojai, paslaugą teikiančios ASPĮ kontaktiniai asmenys, koordinatorius sisteminių trikdžių lygmeniu.
Pagrindiniai veiksmai	1) registracijos poreikio nustatymas; 2) paslaugos teikėjo ir galimo laiko identifikavimas;

	3) paciento registravimas ar informavimas apie registravimo galimybes; 4) informacijos apie laiką, vietą, pasirengimą paslaugai ir neatvykimo pasekmes perdavimas pacientui; 5) registravimo rezultato fiksavimas įstaigos naudojamose informacinėse sistemose; 6) vėlavimų, nepavykusių registracijų ar pasikartojančių trikdžių perdavimas atsakingam asmeniui.
Rezultatas	Pacientas užregistruotas arba informuotas apie paslaugos gavimo galimybes; registravimo eiga fiksuota ir, jei reikia, perduota koordinavimui.
Stebėsenos rodikliai	Pirmo kontakto metu išspręstų registracijos klausimų dalis; nepavykusių registracijų skaičius; paslaugos suteikimo laukimo laikas; neatvykimų dalis.
Eskalavimo sąlyga	Pasikartojantys ar tarpįstaiginiai registravimo trikdžiai, informacijos nesutapimai arba eilių valdymo problemos perduodami koordinatoriaus analizei, o sisteminio pobūdžio klausimai – Veiklos koordinavimo grupės svarstymui.

5 procesas. Atvejo vadybos sąveikos su Sveikatos centro procesais procesas

Proceso paskirtis	**Aiškiai atskirti individualaus paciento kelio koordinavimą nuo sisteminio Sveikatos centro veiklos koordinavimo.**
Pradžios taškas	Konkretaus paciento kelias reikalauja aktyvesnio koordinavimo, kelių paslaugų derinimo, prioritetinio aptarnavimo ar informacijos sujungimo tarp paslaugų teikėjų.
Proceso savininkas	Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas konkretaus paciento kelio ribose.
Dalyvaujantys subjektai	Pacientas, šeimos gydytojo komanda, gydytojai specialistai, registracijos darbuotojai, paslaugą teikianti ASPĮ, koordinatorius tik sisteminių trikdžių lygmeniu.
Pagrindiniai veiksmai	1) paciento kelio poreikio nustatymas; 2) reikalingų paslaugų ir jų sekos suderinimas; 3) registravimo ir informavimo veiksmų organizavimas; 4) paciento kelio organizavimui būtinos informacijos perdavimo tarp proceso dalyvių organizavimas teisės aktų ir taikomų Sveikatos centro dokumentų nustatyta tvarka; 5) terminų ir proceso eigos stebėjimas konkretaus atvejo ribose; 6) trikdžių perdavimas atsakingai įstaigai arba koordinatoriaus lygmeniui, kai problema yra sisteminė.
Rezultatas	Koordinuotas individualus paciento kelias, aiški paslaugų seka, paciento informavimas ir terminų stebėsena konkretaus atvejo ribose.
Stebėsenos rodikliai	Koordinuotų atvejų skaičius; vėlavimų skaičius; atvejų, kai reikėjo eskalavimo, dalis; paciento informavimo pilnumas.
Eskalavimo sąlyga	Jeigu individualaus paciento kelio problema rodo pasikartojantį sisteminį trikdį, ji perduodama Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, neperimant klinikinių sprendimų.

6 procesas. Tarpįstaiginės komunikacijos ir operacinio derinimo procesas

Proceso paskirtis	**Užtikrinti aiškius informacijos perdavimo kanalus, atsakingus kontaktus ir klausimų sprendimą tinkamu valdymo lygmeniu.**
Pradžios taškas	Atsiranda klausimas, kuriam reikalingas informacijos perdavimas, suderinimas arba sprendimas tarp dviejų ar daugiau Sveikatos centro dalyvių.
Proceso savininkas	Sveikatos centro veiklos koordinatorius operacinio koordinavimo lygmeniu.
Dalyvaujantys subjektai	Partnerinių įstaigų kontaktiniai asmenys, koordinuojanti įstaiga, Veiklos koordinavimo grupė, VSB ir savivaldybės atstovai pagal poreikį.
Pagrindiniai veiksmai	1) klausimo identifikavimas ir priskyrimas operaciniam, procesiniam arba strateginiam lygmeniui; 2) informacijos surinkimas iš susijusių įstaigų; 3) pirminis operacinis derinimas; 4) sprendimo arba rekomendacijos komunikavimas; 5) klausimo perdavimas Veiklos koordinavimo grupei, jei jis sisteminis ar neišsprendžiamas operaciniu lygmeniu; 6) sprendimo įgyvendinimo stebėsena.
Rezultatas	Suderintas sprendimas, rekomendacija, informacijos išaiškinimas arba eskaluotas klausimas.
Stebėsenos rodikliai	Operaciniu lygmeniu išspręstų klausimų dalis; klausimų sprendimo trukmė; pakartotinių klausimų skaičius; partnerių informacijos pateikimo savalaikiškumas.
Eskalavimo sąlyga	Klausimai, kurie yra sisteminiai, pasikartojantys, susiję su kelių partnerių procesais, reikšminga paslaugų prieinamumo rizika, duomenų kokybe ar bendrų procedūrų taikymu, perduodami Veiklos koordinavimo grupės svarstymui ir (ar) koordinuojančiai įstaigai pagal kompetenciją.

7 procesas. Duomenų rinkimo, stebėsenos ir ataskaitų procesas

Proceso paskirtis	**Užtikrinti duomenimis grįstą Sveikatos centro procesų vertinimą, paslaugų prieinamumo analizę ir korekcinių veiksmų inicijavimą.**
Pradžios taškas	Teikiant paslaugas, registruojant pacientus, vykdant prevencines veiklas ar fiksuojant procesų trikdžius susidaro stebėsenai reikalingi duomenys.
Proceso savininkas	Sveikatos centro veiklos koordinatorius.
Dalyvaujantys subjektai	Partnerinės ASPĮ, VSB pagal kompetenciją, kontaktiniai asmenys, Veiklos koordinavimo grupė, koordinuojanti įstaiga.
Pagrindiniai veiksmai	1) patvirtintuose Sveikatos centro dokumentuose nustatytų stebėsenos rodiklių, duomenų apimties ir teikimo reikalavimų taikymas bei poreikio juos tikslinti inicijavimas;

	2) duomenų teikimas sutarta forma ir terminais; 3) duomenų sisteminimas pagal paslaugų grupes, procesus ir rodiklius; 4) tendencijų, vėlavimų, trikdžių ir neatitikimų analizė; 5) rezultatų aptarimas su koordinuojančia įstaiga ir Veiklos koordinavimo grupe; 6) korekcinių veiksmų arba procesų atnaujinimo inicijavimas.
Rezultatas	Parengtos suvestinės, analizės, rekomendacijos ir sprendimų pagrindimas.
Stebėsenos rodikliai	Duomenų pateikimo savalaikiškumas; duomenų tikslumas; identifikuotų trikdžių skaičius; įgyvendintų korekcinių veiksmų dalis.
Eskalavimo sąlyga	Netikslūs, nepateikti arba nesavalaikiai duomenys pirmiausia tikslinami su duomenis teikiančia įstaiga. Pasikartojantys ar sisteminiai duomenų teikimo trikdžiai perduodami koordinatoriaus inicijuojamam derinimui ir, prireikus, Veiklos koordinavimo grupės svarstymui.

8 procesas. Kokybės gerinimo, grįžtamojo ryšio ir korekcinių veiksmų procesas

Proceso paskirtis	**Užtikrinti, kad nustatyti procesų trūkumai, pasikartojantys trikdžiai, pacientų ir darbuotojų pastabos virstų konkrečiais tobulinimo veiksmais.**
Pradžios taškas	Identifikuojamas neatitikimas, pasikartojantis trikdis, pacientų / darbuotojų grįžtamasis ryšys, skundų tendencija arba rodiklių pokytis.
Proceso savininkas	Koordinuojanti įstaiga.
Dalyvaujantys subjektai	Koordinatorius, partnerinės įstaigos, VSB pagal kompetenciją, kokybės valdymo ar administravimo funkcijas vykdantys darbuotojai.
Pagrindiniai veiksmai	1) problemos ar tobulinimo poreikio identifikavimas; 2) priežasčių ir proceso vietos, kurioje atsirado trikdis, nustatymas; 3) galimų korekcinių ir procesų gerinimo veiksmų formulavimas; 4) siūlomų veiksmų, atsakingų subjektų ir įgyvendinimo terminų derinimas pagal kompetenciją; 5) įgyvendinimo stebėsena; 6) pakartotinis vertinimas, ar priemonės pašalino problemą.
Rezultatas	Korekcinių veiksmų planas, atnaujintas procesas, rekomendacija ar metodinis išaiškinimas.
Stebėsenos rodikliai	Korekcinių veiksmų įgyvendinimo dalis; pasikartojančių trikdžių sumažėjimas; paciento patirties rodiklių pokytis; skundų / pastabų tendencijos.
Eskalavimo sąlyga	Jeigu korekcinis veiksmas reikalauja kelių partnerių veiksmų arba daro įtaką paslaugų prieinamumui, klausimas svarstomas Veiklos koordinavimo grupėje.

9 procesas. VSB veiklų integravimo į Sveikatos centro procesus procesas

Proceso paskirtis	**Aiškiai apibrėžti VSB dalyvavimą Sveikatos centro procesų sistemoje, atskiriant visuomenės sveikatos funkcijas nuo klinikinių asmens sveikatos priežiūros procesų.**
Pradžios taškas	Atsiranda poreikis informuoti gyventojus ar pacientų grupes apie prevencines, visuomenės sveikatos stiprinimo, mokinių sveikatos priežiūros ar stebėsenos veiklas.
Proceso savininkas	Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biuras pagal savo kompetenciją.
Dalyvaujantys subjektai	VSB, partnerinės ASPĮ, koordinatorius, Veiklos koordinavimo grupė, savivaldybės atstovai pagal poreikį.
Pagrindiniai veiksmai	1) visuomenės sveikatos poreikio ar tikslinės grupės identifikavimas; 2) informacijos apie VSB veiklas parengimas ir perdavimas Sveikatos centro dalyviams; 3) gyventojų ar pacientų grupių informavimas apie galimybes dalyvauti veiklose; 4) VSB veiklų vykdymas pagal kompetenciją; 5) apibendrintos informacijos teikimas Sveikatos centro veiklos planavimui ir stebėsenai; 6) prevencinių priemonių tobulinimas pagal stebėsenos duomenis.
Rezultatas	Gyventojai ar pacientų grupės informuotos apie VSB veiklas, VSB duomenys panaudoti Sveikatos centro prevencijos ir veiklos planavimui.
Stebėsenos rodikliai	Įgyvendintų VSB veiklų skaičius; informuotų tikslinių grupių skaičius; apibendrintos informacijos pateikimo savalaikiškumas; bendrų iniciatyvų skaičius.
Eskalavimo sąlyga	Jeigu reikalingas kelių ASPĮ ir VSB bendras veiksmas arba kyla neaiškumų dėl duomenų / informacijos perdavimo, klausimas perduodamas koordinatoriaus derinimui.

10 procesas. Veiklos trikdžių, neatitikimų ir eskalavimo procesas

Proceso paskirtis	**Nustatyti vienodą reagavimo į procesų trikdžius mechanizmą nuo pirminio sprendimo iki sisteminio svarstymo.**
Pradžios taškas	Nustatomas procedūros nesilaikymas, informacijos perdavimo vėlavimas, paslaugos prieinamumo ribojimas, duomenų netikslumas, pasikartojantis organizacinis nesklandumas ar pacientų interesams reikšminga rizika.
Proceso savininkas	Sveikatos centro veiklos koordinatorius operacinio ir tarpįstaiginio koordinavimo lygmeniu.
Dalyvaujantys subjektai	Susijusi partnerinė įstaiga, kontaktiniai asmenys, Veiklos koordinavimo grupė, koordinuojanti įstaiga, savivaldybė ar kitos institucijos pagal poreikį.
Pagrindiniai veiksmai	1) trikdžio fiksavimas ir pirminis aprašymas; 2) pirminis sprendimas toje partnerinėje įstaigoje ar proceso dalyje, kurioje trikdis kilo; 3) neišspręsto, pasikartojančio ar tarpįstaiginio trikdžio perdavimas koordinatoriui; 4) trikdžio pobūdžio, priežasčių ir sisteminio poveikio įvertinimas bei operacinio derinimo organizavimas; 5) prireikus klausimo perdavimas Veiklos koordinavimo grupės svarstymui arba koordinuojančiai įstaigai pagal kompetenciją ir korekcinių veiksmų suderinimas; 6) įgyvendinimo ir pasikartojimo stebėsena.
Rezultatas	Trikdis pašalintas operaciniu lygmeniu arba suderintas ir pagal kompetenciją įformintas sisteminis proceso tobulinimo sprendimas.
Stebėsenos rodikliai	Trikdžių skaičius pagal rūšį; vidutinė sprendimo trukmė; pasikartojimo dažnis; eskaluotų klausimų dalis.
Eskalavimo sąlyga	Jeigu trikdis daro reikšmingą įtaką paslaugų prieinamumui, pacientų interesams ar kelių partnerių veiklai, apie jį gali būti informuojama koordinuojanti įstaiga, savivaldybė arba teisės aktuose numatytos institucijos.

Bendrai finansuoja Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO PACIENTŲ SRAUTŲ VALDYMO TVARKOS APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro pacientų srautų valdymo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato pacientų registracijos, nukreipimo, laukimo, paslaugų teikimo eiliškumo, prioritetizavimo ir paciento kelio koordinavimo tvarką, įskaitant „Žaliojo koridoriaus“ principo taikymą.
2. Aprašo paskirtis – nustatyti nuoseklią pacientų srautų valdymo tvarką, apibrėžti prioritetinio pacientų srauto organizavimą, „Žaliojo koridoriaus“ taikymo principus ir paslaugų apimtį, paciento identifikavimo ir sprendimo dėl jo priskyrimo prioritetiniam srautui tvarką bei Sveikatos centro dalyvių sąveiką organizuojant paciento kelią.
3. Šis Aprašas taikomas Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro veikloje dalyvaujančioms ASPĮ tiek, kiek jos pagal 2026 m. birželio 29 d. Sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių Sveikatos centrui priskiriamas sveikatos priežiūros paslaugas Klaipėdos miesto savivaldybėje, bendradarbiavimo sutartį Nr. SU-151 ir savo kompetenciją dalyvauja pacientų registravimo, nukreipimo, paslaugų teikimo ir paciento kelio koordinavimo procesuose.
4. Pagrindinės sąvokos:
   4.1. Atvejo vadybininkas – partnerinės ASPĮ darbuotojas, kuriam, kai atvejo vadybos funkcija taikoma konkrečiam paciento keliui, pavesta koordinuoti paciento kelią, organizuoti registravimo ir informavimo veiksmus, derinti paslaugų seką, stebėti terminus ir fiksuoti proceso eigą, neperimant sveikatos priežiūros specialistų klinikinių funkcijų.
   4.2. Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas – sveikatos priežiūros specialistas, kuris pagal savo profesinę kompetenciją įvertina paciento būklę, nustato reikalingos paslaugos poreikį ir, kai taikoma, priima klinikinį sprendimą dėl paciento priskyrimo prioritetiniam / „Žaliojo koridoriaus“ srautui.
   4.3. Pacientas – asmuo, prisirašęs pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje arba kitaip besikreipiantis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų.
   4.4. Paslaugų grandinė – nuoseklus paciento kelias nuo registracijos, konsultacijos, tyrimų, intervencijų iki sveikatos priežiūros plano įgyvendinimo.
   4.5. Žaliasis koridorius – sveikatos paslaugų organizavimo principas, pagal kurį pacientai, atitinkantys Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikoje nustatytus kriterijus, prioritetine tvarka nukreipiami konsultacijoms ar tyrimams, suteikiant paslaugas per konkrečiam kriterijui nustatytą maksimalų terminą.

II. „ŽALIOJO KORIDORIAUS“ PRINCIPAI

5. „Žaliojo koridoriaus“ principas taikomas siekiant, kad pacientai, atitinkantys patvirtintus ŽK kriterijus, būtų prioritetine tvarka nukreipiami konsultacijoms ar tyrimams, paslaugas suteikiant per konkrečiam kriterijui nustatytą maksimalų terminą ir koordinuojant paciento kelią.

6. „Žaliojo koridoriaus“ veikimas grindžiamas šiais principais:
   6.1. Greitas reagavimas – pacientui skiriami tyrimai ar konsultacijos atliekami per aiškiai apibrėžtą trumpesnį laikotarpį, nei taikoma įprastoje eilėje.
   6.2. Prioritetinis aptarnavimas – pacientai įtraukiami į atskirą srautą, organizuojant jų registraciją ir paslaugos suteikimą per konkrečiam kriterijui nustatytą maksimalų terminą.
   6.3. Nuoseklus paciento kelias – paciento vizitai planuojami taip, kad per vieną apsilankymą, kai tai įmanoma, būtų atliktos kelios būtinos procedūros: konsultacija, reikalingi tyrimai, specialisto išvada.
   6.4. Aiškūs terminai – paciento kelio etapams nustatomi maksimalūs terminai, kurie taikomi proceso dalyviams pagal jų kompetenciją ir konkrečiam paciento keliui nustatytas sąlygas.
   6.5. Koordinuota priežiūra – atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas koordinuoja paciento kelią, stebi paciento kelio etapų terminus ir, nustatęs nepagrįsto delsimo riziką, inicijuoja reikalingus organizacinius veiksmus bei informuoja pacientą.
   6.6. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas –Sveikatos centro tinklo įstaigos derina veiksmus taip, kad paciento nukreipimas tarp paslaugų teikėjų vyktų sklandžiai ir laiku.
   6.7. Kokybės užtikrinimas – paciento kelio rezultatai yra stebimi ir vertinami, analizuojant tiek paslaugų suteikimo terminus, tiek pacientų pasitenkinimą, o gauti duomenys naudojami paslaugų tobulinimui.
   6.8. Pacientų saugumas ir infekcijų kontrolė – pacientų srautai organizuojami laikantis konkrečioje ASPĮ taikomų pacientų saugos ir infekcijų kontrolės reikalavimų, siekiant mažinti nereikalingą pacientų laukimą, judėjimą tarp padalinių ir kontaktus bendrose laukimo erdvėse.
   6.9. „Žaliojo koridoriaus“ principas nepakeičia būtinosios ir skubiosios medicinos pagalbos teikimo tvarkos. Pacientams, kurių būklė kelia tiesioginę grėsmę gyvybei ar sveikatai ir kuriems reikalinga neatidėliotina medicinos pagalba, paslaugos organizuojamos pagal tokiems atvejams taikomus teisės aktus ir ASPĮ procedūras.
7. Paslaugų teikimo eiliškumas nustatomas atsižvelgiant į pacientui taikomą srautą. Pacientams, kuriems netaikomas prioritetinis / „Žaliojo koridoriaus“ principas, paslaugos organizuojamos bendra teisės aktuose ir partnerinės ASPĮ nustatyta registravimo bei eilių valdymo tvarka. Pacientams Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikoje nustatyti kriterijai taikomi „Žaliojo koridoriaus“ principas, paslaugos organizuojamos prioritetine tvarka, laikantis konkrečiam atvejui nustatyto paslaugos suteikimo termino.

III. PATEKIMO Į „ŽALIĄJĮ KORIDORIŲ“ KRITERIJAI

8. „Žaliojo koridoriaus“ principas taikomas kliniškai stabiliems pacientams, kurių būklė atitinka Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikoje ir jos priede „Žaliojo koridoriaus kriterijai pagal paslaugas“ nustatytus kriterijus. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro ŽK modelyje prioritetinis srautas taikomas šioms paslaugoms:
   8.1. ultragarsiniams tyrimams (išskyrus galvos, širdies, kraujagyslių, raumenų ir sąnarių) – 16.7.1.2;
   8.2. akušerijos ir ginekologijos paslaugoms – 16.7.4;
   8.3. kardiologijos paslaugoms (išskyrus perstemplinį elektrofiziologinį ištyrimą (stimuliaciją) ir kraujagyslių standumo tyrimą) – 16.7.8;
   8.4. endokrinologijos paslaugoms – 16.7.11;
   8.5. fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo paslaugoms – 16.7.13.
   8.6. Šis ŽK modelis netaikomas pacientams, kuriems pagal galiojančią tvarką taikomas atskiras onkologinių ligų Žaliojo koridoriaus pacientų srautų valdymas.

9. Sprendimą dėl paciento priskyrimo „Žaliojo koridoriaus“ srautui priima kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas pagal savo profesinę kompetenciją ir konkrečiai paslaugai patvirtintus ŽK kriterijus. Atvejo vadybininkas koordinuoja organizacinį sprendimo įgyvendinimą ir klinikinio sprendimo dėl paciento prioritetizavimo nepriima.
10. Jei pacientas neatitinka patvirtintų konkrečios paslaugos ŽK kriterijų, jis registruojamas ir paslauga jam organizuojama įprasta tvarka.

IV. PACIENTO KELIAS „ŽALIUOJU KORIDORIUMI“

11. Prioritetinis paciento kelias pradedamas kompetentingam sveikatos priežiūros specialistui nustačius prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ srauto taikymo pagrindą pagal patvirtintus kriterijus.
12. Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas, vadovaudamasis Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikoje ir jos priede nustatytais konkrečiai paslaugai taikomais ŽK kriterijais, įvertina paciento būklę ir priima klinikinį sprendimą dėl prioritetinio srauto taikymo:
    12.1. Parengiamas siuntimas tyrimams ar pas gydytoją specialistą.
    12.2. Atvejo vadybos funkcijas vykdančiam ar kitam paciento kelią koordinuojančiam darbuotojui, kai ši funkcija konkrečiam pacientui taikoma, perduodama tik paciento keliui organizuoti būtina informacija: siuntimo duomenys, reikalinga paslauga, prioritetinio srauto statusas, taikomas terminas ir kita organizaciniams veiksmams būtina informacija. Klinikiniai duomenys tvarkomi sveikatos priežiūros specialistų naudojamose informacinėse sistemose ir medicininėje dokumentacijoje teisės aktų nustatyta tvarka.
13. Gavus informaciją apie prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ paciento kelią, atvejo vadybos funkcijas vykdantis ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas, kai tokia funkcija konkrečiam pacientui taikoma:
    13.1. Patikrina siuntimo duomenis ir priedus.
    13.2. Koordinuoja tinkamo laiko konsultacijai ir, jei įmanoma, susijusiems tyrimams parinkimą ir registravimo veiksmus, siekdamas suderinti paciento paslaugų seką.
    13.3. Pažymi apskaitoje, kad pacientas priskirtas „Žaliajam koridoriui“.
    13.4. Informuoja pacientą Paciento informavimo tvarkoje nustatytu būdu apie paskirtą laiką, vietą, pasiruošimą vizitui ir kitą jam reikalingą organizacinę informaciją.
    13.5. Stebi paciento keliui taikomo termino laikymąsi ir, nustatęs paslaugos nesuteikimo per nustatytą terminą riziką, koordinuoja artimiausio galimo laiko ar kito organizacinio sprendimo paiešką.
14. Partnerinė ASPĮ, kompetentingam sveikatos priežiūros specialistui nustačius paciento atitiktį ŽK kriterijui, inicijuoja prioritetinio registravimo procesą pagal šį Aprašą ir Registracijos ir eilių valdymo taisykles. Paciento informavimas organizuojamas Paciento informavimo tvarkoje nustatyta tvarka.
15. Paciento kelias Sveikatos centre vyksta pagal toliau nurodytą seką:
    15.1. Registracija – pacientas registruojamas prioritetiniam / „Žaliojo koridoriaus“ srautui, jo statusas pažymimas Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje, patvirtinamas paskirtas laikas ir pacientui pateikiama reikalinga organizacinė informacija.
    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 fiksavimas ir perdavimas – konsultacijų, tyrimų ir kitų suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų rezultatai fiksuojami naudojamose informacinėse sistemose ir medicininėje dokumentacijoje teisės aktų nustatyta tvarka. Klinikinę informaciją apie rezultatus pacientui pagal kompetenciją pateikia sveikatos priežiūros specialistas, o atvejo vadybos funkcijas

vykdantis darbuotojas, kai reikalinga, koordinuoja tik tolesnius organizacinius veiksmus.

15.4. Tolesni veiksmai – šeimos gydytojas ir (ar) gydytojas specialistas pagal savo kompetenciją, įvertinęs tyrimų ir (ar) konsultacijų rezultatus, priima sprendimą dėl gydymo, stebėsenos, papildomų tyrimų ar konsultacijų. Atvejo vadybininkas, kai ši funkcija taikoma konkrečiam paciento keliui, koordinuoja tik tolesnių organizacinių veiksmų įgyvendinimą.

16. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas stebi paciento kelio terminus ir, nustatęs nepagrįsto delsimo ar termino nesilaikymo riziką, inicijuoja reikalingus organizacinius veiksmus, koordinuoja artimiausio galimo sprendimo paiešką ir informuoja pacientą bei kitus proceso dalyvius pagal kompetenciją.
17. Paciento kelio organizaciniai etapai, kuriuos būtina fiksuoti proceso atsekamumui ir terminų kontrolei, registruojami Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje.
18. Pacientas turi teisę gauti aiškią informaciją apie paslaugų terminus, alternatyvas, atsakingus kontaktinius asmenis ir savo teises „Žaliojo koridoriaus“ proceso metu.

V. DARBUOTOJŲ VAIDMENYS PROCESUOSE

19. „Žaliojo koridoriaus“ veikimas grindžiamas aiškiu veikėjų vaidmenų, atsakomybės ir komunikacijos paskirstymu. Kiekvienas proceso dalyvis privalo laikytis nustatytų funkcijų ir terminų, siekiant užtikrinti nuoseklų paciento kelią, sklandų paslaugų teikimą ir informacijos apsikeitimą tarp įstaigų.
20. Koordinuojantis asmuo – Sveikatos centro koordinatorius:

    20.1. koordinuoja „Žaliojo koridoriaus“ proceso sąveiką Sveikatos centro lygmeniu;

    20.2. dalyvauja rengiant ir tobulinant bendrus pacientų srautų valdymo dokumentus bei metodinę medžiagą;

    20.3. organizuoja iš partnerinių įstaigų pateiktos informacijos apie pacientų srautų valdymą ir proceso trikdžius sisteminimą;

    20.4. identifikuoja pasikartojančius tarpįstaiginius trikdžius ir inicijuoja jų aptarimą su susijusiomis partnerinėmis įstaigomis;

    20.5. organizuoja periodinės proceso stebėsenos rezultatų apibendrinimą ir jų pateikimą koordinuojančiai įstaigai bei Veiklos koordinavimo grupei.
21. Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas:

    21.1. Priima klinikinį sprendimą dėl paciento priskyrimo „Žaliojo koridoriaus“ srautui pagal patvirtintus kriterijus ir savo profesinę kompetenciją.

    21.2. Parengia siuntimą pas gydytoją specialistą arba tyrimams, aiškiai nurodydamas „Žaliojo koridoriaus“ taikymo pagrindą.

    21.3. Perduoda atvejo vadybininkui paciento kelio organizavimui būtiną informaciją apie prioritetinio registravimo poreikį, reikalingą paslaugą ir taikomą terminą.
22. Atvejo vadybininkas:

    22.1. Priima paciento kelio organizavimui reikalingą informaciją ir prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ statusą pažymi Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje.

    22.2. Koordinuoja paciento registraciją vizitams pas gydytojus specialistus ir (ar) tyrimams bei jų seką pagal nustatytus terminus; registravimo veiksmus pats atlieka tik tada, kai tokia funkcija jam pavesta pagal konkrečios ASPĮ vidaus darbo organizavimą.

    22.3. Informuoja pacientą Paciento informavimo tvarkoje nustatytu būdu apie paskirtą laiką, vietą, pasiruošimą vizitui, pakeitimus ar atšaukimus.

    22.4. Koordinuoja paciento keliui organizuoti būtinos informacijos perdavimą per naudojamas informacines sistemas ar kitus suderintus saugius kanalus, neperimdamas ASPĮ atsakomybės už

medicininių duomenų tvarkymą.

22.5. Stebi paciento keliui taikomų terminų laikymąsi ir, nustatęs nepagrįsto delsimo ar termino nesilaikymo riziką, inicijuoja reikalingus organizacinius veiksmus.

22.6. Koordinuoja paciento nukreipimą tarp įstaigų ir, nustatęs nepagrįsto delsimo riziką, inicijuoja artimiausio galimo organizacinio sprendimo paiešką.

23. Gydytojai specialistai:

23.1. Pagal kompetenciją teikia paslaugas „Žaliuoju koridoriumi“ keliaujantiems pacientams.

23.2. Suteiktos paslaugos rezultatus, atsakymus ir išvadas fiksuoja naudojamose informacinėse sistemose ir medicininėje dokumentacijoje teisės aktų nustatyta tvarka. Atvejo vadybos funkcijas vykdančiam darbuotojui perduodama tik paciento kelio tolesniam organizavimui būtina procesinė informacija.

23.3. Jei paslaugos per nustatytą terminą suteikti neįmanoma, nedelsiant informuoja atvejo vadybininką, kuris organizuoja alternatyvų laiką ar kitą sprendimą.

24. Partnerinės įstaigos:

24.1. Vykdo pagal sutartis joms priskirtas paslaugas, užtikrindamos paslaugų kokybę ir terminus.

24.2. Teikia reikiamus duomenis ir dokumentus, atsako į užklausas kaip įmanoma greičiau, bet ne vėliau kaip per vieną darbo dieną.

24.3. Informuoja Sveikatos centro koordinatorių apie paslaugų teikimo sutrikimus ar neatitikimus terminams, pasiūlydamos alternatyvas.

25. Pacientas:

25.1. Pateikia reikiamą medicininę informaciją ir dokumentus.

25.2. Apie neatvykimą ar poreikį pakeisti vizito laiką informuoja įstaigą kuo anksčiau, o kai tai įmanoma – ne vėliau kaip dieną prieš vizitą.

VI. REIKALINGI RESURSAI IR IŠTEKLIAI

26. „Žaliojo koridoriaus“ veiksmingumas priklauso nuo tinkamai suorganizuotų žmogiškųjų, laiko, technologinių, partnerinių ir kompetencijų išteklių.

27. Žmogiškieji ištekliai:

27.1. Kompetentingi sveikatos priežiūros specialistai pagal savo profesinę kompetenciją atsakingi už paciento būklės įvertinimą, sprendimą dėl ŽK kriterijaus taikymo ir siuntimo parengimą, kai siuntimas reikalingas.

27.2. Gydytojai specialistai atsakingi už paslaugų suteikimą, terminų laikymąsi ir rezultatų suvedimą į informacinę sistemą.

27.3. Atvejo vadybininkas, kai atvejo vadybos funkcija konkrečiam paciento keliui taikoma, koordinuoja registraciją ir paslaugų seką bei organizuoja alternatyvų sprendimą, kai jo reikia.

28. Laiko ištekliai:

28.1. Partnerinės ASPĮ pagal savo paslaugų organizavimo galimybes numato registracijos galimybes prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ pacientų srautui. Nesant galimybės paslaugą suteikti per nustatytą terminą, atvejo vadybininkas koordinuoja artimiausio galimo laiko arba kito organizacinio sprendimo paiešką.

28.2. Atšaukus suplanuotą laiką, pacientui pasiūlomas alternatyvus laikas.

29. Technologiniai ištekliai:

29.1. Duomenų apsauga užtikrinama pagal galiojančius teisės aktus ir vidines prieigos taisykles.

30. Partnerių ištekliai:

30.1. Partnerinės įstaigos atsakingos už joms priskirtą paslaugų teikimą pagal bendradarbiavimo sutartis.

30.2. Negalėdamos užtikrinti paslaugų per nustatytą terminą partnerinės įstaigos nedelsdamos informuoja atvejo vadybininkus ir pateikia informaciją apie galimą alternatyvą ar naują laiką.

31. Paslaugų teikimo procesui užtikrinama tinkama darbo vietų infrastruktūra ir įranga.

32. Kompetencijų ištekliai:

32.1. Atvejo vadybininkai, šeimos gydytojai ir gydytojai specialistai turi reikiamas kompetencijas „Žaliojo koridoriaus“ procesui vykdyti.

32.2. Teikiama metodinė pagalba ir konsultacijos pirmosiomis veiklos savaitėmis ir vėliau pagal poreikį. Atnaujinama ir darbuotojams prieinama informacinė medžiaga.

32.3. Darbuotojai, kuriems pavedamos funkcijos „Žaliojo koridoriaus“ procese, su jų funkcijoms aktualiais proceso reikalavimais supažindinami prieš pradedant vykdyti šias funkcijas.

VII. PASLAUGŲ TEIKIMO „VIENO APSILANKYMO METU“ MODELIS

33. „Žaliojo koridoriaus“ įgyvendinimas grindžiamas siekiu, kad pacientui, kai tai leidžia medicininės indikacijos ir organizacinės galimybės, tarpusavyje susijusios paslaugos būtų suteiktos vieno apsilankymo metu arba per kuo trumpesnį tarpusavyje suderintą laikotarpį.

34. Modelio tikslas – sutrumpinti paciento kelią nuo klinikinio sprendimo dėl prioritetinio / ŽK srauto taikymo iki reikalingos paslaugos suteikimo ir jos rezultato, sumažinti nereikalingų apsilankymų skaičių ir užtikrinti nuoseklų paslaugų teikimą.

35. Konkreti konsultacijų, tyrimų ir kitų paslaugų seka nustatoma pagal pacientui taikomą paslaugų teikimo algoritmą / maršrutą, medicininį poreikį ir paslaugų prieinamumą.

36. Organizuojant paciento kelią siekiama išvengti pakartotinių apsilankymų, kurie reikalingi tik dėl administracinių ar tarpusavyje nesuderintų organizacinių veiksmų.

37. Kai kelių tarpusavyje susijusių paslaugų suteikti vieno apsilankymo metu nėra galimybės, jų seka ir terminai derinami taip, kad pacientui būtų užtikrintas kuo nuoseklesnis ir trumpesnis paciento kelias.

38. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas pagal kompetenciją koordinuoja suplanuotų paslaugų seką ir, pasikeitus jų prieinamumui, inicijuoja alternatyvaus organizacinio sprendimo paiešką.

39. 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.

40. Analizės rezultatai ne rečiau kaip kartą per ketvirtį pateikiami Veiklos koordinavimo grupei, kuri juos aptaria ir pagal kompetenciją teikia rekomendacijas dėl paslaugų organizavimo tobulinimo.

VIII. PROCESŲ LAIKO NORMOS

41. „Žaliojo koridoriaus“ taikymas grindžiamas aiškiais paciento kelio etapų terminais. Pacientui taikomas prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ srauto statusas fiksuojamas siuntime, kai tai taikoma pagal naudojamos sistemos funkcionalumą, ir Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje.

42. Maksimalūs terminai:

42.1. Paciento priskyrimas „Žaliojo koridoriaus“ srautui pagal Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikoje nustatytus kriterijus atliekamas paciento būklę įvertinus kompetentingam sveikatos priežiūros specialistui.

42.2. Ne vėliau kaip per 1 darbo dieną (jei įmanoma – tą pačią dieną, kai pacientui nustatomas prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ srauto taikymas) atvejo vadybininkui perduodama paciento kelio organizavimui būtina informacija: siuntimo duomenys, reikalinga paslauga, prioritetinio srauto statusas, taikomas terminas ir kita organizaciniams veiksmams būtina informacija.

42.3. Gavęs paciento kelio organizavimui būtiną informaciją, atvejo vadybininkas per 1 darbo dieną suderina artimiausią galimą vizito laiką pas gydytoją specialistą ir (ar) kitai reikalingai paslaugai.

42.4. Gydytojo specialisto konsultacija arba ultragarsinis tyrimas suteikiami per konkrečiam ŽK kriterijui Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikoje nustatytą maksimalų terminą – ne vėliau kaip per 2 savaites arba ne vėliau kaip per 4 savaites.

42.5. Konsultacijų, tyrimų ir kitų suteiktų paslaugų rezultatai fiksuojami E. sveikatos sistemoje ir (ar) kitoje teisės aktų bei konkrečios paslaugos teikimui taikomoje informacinėje sistemoje nustatyta tvarka. Kai rezultatų pateikimui taikomas konkretus terminas, jo laikomasi pagal patvirtintą „Žaliojo koridoriaus“ paslaugos algoritmą / maršrutą.

42.6. Tolesnę gydymo, stebėsenos ar ištyrimo taktiką pagal kompetenciją nustato šeimos gydytojas arba gydytojas specialistas. Atvejo vadybininkas, kai reikalinga, koordinuoja nustatytų tolesnių veiksmų organizacinį įgyvendinimą.

42.7. Apie pakeitimus ar naują laiką pacientas informuojamas ne vėliau kaip per 1 darbo dieną.

43. 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.
44. Nustatyti terminai laikomi pacientų srautų valdymo kokybės rodikliais ir stebimi šio Aprašo X–XI skyriuose nustatyta tvarka.

IX. PROCESŲ DIEGIMAS IR VEIKLOS PALAIKYMAS

45. „Žaliojo koridoriaus“ procesų diegimas vykdomas etapais, užtikrinant tinkamą pasirengimą, darbuotojų kompetencijų ugdymą ir nuoseklų sistemos įgyvendinimą.
46. Diegimo etapai apima:

46.1. Parengiamuosius darbus, kurių metu nustatomi atsakingi asmenys, parengiami vidiniai dokumentai;

46.2. Informacijos sklaidą, supažindinant darbuotojus su taikymo principais bei atsakomybėmis;

46.3. Bandomąjį veikimo etapą, kai procesai taikomi ribotoje apimtyje, vertinant jų efektyvumą;

46.4. Pilną veiklos pradžią visame Sveikatos centro tinkle.

47. Sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga koordinuoja bendrųjų „Žaliojo koridoriaus“ proceso principų taikymą, organizuoja stebėsenos rezultatų vertinimą, teikia metodinę informaciją ir inicijuoja sisteminių tarpįstaiginių proceso trikdžių aptarimą. Partnerinės įstaigos už savo procesų organizavimą ir joms taikomų terminų laikymąsi atsako pagal kompetenciją.
48. Sveikatos centro koordinuojanti įstaiga, gavusi stebėsenos duomenis, privalo periodiškai vertinti procesų veiksmingumą ir teikti siūlymus dėl jų tobulinimo.
49. Partnerinės įstaigos privalo užtikrinti, kad „Žaliojo koridoriaus“ procesai būtų taikomi nuosekliai, o visi jų darbuotojai būtų supažindinti su taikomais reikalavimais.
50. Procesų diegimas ir veiklos palaikymas laikomas nuolatiniu procesu, kurio kokybė užtikrinama per vidinės kontrolės ir išorės priežiūros mechanizmus.

X. DUOMENŲ APSKAITA IR STEBĖSENA

51. Duomenų apskaita ir stebėsena vykdoma siekiant užtikrinti „Žaliojo koridoriaus“ proceso skaidrumą, paslaugų prieinamumo kontrolę ir kokybės gerinimą.
52. Paciento kelio organizavimui ir „Žaliojo koridoriaus“ proceso stebėsenai pagal turimus duomenis fiksuojamas prioritetiniam / „Žaliojo koridoriaus“ srautui priskirtų pacientų skaičius,

registracijos ir paslaugų suteikimo terminai, neįvykę vizitai, termino nesilaikymo atvejai, paciento kelio trikdžiai ir kiti procesui vertinti reikalingi duomenys. Pacientų patirties, skundų ir grįžtamojo ryšio informacija naudojama Paciento patirties ir skundų nagrinėjimo tvarkoje nustatyta tvarka.

53. Už medicininių duomenų, konsultacijų, tyrimų rezultatų ir kitos medicininės informacijos įvedimą į naudojamas informacines sistemas ir medicininę dokumentaciją atsako paslaugą suteikusi ASPĮ pagal teisės aktus ir jos darbuotojams priskirtas funkcijas. Atvejo vadybos ar kitą paciento kelio koordinavimo funkciją vykdantis darbuotojas fiksuoja tik paciento kelio organizavimui ir proceso atsekamumui reikalingą informaciją Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje.
54. Stebėsenos rezultatai naudojami procesų efektyvumui vertinti, kokybės gerinimo priemonėms planuoti, sprendimams dėl resursų paskirstymo bei ataskaitų rengimui.

XI. RODIKLIŲ ANALIZĖ IR VEIKLOS TOBULINIMAS

55. „Žaliojo koridoriaus“ procesų kokybė ir efektyvumas vertinami pagal nustatytus stebėsenos rodiklius.
56. Atsižvelgdama į stebėsenos rezultatus ir nustatytas proceso tobulinimo sritis, koordinuojanti įstaiga pagal kompetenciją inicijuoja bendros metodinės informacijos, atmintinių ar kitų proceso taikymą palaikančių priemonių atnaujinimą. Kiekviena partnerinė ASPĮ atsako už savo darbuotojų supažindinimą, kompetencijų palaikymą ir vidaus mokymų organizavimą pagal jai taikomus reikalavimus.
57. Nustačius nukrypimus nuo rodiklių tikslinių reikšmių, koordinuojanti įstaiga inicijuoja priežasčių ir galimų korekcinių veiksmų aptarimą su susijusiomis partnerinėmis įstaigomis.
58. Suderintos veiklos tobulinimo priemonės partnerinėse įstaigose įgyvendinamos pagal jų kompetenciją ir jose taikomą sprendimų priėmimo tvarką.

XII. DOKUMENTO PRIEŽIŪRA IR ATNAUJINIMAS

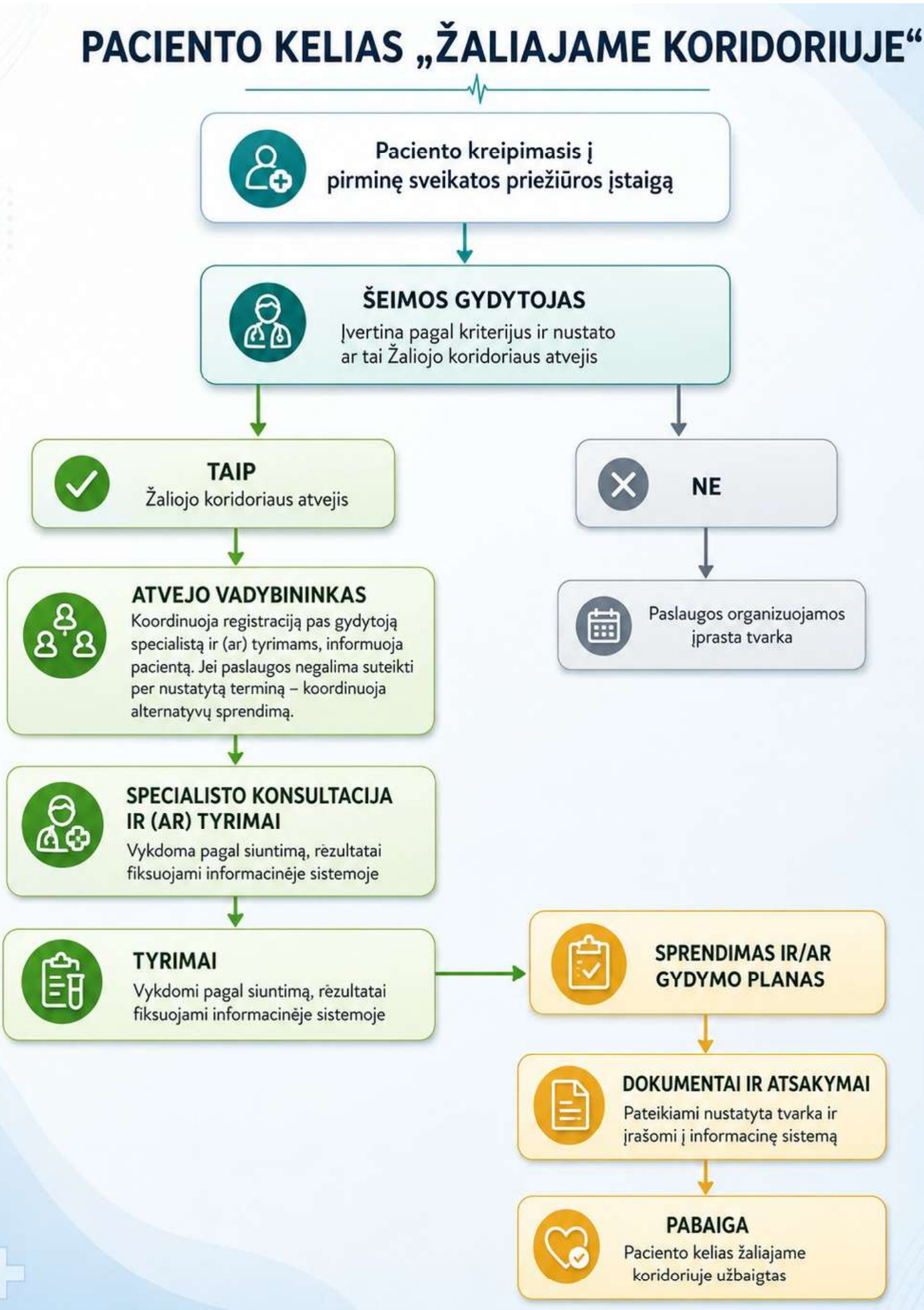
59. Šio Aprašo priežiūrą vykdo Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga.
60. Aprašas peržiūrimas ne rečiau kaip kartą per metus, taip pat pasikeitus teisės aktams, įdiegus naujas paslaugas ar nustačius praktinius trūkumus.
61. Aprašo pakeitimai derinami su Sveikatos centro partnerinėmis įstaigomis ir tvirtinami koordinuojančios įstaigos vadovo įsakymu bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka.
62. Su patvirtintais Aprašo pakeitimais supažindinamos Sveikatos centro partnerinės įstaigos. Aprašo nuostatos partnerinėse įstaigose taikomos pagal jų kompetenciją, bendradarbiavimo sutartyje nustatytus įsipareigojimus ir jose taikomą vidaus sprendimų priėmimo tvarką.
63. Šis dokumentas įsigalioja nuo jo patvirtinimo dienos.

Priedas Nr. 1

PARTNERINIŲ ĮSTAIGŲ SĄRAŠAS

Eil. nr.	Įstaigos pavadinimas
1.	BĮ Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biuras
2.	VšĮ Klaipėdos miesto poliklinika
3.	VšĮ Jūrininkų poliklinika
4.	VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė
5.	VšĮ Klaipėdos senamiesčio pirminės sveikatos priežiūros centras
6.	VšĮ Klaipėdos psichikos sveikatos centras
7.	VšĮ Klaipėdos medicininės slaugos ligoninė
8.	VšĮ „Ori senatvė“
9.	UAB „Affidea Lietuva“
10.	UAB „Mano šeimos gydytojas“
11.	UAB Paliatyvios pagalbos ir šeimos sveikatos centras
12.	UAB „Narema“
13.	UAB VNT medicinos centras
14.	UAB Navicko klinika
15.	UAB „Baltic Medics“
16.	UAB „Medbaltica“
17.	UAB „Nefridos“ klinika
18.	UAB A. Stasiulio reabilitacijos klinika
19.	UAB Mėmelio klinika
20.	UAB Jurando kineziterapijos centras
21.	UAB „Lorna“
22.	UAB „Nefrida“
23.	UAB InMedica
24.	UAB „Baltijos klinika“
25.	UAB Diagnostikos laboratorija
26.	UAB „Echomeda“
27.	UAB „Diaverum klinikos“
28.	UAB „Northway medicinos centrai“
29.	Lietuvos, JAV ir Izraelio UAB „Vaisingumo klinika“
30.	UAB „Tavo profilaktika“
31.	UAB Sg konsultacinė klinika
32.	VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė
33.	UAB „Salumeda“
34.	Bendra Lietuvos ir Vokietijos UAB „Lirema“
35.	VšĮ „Testas“
36.	UAB „Sveikatos darna“

PACIENTO KELIAS „ŽALIAJAME KORIDORIUJE“



Bendrai finansuoja Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO PACIENTO KELIO KORTELĖ

Paciento kelio koordinavimo forma

Pastaba. Paciento kelio kortelė skirta paciento paslaugų organizavimo, registravimo, terminų, informavimo ir paciento kelio eigos fiksavimui. Kortelėje nefiksuojamos diagnozės, išsamūs tyrimų rezultatai, gydymo taktika ar kita klinikinė informacija, kuri tvarkoma E. sveikatos sistemoje ir (ar) ASPĮ medicininėje dokumentacijoje. Kortelė gali būti pildoma popierine arba elektronine forma. Elektroniniu būdu tvarkant Kortelę taikomi Sveikatos centro IT sistemų naudojimo tvarkos, asmens duomenų apsaugos ir informacijos saugos reikalavimai.

Instrukcija:

Kortelė pradedama pildyti, kai pacientui organizuojamas kelių tarpusavyje susijusių paslaugų paciento kelias ir (ar) taikomas prioritetinis / „Žaliojo koridoriaus“ srautas, ir pildoma iki koordinuojamo paciento kelio užbaigimo.

1. PACIENTO DUOMENYS

Laukas	Užpildoma informacija
Paciento vardas, pavardė	
Asmens kodas	
Paciento kontaktinis telefono numeris	
Siunčianti ASPĮ/padalinys	
Šeimos gydytojas / įstaiga	
Atvejo vadybos funkciją vykdantis / kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas	
Paciento kelio inicijavimo data	
Siuntimo duomenys / organizuojama paslauga	
Paciento srautas	☐ Įprastas ☐ Prioritetinis / ŽK
Nurodomas taikytas kriterijus ar kategorija, nedubliuojant išsamios klinikinės informacijos	

2. PACIENTO KELIO PLANAS IR VYKDYMAS

Eil. Nr.	Paciento kelio etapas / paslauga	Atsakinga ASPĮ / darbuotojas	Planuojama data / terminas	Faktinė data	Būsena	Pastabos
1					☐ Laukiama ☐ Atlikta ☐ Atšaukta	

2					☐ Laukiama ☐ Atlikta ☐ Atšaukta	
3					☐ Laukiama ☐ Atlikta ☐ Atšaukta	
4					☐ Laukiama ☐ Atlikta ☐ Atšaukta	
5					☐ Laukiama ☐ Atlikta ☐ Atšaukta	

3. TERMINŲ KONTROLĖ

Procesas	Taikomas terminas	Faktinė data / faktinė trukmė	Termino laikytasi	Pastabos
Registracija / paslaugos laiko suderinimas			☐ Taip ☐ Ne	
Gydytojo specialisto konsultacija			☐ Taip ☐ Ne	
Tyrimas (-ai)			☐ Taip ☐ Ne	
Kitos suplanuotos paslaugos			☐ Taip ☐ Ne	
Tolesnių veiksmų organizavimas			☐ Taip ☐ Ne	

4. PACIENTO INFORMAVIMAS

Informavimo veiksmas	Data	Būdas	Pastabos
Informuotas apie priskyrimą prioritetiniam / ŽK srautui		☐ Tel. ☐ SMS ☐ El. būdu ☐ Kita	
Informuotas apie vizito datą, laiką ir vietą			
Informuotas apie pasiruošimą vizitui			
Informuotas apie registracijos / vizito pakeitimą			
Informuotas apie tolesnius veiksmus			

5. PACIENTO KELIO PAKEITIMAI IR TRIKDŽIAI

Data	Situacija	Atliktas veiksmas	Atsakingas asmuo / ASPĮ
	☐ Pacientas neatvyko ☐ Vizitas atšauktas ☐ Vizitas perkeltas ☐ Paslauga laiku neprieinama ☐ Nepavyko susisiekti su pacientu ☐ Kita		

6. PACIENTO KELIO UŽBAIGIMAS

Laukas	Duomenys
Paciento kelio užbaigimo data	
Visos suplanuotos paslaugos suteiktos	☐ Taip ☐ Ne
Visi etapai atlikti per taikytus terminus	☐ Taip ☐ Ne
Jei ne – priežastis	
Tolesni veiksmai pagal gydytojo sprendimą	☐ Nereikalingi ☐ Numatyti
Pastabos	
Kortelę užbaigęs atvejo vadybos funkciją vykdantis / kitas atsakingas darbuotojas	

Bendrai finansuoja Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO REGISTRACIJOS IR EILIŲ VALDYMO TAISYKLĖS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro registracijos ir eilių valdymo taisyklės (toliau – Taisyklės) nustato pacientų registravimo būdus, registravimo ir perregistravimo tvarką, pacientų eilių formavimo, registracijos laikų valdymo, prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ pacientų registravimo, neatvykimo į vizitą ir registracijos atšaukimo principus bei registravimo sąveiką tarp Sveikatos centro veikloje dalyvaujančių ASPĮ.
2. Taisyklių paskirtis – nustatyti vieningus pacientų registracijos ir eilių valdymo principus Sveikatos centro lygmeniu, sudaryti sąlygas sklandžiam pacientų nukreipimui tarp partnerinių ASPĮ, efektyviam registracijos laikų naudojimui ir prioritetinio pacientų srauto organizavimui, taikant „Žaliojo koridoriaus“ principą.
3. Taisyklės taikomos Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro veikloje dalyvaujančioms ASPĮ tiek, kiek jos pagal 2026 m. birželio 29 d. bendradarbiavimo sutartį Nr. SU-151 ir savo kompetenciją dalyvauja pacientų registravimo, nukreipimo ir paslaugų teikimo procesuose.
4. Pagrindinės sąvokos:
   4.1. Atvejo vadybininkas – partnerinės ASPĮ darbuotojas, kuriam, kai atvejo vadybos funkcija taikoma konkrečiam paciento keliui, pavesta koordinuoti paciento kelią, organizuoti registravimo ir informavimo veiksmus, derinti paslaugų seką, stebėti terminus ir fiksuoti proceso eigą, neperimant sveikatos priežiūros specialistų klinikinių funkcijų.
   4.2. Pacientas – asmuo, prisirašęs pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje arba kitaip besikreipiantis dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų.
   4.3. ASPĮ – Sveikatos centro sudėtyje veikiančios įstaigos, teisės aktų nustatyta tvarka teikiančios asmens sveikatos priežiūros paslaugas.
   4.4. Paslaugų grandinė – nuoseklus paciento kelias nuo registracijos, konsultacijos, tyrimų, intervencijų iki sveikatos priežiūros plano įgyvendinimo.
   4.5. „Žaliasis koridorius“ – sveikatos paslaugų organizavimo principas, pagal kurį pacientai, atitinkantys Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikoje nustatytus kriterijus, prioritetine tvarka nukreipiami konsultacijoms ar tyrimams, suteikiant paslaugas per konkrečiam kriterijui nustatytą maksimalų terminą.
   4.6. E. sveikata – elektroninė sveikatos sistema, kurioje tvarkomi paciento sveikatos duomenys ir su sveikatos priežiūros paslaugų teikimu susijusi informacija.

II. REGISTRACIJOS BŪDAI IR BENDRIEJI PRINCIPAI

5. Pacientai Sveikatos centro veikloje dalyvaujančiose ASPĮ gali būti registruojami:
   5.1. telefonu;
   5.2. elektroniniu būdu per E. sveikatos sistemą ar kitą ASPĮ naudojamą elektroninės registracijos sistemą;
   5.3. tiesiogiai ASPĮ registratūroje;

5.4. kitais teisės aktų ir ASPĮ vidaus tvarkose nustatytais registravimo būdais.

6. Registracija vykdoma pagal paciento pasirinktą ir ASPĮ teikiamą paslaugą, galiojantį siuntimą, kai jis reikalingas, ir paslaugai taikomą registravimo tvarką.

7. Pacientai registruojami į bendrąjį arba prioritetinį / „Žaliojo koridoriaus“ srautą. Paciento priskyrimas prioritetiniam srautui atliekamas Pacientų srautų valdymo tvarkos apraše ir Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikoje nustatyta tvarka. Registracijos ar atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas savarankiškai klinikinio sprendimo dėl paciento prioritetizavimo nepriima.

III. REGISTRAVIMO TARP ĮSTAIGŲ TVARKA

8. Paciento poreikio nustatymas:

8.1. Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas, įvertinęs paciento būklę, nustato paslaugos poreikį ir, kai taikoma, paciento priskyrimą prioritetiniam / „Žaliojo koridoriaus“ srautui.

8.2. Nustačius „Žaliojo koridoriaus“ atvejį, inicijuojamas paciento registravimo prioritetine tvarka procesas.

9. Registracijai reikalinga informacija atvejo vadybininkui ar kitam registraciją koordinuojančiam darbuotojui perduodama per naudojamas informacines sistemas arba kitu tarp ASPĮ suderintu saugiu informacijos perdavimo kanalu, laikantis asmens duomenų apsaugos ir informacijos saugos reikalavimų.

9.1. Perduodami tik registracijai ir paciento keliui organizuoti būtini duomenys: paciento identifikavimo duomenys, siuntimo informacija, reikalinga paslauga, prioritetinio srauto statusas ir kita registracijai būtina informacija.

10. „Žaliojo koridoriaus“ statusas pažymimas paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje Sveikatos centro nustatytoje apskaitos priemonėje.

11. Atvejo vadybininkas ar kitas registraciją / paciento kelią koordinuojantis darbuotojas, kai tokia funkcija konkrečiam paciento keliui taikoma, per 1 darbo dieną:

11.1. Suderina artimiausią galimą vizito laiką;

11.2. Organizuoja paciento registravimą prioritetiniam / „Žaliojo koridoriaus“ srautui ir jo statuso pažymėjimą Paciento kelio kortelėje ar naudojamoje informacinėje sistemoje; registravimo veiksmą pats atlieka tik tada, kai tokia funkcija jam pavesta pagal konkrečios ASPĮ vidaus darbo organizavimą;

11.3. Informuoja pacientą apie paskirtą laiką, vietą ir pasiruošimą vizitui, o kai informacija reikalinga paciento kelio tęstinumui – ir pacientą siuntusį gydytoją ar kitą kompetentingą sveikatos priežiūros specialistą;

11.4. Gavęs informaciją apie paslaugos suteikimo faktą, atnaujina organizacinius paciento kelio duomenis Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje ir, kai reikalinga paciento kelio tęstinumui, perduoda atitinkamą procesinę informaciją pacientą siunčiančiam gydytojui ar kitam atsakingam proceso dalyviui.

12. Jei partnerinė ASPĮ negali suteikti pacientui reikalingos paslaugos per nustatytą terminą:

12.1. Atvejo vadybininkas ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas koordinuoja galimybę paslaugą gauti kitoje Sveikatos centro veikloje dalyvaujančioje ASPĮ;

12.2. Pacientas informuojamas apie pasiūlytą alternatyvų laiką ir vietą, o kai reikalinga paciento kelio tęstinumui – informuojamas ir pacientą siunčiantis gydytojas ar kitas kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas;

12.3. Registracijai ir paciento keliui organizuoti būtina informacija perduodama per naudojamas informacines sistemas arba kitu tarp ASPĮ suderintu saugiu kanalu. Medicininiai

dokumentai ir klinikinė informacija tvarkomi ir perduodami teisės aktų bei IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu.

13. Paciento kelio organizaciniai etapai, kuriuos būtina fiksuoti proceso atsekamumui ir terminų kontrolei, registruojami Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje.
14. Atvejo vadybininkas ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas stebi paciento keliui taikomų terminų laikymąsi ir, nustatęs nepagrįsto delsimo ar termino nesilaikymo riziką, inicijuoja reikalingus organizacinius veiksmus. Prireikus koordinuojama galimybė pacientui paslaugą gauti kitoje Sveikatos centro veikloje dalyvaujančioje ASPĮ.

IV. EILIŲ FORMAVIMAS IR REGISTRACIJOS LAIKO VALDYMAS

15. Pacientų eilės formuojamos pagal registracijos laiką, paslaugos rūšį, paslaugos teikėjo darbo grafiką ir pacientui taikomą registravimo srautą.
16. Pacientams, kuriems netaikomas prioritetinis / „Žaliojo koridoriaus“ principas, paslaugos teikiamos bendra ASPĮ taikoma eiliškumo tvarka.
17. Pacientams, kuriems nustatytas prioritetinis / „Žaliojo koridoriaus“ statusas, registracija organizuojama prioritetine tvarka, atsižvelgiant į konkrečiai paslaugai ar pacientų kategorijai nustatytą maksimalų paslaugos suteikimo terminą.
18. ASPĮ registracijos laikus planuoja pagal paslaugų teikimo grafikus, turimus žmogiškuosius ir kitus išteklius bei pacientų srautą. Kai organizacinės galimybės leidžia, prioritetiniam pacientų srautui numatomos atskiros registracijos galimybės.
19. Atsilaisvinęs registracijos laikas, kai tai techniškai ir organizaciškai įmanoma, pasiūlomas kitam atitinkamos paslaugos laukiančiam pacientui, atsižvelgiant į taikomą eiliškumą ir paciento prioritetą.
20. Jei pacientui paslaugos negalima suteikti per jam taikomą terminą, ieškoma artimiausio galimo registracijos laiko toje pačioje ASPĮ arba, kai taikomas tarpįstaiginis paciento kelias, koordinuojama galimybė paslaugą gauti kitoje Sveikatos centro veikloje dalyvaujančioje ASPĮ.

V. REGISTRACIJOS ATŠAUKIMAS, NEATVYKIMAS IR PERREGISTRAVIMAS

21. Pacientas, negalintis atvykti paskirtu laiku, apie neatvykimą ar poreikį pakeisti registracijos laiką informuoja ASPĮ kuo anksčiau vienu iš įstaigos naudojamų registracijos kanalų.
22. Pacientui atšaukus registraciją, atsilaisvinęs laikas grąžinamas į registracijos sistemą ir gali būti pasiūlytas kitam pacientui pagal taikomą eiliškumą.
23. Pacientui pageidaujant pakeisti registracijos laiką, jam pasiūlomas artimiausias galimas tinkamas laikas, atsižvelgiant į paslaugos rūšį, paciento prioritetą ir registracijos vietų prieinamumą.
24. Jei registracijos laikas keičiamas ASPĮ iniciatyva, pacientas apie pakeitimą informuojamas kuo anksčiau ir jam pasiūlomas artimiausias galimas alternatyvus laikas. Prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ paciento statusas dėl ASPĮ inicijuoto perregistravimo nesikeičia.
25. Pacientui neatvykus į paskirtą vizitą ir iš anksto apie tai nepranešus, neatvykimo faktas fiksuojamas ASPĮ naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje apskaitos priemonėje.
26. Prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ pacientui neatvykus į paskirtą vizitą, atvejo vadybininkas ar kitas atsakingas darbuotojas, kai tai reikalinga paciento kelio tęstinumui, naudodamas ASPĮ teisėtai turimus kontaktinius duomenis bando susisiekti su pacientu ir koordinuoja tolesnius organizacinius veiksmus. Jei tolesniam paciento keliui reikalingas naujas klinikinis sprendimas, informacija perduodama kompetentingam sveikatos priežiūros specialistui.

VI. TERMINAI

27. Prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ paciento registravimo veiksmai organizuojami ne vėliau kaip per 1 darbo dieną nuo paciento kelio organizavimui būtinos informacijos gavimo.
28. Pacientui pranešimas apie vizitą ir pasiruošimą siunčiamas tą pačią dieną, kai registracija patvirtinta.
29. Gydytojo specialisto konsultacija arba ultragarsinis tyrimas suteikiami per konkrečiam ŽK kriterijui Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikoje nustatytą maksimalų terminą – ne vėliau kaip per 2 savaites arba ne vėliau kaip per 4 savaites.

VII. VEIKLOS KOORDINAVIMAS

30. Sisteminius registracijos ir eilių valdymo klausimus Sveikatos centro lygmeniu koordinuoja Sveikatos centro veiklos koordinatorius, o Veiklos koordinavimo grupė pagal kompetenciją aptaria tarpįstaiginius registracijos ir paslaugų prieinamumo trikdžius bei teikia rekomendacijas dėl proceso tobulinimo.
31. Veiklos koordinavimo grupės darbo organizavimo ir sprendimų priėmimo tvarka nustatyta Sveikatos centro veiklos reglamente ir Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarkoje.
32. Partnerinės ASPĮ savo registracijos procesus, darbuotojų darbo organizavimą ir registracijos laikų planavimą organizuoja savarankiškai, laikydamosi bendradarbiavimo sutartyje ir šiose Taisyklėse nustatytų bendrųjų principų.

VIII. DUOMENŲ TVARKYMAS

33. Visi duomenys tvarkomi laikantis:
    33.1. Bendrojo duomenų apsaugos reglamento;
    33.2. Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo;
    33.3. Sveikatos centro vidaus dokumentų ir procedūrų, reglamentuojančių asmens duomenų tvarkymą.
34. Pacientų registracijos metu naudojamų informacinių sistemų, duomenų įvedimo, keitimo, perdavimo ir prieigos principai nustatomi Sveikatos centro IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu, o asmens duomenų apsaugos ir konfidencialumo reikalavimai – Sveikatos centro duomenų apsaugos ir konfidencialumo politikoje.

IX. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

35. Taisyklės derinamos su Sveikatos centro partnerinėmis įstaigomis ir tvirtinamos koordinuojančios įstaigos vadovo įsakymu bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka.
36. Taisyklių nuostatos partnerinėse ASPĮ taikomos pagal jų kompetenciją, bendradarbiavimo sutartyje nustatytus įsipareigojimus ir jose taikomą vidaus sprendimų priėmimo tvarką.
37. Šis dokumentas įsigalioja nuo jo patvirtinimo dienos.

Bendrai finansuoja Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO PACIENTO INFORMAVIMO TVARKA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro paciento informavimo tvarka (toliau – Tvarka) nustato paciento informavimo apie jo registraciją, paciento kelią, „Žaliojo koridoriaus“ principo taikymą, numatomas paslaugas, vizitų laiką ir vietą, pasiruošimą paslaugoms, paciento kelio pakeitimus, alternatyvas ir tolesnius organizacinius veiksmus principus bei atsakomybių ribas.
2. Tvarkos paskirtis – užtikrinti, kad pacientas kiekviename jam aktualiame paciento kelio etape laiku gautų aiškią, pakankamą ir suprantamą informaciją apie tai, kokia paslauga jam organizuojama, kur ir kada ji bus teikiama, kokių veiksmų iš paciento tikimasi ir kur kreiptis dėl papildomos informacijos.
3. Tvarka taikoma Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro veikloje dalyvaujančioms ASPĮ tiek, kiek jos pagal 2026 m. birželio 29 d. bendradarbiavimo sutartį Nr. SU-151 ir savo kompetenciją dalyvauja pacientų registravimo, nukreipimo, paslaugų teikimo, atvejo vadybos ar paciento kelio koordinavimo procesuose.
4. Tvarka taikoma kartu su Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujančių pagrindinių pareigybių ir funkcijų aprašymais, Pacientų srautų valdymo tvarkos aprašu, Registracijos ir eilių valdymo taisyklėmis, Paciento kelio kortele, Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodika, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politika bei IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu.
5. Šioje Tvarkoje vartojamos sąvokos suprantamos taip, kaip jos apibrėžtos kituose Sveikatos centro dokumentuose ir galiojančiuose teisės aktuose. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas pagal jam pavestas funkcijas organizuoja ir koordinuoja paciento kelio informavimo veiksmus, tačiau neperima sveikatos priežiūros specialistų klinikinių funkcijų.

II. PACIENTO INFORMAVIMO PRINCIPAI

6. Paciento informavimas grindžiamas šiais principais:

   6.1. savalaikiškumo – informacija pateikiama tada, kai ji pacientui reikalinga sprendimui priimti, pasirengti paslaugai ar tęsti paciento kelią;

   6.2. aiškumo – informacija pateikiama suprantama kalba, vengiant nereikalingo administracinio ar profesinio žargono;

   6.3. pakankamumo – pacientui pateikiama visa jo konkrečiam paciento kelio etapui reikalinga organizacinė informacija;

   6.4. nuoseklumo – skirtingų proceso dalyvių pacientui teikiama organizacinė informacija neturi būti prieštaringa, o pasikeitus aplinkybėms pacientas informuojamas apie atnaujintą informaciją;

   6.5. prieinamumo – informavimo būdas, kai tai įmanoma, parenkamas atsižvelgiant į paciento galimybes gauti ir suprasti informaciją;

   6.6. konfidencialumo – paciento duomenys ir su sveikata susijusi informacija perduodami tik teisėtu pagrindu, būtina apimtimi ir saugiais kanalais.

7. Organizacinė informacija apie registraciją, vizito laiką, vietą, pasiruošimą, paciento kelio seką, pakeitimus ir alternatyvas atskiriama nuo klinikinės informacijos apie diagnozę, tyrimų rezultatų vertinimą, gydymo taktiką ar medicinines rekomendacijas. Klinikinę informaciją pacientui pagal kompetenciją teikia sveikatos priežiūros specialistas.

III. INFORMAVIMO ETAPAI IR PATEIKIAMOS INFORMACIJOS TURINYS

8. Nustačius, kad pacientui taikomas prioritetinis / „Žaliojo koridoriaus“ srautas, sprendimą priėmęs kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas pacientui paaiškina, kad jo paslaugos bus organizuojamos prioritetine tvarka, nurodo tokio sprendimo klinikinį pagrindą paciento situacijai tinkama apimtimi ir informuoja apie tolesnį organizacinį procesą.
9. Užregistravus pacientą paslaugai, pacientui pateikiama ši informacija, kai ji taikoma konkrečiam atvejui:

   9.1. paslaugos pavadinimas ir, kai reikalinga, trumpas paaiškinimas apie jos vietą paciento kelyje;

   9.2. vizito data ir laikas;

   9.3. paslaugos teikimo vieta ir ASPĮ;

   9.4. paslaugą teikiantis padalinys ar specialistas, jeigu ši informacija registracijos metu žinoma;

   9.5. pasiruošimo vizitui ar tyrimui reikalavimai, jeigu jie taikomi ir yra pateikti paslaugą teikiančios ASPĮ;

   9.6. dokumentai ar kita informacija, kurią pacientas turi pateikti vizito metu;

   9.7. kontaktas, kuriuo pacientas gali kreiptis dėl registracijos ar paciento kelio organizacinių klausimų;

   9.8. informacija apie registracijos pakeitimo ar atšaukimo būdus.
10. Kai pacientui organizuojamos kelios tarpusavyje susijusios paslaugos, pacientui paaiškinama numatoma jų seka, nurodoma, kurios paslaugos jau suplanuotos, kokių paslaugų dar laukiama ir, kai įmanoma, ar jos bus suteikiamos vieno apsilankymo metu.
11. Jei registracijos laikas, paslaugos teikimo vieta, paslaugų seka ar kita pacientui anksčiau pateikta organizacinė informacija pasikeičia, pacientas informuojamas kuo anksčiau po to, kai atsakingam darbuotojui tampa žinoma apie pakeitimą, ir, kai objektyviai įmanoma, iki anksčiau suplanuoto vizito ar veiksmo. Kartu nurodoma aktuali informacija ir, kai taikoma, siūloma alternatyva.
12. Jei paslaugos per pacientui taikomą terminą suteikti negalima, pacientas informuojamas apie susidariusią situaciją, artimiausią galimą laiką ir (ar) kitą organizacinę alternatyvą, kai tokia alternatyva gali būti pasiūlyta pagal Pacientų srautų valdymo tvarkos aprašą ir Registracijos ir eilių valdymo taisykles.
13. Po konsultacijos, tyrimo ar kitos sveikatos priežiūros paslaugos klinikinę informaciją apie rezultatus, jų vertinimą ir tolesnę gydymo, stebėsenos ar ištyrimo taktiką pacientui pagal kompetenciją pateikia šeimos gydytojas arba gydytojas specialistas. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas, kai reikalinga, pacientui paaiškina tik su tolesnių veiksmų organizavimu susijusią informaciją.
14. Užbaigiant konkretų koordinuojamą paciento kelią, pacientas informuojamas, ar numatytos paslaugos suteiktos, kokie tolesni organizaciniai veiksmai suplanuoti ir į ką kreiptis, jeigu kyla papildomų klausimų dėl registracijos ar paciento kelio tęstinumo.

IV. PACIENTO INFORMAVIMO BŪDAI

15. Pacientas gali būti informuojamas vienu ar keliais būdais, atsižvelgiant į informacijos pobūdį, naudojamas informacines sistemas ir paciento pateiktus kontaktinius duomenis:

15.1. žodžiu vizito metu;

15.2. telefonu;

15.3. SMS žinute;

15.4. elektroniniu paštu;

15.5. per E. sveikatos sistemą ar kitą ASPĮ naudojamą elektroninę sistemą;

15.6. raštu ar kitu ASPĮ taikomu būdu, kai tai reikalinga pagal informacijos pobūdį ar paciento poreikį.

16. Informavimo kanalas parenkamas taip, kad pacientas gautų jam reikalingą informaciją, o perduodamų duomenų apimtis ir kanalo saugumas atitiktų Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politikos bei IT sistemų naudojimo tvarkos reikalavimus.
17. SMS žinutėmis, įprastu elektroniniu paštu ar kitais bendro pobūdžio komunikacijos kanalais neteikiama perteklinė klinikinė informacija. Tokiais kanalais pirmiausia perduodama vizito organizavimui būtina informacija, nebent saugus duomenų perdavimas konkrečiu kanalu yra nustatytas teisės aktuose ar ASPĮ taikomoje sistemoje.
18. Kai pacientas dėl sveikatos būklės, negalios, amžiaus ar kitų objektyvių priežasčių pats negali tinkamai priimti informacijos, informacija teikiama pacientui ir (ar) jo teisėtam atstovui teisės aktų nustatyta tvarka, taikant pacientui prieinamą informavimo būdą, kai toks būdas gali būti užtikrintas.

V. INFORMAVIMO ATSAKOMYBĖS

19. Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas pagal savo kompetenciją:

19.1. paaiškina pacientui klinikinį sprendimą dėl jo priskyrimo prioritetiniam / „Žaliojo koridoriaus“ srautui;

19.2. teikia pacientui klinikinę informaciją apie tyrimų ir konsultacijų rezultatus, diagnozę, gydymą, stebėseną ir kitus medicininius sprendimus;

19.3. kai reikalinga, nurodo pacientui medicininiu požiūriu svarbias pasiruošimo paslaugai sąlygas.

20. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas pagal jam pavestas funkcijas:

20.1. paaiškina pacientui jo paciento kelio organizacinę seką;

20.2. informuoja apie paskirtus vizitus, jų laiką, vietą ir pasiruošimo informaciją, kurią pateikė paslaugą teikianti ASPĮ;

20.3. informuoja apie registracijos ar paciento kelio pakeitimus ir, kai taikoma, alternatyvas;

20.4. nurodo kontaktą, kuriuo pacientas gali kreiptis dėl paciento kelio organizacinių klausimų;

20.5. fiksuoja reikšmingus paciento informavimo veiksmus Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje.

21. Registracijos funkcijas vykdantis darbuotojas pagal kompetenciją pacientui teikia su registracija, vizito laiku, vieta, paslaugos teikimo organizavimu, registracijos keitimu ar atšaukimu susijusią informaciją ir neperima sveikatos priežiūros specialistų klinikinių funkcijų.
22. Partnerinė ASPĮ atsako už jos teikiamos paslaugos organizacinės informacijos, įskaitant pasiruošimo paslaugai reikalavimus, darbo organizavimo pakeitimus ir kontaktinius duomenis, aktualumą bei perdavimą pacientą registruojantiems ar jo kelią koordinuojantiems darbuotojams.
23. Sveikatos centro veiklos koordinatorius sisteminiu lygmeniu gali inicijuoti pacientų informavimo proceso trūkumų aptarimą ir bendrų informavimo principų tobulinimą, tačiau nevykdo individualaus paciento klinikinio informavimo ir neperima partnerinių ASPĮ atsakomybės už jų pacientams teikiamą informaciją.

VI. KUR PACIENTAS KREIPIASI DĖL INFORMACIJOS

24. Dėl registracijos, vizito laiko, vietos, registracijos pakeitimo ar atšaukimo pacientas kreipiasi į paslaugą teikiančios ar pacientą registruojančios ASPĮ registratūrą arba kitą tos ASPĮ nurodytą kontaktą.
25. Dėl koordinuojamo paciento kelio, kelių tarpusavyje susijusių paslaugų sekos, prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ srauto organizacinių klausimų ar paslaugos alternatyvos pacientas kreipiasi į jam nurodytą atvejo vadybininką ar kitą atsakingą darbuotoją, kai tokia funkcija konkrečiam paciento keliui paskirta.
26. Dėl diagnozės, tyrimų rezultatų, gydymo, sveikatos būklės ar kitų klinikinių klausimų pacientas kreipiasi į šeimos gydytoją ar kitą jo sveikatos priežiūrą vykdantį kompetentingą sveikatos priežiūros specialistą.
27. Pacientui turi būti pateikta informacija, kokiu konkrečiu telefonu, elektroniniu kanalu ar kitu būdu jis gali kreiptis dėl jo paciento kelio organizacinių klausimų. Jei pacientas kreipiasi ne į tą proceso dalyvį, darbuotojas pagal kompetenciją nurodo tinkamą kontaktą ar informacijos gavimo būdą.
28. Pacientų pastabos, pasiūlymai ir skundai teikiami ir nagrinėjami Paciento patirties ir skundų nagrinėjimo tvarkoje nustatyta tvarka.

VII. INFORMAVIMO FIKSAVIMAS IR DUOMENŲ APSAUGA

29. Reikšmingi paciento informavimo veiksmai, turintys įtakos paciento kelio tęstinumui, registracijai ar terminų laikymuisi, fiksuojami Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje ASPĮ nustatytoje apskaitos priemonėje.
30. Fiksuojant informavimo veiksmą, kai tai reikalinga proceso atsekamumui, nurodoma informavimo data, būdas ir informacijos pobūdis. Perteklinis klinikinės informacijos dubliavimas organizacinėse apskaitos priemonėse nevykdomas.
31. Paciento kontaktiniai duomenys naudojami tik teisėtais tikslais ir tik tiek, kiek būtina pacientui informuoti bei paslaugų teikimui organizuoti. Prieš siunčiant informaciją, kai tai praktiškai įmanoma, naudojami paciento pateikti ar ASPĮ teisėtai turimi aktualūs kontaktiniai duomenys.
32. Jei su pacientu nepavyksta susisiekti pasirinktu kanalu ir informacija yra reikšminga paciento kelio tęstinumui, atsakingas darbuotojas pagal turimus teisėtus kontaktinius duomenis gali taikyti kitą ASPĮ nustatytą informavimo būdą. Reikšmingi nesėkmingi susisiekimo bandymai fiksuojami, kai tai reikalinga proceso atsekamumui.

VIII. INFORMAVIMO KOKYBĖ IR TOBULINIMAS

33. Pasikartojantys paciento informavimo trūkumai, prieštaringa informacija, nepakankamas informavimas apie paciento kelio pakeitimus ar kiti sisteminiai nesklandumai aptariami partnerinės ASPĮ ir, kai klausimas yra tarpįstaiginis ar pasikartojantis, Sveikatos centro koordinavimo lygmeniu.
34. Pacientų grįžtamasis ryšys apie informavimo aiškumą, savalaikiškumą ir prieinamumą gali būti naudojamas pacientų srautų ir paslaugų organizavimo procesams tobulinti pagal Sveikatos centro kokybės vadybos principų aprašą ir Paciento patirties ir skundų nagrinėjimo tvarką.

IX. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

35. Tvarkos priežiūrą Sveikatos centro lygmeniu vykdo Sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga, o partnerinės ASPĮ atsako už šios Tvarkos nuostatų taikymą savo kompetencijos ribose.
36. Tvarka peržiūrima ne rečiau kaip kartą per metus, taip pat pasikeitus susijusiems teisės aktams, Sveikatos centro pacientų srautų valdymo procesams, naudojamoms informacinėms sistemoms ar nustačius praktinio taikymo trūkumus.

37. Tvarkos pakeitimai derinami su Sveikatos centro partnerinėmis įstaigomis ir tvirtinami koordinuojančios įstaigos vadovo įsakymu bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka.
38. Tvarkos nuostatos partnerinėse ASPĮ taikomos pagal jų kompetenciją, bendradarbiavimo sutartyje nustatytus įsipareigojimus ir jose taikomą vidaus sprendimų priėmimo tvarką.
39. Ši Tvarka įsigalioja nuo jos patvirtinimo dienos.

Priedas Nr. 1

Paciento informavimo etapų matrica

Informavimo etapas	Pacientui pateikiama informacija	Kas informuoja	Informavimo būdas	Fiksavimas
Sprendimas dėl prioritetinio / ŽK srauto	Prioritetinio organizavimo faktas, tolesnio proceso paaiškinimas; klinikinį pagrindą pacientui paaiškina sprendimą priėmęs sveikatos priežiūros specialistas.	Sveikatos priežiūros specialistas; organizacinę dalį – atvejo vadybininkas, kai paskirtas.	Žodžiu vizito metu ir (ar) kitu taikomu būdu.	Medicininėje dokumentacijoje ir (ar) paciento kelio apskaitoje pagal taikomą tvarką.
Registracijos patvirtinimas	Paslauga, data, laikas, vieta, ASPĮ, pasiruošimas, reikalingi dokumentai, kontaktas, registracijos keitimo / atšaukimo būdas.	Registracijos darbuotojas ir (ar) atvejo vadybininkas.	Telefonu, SMS, el. paštu, per E. sveikatą / kitą sistemą, žodžiu.	Registracijos sistemoje, Paciento kelio kortelėje ar kitoje apskaitos priemonėje.
Kelių paslaugų maršruto paaiškinimas	Paslaugų seka, suplanuoti ir dar laukiami etapai, vieno apsilankymo galimybė, kontaktas organizaciniams klausimams.	Atvejo vadybininkas ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas.	Telefonu, žodžiu, elektroniniu kanalu.	Paciento kelio kortelėje ar naudojamoje sistemoje, kai reikalinga.
Registracijos ar maršruto pakeitimas	Kas pasikeitė, naujas laikas / vieta / seka, alternatyva, jei taikoma.	Registracijos darbuotojas, atvejo vadybininkas ar paslaugą organizuojanti ASPĮ.	Kuo operatyvesniu pacientui pasiekiamu kanalu.	Registracijos sistemoje ar kitoje apskaitos priemonėje.
Po konsultacijos / tyrimo	Klinikiniai rezultatai ir tolesnė taktika; organizaciniai kiti žingsniai, kai jie reikalingi.	Klinikinę informaciją – gydytojas / kompetentingas specialistas; organizacinę – atvejo vadybininkas.	Vizito metu, per saugią informacinę sistemą, telefonu ar kitu teisėtu būdu pagal informacijos pobūdį.	Medicininėje dokumentacijoje; organizaciniai veiksmai – paciento kelio apskaitoje.
Paciento kelio užbaigimas / tęstinumas	Ar numatytos paslaugos suteiktos, kokie tolesni organizaciniai veiksmai numatyti, kur kreiptis dėl klausimų.	Atvejo vadybininkas ar kitas atsakingas darbuotojas; klinikinius tolesnius veiksmus nustato gydytojas.	Žodžiu, telefonu ar elektroniniu kanalu.	Paciento kelio kortelėje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje.



Bendrai finansuoja
Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO DARBUOTOJŲ PASKIRSTYMO PAGAL PACIENTŲ SRAUTUS PROCEDŪRA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro darbuotojų paskirstymo pagal pacientų srautus procedūra (toliau – Procedūra) nustato bendruosius darbuotojų funkcijų paskirstymo, darbo organizavimo, pavaduojamumo ir atsakomybės ribų principus, taikomus organizuojant įprastą ir prioritetinį / „Žaliojo koridoriaus“ pacientų srautą Sveikatos centro veikloje dalyvaujančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ).
2. Procedūros paskirtis – sudaryti organizacines prielaidas, kad pacientų srautų valdymo funkcijos būtų atliekamos nepertraukiamai, pagal darbuotojų kompetenciją, o padidėjus pacientų srautui, atsiradus darbuotojų nebuvimui ar kitam veiklos trikdžiui būtų laiku organizuojamas funkcijų perskirstymas ir pavaduojamumas.
3. Procedūra taikoma Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro veikloje dalyvaujančioms ASPĮ tiek, kiek jos pagal 2026 m. birželio 29 d. bendradarbiavimo sutartį Nr. SU-151 ir savo kompetenciją dalyvauja pacientų registravimo, nukreipimo, paslaugų teikimo, atvejo vadybos, informavimo ir tarpįstaiginės sąveikos procesuose.
4. Kiekviena partnerinė ASPĮ išlieka savarankiška juridinė organizacija ir pati organizuoja savo darbuotojų darbą, tvirtina pareigybes, darbo grafikus, pamainas, pavedimus ir pavaduojamumą. Ši Procedūra nenustato konkrečių partnerinių ASPĮ darbuotojų darbo grafikų ir nesukuria tiesioginio pavaldumo Sveikatos centro veiklą koordinuojančiai įstaigai, Sveikatos centro veiklos koordinatoriui ar Veiklos koordinavimo grupei.
5. Jeigu konkrečiai funkcijai vykdyti reikalingas darbuotojo paskyrimas, pavedimas, įgaliojimas, darbo grafiko pakeitimas ar pavaduojančio darbuotojo nustatymas, tai atliekama atitinkamos ASPĮ vidaus dokumentuose ir darbo santykius reglamentuojančių teisės aktų nustatyta tvarka.
6. Procedūra taikoma kartu su Sveikatos centro veiklos reglamentu, Vidaus procesų valdymo schema ir procesų aprašu, Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarka, Sveikatos centro veiklos procesuose dalyvaujančių pagrindinių pareigybių ir funkcijų aprašymais, Pacientų srautų valdymo tvarkos aprašu, Registracijos ir eilių valdymo taisyklėmis, Paciento informavimo tvarka, Paciento kelio kortele, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politika bei IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu.

II. DARBUOTOJŲ PASKIRSTYMO PRINCIPAI

7. Darbuotojų funkcijų paskirstymas pagal pacientų srautus grindžiamas šiais principais:

   7.1. kompetencijos – darbuotojui pavedamos tik jo pareigybei, kvalifikacijai ir kompetencijai priskirtos funkcijos;

   7.2. tęstinumo – pacientų registravimo, informavimo, paciento kelio koordinavimo ir kitų organizacinių funkcijų vykdymas turi būti organizuojamas taip, kad darbuotojo laikinas nebuvimas nesukeltų nepagrįsto paciento kelio nutrūkimo;

   7.3. proporcingumo – darbuotojų funkcijos ir darbo organizavimas derinami su faktiniu ir prognozuojamu pacientų srautu, registracijos apkrova, prioritetinių pacientų skaičiumi ir paslaugų prieinamumu;

   7.4. lankstumo – padidėjus srautui ar atsiradus veiklos trikdžiui ASPĮ pagal savo vidaus tvarką gali laikinai perskirstyti organizacines funkcijas, paskirti pavaduojantį darbuotoją ar taikyti kitus darbo organizavimo sprendimus;

7.5. aiškių atsakomybės ribų – klinikiniai sprendimai atskiriami nuo registravimo, atvejo vadybos, administravimo ir procesų koordinavimo funkcijų;

7.6. savalaikės komunikacijos – informacija apie darbuotojo nebuvimą, srauto padidėjimą ar procesinį trikdį perduodama tiems darbuotojams ir partneriams, kurių veiksmai reikalingi paciento kelio tęstinumui;

7.7. partnerystės – tarpįstaiginiai klausimai sprendžiami bendradarbiaujant, neperimant partnerinės ASPĮ vidaus darbo organizavimo kompetencijos.

III. PACIENTŲ SRAUTŲ IR DARBO KRŪVIO VERTINIMAS

8. Kiekviena ASPĮ pagal savo veiklos organizavimo tvarką vertina pacientų srautą ir su juo susijusį darbuotojų darbo krūvį, kad galėtų laiku priimti sprendimus dėl registracijos, atvejo vadybos, informavimo ir kitų organizacinių funkcijų paskirstymo.
9. Vertinant pacientų srautą ir organizacinį darbo krūvį, pagal poreikį atsižvelgiama į:

9.1. registracijų ir laukiančių pacientų skaičių bei jų pasiskirstymą pagal paslaugas;

9.2. prioritetinių / „Žaliojo koridoriaus“ pacientų skaičių ir jiems taikomus paciento kelio terminus;

9.3. laisvų registracijos laikų ir paslaugų teikimo pajėgumų prieinamumą;

9.4. darbuotojų faktinį prieinamumą, laikino nebuvimo atvejus, suplanuotas pamainas ir pavaduojamumą;

9.5. neįvykusius vizitus, perregistravimus ir kitus pacientų srautą veikiančius pokyčius;

9.6. informacinių sistemų, ryšio ar kitus organizacinius trikdžius, galinčius turėti įtakos registracijai ir paciento kelio tęstinumui.

10. Pacientų srautų vertinimas pirmiausia atliekamas konkrečios ASPĮ lygmeniu. Kai problema daro poveikį kelioms ASPĮ, pasikartoja arba negali būti išspręsta vienos įstaigos vidiniais organizaciniais sprendimais, informacija perduodama Sveikatos centro veiklos koordinatoriui pagal Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarką.

IV. FUNKCIJŲ PASKIRSTYMAS PAGAL PACIENTŲ SRAUTĄ

11. Įprastame pacientų sraute darbuotojų funkcijos vykdomos pagal konkrečios ASPĮ įprastą darbo organizavimo, registracijos ir paslaugų teikimo tvarką.
12. Prioritetiniame / „Žaliojo koridoriaus“ sraute funkcijos organizuojamos taip, kad būtų atskirtos klinikinio sprendimo, registravimo, paciento kelio koordinavimo, paslaugos suteikimo ir informavimo atsakomybės.
13. Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas pagal savo kompetenciją įvertina paciento būklę, priima klinikinį sprendimą dėl prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ srauto taikymo, parengia siuntimą ir nustato mediciniškai reikalingas paslaugas. Registracijos, atvejo vadybos ar administravimo darbuotojai klinikinio sprendimo dėl paciento prioritetizavimo nepriima.
14. Registracijos funkcijas vykdantis darbuotojas pagal ASPĮ vidaus tvarką registruoja pacientą, valdo registracijos laiką, fiksuoja atšaukimą ar perregistravimą ir pateikia pacientui su registracija susijusią organizacinę informaciją.
15. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas, kai ši funkcija konkrečiam pacientui taikoma, koordinuoja paciento kelią, derina vizitų ir paslaugų seką, stebi terminus, organizuoja informavimą, fiksuoja proceso eigą Paciento kelio kortelėje ar naudojamoje informacinėje sistemoje ir, esant poreikiui, koordinuoja alternatyvų organizacinį sprendimą.
16. Paslaugą teikianti ASPĮ ir jos darbuotojai atsako už paslaugos suteikimą, medicininės informacijos fiksavimą ir informacijos apie organizacinį trikdį perdavimą pagal savo kompetenciją ir taikomas tvarkas.
17. Konkrečios ASPĮ administracija pagal srauto pobūdį ir darbuotojų prieinamumą priima vidaus sprendimus dėl darbuotojų funkcijų paskirstymo, darbo grafikų, pamainų, laikino funkcijų perskirstymo ir pavaduojamumo.
18. Sveikatos centro veiklos koordinatorius neorganizuoja partnerinių ASPĮ darbuotojų darbo grafikų ir neskirsto jų į pamainas. Koordinatorius sisteminiu lygmeniu koordinuoja

tarpįstaiginių procesų sąveiką, apibendrina partnerių pateiktą informaciją apie pasikartojančius srauto trikdžius, inicijuoja jų aptarimą ir pagal kompetenciją teikia siūlymus dėl bendrų organizacinių sprendimų.

V. DARBO GRAFIKAI, PAMAINOS IR PAVADUOJAMUMAS

19. Darbo grafikus, pamainas ir darbuotojų darbo laiką nustato kiekviena ASPĮ savarankiškai, atsižvelgdama į teikiamų paslaugų organizavimą, pacientų srautus ir galiojančius darbo santykius reglamentuojančius reikalavimus.
20. ASPĮ turi nustatyti, kokia pareigybė ar funkcija įstaigoje atsakinga už pacientų registravimo, prioritetinio srauto ir, kai taikoma, atvejo vadybos procesų vykdymą, taip pat kaip šios funkcijos vykdomos atsakingam darbuotojui laikinai nesant.
21. Pavaduojančiam darbuotojui perduodama tik jo funkcijoms vykdyti būtina informacija apie neužbaigtus pacientų kelius, suplanuotus vizitus, artėjančius terminus, neįvykdytus organizacinius veiksmus ir aktualius tarpįstaiginius kontaktus, laikantis asmens duomenų apsaugos reikalavimų.
22. Kai tos pačios funkcijos vykdomos pamainomis arba jas perima kitas darbuotojas, turi būti užtikrintas nebaigtų veiksmų perdavimas ir aiškiai nustatyta, nuo kurio momento atsakomybę už tolesnį organizacinį veiksmą perima kitas darbuotojas.

VI. ATSAKOMYBĖS RIBOS

23. Darbuotojų atsakomybės ribos nustatomos pagal jų kompetenciją, pareigybių ir (ar) funkcijų aprašus, konkrečios ASPĮ vidaus dokumentus ir Sveikatos centro bendruosius procesų dokumentus.
24. Klinikinę atsakomybę už paciento būklės vertinimą, siuntimą, medicininių paslaugų poreikio nustatymą, tyrimų rezultatų vertinimą ir gydymo taktiką prisiima kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas.
25. Organizacinę atsakomybę už registravimo veiksmus, paciento kelio koordinavimą, informavimą, terminų stebėjimą ir proceso eigos fiksavimą prisiima atitinkamas registracijos, atvejo vadybos ar kitas ASPĮ paskirtas darbuotojas pagal jam pavestas funkcijas.
26. ASPĮ administracija atsako už vidaus darbo organizavimo sprendimus, darbuotojų paskyrimą, pavaduojamumą ir organizacinių išteklių paskirstymą konkrečioje įstaigoje.
27. Sveikatos centro veiklos koordinatorius atsako už sisteminių ir tarpįstaiginių procesinių klausimų koordinavimą pagal jam patvirtintas funkcijas, tačiau neperima individualaus paciento klinikinio sprendimo ar partnerinės ASPĮ darbdavio funkcijų.
28. Veiklos koordinavimo grupė pagal kompetenciją aptaria pasikartojančius ar sisteminius pacientų srautų, tarpįstaiginės sąveikos ir organizacinių pajėgumų klausimus bei teikia rekomendacijas. Partnerinės ASPĮ rekomendacijas įgyvendina pagal savo kompetenciją ir vidaus sprendimų priėmimo tvarką.
29. Pagrindinės operacinės funkcijos ir atsakomybės ribos pateiktos šios Procedūros 1 priede.

VII. VEIKSMAI PADIDĖJUS PACIENTŲ SRAUTUI AR SUTRIKUS PROCESUI

30. Padidėjus pacientų srautui, sumažėjus darbuotojų prieinamumui ar atsiradus kitam organizaciniam trikdžiui, problema pirmiausia sprendžiama konkrečios ASPĮ lygmeniu, taikant jos vidaus darbo organizavimo priemones.
31. Atsižvelgdama į konkrečią situaciją, ASPĮ gali laikinai perskirstyti organizacines funkcijas, paskirti pavaduojantį darbuotoją, koreguoti registracijos darbo organizavimą, perskirstyti administracinį darbo krūvį, aktyviau naudoti atsilaisvinusius registracijos laikus ar taikyti kitus teisėtus vidaus darbo organizavimo sprendimus.
32. Prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ srauto pacientų atvejais, kai paslaugos ar organizacinio veiksmo per taikomą terminą atlikti nepavyksta, atvejo vadybos ar kitas atsakingas darbuotojas koordinuoja artimiausią galimą alternatyvą pagal Pacientų srautų valdymo tvarkos aprašą ir Registracijos ir eilių valdymo taisykles.

33. Jeigu trikdis susijęs su kitos ASPĮ paslaugos prieinamumu, atsakingi darbuotojai pirmiausia tiesiogiai derina galimą sprendimą tarp susijusių įstaigų. Jei klausimas yra pasikartojantis, daro poveikį kelioms įstaigoms arba jo negalima išspręsti operaciniu lygmeniu, jis perduodamas Sveikatos centro veiklos koordinatoriui.
34. Sisteminiai trikdžiai, kuriems spręsti reikalingi bendri Sveikatos centro dalyvių susitarimai ar proceso pakeitimai, gali būti teikiami svarstyti Veiklos koordinavimo grupei.

VIII. TARPĮSTAIGINĖ SĄVEIKA IR INFORMACIJOS PERDAVIMAS

35. Tarpįstaiginė darbuotojų sąveika vykdoma per ASPĮ paskirtus kontaktinius asmenis, atvejo vadybos funkcijas vykdančius darbuotojus, registracijos darbuotojus ar kitus pagal kompetenciją atsakingus darbuotojus.
36. Informacija, reikalinga pacientų srautui ir konkretaus paciento keliui organizuoti, perduodama per naudojamas informacines sistemas arba kitu tarp ASPĮ suderintu saugiu kanalu, laikantis duomenų kiekio mažinimo, konfidencialumo ir informacijos saugos reikalavimų.
37. Sveikatos centro veiklos koordinatoriui ir Veiklos koordinavimo grupei pacientų srautų vertinimui pirmiausia teikiama procesinė ir apibendrinta informacija. Individualūs paciento duomenys perduodami tik tada ir tokia apimtimi, kai tai būtina konkrečiai teisėtai funkcijai atlikti.
38. Pasikeitus ASPĮ kontaktiniam asmeniui, darbuotojui, atsakingam už atvejo vadybos ar kitą tarpįstaiginę funkciją, arba jo pavaduojamumo tvarkai, atnaujinta kontaktinė informacija perduodama susijusiems proceso dalyviams pagal Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarką.

IX. STEBĖSENA IR PROCEDŪROS TOBULINIMAS

39. Darbuotojų paskirstymo pagal pacientų srautus veiksmingumas vertinamas pagal procesų vykdymo duomenis, pacientų srautų ir registracijos tendencijas, terminų laikymąsi, pasikartojančius trikdžius, darbuotojų ir partnerinių ASPĮ pateiktą grįžtamąjį ryšį.
40. Kiekviena ASPĮ pagal poreikį peržiūri savo vidaus darbuotojų paskirstymo ir pavaduojamumo sprendimus. Tarpįstaiginio ar sisteminio pobūdžio siūlymai dėl proceso tobulinimo perduodami Sveikatos centro veiklos koordinatoriui ir, prireikus, aptariami Veiklos koordinavimo grupėje.
41. Procedūra peržiūrima ne rečiau kaip kartą per metus, taip pat pasikeitus Sveikatos centro procesams, bendradarbiavimo modeliui ar nustačius praktinius taikymo trūkumus.

X. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

42. Procedūros nuostatos partnerinėse ASPĮ taikomos pagal jų kompetenciją, bendradarbiavimo sutartyje nustatytus įsipareigojimus ir kiekvienos ASPĮ vidaus sprendimų priėmimo tvarką.
43. Procedūros pakeitimai derinami su Sveikatos centro partnerinėmis įstaigomis ir tvirtinami koordinuojančios įstaigos vadovo įsakymu bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka.
44. Su patvirtinta Procedūra ir jos pakeitimais supažindinami darbuotojai, kuriems pagal jų funkcijas Procedūros nuostatos yra taikomos.
45. Procedūra įsigalioja nuo jos patvirtinimo dienos.

1 priedas

Pacientų srautų valdymo veiksmų ir atsakingų funkcijų matrica

Veiksmas / proceso etapas	Pagrindinė atsakinga funkcija	Dalyvauja / bendradarbiauja	Atsakomybės riba / pastaba
Pacientų srauto ir registracijos apkrovos vertinimas	ASPĮ administracija / registracijos funkcija	Atvejo vadyba, paslaugas teikiantys padaliniai	Vertinama konkrečios ASPĮ lygmeniu; sisteminiai klausimai perduodami koordinatoriui.
Klinikinis sprendimas dėl prioritetinio / ŽK srauto	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Šeimos gydytojo komanda / gydytojas specialistas pagal kompetenciją	Registracijos, atvejo vadybos ar administravimo darbuotojai klinikinio sprendimo nepriima.
Paciento registravimas ir registracijos laiko valdymas	Registracijos funkciją vykdantis darbuotojas	Atvejo vadyba, paslaugą teikianti ASPĮ	Vykdoma pagal Registracijos ir eilių valdymo taisykles.
Paciento kelio koordinavimas	Atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas, kai ši funkcija taikoma	Registracija, šeimos gydytojo komanda, paslaugą teikianti ASPĮ	Koordinuojami organizaciniai veiksmai; klinikinės funkcijos neperimamos.
Paciento informavimas	Darbuotojas pagal konkretų informavimo etapą ir kompetenciją	Atvejo vadyba, registracija, sveikatos priežiūros specialistas	Organizacinė ir klinikinė informacija teikiama pagal Paciento informavimo tvarkoje nustatytas ribas.
Paslaugos suteikimas ir medicininių rezultatų fiksavimas	Paslaugą teikianti ASPĮ / kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Atvejo vadyba pagal poreikį	Medicininiai duomenys fiksuojami naudojamoje informacinėje sistemoje ir medicininėje dokumentacijoje.
Darbuotojų darbo grafikų, pamainų ir vidaus funkcijų paskirstymas	Konkrečios ASPĮ administracija	Padalinių vadovai / atsakingi darbuotojai pagal ASPĮ struktūrą	Sveikatos centro koordinatorius partnerinių ASPĮ darbuotojų grafikų nenustato.
Pavaduojamumo organizavimas	Konkrečios ASPĮ administracija / tiesioginis vadovas pagal vidaus tvarką	Pavaduojantis darbuotojas	Užtikrinamas nebaigtų organizacinių veiksmų ir būtinų duomenų perdavimas.
Vietinio srauto ar darbuotojų prieinamumo trikdžio sprendimas	Konkreti ASPĮ	Registracija, atvejo vadyba, administracija	Pirmiausia sprendžiama ASPĮ vidinėmis organizacinėmis priemonėmis.
Tarpįstaiginio ar sisteminio trikdžio koordinavimas	Sveikatos centro veiklos koordinatorius	Susijusios ASPĮ, VKG pagal poreikį	Koordinatorius organizuoja sąveiką ir inicijuoja aptarimą; partnerių vidaus darbo neadministruoja.
Sisteminių sprendimų ir rekomendacijų aptarimas	Veiklos koordinavimo grupė	Koordinatorius, koordinuojanti įstaiga, partneriai	VKG teikia rekomendacijas; partneriai jas įgyvendina pagal kompetenciją ir vidaus procedūras.



Bendrai finansuoja
Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO PACIENTO PATIRTIES IR SKUNDŲ NAGRINĖJIMO TVARKA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro paciento patirties ir skundų nagrinėjimo tvarka (toliau – Tvarka) nustato pacientų grįžtamojo ryšio panaudojimo, skundų ir prašymų nukreipimo, sisteminių problemų identifikavimo, apibendrinimo ir rezultatų panaudojimo Sveikatos centro procesams gerinti principus.
2. Tvarkos paskirtis – nustatyti aiškią ir nuoseklią pacientų grįžtamojo ryšio bei skundų valdymo sistemą, kurioje konkretus paciento skundas nagrinėjamas pagal kompetenciją toje įstaigoje, kurioje kilo skundžiama aplinkybė, o Sveikatos centro lygmeniu identifikuojamos ir analizuojamos bendriems pacientų srautų, paslaugų organizavimo ir tarpįstaiginės sąveikos procesams reikšmingos tendencijos.
3. Tvarka taikoma Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro veiklą koordinuojančiai įstaigai, Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, Veiklos koordinavimo grupei (toliau – VKG), partnerinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau – ASPĮ), Klaipėdos miesto savivaldybės visuomenės sveikatos biurui ir kitiems Sveikatos centro procesuose dalyvaujantiems subjektams pagal jų kompetenciją.
4. Tvarka nepakeičia ir nedubliuoja partnerinių ASPĮ vidaus pacientų skundų, prašymų, pareiškimų, pacientų teisių, vidaus medicininio audito ar kokybės vadybos procedūrų. Kiekviena partnerinė ASPĮ išlieka atsakinga už jai pateiktų skundų nagrinėjimą teisės aktų ir savo vidaus dokumentų nustatyta tvarka.
5. Tvarka taikoma kartu su Sveikatos centro Kokybės vadybos principų aprašu, Veiklos organizavimo vidaus tvarkos taisyklėmis, Vidaus procesų valdymo schema ir procesų aprašu, Vidaus komunikacijos ir sprendimų priėmimo tvarka, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politika bei kitais susijusiais Sveikatos centro dokumentais.
6. Šioje Tvarkoje paciento patirtis suprantama kaip paciento ar jo atstovo vertinimas ir pastabos apie paslaugų organizavimą, registravimą, informavimą, paciento kelio aiškumą, prieinamumą, komunikaciją ir paslaugų tęstinumą. Grįžtamasis ryšys gali būti teigiamas, neutralus arba neigiamas.

II. PAGRINDINIAI PRINCIPAI

7. Paciento patirties ir skundų valdymas grindžiamas šiais principais:

   7.1. subsidiarumo – konkretus klausimas pirmiausia sprendžiamas toje įstaigoje ir tame lygmenyje, kuriame jis kilo;

   7.2. aiškios atsakomybės – konkreti ASPĮ atsako už savo paslaugas, darbuotojų veiksmus, klinikinius sprendimus ir paciento teisių įgyvendinimą;

   7.3. proporcingumo – renkama ir analizuojama tik tokia informacija, kuri realiai reikalinga konkrečiam skundui išnagrinėti arba bendram procesui pagerinti;

   7.4. nedubliavimo – Sveikatos centro lygmeniu nekuriami atskiri skundų registrai, apklausų formos ar papildoma apskaita, jeigu ta pati informacija jau renkama partnerinių įstaigų naudojamomis priemonėmis;

   7.5. konfidencialumo – asmens duomenys ir informacija apie sveikatą tvarkomi tik teisėtu pagrindu ir būtina apimtimi;

7.6. orientacijos į gerinimą – grįžtamasis ryšys naudojamas ne formaliai statistikai, o pasikartojančių proceso trūkumų nustatymui ir korekcinių veiksmų inicijavimui.

III. PACIENTŲ GRĮŽTAMOJO RYŠIO GAVIMAS IR PANAUDOJIMAS

8. Pacientų grįžtamasis ryšys gali būti gaunamas partnerinių įstaigų jau naudojamais kanalais ir priemonėmis, įskaitant pacientų apklausas, elektroninius ar rašytinius atsiliepimus, skundus, prašymus, padėkas, tiesiogiai darbuotojams pateiktas pastabas ir kitus teisėtai naudojamus grįžtamojo ryšio kanalus.
   8.1. Pacientas grįžtamąjį ryšį, pastabą, pasiūlymą ar skundą gali pateikti paslaugą suteikusiai ASPĮ jos nustatytais ir pacientams viešai prieinamais kanalais. Kai kreipimasis susijęs su bendru Sveikatos centro procesu ar kelių ASPĮ sąveika, jis gali būti pateikiamas ir Sveikatos centro veiklą koordinuojančiai įstaigai, kuri jį pagal turinį įvertina ir nukreipia pagal kompetenciją.
9. Ši Tvarka nenustato privalomos vieningos Sveikatos centro pacientų apklausos formos. Partnerinės ASPĮ gali taikyti savo naudojamas pacientų patirties vertinimo priemones, jeigu jos leidžia identifikuoti Sveikatos centro bendriems procesams aktualias tendencijas.
10. Sveikatos centro procesų gerinimui aktualiu laikomas grįžtamasis ryšys, susijęs su:
    10.1. registravimo ir eilių valdymo kliūtimis;
    10.2. paciento kelio tarp kelių ASPĮ aiškumu ir tęstinumu;
    10.3. informacijos apie vizitus, pasiruošimą, pasikeitimus ir tolesnius veiksmus pakankamumu;
    10.4. tarpįstaiginiu informacijos perdavimu ir veiksmų derinimu;
    10.5. prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ srauto organizavimo aiškumu;
    10.6. pasikartojančiais paslaugų prieinamumo ar organizaciniais trikdžiais.
11. Vienkartinės pastabos, susijusios tik su konkrečios ASPĮ vidaus veikla, darbuotojo bendravimu, konkrečia asmens sveikatos priežiūros paslauga ar klinikiniu sprendimu, nagrinėjamos ir naudojamos tos ASPĮ vidaus kokybės gerinimui jos nustatyta tvarka.

IV. SKUNDŲ, PRAŠYMŲ IR PAREIŠKIMŲ NUKREIPIMAS IR NAGRINĖJIMAS

12. Paciento skundas, prašymas ar pareiškimas dėl konkrečios asmens sveikatos priežiūros paslaugos, darbuotojo veiksmų, medicininių dokumentų, klinikinio sprendimo, paslaugos kokybės ar paciento teisių įgyvendinimo nagrinėjamas tos partnerinės ASPĮ, kurioje klausimas kilo, teisės aktų ir jos vidaus dokumentų nustatyta tvarka.
13. Jeigu skundas, prašymas ar kitas kreipimasis pateikiamas Sveikatos centro veiklą koordinuojančiai įstaigai ar Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, tačiau pagal turinį priklauso kitos partnerinės ASPĮ kompetencijai, kreipimasis teisės aktų nustatyta tvarka perduodamas kompetentingai ASPĮ arba pacientui pateikiama aiški informacija, kur ir kokiu būdu kreiptis. Koordinuojanti įstaiga ir koordinatorius neperima partnerinės ASPĮ skundo nagrinėjimo funkcijos.
14. Jeigu viename kreipimesi keliami klausimai dėl kelių partnerinių ASPĮ veiksmų, kiekviena ASPĮ pagal kompetenciją nagrinėja jai tenkančią dalį, o tarpįstaiginiai organizaciniai klausimai, kai reikalinga, suderinami per atsakingus kontaktinius asmenis.
15. Skundo ar prašymo nagrinėjimo terminus, atsakymo formą, įrodymų rinkimą ir sprendimo priėmimą nustato teisės aktai ir konkrečios ASPĮ vidaus procedūros. Ši Tvarka papildomų skundų nagrinėjimo terminų nenustato.
16. Pacientui neturi būti reikalaujama pakartotinai pildyti papildomos Sveikatos centro formos vien dėl to, kad jo kreipimasis susijęs su bendru Sveikatos centro procesu, jeigu reikalinga informacija jau yra pateikta kompetentingai ASPĮ.

V. SISTEMINIŲ PROBLEMŲ IDENTIFIKAVIMAS IR ESKALAVIMAS

17. Konkretų skundą ar grįžtamąjį ryšį nagrinėjanti ASPĮ, atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas, registracijos funkcija ar kitas proceso dalyvis, nustatęs, kad problema nėra vienkartinė ir gali turėti įtakos bendram Sveikatos centro procesui, apie tai pagal kompetenciją informuoja Sveikatos centro veiklos koordinatorių.
18. Sisteminiu arba tarpįstaiginiu klausimu gali būti laikoma situacija, kai:

    18.1. analogiškas trūkumas kartojasi skirtingose ASPĮ arba keliuose paciento kelio etapuose;

    18.2. dėl neaiškios atsakomybės ar informacijos perdavimo nutrūksta ar vėluoja paciento kelias;

    18.3. registravimo, nukreipimo, informavimo ar prioritetinio srauto organizavimo problema negali būti išspręsta vienos ASPĮ vidaus sprendimu;

    18.4. grįžtamasis ryšys rodo bendro Sveikatos centro dokumento, proceso ar komunikacijos priemonės trūkumą.
19. Sveikatos centro veiklos koordinatorius vertina tik procesinį ir tarpįstaiginį problemos aspektą, nevertina klinikinio sprendimo pagrįstumo ir neperima partnerinės ASPĮ vidaus skundo nagrinėjimo ar darbdavio funkcijų.
20. Pasikartojantys ar reikšmingi sisteminiai klausimai gali būti teikiami aptarti VKG. VKG pagal kompetenciją teikia rekomendacijas dėl bendrų procesų, dokumentų, komunikacijos ar kitų organizacinių priemonių tobulinimo.

VI. GRĮŽTAMOJO RYŠIO APIBENDRINIMAS IR ATASKAITŲ TEIKIMAS

21. Sveikatos centro lygmeniu naudojama tik tiek grįžtamojo ryšio informacijos, kiek būtina bendrų procesų kokybei vertinti. Pirmenybė teikiama apibendrintai informacijai ir tendencijoms, o ne individualių skundų turiniui.
22. Partnerinės ASPĮ pagal savo turimus duomenis gali pateikti apibendrintą informaciją apie Sveikatos centro procesams reikšmingus pacientų atsiliepimus ir pasikartojančias problemas. Atskiro papildomo Sveikatos centro skundų registro pildyti nereikalaujama.
23. Sveikatos centro veiklos koordinatorius, remdamasis partnerių pateikta informacija, esamais kokybės ir procesų stebėsenos duomenimis bei nustatytais sisteminiais klausimais, ne rečiau kaip kartą per metus apibendrina pagrindines pacientų patirties tendencijas. Esant reikšmingai ar pasikartojančiai problemai, apibendrinimas atliekamas anksčiau.
24. Apibendrinime pagal turimus duomenis gali būti vertinama: dažniausiai pasikartojantys registravimo ir informavimo trūkumai, paciento kelio tęstinumo problemos, tarpįstaiginio derinimo kliūtys, prioritetinio srauto neaiškumai, taikytos korekcinės priemonės ir jų rezultatai.
25. Apibendrinta pacientų patirties ir grįžtamojo ryšio informacija teikiama Sveikatos centro veiklą koordinuojančiai įstaigai. Reikšmingos, pasikartojančios ar tarpįstaiginės problemos ir siūlomos proceso tobulinimo priemonės pagal poreikį teikiamos aptarti Veiklos koordinavimo grupei.

VII. REZULTATŲ PANAUDOJIMAS PROCESŲ GERINIMUI

26. Pacientų patirties ir grįžtamojo ryšio analizės rezultatai naudojami tik tada, kai iš jų galima pagrįstai nustatyti proceso gerinimo poreikį.
27. Pagal nustatytas tendencijas gali būti:

    27.1. tikslinamos pacientų informavimo priemonės ir informacijos turinys;

    27.2. peržiūrimi registravimo, nukreipimo ar paciento kelio procesai;

    27.3. tikslinamos tarpįstaiginės komunikacijos ir atsakomybės ribos;

    27.4. inicijuojamas darbuotojų informavimo ar metodinės pagalbos poreikis;

27.5. tikslinami bendri Sveikatos centro dokumentai, jeigu praktika rodo, kad jų nuostatos yra neaiškios ar neveiksmingos.

28. Jeigu nustatyta problema apsiriboja viena ASPĮ, korekciniai veiksmai organizuojami tos ASPĮ vidaus tvarka. Jeigu problema yra tarpįstaiginė ar sisteminė, jos sprendimas koordinuojamas pagal Sveikatos centro procesų valdymo ir komunikacijos dokumentus.
29. Naujos formos, registrai ar papildomos ataskaitos kuriami tik tada, kai esamomis priemonėmis objektyviai neįmanoma gauti procesui valdyti būtinos informacijos.

VIII. ASMENS DUOMENŲ APSAUGA IR KONFIDENCIALUMAS

30. Skundų, prašymų, pacientų patirties ir grįžtamojo ryšio duomenys tvarkomi laikantis teisėtumo, duomenų kiekio mažinimo, tikslo apribojimo, konfidencialumo ir informacijos saugos principų.
31. Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, koordinuojančiai įstaigai ir VKG sisteminių klausimų analizei pirmiausia teikiami apibendrinti duomenys. Individualūs paciento duomenys teikiami tik tada ir tokia apimtimi, kai tai būtina konkrečiai teisėtai funkcijai atlikti.
32. Skundų nagrinėjimo metu gauti medicininiai duomenys, klinikinė informacija ir kiti jautrūs asmens duomenys nėra perkeliami į atskiras Sveikatos centro kokybės ar procesų stebėsenos suvestines, jeigu tam nėra būtino teisėto pagrindo.

IX. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

33. Tvarkos nuostatos partnerinėse įstaigose taikomos pagal jų kompetenciją, bendradarbiavimo sutartyje nustatytus įsipareigojimus ir kiekvienos įstaigos vidaus procedūras.
34. Tvarka peržiūrima ne rečiau kaip kartą per metus arba pasikeitus Sveikatos centro veiklos procesams, teisės aktams, bendradarbiavimo sąlygoms ar nustačius praktinio taikymo trūkumus.
35. Tvarkos pakeitimai derinami su Sveikatos centro partnerinėmis įstaigomis ir tvirtinami koordinuojančios įstaigos vadovo įsakymu bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka.
36. Tvarka įsigalioja nuo jos patvirtinimo dienos.

Bendrai finansuoja Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO IT SISTEMŲ NAUDOJIMO TVARKOS APRAŠAS

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro IT sistemų naudojimo tvarkos aprašas (toliau – Tvarka) nustato vieningus Sveikatos centro veikloje dalyvaujančių įstaigų ir kitų subjektų darbuotojų darbo su valstybės, partnerinių įstaigų ir kitomis Sveikatos centro procesams naudojamomis informacinėmis sistemomis principus, duomenų įvedimo, naudojimo, keitimo ir perdavimo tvarką, atsakomybės ribas, informacijos saugos bei kontrolės reikalavimus.
2. Tvarkos paskirtis – sudaryti prielaidas nuosekliam ir suderintam informacinių sistemų naudojimui organizuojant Sveikatos centrui priskirtų paslaugų teikimą, pacientų registraciją ir nukreipimą, paciento kelią, prioritetinį / „Žaliojo koridoriaus“ srautą, tarpįstaiginį informacijos apsikeitimą, paslaugų apskaitą, veiklos stebėseną ir kitus su Sveikatos centro veikla susijusius procesus.
3. Tvarka taikoma Sveikatos centro veiklą koordinuojančiai įstaigai, Sveikatos centro veiklos koordinatoriui, Veiklos koordinavimo grupei (toliau – VKG), partnerinėms ASPĮ, Klaipėdos miesto visuomenės sveikatos biurui (toliau – VSB) ir kitiems Sveikatos centro procesuose dalyvaujantiems subjektams bei jų darbuotojams pagal jų kompetenciją ir suteiktas prieigos teises.
4. Tvarka taikoma kartu su Sveikatos centro Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politika, Pacientų srautų valdymo tvarkos aprašu, Registracijos ir eilių valdymo taisyklėmis, Paciento informavimo tvarka, Paciento kelio kortele, Darbuotojų paskirstymo pagal pacientų srautus procedūra, kitais Sveikatos centro dokumentais, partnerinių įstaigų vidaus informacinių sistemų naudojimo ir informacijos saugos dokumentais bei konkrečių informacinių sistemų valdytojų ir tvarkytojų nustatytomis naudojimo taisyklėmis.
5. Ši Tvarka nenustato vienos bendros techninės Sveikatos centro informacinės sistemos ir nepakeičia partnerinių įstaigų vidaus informacinių sistemų valdymo, administravimo, kibernetinio saugumo, prieigos teisių ar veiklos tęstinumo procedūrų. Vieningumas šioje Tvarkoje suprantamas kaip bendrų duomenų tvarkymo, darbo veiksmų, atsakomybės ir informacijos apsikeitimo principų taikymas, išlaikant kiekvienos įstaigos naudojamų sistemų ir vidaus procesų savarankiškumą.
6. Šioje Tvarkoje vartojamos sąvokos:

   6.1. ASPĮ – Sveikatos centro sudėtyje veikiančios įstaigos, teisės aktų nustatyta tvarka teikiančios asmens sveikatos priežiūros paslaugas.

   6.2. E. sveikata (ESPBI IS) – Elektroninės sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema, naudojama sveikatos priežiūros paslaugų teikimo metu teisės aktuose ir sistemos funkcionalume nustatytiems duomenims ir elektroniniams medicinos dokumentams tvarkyti.

   6.3. IS SVEIDRA – Privalomojo sveikatos draudimo informacinė sistema „Sveidra“, naudojama pagal jos paskirtį ir funkcionalumą su privalomojo sveikatos draudimo ir suteiktų paslaugų apskaita susijusiems duomenims tvarkyti.

   6.4. Vidaus informacinė sistema – konkrečios partnerinės įstaigos naudojama klinikinė, registracijos, laboratorinė, dokumentų valdymo, apskaitos ar kita informacinė sistema, skirta jos funkcijoms ir procesams vykdyti.

6.5. Informacinės sistemos (IT sistemos) – E. sveikata, IS SVEIDRA, partnerinių įstaigų vidaus informacinės sistemos, VSB pagal kompetenciją naudojamos sistemos ir kitos valstybės ar institucijų informacinės sistemos, naudojamos Sveikatos centro procesuose.

6.6. Naudotojas – darbuotojas ar kitas įgaliotas asmuo, kuriam pagal jo funkcijas ir nustatytą tvarką suteikta teisė naudotis konkrečia informacine sistema arba jos funkcionalumu.

6.7. Prieigos teisės – naudotojui pagal jo funkcijas suteiktos teisės peržiūrėti, įvesti, keisti, tvirtinti, perduoti ar kitaip tvarkyti konkrečios informacinės sistemos duomenis.

II. NAUDOJAMOS INFORMACINĖS SISTEMOS IR BENDRIEJI NAUDOJIMO PRINCIPAI

7. Sveikatos centro procesuose naudojamos informacinės sistemos pasirenkamos pagal konkretaus proceso paskirtį, teisės aktų reikalavimus, sistemos funkcionalumą ir partnerinės įstaigos technines galimybes. Pagrindinės sistemų grupės ir jų naudojimo ribos pateiktos 1 lentelėje.

1 lentelė. Informacinių sistemų naudojimo paskirtis ir atsakomybės ribos

Sistema / sistemų grupė	Pagrindinė naudojimo paskirtis Sveikatos centro procesuose	Atsakomybės riba
E. sveikata (ESPBI IS)	Elektroniniai medicinos dokumentai, siuntimai, konsultacijų ir tyrimų duomenys, kita sistemos funkcionalume ir teisės aktuose nustatyta sveikatos informacija.	Duomenis pagal kompetenciją tvarko teisę turintys sveikatos priežiūros specialistai ir kiti įgalioti naudotojai. Kiekviena ASPĮ atsako už savo naudotojų veiksmus ir teikiamų duomenų kokybę.
IS SVEIDRA	Su privalomojo sveikatos draudimo, suteiktų paslaugų apskaita, deklaravimu ir kitomis sistemos funkcijomis susiję duomenys.	Duomenis tvarko konkrečios ASPĮ paskirti ir prieigos teises turintys naudotojai pagal IS SVEIDRA naudojimo reikalavimus ir įstaigos vidaus funkcijų paskirstymą.
ASPĮ vidaus klinikinės, registracijos ir kitos IS	Pacientų registracija, vidaus darbo organizavimas, medicininių ar administracinių duomenų tvarkymas, paslaugų planavimas ir kitos konkrečios įstaigos funkcijos.	Kiekviena ASPĮ savarankiškai administruoja savo sistemas, naudotojus, prieigos teises ir atsako už jose tvarkomų duomenų teisėtumą, tikslumą bei saugumą.
Paciento kelio kortelė / kita patvirtinta organizacinė apskaitos priemonė	Paciento kelio organizaciniai etapai, paslaugų būsena, terminai, informavimo veiksmai ir procesiniai trikdžiai.	Fiksuojama tik paciento keliui organizuoti ir proceso atsekamumui reikalinga informacija; išsami klinikinė informacija ir tyrimų rezultatai nedubliuojami.
Kitos valstybės, VSB ar partnerių naudojamos IS	Konkrečiai įstaigos funkcijai, visuomenės sveikatos veiklai, laboratoriniams, administraciniams, stebėsenos ar kitiems teisėtiems procesams vykdyti.	Naudojamos tik pagal konkrečios sistemos paskirtį, naudotojo kompetenciją, suteiktas prieigos teises ir atitinkamos įstaigos atsakomybės ribas.

8. Kiekvienam veiksmui naudojama ta informacinė sistema ar jos funkcija, kuri pagal teisės aktus, sistemos paskirtį ir partnerinės įstaigos vidaus tvarką yra skirta konkretiems duomenims tvarkyti. Kai teisės aktai ar valstybinės sistemos naudojimo taisyklės nustato privalomą duomenų pateikimą konkrečioje sistemoje, duomenys teikiami toje sistemoje.
9. Informacija neturi būti nepagrįstai dubliuojama keliose sistemose ar papildomose apskaitos priemonėse. Jei procesui reikalingi duomenys teisėtai ir pakankama apimtimi jau yra prieinami naudojamoje informacinėje sistemoje, jie pakartotinai į kitą priemonę įvedami tik tada, kai tai būtina konkrečiam procesui, atsekamumui arba dėl techninių sistemų sąveikos apribojimų.
10. Naudotojai informacinėmis sistemomis naudojasi tik su savo individualiomis prisijungimo priemonėmis ir tik tomis funkcijomis, kurios būtinos jų pareigoms ar pavestoms funkcijoms vykdyti.

11. Prieigos teisės suteikiamos vadovaujantis būtinybės žinoti ir mažiausių teisių principais. Prieiga prie duomenų vien dėl to, kad darbuotojas dirba Sveikatos centro partnerinėje įstaigoje ar dalyvauja Sveikatos centro veikloje, nesuteikiama.
12. Informacinėse sistemose esantys duomenys naudojami tik teisėtiems profesiniams tikslams. Draudžiama peržiūrėti paciento, darbuotojo ar kito asmens duomenis, kai tai nesusiję su naudotojui pavestomis funkcijomis ar kitu teisėtu tikslu.
13. Kai tarp partnerinių įstaigų nėra techninės sistemų integracijos ar tiesioginės teisėtos prieigos prie reikalingos informacijos, informacija perduodama kitu tarp įstaigų suderintu saugiu kanalu, laikantis šios Tvarkos, Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politikos bei įstaigų vidaus reikalavimų.

III. PILDOMŲ DUOMENŲ APIMTIS, TURINYS IR ATSAKOMYBĖ

14. Informacinėse sistemose pildomų duomenų apimtis ir turinys nustatomi pagal konkrečios sistemos paskirtį, privalomus laukus, teisės aktų reikalavimus ir darbuotojui pavestą funkciją. Tvarkomi tik konkrečiam veiksmui būtini duomenys.
15. Sveikatos centro procesuose pagal funkciją gali būti tvarkomos šios pagrindinės duomenų grupės:

    15.1. paciento identifikavimo ir kontaktiniai duomenys – registravimui, informavimui ir paslaugos organizavimui;

    15.2. siuntimo, reikalingos paslaugos, prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ srauto statuso ir taikomo termino duomenys – paciento keliui ir registracijai organizuoti;

    15.3. medicininiai duomenys, konsultacijų, tyrimų, diagnozės, gydymo ir kita klinikinė informacija – sveikatos priežiūros paslaugoms teikti ir medicininei dokumentacijai tvarkyti;

    15.4. registracijos, vizitų, paslaugų būsenos, paciento informavimo, paciento kelio etapų ir procesinių trikdžių duomenys – paciento kelio koordinavimui ir proceso atsekamumui;

    15.5. suteiktų paslaugų apskaitos ir su privalomuoju sveikatos draudimu susiję duomenys – IS SVEIDRA ir kituose tam skirtuose procesuose pagal jų paskirtį;

    15.6. veiklos, prieinamumo, terminų, pacientų srautų ir procesų stebėsenos duomenys – Sveikatos centro procesų vertinimui, pirmenybę teikiant apibendrintiems duomenims.
16. Kiekvienas naudotojas atsako už jo įvestų, patvirtintų, pakeistų ar perduotų duomenų teisingumą ir savalaikiškumą tiek, kiek tai priklauso nuo jo kompetencijos ir pavestų funkcijų.
17. Kiekviena partnerinė ASPĮ atsako už savo darbuotojų į informacines sistemas teikiamų duomenų organizavimą, vidinį funkcijų paskirstymą, duomenų kokybės kontrolę ir savalaikį privalomų duomenų pateikimą pagal teisės aktus bei konkrečių sistemų reikalavimus.
18. Klinikinę informaciją, medicininius sprendimus ir sveikatos priežiūros paslaugos rezultatus į informacines sistemas įveda ar tvirtina tik pagal profesinę kompetenciją ir prieigos teises tokius veiksmus atlikti galintys sveikatos priežiūros specialistai. Registracijos, atvejo vadybos ar administravimo funkcijas vykdantys darbuotojai klinikinio turinio savarankiškai nekuria ir nekeičia.
19. Duomenys į informacines sistemas įvedami kuo arčiau faktiškai atlikto veiksmo momento ir per konkrečiam veiksmui teisės aktuose, sistemos taisyklėse ar įstaigos vidaus tvarkoje nustatytą terminą. Sistemos sutrikimo atveju taikoma šios Tvarkos VIII skyriaus veiklos tęstinumo tvarka.
20. Sveikatos centro veiklos koordinatorius gauna tik sisteminiam proceso koordinavimui, stebėsenai ar tarpįstaiginiam trikdžiui spręsti reikalingus procesinius arba apibendrintus duomenis ir neperima partnerinių ASPĮ atsakomybės už jų informacinėse sistemose tvarkomus duomenis.

IV. DUOMENŲ ĮVEDIMAS, TIKRINIMAS, KEITIMAS IR NAUDOJIMAS

21. Prieš įvedant duomenis naudotojas pagal jam prieinamą informaciją patikrina, ar pasirinktas tinkamas pacientas, paslauga, siuntimas, vizitas ar kitas įrašas ir ar duomenys įvedami į tinkamą informacinės sistemos vietą.

22. Duomenys įvedami remiantis patikimu pirminiu šaltiniu, atliktu veiksmu, paciento ar teisėto atstovo pateikta informacija, medicinine dokumentacija arba teisėtai iš kitos informacinės sistemos gautais duomenimis. Neaiškūs ar nepatikrinti duomenys neturi būti pateikiami kaip patvirtintas faktas.
23. Pildomi visi pagal konkrečios sistemos ir proceso reikalavimus privalomi laukai, o laisvo teksto laukuose nurodoma tik konkrečiam tikslui reikalinga informacija, vengiant perteklinių asmens ar sveikatos duomenų.
24. Nustačius, kad duomenys įvesti neteisingai, neišsamiai ar ne tam asmeniui, jie taisomi toje pačioje informacinėje sistemoje pagal naudotojui suteiktas teises, sistemos funkcionalumą ir įstaigos nustatytą tvarką, išsaugant sistemoje numatytą pakeitimų atsekamumą.
25. Jeigu naudotojas pats neturi teisės ar techninės galimybės ištaisyti klaidingo įrašo, apie klaidą nedelsiant informuojamas įstaigos nustatytas atsakingas darbuotojas, sistemos administratorius ar kitas kompetentingas asmuo. Kai klaida gali turėti įtakos paciento keliui ar kitai ASPĮ, apie jos ištaisymą informuojami ir susiję proceso dalyviai būtina apimtimi.
26. Draudžiama trinti, keisti ar slėpti duomenis siekiant panaikinti klaidos, atlikto veiksmo ar prieigos faktą. Duomenų taisymas atliekamas naudojant informacinėje sistemoje numatytas teisėtas koregavimo priemones.
27. Naudotojas informacinėje sistemoje esančius duomenis naudoja tik tiek, kiek jie reikalingi konkrečiam paciento kelio, paslaugos, registracijos, apskaitos, stebėsenos ar kitam teisėtam veiksmui atlikti.
28. Kai reikalinga informacija jau teisėtai prieinama naudojamoje informacinėje sistemoje ir yra aktuali, darbuotojas pirmiausia naudojasi joje esančiais duomenimis, o paciento ar kito proceso dalyvio pakartotinai prašo pateikti tą pačią informaciją tik tada, kai tai objektyviai būtina.
29. Užbaigus koordinuojamą paciento kelio etapą, atsakingas darbuotojas pagal jam pavestas funkcijas atnaujina paslaugos ar paciento kelio būseną naudojamoje informacinėje sistemoje, Paciento kelio kortelėje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje.

V. DUOMENŲ PERDAVIMAS TARP ĮSTAIGŲ IR INFORMACINIŲ SISTEMŲ

30. Keičiantis informacija tarp Sveikatos centro dalyvių, prioritetas teikiamas valstybės informacinėms sistemoms, teisėtoms informacinių sistemų integracijoms ir partnerinių įstaigų patvirtintiems saugiems duomenų mainų kanalams.
31. Kai tiesioginis duomenų perdavimas per naudojamas informacines sistemas techniškai negalimas, registracijai, paciento keliui ar kitam teisėtam procesui būtina informacija gali būti perduodama kitu tarp įstaigų suderintu saugiu kanalu.
32. Prieš perduodamas duomenis kitai įstaigai ar darbuotojui, siuntėjas pagal savo kompetenciją įvertina perdavimo tikslą, gavėjo teisę gauti informaciją, perduodamų duomenų būtinumą, gavėjo kontaktų teisingumą ir naudojamo kanalo tinkamumą.
33. Asmens ir sveikatos duomenys neperduodami naudojant asmeninius elektroninio pašto adresus, nepatvirtintas susirašinėjimo programėles, asmenines debesijos paslaugas ar kitas partnerinės įstaigos nepatvirtintas priemones. Išimtys galimos tik tada, kai konkretus sprendimas yra oficialiai patvirtintas ir atitinka informacijos saugos bei duomenų apsaugos reikalavimus.
34. Nustačius, kad duomenys perduoti neteisingam gavėjui, netinkama apimtimi arba nesaugiu kanalu, situacija nedelsiant vertinama pagal partnerinės įstaigos asmens duomenų saugumo pažeidimų ir incidentų valdymo tvarką.
35. Sveikatos centro veiklos koordinatoriui vien dėl jo koordinavimo funkcijos nesuteikiama prieiga prie partnerinių ASPĮ klinikinių informacinių sistemų ar visų individualaus paciento sveikatos duomenų. Koordinatorius gauna tik konkrečiai funkcijai atlikti būtiną procesinę informaciją, o stebėsenai ir sisteminei analizei pirmiausia naudojami apibendrinti duomenys.

36. VKG sisteminių klausimų svarstymui pirmiausia teikiami apibendrinti duomenys. Individualūs paciento duomenys VKG teikiami tik išimtiniais atvejais, kai tai būtina konkrečiam teisėtam tikslui ir užtikrinamos tinkamos apsaugos priemonės.
37. VSB individualūs klinikiniai paciento duomenys neperduodami, išskyrus teisės aktuose nustatytus arba kitu teisėtu pagrindu pagrįstus atvejus. VSB Sveikatos centro procesuose pirmiausia naudoja visuomenės sveikatos stiprinimo, prevencijos, informavimo ir stebėsenos funkcijoms reikalingus apibendrintus ar neklinikinius duomenis.

VI. PRIEIGOS TEISĖS IR NAUDOTOJŲ ADMINISTRAVIMAS

38. Kiekviena partnerinė įstaiga savarankiškai organizuoja prieigos prie savo informacinių sistemų suteikimą, keitimą ir panaikinimą, o prieigos prie valstybės informacinių sistemų administruojamos pagal atitinkamos sistemos valdytojo ar tvarkytojo nustatytą tvarką.
39. Naudotojui suteikiamos tik jo pareigoms ir pavestoms funkcijoms būtinos prieigos teisės. Keičiantis darbuotojo pareigoms, funkcijoms ar atsakomybės sričiai, prieigos teisės peržiūrimos ir, kai reikia, pakeičiamos.
40. Nutraukus darbo santykius, pasibaigus pavedimui ar išnykus kitam teisėtam prieigos pagrindui, prieigos teisės panaikinamos arba sustabdomos pagal įstaigos ir konkrečios informacinės sistemos nustatytą tvarką.
41. Naudotojui draudžiama perduoti savo prisijungimo duomenis kitam asmeniui, naudotis kito darbuotojo paskyra ar leisti kitam asmeniui dirbti jo vardu. Kai informacinė sistema taiko kelių veiksnių autentifikavimą ar kitas papildomas prisijungimo priemones, jos naudojamos pagal sistemos reikalavimus.
42. Partnerinės įstaigos pagal savo vidaus kontrolės ir informacijos saugos tvarką periodiškai peržiūri naudotojų prieigos teises, ypač pasikeitus darbuotojų funkcijoms, organizacinei struktūrai ar nustačius netinkamo prieigos naudojimo riziką.
43. Darbuotojui prieiga prie informacinės sistemos suteikiama tik tada, kai jis yra supažindintas su jam aktualiais sistemos naudojimo, konfidencialumo, duomenų apsaugos ir informacijos saugos reikalavimais arba kai toks supažindinimas organizuojamas pagal konkrečios sistemos ir įstaigos nustatytą tvarką.
44. Sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga ir Sveikatos centro veiklos koordinatorius neadministruoja partnerinių ASPĮ vidaus sistemų naudotojų paskyrų ir prieigos teisių, išskyrus savo įstaigos sistemas ir atvejus, kai konkreti funkcija jiems teisėtai ir formaliai pavesta.

VII. ASMENS DUOMENŲ APSAUGA, INFORMACIJOS SAUGA IR KONFIDENCIALUMAS

45. Dirbant su informacinėmis sistemomis taikomi Sveikatos centro Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politikos, konkrečios partnerinės įstaigos vidaus informacijos saugos dokumentų, atitinkamos informacinės sistemos saugos reikalavimų ir galiojančių teisės aktų reikalavimai.
46. Asmens ir sveikatos duomenys tvarkomi tik teisėtu tikslu, tik būtina apimtimi ir tik tiek laiko, kiek nustatyta teisės aktuose, informacinės sistemos taisyklėse, įstaigos dokumentacijos plane ar kitame taikytiname saugojimo pagrinde.
47. Naudotojas privalo apsaugoti savo darbo vietą nuo pašalinių asmenų prieigos: nepalikti neužrakinto kompiuterio ar aktyvios informacinės sistemos paskyros be priežiūros, nelaikyti prisijungimo duomenų matomoje vietoje ir neleisti tretiesiems asmenims stebėti konfidencialios informacijos ekrane.
48. Informacinių sistemų duomenų kopijos, eksportai, ekrano nuotraukos ar kiti išrašai kuriami tik tada, kai tai būtina teisėtam darbo tikslui ir leidžiama pagal sistemos bei įstaigos nustatytą tvarką. Tokie duomenys negali būti saugomi asmeniniuose ar nevaldomuose įrenginiuose ar laikmenose.

49. Siunčiant informaciją elektroniniu paštu ar kitu leidžiamu kanalu, naudotojas prieš išsiųsdamas patikrina adresatą, priedus, kopijų gavėjus ir perduodamų duomenų apimtį. Jautriems duomenims taikomos papildomos apsaugos priemonės pagal partnerinės įstaigos nustatytą tvarką.
50. Pacientų duomenys, informacinių sistemų ekrano nuotraukos ar kita konfidenciali informacija negali būti naudojami neformalioje komunikacijoje, socialiniuose tinkluose, asmeniniuose pokalbiuose ar kitais su darbo funkcijomis nesusijusiais tikslais.
51. Informacinių sistemų registruojami naudotojų veiksmų žurnalai, prieigos istorija ir kiti audito duomenys, kai tokį funkcionalumą numato sistema, gali būti naudojami duomenų tvarkymo teisėtumui, duomenų kokybei, incidentams ir saugumo pažeidimams vertinti.
52. Naudotojas, pastebėjęs neteisėtą prieigą, duomenų nutekėjimą, neteisingam gavėjui išsiųstą informaciją, įtartiną prisijungimą ar kitą galimą asmens duomenų saugumo pažeidimą, nedelsdamas informuoja savo įstaigos nustatytą atsakingą asmenį. Jei incidentas daro poveikį kelių Sveikatos centro partnerių bendram procesui, Sveikatos centro veiklos koordinatoriui perduodama tik procesui stabilizuoti būtina informacija.

VIII. INFORMACINIŲ SISTEMŲ SUTRIKIMAI IR VEIKLOS TĘSTINUMAS

53. Naudotojas, pastebėjęs informacinės sistemos techninį sutrikimą, prisijungimo problemą, duomenų nepasiekiamumą, integracijos klaidą ar kitą veiklos trikdį, apie jį praneša savo įstaigos IT pagalbos, sistemos administravimo ar kitam vidaus tvarkoje nustatytam atsakingam subjektui.
54. Jeigu informacinės sistemos sutrikimas turi įtakos paciento registracijai, paslaugos suteikimui, prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ termino laikymuisi ar paciento kelio tęstinumui, apie tai pagal kompetenciją informuojami registracijos, atvejo vadybos ar kiti paciento kelią koordinuojantys darbuotojai ir, kai reikalinga, su paciento keliu susijusi kita ASPĮ.
55. Sistemos neveikimo laikotarpiu partnerinė įstaiga taiko savo patvirtintas veiklos tęstinumo, atsarginio darbo ar duomenų fiksavimo procedūras. Draudžiama savavališkai pereiti prie nepatvirtintų informacijos perdavimo, duomenų saugojimo ar registravimo priemonių.
56. Atkūrus informacinės sistemos veikimą, duomenys, kurie pagal teisės aktus, sistemos paskirtį ar proceso atsekamumo reikalavimus turi būti joje užfiksuoti, įvedami arba atnaujinami pagal partnerinės įstaigos nustatytą tvarką, išvengiant nepagrįsto duomenų dubliavimo ir prieštaringų įrašų.
57. Jeigu techninis sutrikimas kartojasi, daro poveikį kelioms partnerinėms įstaigoms arba trukdo bendram Sveikatos centro procesui, informacija apie procesinį poveikį perduodama Sveikatos centro veiklos koordinatoriui. Koordinatorius inicijuoja tarpįstaiginio sprendimo paiešką, o sisteminis klausimas, kai reikalinga, teikiamas aptarti VKG.
58. Techninis informacinės sistemos sutrikimas ir asmens duomenų saugumo pažeidimas vertinami atskirai. Jei techninio sutrikimo metu galėjo būti pažeistas duomenų konfidencialumas, vientisumas ar prieinamumas, taip pat taikoma Duomenų apsaugos ir konfidencialumo politikoje bei partnerinės įstaigos vidaus dokumentuose nustatyta saugumo pažeidimų valdymo tvarka.

IX. ATSAKOMYBĖS IR KONTROLĖS MECHANIZMAI

59. Partnerinė ASPĮ pagal savo kompetenciją:

    59.1. organizuoja savo darbuotojų darbą su informacinėmis sistemomis ir paskiria funkcijas vykdančius naudotojus;

    59.2. administruoja savo vidaus sistemų prieigos teises ir organizuoja prieigų prie valstybės sistemų suteikimą pagal jų nustatytą tvarką;

    59.3. atsako už jos teikiamų duomenų tikslumą, savalaikiškumą, teisėtumą ir saugumą;

    59.4. organizuoja techninių sutrikimų, duomenų klaidų, saugumo incidentų ir kitų vidaus IT klausimų valdymą;

59.5. užtikrina savo darbuotojų supažindinimą su jiems taikomais informacinių sistemų naudojimo ir saugos reikalavimais.

60. Sveikatos priežiūros specialistas atsako už jo kompetencijai priskirtos klinikinės informacijos ir medicininių dokumentų tinkamą įvedimą, patvirtinimą ir atnaujinimą naudojamose informacinėse sistemose.

61. Registracijos funkcijas vykdantis darbuotojas atsako už registracijai, vizito laikui, paslaugos vietai, paciento kontaktams ir kitiems jo kompetencijai priskirtiems organizaciniams veiksmams naudojamų duomenų tinkamą tvarkymą.

62. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas tvarko tik paciento kelio organizavimui, terminų stebėsenai, informavimui ir procesiniam atsekamumui reikalingus duomenis, neperimdamas klinikinio turinio pildymo funkcijų.

63. VSB už savo naudojamų informacinių sistemų ir duomenų tvarkymą atsako pagal visuomenės sveikatos priežiūros kompetenciją, savo vidaus procesus ir konkrečių sistemų naudojimo reikalavimus.

64. Sveikatos centro veiklą koordinuojanti įstaiga organizuoja bendrųjų šios Tvarkos principų taikymą Sveikatos centro procesų lygmeniu, inicijuoja dokumento peržiūrą ir, kai reikia, bendrų tarpįstaiginių IT naudojimo ar informacijos mainų procesų tikslinimą, neperimdama partnerinių įstaigų vidaus IT administravimo funkcijų.

65. Sveikatos centro veiklos koordinatorius sisteminiu ir tarpįstaiginiu lygmeniu koordinuoja informacijos mainų ir bendrų IT procesų trikdžių sprendimą, apibendrina partnerių pateiktą procesinę informaciją, inicijuoja pasikartojančių problemų aptarimą ir pagal kompetenciją teikia siūlymus dėl bendrų procesų tobulinimo.

66. VKG pagal kompetenciją aptaria pasikartojančius ar sisteminius informacinių sistemų naudojimo, tarpįstaiginio duomenų apsikeitimo ir procesų suderinamumo klausimus bei teikia rekomendacijas. VKG neadministruoja partnerinių įstaigų informacinių sistemų ir nenustato jų darbuotojų individualių prieigos teisių.

67. Šios Tvarkos laikymosi kontrolė vykdoma naudojant esamus kontrolės mechanizmus:

67.1. informacinių sistemų naudotojų veiksmų ir audito žurnalus, kai juos numato konkreti sistema;

67.2. partnerinių įstaigų prieigos teisių peržiūrą ir vidaus informacijos saugos kontrolę;

67.3. duomenų kokybės, klaidų taisymo ir privalomų duomenų pateikimo kontrolę;

67.4. techninių ir saugumo incidentų analizę bei korekcinius veiksmus;

67.5. Sveikatos centro pacientų srautų, terminų, informacijos perdavimo ir tarpįstaiginių procesų stebėseną;

67.6. periodinę šios Tvarkos ir susijusių procesų peržiūrą.

68. Atskiras bendras Sveikatos centro IT sistemų naudojimo registras ar papildoma naudotojų veiksmų apskaita nekuriama, jeigu informacinėse sistemose ir partnerinių įstaigų vidaus kontrolės priemonėse esantys duomenys leidžia užtikrinti reikiamą atsekamumą ir kontrolę.

69. Darbuotojų galimi šios Tvarkos, informacijos saugos ar informacinių sistemų naudojimo reikalavimų pažeidimai nagrinėjami ir atsakomybė taikoma konkrečioje partnerinėje įstaigoje pagal galiojančius teisės aktus, informacinės sistemos naudojimo reikalavimus ir tos įstaigos vidaus dokumentus.

X. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

70. Tvarkos nuostatos partnerinėse įstaigose taikomos pagal jų kompetenciją, 2026 m. birželio 29 d. bendradarbiavimo sutartyje Nr. SU-151 nustatytus įsipareigojimus, konkrečių informacinių sistemų naudojimo reikalavimus ir kiekvienos įstaigos vidaus sprendimų priėmimo tvarką.

71. Tvarka peržiūrima ne rečiau kaip kartą per metus, taip pat pasikeitus teisės aktams, Sveikatos centro procesams, naudojamoms valstybės ar partnerinių įstaigų informacinėms sistemoms, duomenų mainų būdams arba nustačius reikšmingus praktinio taikymo ar informacijos saugos trūkumus.
72. Tvarkos pakeitimai derinami su Sveikatos centro partnerinėmis įstaigomis ir tvirtinami koordinuojančios įstaigos vadovo įsakymu bendradarbiavimo sutartyje nustatyta tvarka.
73. Su patvirtinta Tvarka ir jos pakeitimais partnerinės įstaigos pagal savo vidaus tvarką supažindina darbuotojus, kuriems šios Tvarkos nuostatos taikomos.
74. Tvarka įsigalioja nuo jos patvirtinimo dienos.

Bendrai finansuoja Europos Sąjunga

ŽALIOJO KORIDORIAUS KRITERIJAI PAGAL PASLAUGAS

Žaliojo koridoriaus principas taikomas kliniškai stabiliems pacientams, kurių būklė atitinka nustatytus prioritetinio paslaugos gavimo kriterijus ir yra tinkama planinei ambulatorinei paslaugai. Sprendimą dėl paciento atitikties ŽK kriterijams priima kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas.

Šie ŽK kriterijai netaikomi pacientams, kuriems pagal galiojančią tvarką taikomas atskiras onkologinių ligų Žaliojo koridoriaus pacientų srautų valdymas.

ULTRAGARSINIAI TYRIMAI (16.7.1.2) – paciento būklės, kurioms esant taikomas ŽK principas: *išskyrus galvos, širdies, kraujagyslių, raumenų ir sąnarių*	**Maksimali prioritetinės konsultacijos laukimo trukmė**	
	≤ 2 savaitės	**≤ 4 savaitės**
Bendroji taikymo sąlyga: pacientas yra kliniškai stabilus, jo būklė tinkama planiniam ambulatoriniam ultragarsiniam tyrimui.		
Pilvo organų ir retroperitoninių struktūrų ultragarsinis įvertinimas		
Progresuojantis dešiniojo pašonio skausmas kartu su cholestaziniais laboratorinių tyrimų pokyčiais, kai reikalingas pagreitintas tulžies pūslės ir tulžies takų ultragarsinis įvertinimas.		
Naujai nustatyti reikšmingi kepenų fermentų ir (ar) bilirubino pokyčiai kartu su klinikiniais simptomais, kai reikalingas kepenų ir tulžies takų ultragarsinis ištyrimas.		
Naujai atsiradęs ar didėjantis, kliniškai įtariamas ascitas simptominiam, tačiau kliniškai stabiliam pacientui, kai ultragarsinis tyrimas reikalingas jo patvirtinimui ir apimčiai įvertinti.		
Inkstų ir šlapimo takų ultragarsinis įvertinimas		
Persistuojantis ar pasikartojantis juosmens ir (ar) šono skausmas kartu su hematurija, inkstų funkcijos rodiklių blogėjimu ir (ar) šlapimo takų obstrukcijos įtarimu, kai pacientas kliniškai stabilus.		
Reikšmingas liekamojo šlapimo kiekis, pasikartojantys šlapinimosi sutrikimai ir (ar) pasikartojančios šlapimo takų infekcijos, kai reikalingas inkstų, šlapimo pūslės ir (ar) vyro dubens ultragarsinis įvertinimas.		
Mašnelės ultragarsinis įvertinimas		
Persistuojantis ar pasikartojantis mašnelės skausmas ir (ar) patinimas, kai ūmi būklė atmesta, pacientas kliniškai stabilus ir ultragarsinis tyrimas reikalingas tolesnei diagnostikos ar gydymo taktikai nustatyti.		
Skydliaukės ir kitų kaklo struktūrų ultragarsinis įvertinimas		
Naujai nustatytas ar didėjantis skydliaukės padidėjimas ir (ar) mazginis pakitimas kartu su lokalaus spaudimo simptomais ir (ar) reikšmingais skydliaukės funkcijos tyrimų pokyčiais, kai nėra nustatyto onkologinės ligos įtarimo ir reikalingas pagreitintas ultragarsinis įvertinimas.		
Persistuojantis kaklo limfmazgių padidėjimas, kai pirminio klinikinio įvertinimo metu nenustatyta ūmi infekcinė priežastis ar onkologinės ligos įtarimas ir ultragarsinis tyrimas reikalingas tolesnei diagnostikos taktikai nustatyti.		

Dubens organų ultragarsinis įvertinimas		
Persistuojantis dubens skausmas ar kiti dubens organų simptomai, kai pirminio ištyrimo duomenys pagrindžia ultragarsinio tyrimo poreikį, pacientas kliniškai stabilus ir nėra nustatyto onkologinės ligos įtarimo.		

AKUŠERIJOS IR GINEKOLOGIJOS PASLAUGOS (16.7.4) – konsultacijos reikalaujančios paciento būklės, atitinkančios ŽK, apibūdinimas:	**Maksimali prioritetinės konsultacijos laukimo trukmė**	
	≤ 2 savaitės	**≤ 4 savaitės**
Bendroji taikymo sąlyga: pacientė yra kliniškai stabili, o jos būklė tinkama planinei ambulatorinei gydytojo akušerio ginekologo konsultacijai.		
Ginekologinės būklės – kraujavimas ir menstruacijų sutrikimai		
Gausus ar užsitęsęs nenormalus kraujavimas iš gimdos, kai nustatyti anemijos požymiai ir (ar) objektyvus hemoglobino koncentracijos mažėjimas, o pacientė yra kliniškai stabili.		
Kraujavimas po menopauzės, kai reikalingas pagreitintas pirminis gydytojo akušerio ginekologo ištyrimas ir dar nėra nustatytas onkologinės ligos įtarimas.		
Persistuojantis tarpmenstruacinis ar po lytinių santykių atsirandantis kraujavimas, trunkantis ilgiau kaip 4 savaites, kai reikalingas gydytojo akušerio ginekologo ištyrimas ir dar nėra nustatytas onkologinės ligos įtarimas.		
Uždegiminės ir skausminės ginekologinės būklės		
Persistuojantis ar pasikartojantis apatinės pilvo dalies skausmas kartu su dubens uždegiminės ligos požymiais, išliekantis nepaisant pradėto ambulatorinio gydymo, kai pacientė yra kliniškai stabili.		
Ultragarsiniu ar kitu tyrimu nustatytas simptominis priedų cistinis ar kitas gerybinio pobūdžio darinys, sukeliantis persistuojantį ar didėjantį skausmą ir reikalaujantis pagreitinto gydytojo akušerio ginekologo įvertinimo.		
Endometriozės simptomų paūmėjimas, neatsakantis į taikomą pirmos eilės gydymą ir reikšmingai ribojantis pacientės kasdienę veiklą ar darbingumą.		
Gimdos miomos ir kitos gerybinės struktūrinės būklės		
Simptominės gimdos miomos, kai kartojasi gausus kraujavimas, nustatyti anemijos požymiai ir (ar) yra reikšmingi spaudimo simptomai, o taikytos pirminės gydymo priemonės nepakankamai veiksmingos.		
Paauglių ginekologinės būklės		
Amenorėja ilgiau kaip 3 mėnesius kartu su persistuojančiu dubens skausmu ir klinikiniais ar instrumentiniais duomenimis, leidžiančiais įtarti struktūrinę ginekologinę patologiją.		
Akušerija – nėštumo patologija ir vaisiaus būklės pokyčiai		
Naujai nustatyta nėštumo patologija ar vaisiaus būklės pokytis, priskiriamas didelės rizikos nėštumo veiksniams pagal Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašą, kai reikalingas pagreitintas ambulatorinis gydytojo akušerio ginekologo įvertinimas.		
Akušerija – kiti didelės rizikos nėštumo veiksniai		
Naujai nustatytas kitas, pirmiau nenurodytas, didelės rizikos nėštumo veiksnys, dėl kurio pagal galiojančius nėščiųjų sveikatos		

priežiūros reikalavimus nėščiąją turi konsultuoti ar prižiūrėti gydytojas akušeris ginekologas, kai pacientė dar nėra atitinkamai specialistų prižiūrima ir reikalingas ankstesnis ambulatorinis įvertinimas.		

KARDIOLOGIJOS PASLAUGOS (16.7.8) - konsultacijos reikalaujančios paciento būklės, atitinkančios ŽK, apibūdinimas: *(išskyrus perstemplinį elektrofiziologinį ištyrimą (stimuliaciją) ir kraujagyslių standumo tyrimą)*	**Maksimali prioritetinės konsultacijos laukimo trukmė**	
	≤ 2 savaitės	**≤ 4 savaitės**
Bendroji taikymo sąlyga: pacientas yra kliniškai stabilus ir jo būklė tinkama planinei ambulatorinei kardiologo konsultacijai.		
Širdies ritmo sutrikimai		
Naujai nustatytas ar persistuojantis prieširdžių virpėjimas ar prieširdžių plazdėjimas, kai pacientas kliniškai stabilus, tačiau reikalingas pagreitintas gydymo taktikos ir (ar) ritmo / dažnio kontrolės įvertinimas.		
Pasikartojantys simptominiai širdies ritmo sutrikimo epizodai, kai ritmo sutrikimas objektyviai užfiksuotas EKG, Holterio monitoravimo ar kitu ambulatoriniu tyrimu, pacientas kliniškai stabilus ir reikalingas pagreitintas kardiologo įvertinimas.		
Krūtinės angina / išeminės širdies ligos įtarimas		
Naujai atsiradę arba ryškėjantys krūtinės anginai būdingi simptomai kliniškai stabiliam pacientui, kai pirminis ištyrimas leidžia įtarti išeminę širdies ligą ir reikalingas pagreitintas kardiologo ištyrimas.		
Žinoma stabili išeminė širdies liga, kai simptomai dažnėja arba reikšmingai riboja fizinį aktyvumą nepaisant taikomo gydymo.		
Įtariama išeminė širdies liga esant reikšmingiems rizikos veiksniams ir objektyviems tyrimų pokyčiams, kai reikalingas kardiologo sprendimas dėl tolesnio ištyrimo.		
Širdies nepakankamumo įtarimas		
Įtariamas širdies nepakankamumas, kai NT-proBNP > 2000 ng/l ir pacientas yra kliniškai stabilus bei tinkamas ambulatorinei kardiologo konsultacijai.		
Sinkopė		
Pasikartojanti nerefleksinė sinkopė kliniškai stabiliam pacientui, kai reikalingas ambulatorinis kardiologinis ištyrimas.		
Vožtuvinės širdies ligos įtarimas		
Naujai nustatytas reikšmingas širdies ūžesys kartu su simptomais ir (ar) kitais objektyviais požymiais, leidžiančiais įtarti kliniškai reikšmingą vožtuvinę širdies ligą.		
Echokardiografiniu ar kitu tyrimu nustatytas naujas reikšmingas struktūrinis širdies pokytis, kuriam reikalingas kardiologo įvertinimas ir tolesnės taktikos nustatymas.		

ENDOKRINOLOGIJOS PASLAUGOS (16.7.11) – konsultacijos reikalaujančios paciento būklės, atitinkančios ŽK, apibūdinimas:	Maksimali prioritetinės konsultacijos laukimo trukmė	
	≤ 2 savaitės	≤ 4 savaitės
Bendroji taikymo sąlyga: pacientas yra kliniškai stabilus ir jo būklė tinkama planinei ambulatorinei gydytojo endokrinologo konsultacijai.		
Cukrinis diabetas		
Naujai diagnozuotas 1 tipo cukrinis diabetas, kai pacientas po pirminio klinikinio įvertinimo yra stabilus, pradėtas reikalingas gydymas ir būtinas pagreitintas gydytojo endokrinologo įvertinimas bei tolesnės gydymo taktikos nustatymas.		
2 tipo cukrinis diabetas, kai HbA1c > 9 proc. ir glikemijos kontrolė išlieka nepakankama nepaisant taikomo gydymo ir jo koregavimo.		
Pasikartojančios dokumentuotos hipoglikemijos, išliekančios nepaisant taikyto gydymo koregavimo, kai pacientas kliniškai stabilus ir reikalingas pagreitintas gydymo taktikos peržiūrėjimas.		
Nėščiųjų (gestacinis) diabetas, kai reikalingas pirminis gydytojo endokrinologo įvertinimas arba gydymo koregavimas.		
Skydliaukės ligos		
Naujai diagnozuota arba progresuojanti hipertireozė / tirotoksikozė, patvirtinta skydliaukės funkcijos tyrimų pokyčiais, kai pacientas kliniškai stabilus ir reikalingas pagreitintas gydymo taktikos nustatymas ar koregavimas.		
Naujai diagnozuota arba progresuojanti hipotireozė, kai nustatyti reikšmingi skydliaukės funkcijos tyrimų pokyčiai ir reikalingas gydymo paskyrimas ar koregavimas.		
Skydliaukės mazginiai pakitimai kartu su skydliaukės funkcijos sutrikimu (pakitusiais TSH ir (ar) FT4 rodikliais), kai reikalingas gydytojo endokrinologo įvertinimas ir tolesnės ištyrimo ar gydymo taktikos nustatymas.		
Po skydliaukės operacijos ar radioaktyviojo jodo terapijos nustatyti reikšmingi skydliaukės funkcijos pokyčiai, dėl kurių reikalingas pagreitintas gydymo koregavimas.		
Nėštumo metu naujai nustatyti arba reikšmingai pakitę skydliaukės funkcijos rodikliai, kai reikalingas gydytojo endokrinologo įvertinimas ar gydymo koregavimas.		
Prieskydinių liaukų ir kalcio apykaitos sutrikimai		
Įtariamas pirminis hiperparatiroidizmas, kai nustatyta hiperkalcemija ir padidėjusi arba netinkamai normali PTH koncentracija, pacientas kliniškai stabilus ir reikalingas endokrinologinis ištyrimas.		
Antinksčių ir hipofizės funkcijos sutrikimai		
Įtariamas antinksčių funkcijos nepakankamumas, pagrįstas klinikiniais ir (ar) laboratoriniais duomenimis, kai pacientas kliniškai stabilus ir reikalingas pagreitintas endokrinologo ištyrimas.		
Nustatyti reikšmingi hipofizės hormonų funkcijos pokyčiai, sukeliantys klinikinius simptomus ir reikalaujantys gydytojo endokrinologo ištyrimo bei gydymo taktikos nustatymo.		
Osteoporozė ir kaulų apykaitos sutrikimai		
Osteoporozė po mažos energijos lūžio arba esant kartotiniams lūžiams, kai reikalingas pagreitintas antrinės osteoporozės priežasčių ištyrimas ir (ar) specifinio gydymo parinkimas ar koregavimas.		
Nėštumas ir kitos endokrininės ligos		
Nėščioji, serganti kita, pirmiau nenurodyta, diagnozuota endokrinine liga, kai dėl nėštumo reikalingas pagreitintas gydymo ar stebėsenos taktikos įvertinimas arba koregavimas.		

FIZINĖS MEDICINOS IR REABILITACIJOS GYDYTOJO PASLAUGOS (16.7.13) – konsultacijos reikalaujančios paciento būklės, atitinkančios ŽK, apibūdinimas:	**Maksimali prioritetinės konsultacijos laukimo trukmė**	
	≤ 2 savaitės	**≤ 4 savaitės**
Bendroji taikymo sąlyga: pacientas yra kliniškai stabilus, pagrindinės ligos ar būklės diagnostika atlikta, o paciento funkcinė būklė tinkama planinei ambulatorinei fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijai.		
Naujai atsiradę ar reikšmingai pablogėję funkciniai sutrikimai		
Po stabilizuotos neurologinės būklės ar pažeidimo (pvz., insulto, galvos ar nugaros smegenų pažeidimo) išlikęs reikšmingas mobilumo, savarankiškumo ar kasdienės veiklos sutrikimas, kai reikalingas pagreitintas FMR gydytojo įvertinimas ir reabilitacijos plano sudarymas.		
Po didžiosios ortopedinės operacijos ar reikšmingo judamojo-atramos aparato pažeidimo išlikęs funkcijos sutrikimas, kai reikalingas ankstyvas FMR gydytojo įvertinimas ir reabilitacijos taktikos nustatymas.		
Po galūnės amputacijos, pacientui esant kliniškai stabiliam, kai reikalingas FMR gydytojo įvertinimas dėl funkcinio parengimo, protezavimo ir reabilitacijos plano.		
Naujai atsiradęs ar reikšmingai pablogėjęs pusiausvyros ir (ar) eisenos sutrikimas, sukeliantis kartotinius griuvimus ir reikšmingai ribojantis savarankišką judėjimą, kai pagrindinės būklės priežastis įvertinta ir reikalingas FMR gydytojo funkcinis vertinimas.		
Spastika, kontraktūrų ir imobilizacijos komplikacijų rizika		
Ryškėjanti spastika ar skausmingi spazmai, reikšmingai ribojantys judėjimą, savitarną, higieną ar paciento padėties keitimą ir keliantys kontraktūrų ar kitų antrinių funkcinių komplikacijų riziką, kai reikalingas pagreitintas FMR gydytojo įvertinimas ir spastikos gydymo taktikos koregavimas, įskaitant specifinių intervencijų poreikio įvertinimą.		
Didelė pragulų atsiradimo rizika dėl ryškiai sumažėjusio mobilumo ir (ar) savarankiškumo, kai reikalingas FMR gydytojo įvertinimas dėl padėties keitimo, mobilizavimo, techninės pagalbos priemonių ir reabilitacijos taktikos.		
Specifinių reabilitacijos intervencijų ar techninės pagalbos priemonių poreikis		
Reikšmingas mobilumo ar savarankiškumo sutrikimas, kai dėl didelės griuvimų, kontraktūrų, pragulų ar tolimesnio funkcijos blogėjimo rizikos reikalingas pagreitintas techninės pagalbos priemonių, ortopedinių priemonių ar kito funkcinio kompensavimo poreikio įvertinimas.		
Reabilitacijos proceso tęstinumas ir koregavimas		
Po neseniai gydytos neurologinės, ortopedinės ar kitos reikšmingą funkcijos sutrikimą sukėlusios būklės, kai medicinos dokumentuose rekomenduotas FMR gydytojo įvertinimas ir dėl uždelsimo gali būti pavėluotai pradėtas ar sutrikdytas medicininės reabilitacijos procesas.		
Taikant paskirtą medicininę reabilitaciją nustatomas funkcinių gebėjimų negerėjimas, blogėjimas arba reikšmingas paciento funkcinės būklės pasikeitimas, dėl kurio reikalingas ankstesnis FMR gydytojo pakartotinis įvertinimas ir reabilitacijos plano koregavimas.		



Bendrai finansuoja
Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO PRIORITETINIŲ PACIENTŲ SĄRAŠŲ SUDARYMO IR TVARKYMO METODIKA

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodika (toliau – Metodika) nustato pacientų identifikavimo, jų priskyrimo prioritetiniam / „Žaliojo koridoriaus“ (toliau – ŽK) srautui, maksimalaus prioritetinės paslaugos suteikimo termino nustatymo, įtraukimo į prioritetinių pacientų sąrašą, sąrašo tvarkymo, paciento statuso keitimo ir išbraukimo iš sąrašo principus bei proceso dalyvių funkcijas.
2. Metodikos paskirtis – sudaryti sąlygas vienodai, objektyviai ir atsekamai taikyti prioritetinio paslaugų teikimo kriterijus Sveikatos centro veikloje dalyvaujančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ), užtikrinant, kad prioritetas būtų suteikiamas pagal paciento klinikinę būklę ir patvirtintus konkrečios paslaugos ŽK kriterijus.
3. Metodika taikoma kartu su Pacientų srautų valdymo tvarkos aprašu, Registracijos ir eilių valdymo taisyklėmis, Paslaugų teikimo algoritmais / maršrutais, Paciento kelio kortele, Paciento informavimo tvarka, IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu ir kitais susijusiais Sveikatos centro dokumentais.
4. Metodikoje prioritetinių pacientų sąrašas suprantamas kaip konkrečiai paslaugai sudaroma aktuali pacientų, kuriems kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas pagal patvirtintus ŽK kriterijus nustatė prioritetinio paslaugos gavimo poreikį, apskaita. Prioritetinis sąrašas gali būti tvarkomas ASPĮ naudojamoje informacinėje sistemoje, registracijos sistemoje, Paciento kelio kortelėje ar kitoje patvirtintoje organizacinėje apskaitos priemonėje. Atskiras centralizuotas registras ar papildomas sąrašas nekuriamas, jeigu ši informacija pakankama apimtimi jau fiksuojama naudojamose priemonėse.

II. PRIORITETINIŲ PACIENTŲ ATRANKOS PRINCIPAI

5. Pacientų priskyrimas prioritetiniam / ŽK srautui grindžiamas šiais principais:

   5.1. klinikinio pagrįstumo – prioritetas nustatomas pagal patvirtintus konkrečios paslaugos klinikinius kriterijus;

   5.2. objektyvumo – paciento amžius, diagnozė, simptomai, laboratorinių ar instrumentinių tyrimų duomenys, nėštumas, funkcinės būklės sutrikimas, komplikacijų rizika ir kiti veiksniai vertinami tik tiek, kiek jie reikšmingi konkrečiam ŽK kriterijui;

   5.3. proporcingumo – pacientui nustatomas jo būklę atitinkantis maksimalus prioritetinės paslaugos suteikimo terminas;

   5.4. nediskriminavimo – amžius, lytis, socialinė padėtis ar kitos su konkrečiu klinikiniu kriterijumi nesusijusios aplinkybės savaime nesuteikia pacientui pirmenybės;

5.5. atsekamumo – turi būti galima nustatyti, kada, kas ir pagal kokį kriterijų pacientui suteikė prioritetinį statusą bei koks maksimalus paslaugos suteikimo terminas jam buvo taikomas;

5.6. klinikinių ir administracinių funkcijų atskyrimo – klinikinį sprendimą dėl prioriteto priima kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas, o registracijos, atvejo vadybos ir kitas administracines funkcijas vykdantys darbuotojai šio sprendimo savarankiškai nekeičia.

III. PRIORITETINIO / ŽK SRAUTO TAIKYMO KRITERIJAI

6. Prioritetinis / ŽK srautas taikomas tik toms paslaugoms, kurioms Sveikatos centre yra patvirtinti ŽK kriterijai:

6.1. ultragarsiniams tyrimams (išskyrus galvos, širdies, kraujagyslių, raumenų ir sąnarių) – 16.7.1.2;

6.2. akušerijos ir ginekologijos paslaugoms – 16.7.4;

6.3. kardiologijos paslaugoms (išskyrus perstemplinį elektrofiziologinį ištyrimą (stimuliaciją) ir kraujagyslių standumo tyrimą) – 16.7.8;

6.4. endokrinologijos paslaugoms – 16.7.11;

6.5. fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo paslaugoms – 16.7.13.

7. Konkretūs pacientų būklės kriterijai ir jiems taikomas maksimalus prioritetinės paslaugos laukimo terminas nustatyti Metodikos 1 priede „Žaliojo koridoriaus kriterijai pagal paslaugas“.
8. ŽK kriterijai taikomi kliniškai stabiliems pacientams, kurių būklė tinkama planinei ambulatorinei paslaugai.
9. Pacientams, kuriems pagal galiojančią tvarką taikomas atskiras onkologinių ligų Žaliojo koridoriaus pacientų srautų valdymas, šios Metodikos kriterijai netaikomi.

IV. PACIENTO IDENTIFIKAVIMAS IR PRIORITETO NUSTATYMAS

10. Paciento poreikis prioritetinei paslaugai gali būti identifikuojamas:

10.1. šeimos gydytojo ar jo komandos atliekamo paciento klinikinio įvertinimo metu;

10.2. gydytojo specialisto ar kito kompetentingo sveikatos priežiūros specialisto atliekamo įvertinimo metu;

10.3. įvertinus laboratorinių, instrumentinių ar kitų atliktų tyrimų rezultatus;

10.4. vykdant lėtinių ligų stebėseną;

10.5. vykdant teisės aktuose nustatytas prevencines programas, profilaktinius sveikatos tikrinimus ar kitus struktūrizuotus pacientų rizikos vertinimo procesus;

10.6. vertinant paciento būklės pasikeitimą po gydymo, operacijos, intervencijos ar medicininės reabilitacijos, kai tai atitinka konkrečios paslaugos ŽK kriterijų.

11. Nustačius aplinkybę, galinčią lemti prioritetinės paslaugos poreikį, kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas įvertina, ar paciento būklė atitinka Metodikos 1 priede nustatytą konkretų ŽK kriterijų.
12. Vertinant paciento atitiktį kriterijui, pagal konkretaus kriterijaus turinį gali būti atsižvelgiama į:

12.1. paciento amžių ar gyvenimo etapą, kai jis yra konkretaus kriterijaus arba taikomo sveikatos priežiūros algoritmo dalis;

12.2. nustatytą ar įtariamą diagnozę;

12.3. simptomų pobūdį, trukmę, progresavimą ir poveikį paciento funkcijoms;

12.4. klinikinių, laboratorinių ir instrumentinių tyrimų duomenis;

12.5. komplikacijų ar sveikatos būklės blogėjimo riziką;

12.6. gretutines ligas, nėštumą ir kitus konkrečiam kriterijui reikšmingus rizikos veiksnius;

12.7. ankstesnio gydymo efektyvumą;

12.8. funkcinės būklės, savarankiškumo ar mobilumo pokyčius.

13. Amžius, diagnozė ar priklausymas tam tikrai pacientų grupei savaime nėra pakankamas pagrindas suteikti ŽK statusą, jeigu pacientas neatitinka konkrečiai paslaugai patvirtinto ŽK kriterijaus.

V. INTEGRAVIMAS SU ŠEIMOS GYDYTOJO IR PREVENCINĖS PRIEŽIŪROS ALGORITMAIS

14. Pacientų atranka į prioritetinį / ŽK srautą gali būti integruojama į šeimos gydytojo komandos taikomus lėtinių ligų stebėsenos, rizikos vertinimo, profilaktikos ir prevencinių programų algoritmus.
15. Jeigu vykdant šeimos gydytojo ar prevencinės priežiūros algoritmą nustatomas požymis, tyrimo rezultatas ar rizikos veiksnys, atitinkantis Metodikos 1 priede nustatytą ŽK kriterijų, kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas įvertina pacientą ir, kriterijui pasitvirtinus, priima sprendimą dėl jo priskyrimo prioritetiniam / ŽK srautui.
16. Prevencinės programos, lėtinių ligų stebėsenos ar kito algoritmo rezultatas gali būti pagrindas inicijuoti paciento vertinimą dėl ŽK, tačiau automatiškai ŽK statuso nesuteikia, jeigu toks automatinis prioritetas nėra tiesiogiai nustatytas teisės aktuose ar patvirtintame kriterijuje.

VI. PRIORITETINĖS PASLAUGOS TERMINAS IR PACIENTO VIETA SĄRAŠE

17. Pacientui, atitinkančiam konkretų ŽK kriterijų, taikomas tam kriterijui Metodikos 1 priede nustatytas maksimalus prioritetinės paslaugos suteikimo terminas – ne vėliau kaip per 2 savaites arba ne vėliau kaip per 4 savaites.
18. Taikomą maksimalų terminą lemia ne bendras paciento amžius, diagnozės pavadinimas ar registracijos būdas, bet konkretus paciento būklę atitinkantis ŽK kriterijus.
19. Tos pačios paslaugos pacientai, kuriems nustatytas toks pats maksimalus prioritetinės paslaugos suteikimo terminas, į prioritetinį sąrašą įtraukiami pagal klinikinio sprendimo dėl ŽK taikymo datą ir laiką.
20. Pacientai, kuriems nustatytas ne ilgesnis kaip 2 savaičių maksimalus paslaugos suteikimo terminas, registruojami taip, kad paslauga būtų suteikta per šį terminą, nepriklausomai nuo anksčiau ar vėliau į bendrąją eilę įtrauktų pacientų.
21. Paciento vieta prioritetiniame sąraše savavališkai nekeičiama. Jeigu paciento klinikinė būklė pasikeičia ir atsiranda pagrindas taikyti kitą ŽK kriterijų ar kitą maksimalų paslaugos suteikimo terminą, pacientą pakartotinai įvertina kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas.

VII. PRIORITETINIO PACIENTŲ SĄRAŠO SUDARYMAS

22. Priėmus klinikinį sprendimą dėl paciento priskyrimo ŽK srautui, paciento prioritetinis statusas ir organizavimui būtina informacija perduodami registracijos, atvejo vadybos ar kitam paciento kelią koordinuojančiam darbuotojui pagal Pacientų srautų valdymo tvarkos aprašą.
23. Prioritetinių pacientų sąraše ar jį atstojančioje informacinėje / organizacinėje apskaitos priemonėje pagal poreikį fiksuojama:

    23.1. paciento identifikavimui būtini duomenys;

    23.2. reikalinga paslauga;

    23.3. klinikinio sprendimo dėl ŽK taikymo data;

    23.4. taikyto ŽK kriterijaus kategorija ar identifikacinė nuoroda;

    23.5. maksimalus prioritetinės paslaugos suteikimo terminas;

    23.6. siuntimo duomenys, kai siuntimas reikalingas;

    23.7. paslaugą organizuojanti ir (ar) teikianti ASPĮ;

    23.8. planuojama paslaugos data;

    23.9. faktinė paslaugos suteikimo data;

    23.10. paciento kelio būsena – laukiama, užregistruota, suteikta, perkelta, atšaukta, pacientas neatvyko ar kita aktuali būsena;

    23.11. termino nesilaikymo arba paciento kelio pakeitimo priežastis, kai taikoma.

24. Prioritetinių pacientų sąraše nedubliuojamos išsamios diagnozės, tyrimų rezultatai, gydymo taktika ar kita klinikinė informacija, kuri tvarkoma E. sveikatos sistemoje ir (ar) ASPĮ medicininėje dokumentacijoje.

VIII. PRIORITETINIO SĄRAŠO TVARKYMAS IR ATNAUJINIMAS

25. Prioritetinis pacientų sąrašas yra dinaminis ir atnaujinamas pasikeitus paciento registracijos, paslaugos suteikimo ar prioritetinio statuso informacijai.
26. Už organizacinės informacijos atnaujinimą atsako darbuotojas, kuriam konkrečioje ASPĮ pavesta registracijos, atvejo vadybos ar paciento kelio koordinavimo funkcija.
27. Registracijos ar atvejo vadybos darbuotojas neturi teisės savo nuožiūra:

    27.1. suteikti pacientui ŽK statuso;

    27.2. pakeisti pacientui nustatyto maksimalaus prioritetinės paslaugos suteikimo termino;

    27.3. panaikinti paciento ŽK statuso dėl klinikinių priežasčių.

28. Jeigu paslaugos per pacientui taikomą maksimalų terminą negalima suteikti pasirinktoje ASPĮ, organizuojama artimiausio galimo laiko paieška ir, kai taikoma, galimybė paslaugą gauti kitoje Sveikatos centro veikloje dalyvaujančioje ASPĮ.

IX. PRIORITETINIO STATUSO PAKEITIMAS IR PACIENTO IŠBRAUKIMAS IŠ SĄRAŠO

29. Paciento prioritetinis statusas gali būti pakeistas, kai kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas, pakartotinai įvertinęs paciento būklę, nustato, kad pasikeitė ŽK kriterijaus taikymo pagrindas.
30. Pacientas iš aktyvaus prioritetinių pacientų sąrašo išbraukiamas, kai:

    30.1. prioritetinė paslauga suteikta;

    30.2. kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas nustato, kad ŽK kriterijus nebetaikomas;

    30.3. pacientas atsisako paslaugos;

    30.4. pacientas pasirenka paslaugą gauti kitu būdu ar kitoje įstaigoje ir prioritetinio paciento kelio organizavimas Sveikatos centre nebetęsiamas;

    30.5. atsiranda kita objektyvi aplinkybė, dėl kurios paciento kelias pagal šią Metodiką užbaigiamas.

31. Paciento neatvykimas į vieną suplanuotą vizitą savaime nepanaikina klinikinio ŽK pagrindo. Tolesni veiksmai organizuojami pagal Registracijos ir eilių valdymo taisykles, įvertinus galimybę pacientą perregistruoti ir išlaikyti jam nustatytą maksimalų paslaugos suteikimo terminą.

X. ATSAKOMYBĖS

32. Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas:

    32.1. įvertina paciento būklę;

    32.2. nustato atitiktį konkrečiam ŽK kriterijui;

    32.3. priima sprendimą dėl prioritetinio statuso;

    32.4. nustato pagal kriterijų taikomą maksimalų prioritetinės paslaugos suteikimo terminą;

    32.5. parengia siuntimą ir kitą reikalingą medicininę dokumentaciją.

33. Registracijos funkcijas vykdantis darbuotojas:

    33.1. registruoja pacientą pagal jam nustatytą maksimalų prioritetinės paslaugos suteikimo terminą;

    33.2. valdo registracijos laiką ir jo pakeitimus;

    33.3. atnaujina jam pavestą organizacinę informaciją;

    33.4. klinikinių sprendimų dėl prioriteto nepriima.

34. Atvejo vadybos funkcijas vykdantis ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas:

    34.1. koordinuoja paciento registraciją ir paslaugų seką;

    34.2. stebi pacientui taikomo termino laikymąsi;

    34.3. nustatęs termino nesilaikymo riziką inicijuoja organizacinių alternatyvų paiešką;

    34.4. organizuoja pacientui reikalingos organizacinės informacijos pateikimą;

    34.5. nekeičia klinikinio sprendimo dėl paciento prioriteto.

XI. STEBĖSENA

35. Prioritetinių pacientų sąrašų tvarkymo stebėsenai pagal turimus duomenis vertinama:

35.1. į prioritetinį / ŽK srautą įtrauktų pacientų skaičius pagal paslaugas;

35.2. pacientų pasiskirstymas pagal ne ilgesnį kaip 2 savaičių ir ne ilgesnį kaip 4 savaičių maksimalų paslaugos suteikimo terminą;

35.3. paslaugų, suteiktų per nustatytą maksimalų terminą, dalis;

35.4. termino nesilaikymo atvejai ir jų priežastys;

35.5. pacientų, kuriems dėl paslaugos neprieinamumo koordinuotas kitas paslaugos teikėjas, skaičius;

35.6. kiti Sveikatos centro kokybės kontrolės ir stebėsenos dokumentuose nustatyti rodikliai.

36. Stebėsenai naudojami partnerinių ASPĮ pagal kompetenciją pateikti ir (ar) teisėtai prieinami duomenys. Metodika savaime nesuteikia Sveikatos centro koordinatoriui tiesioginės prieigos prie partnerinių ASPĮ informacinių sistemų.

XII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

37. Metodikos 1 priede nustatyti ŽK kriterijai peržiūrimi pasikeitus teisės aktams, paslaugų apimčiai, klinikinėms rekomendacijoms arba nustačius praktinį jų tikslinimo poreikį.
38. ŽK kriterijų pakeitimai negali būti taikomi neformaliai atskiro darbuotojo sprendimu. Iki patvirtinto kriterijų pakeitimo taikoma galiojanti Metodikos 1 priedo redakcija.
39. Metodikos taikymo metu nustatyti sisteminiai pacientų prioritizavimo, registravimo ar terminų laikymosi klausimai perduodami Sveikatos centro veiklos koordinatoriui ir pagal kompetenciją aptariami su susijusiomis partnerinėmis ASPĮ.
40. Metodika peržiūrima ne rečiau kaip kartą per metus ir pasikeitus jos taikymui reikšmingoms aplinkybėms.

ŽALIOJO KORIDORIAUS KRITERIJAI PAGAL PASLAUGAS

Žaliojo koridoriaus principas taikomas kliniškai stabiliems pacientams, kurių būklė atitinka nustatytus prioritetinio paslaugos gavimo kriterijus ir yra tinkama planinei ambulatorinei paslaugai. Sprendimą dėl paciento atitikties ŽK kriterijams priima kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas.

Šie ŽK kriterijai netaikomi pacientams, kuriems pagal galiojančią tvarką taikomas atskiras onkologinių ligų Žaliojo koridoriaus pacientų srautų valdymas.

ULTRAGARSINIAI TYRIMAI (16.7.1.2) – paciento būklės, kurioms esant taikomas ŽK principas: *išskyrus galvos, širdies, kraujagyslių, raumenų ir sąnarių*	**Maksimali prioritetinės konsultacijos laukimo trukmė**	
	≤ 2 savaitės	**≤ 4 savaitės**
Bendroji taikymo sąlyga: pacientas yra kliniškai stabilus, jo būklė tinkama planiniam ambulatoriniam ultragarsiniam tyrimui.		
Pilvo organų ir retroperitoninių struktūrų ultragarsinis įvertinimas		
Progresuojantis dešiniojo pašonio skausmas kartu su cholestaziniais laboratorinių tyrimų pokyčiais, kai reikalingas pagreitintas tulžies pūslės ir tulžies takų ultragarsinis įvertinimas.		
Naujai nustatyti reikšmingi kepenų fermentų ir (ar) bilirubino pokyčiai kartu su klinikiniais simptomais, kai reikalingas kepenų ir tulžies takų ultragarsinis ištyrimas.		
Naujai atsiradęs ar didėjantis, kliniškai įtariamas ascitas simptominiam, tačiau kliniškai stabiliam pacientui, kai ultragarsinis tyrimas reikalingas jo patvirtinimui ir apimčiai įvertinti.		
Inkstų ir šlapimo takų ultragarsinis įvertinimas		
Persistuojantis ar pasikartojantis juosmens ir (ar) šono skausmas kartu su hematurija, inkstų funkcijos rodiklių blogėjimu ir (ar) šlapimo takų obstrukcijos įtarimu, kai pacientas kliniškai stabilus.		
Reikšmingas liekamojo šlapimo kiekis, pasikartojantys šlapinimosi sutrikimai ir (ar) pasikartojančios šlapimo takų infekcijos, kai reikalingas inkstų, šlapimo pūslės ir (ar) vyro dubens ultragarsinis įvertinimas.		
Mašnelės ultragarsinis įvertinimas		
Persistuojantis ar pasikartojantis mašnelės skausmas ir (ar) patinimas, kai ūmi būklė atmesta, pacientas kliniškai stabilus ir ultragarsinis tyrimas reikalingas tolesnei diagnostikos ar gydymo taktikai nustatyti.		
Skydliaukės ir kitų kaklo struktūrų ultragarsinis įvertinimas		
Naujai nustatytas ar didėjantis skydliaukės padidėjimas ir (ar) mazginis pakitimas kartu su lokalaus spaudimo simptomais ir (ar) reikšmingais skydliaukės funkcijos tyrimų pokyčiais, kai nėra nustatyto onkologinės ligos įtarimo ir reikalingas pagreitintas ultragarsinis įvertinimas.		
Persistuojantis kaklo limfmazgių padidėjimas, kai pirminio klinikinio įvertinimo metu nenustatyta ūmi infekcinė priežastis ar onkologinės ligos įtarimas ir ultragarsinis tyrimas reikalingas tolesnei diagnostikos taktikai nustatyti.		
Dubens organų ultragarsinis įvertinimas		
Persistuojantis dubens skausmas ar kiti dubens organų simptomai, kai pirminio ištyrimo duomenys pagrindžia ultragarsinio tyrimo poreikį, pacientas kliniškai stabilus ir nėra nustatyto onkologinės ligos įtarimo.		

AKUŠERIJOS IR GINEKOLOGIJOS PASLAUGOS (16.7.4) – konsultacijos reikalaujančios paciento būklės, atitinkančios ŽK, apibūdinimas:	**Maksimali prioritetinės konsultacijos laukimo trukmė**	
	≤ 2 savaitės	**≤ 4 savaitės**
Bendroji taikymo sąlyga: pacientė yra kliniškai stabili, o jos būklė tinkama planinei ambulatorinei gydytojo akušerio ginekologo konsultacijai.		
Ginekologinės būklės – kraujavimas ir menstruacijų sutrikimai		
Gausus ar užsitęsęs nenormalus kraujavimas iš gimdos, kai nustatyti anemijos požymiai ir (ar) objektyvus hemoglobino koncentracijos mažėjimas, o pacientė yra kliniškai stabili.		
Kraujavimas po menopauzės, kai reikalingas pagreitintas pirminis gydytojo akušerio ginekologo ištyrimas ir dar nėra nustatytas onkologinės ligos įtarimas.		
Persistuojantis tarpmenstruacinis ar po lytinių santykių atsirandantis kraujavimas, trunkantis ilgiau kaip 4 savaites, kai reikalingas gydytojo akušerio ginekologo ištyrimas ir dar nėra nustatytas onkologinės ligos įtarimas.		
Uždegiminės ir skausminės ginekologinės būklės		
Persistuojantis ar pasikartojantis apatinės pilvo dalies skausmas kartu su dubens uždegiminės ligos požymiais, išliekantis nepaisant pradėto ambulatorinio gydymo, kai pacientė yra kliniškai stabili.		
Ultragarsiniu ar kitu tyrimu nustatytas simptominis priedų cistinis ar kitas gerybinio pobūdžio darinys, sukeliantis persistuojantį ar didėjantį skausmą ir reikalaujantis pagreitinto gydytojo akušerio ginekologo įvertinimo.		
Endometriozės simptomų paūmėjimas, neatsakantis į taikomą pirmos eilės gydymą ir reikšmingai ribojantis pacientės kasdienę veiklą ar darbingumą.		
Gimdos miomos ir kitos gerybinės struktūrinės būklės		
Simptominės gimdos miomos, kai kartojasi gausus kraujavimas, nustatyti anemijos požymiai ir (ar) yra reikšmingi spaudimo simptomai, o taikytos pirminės gydymo priemonės nepakankamai veiksmingos.		
Paauglių ginekologinės būklės		
Amenorėja ilgiau kaip 3 mėnesius kartu su persistuojančiu dubens skausmu ir klinikiniais ar instrumentiniais duomenimis, leidžiančiais įtarti struktūrinę ginekologinę patologiją.		
Akušerija – nėštumo patologija ir vaisiaus būklės pokyčiai		
Naujai nustatyta nėštumo patologija ar vaisiaus būklės pokytis, priskiriamas didelės rizikos nėštumo veiksniams pagal Nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašą, kai reikalingas pagreitintas ambulatorinis gydytojo akušerio ginekologo įvertinimas.		
Akušerija – kiti didelės rizikos nėštumo veiksniai		
Naujai nustatytas kitas, pirmiau nenurodytas, didelės rizikos nėštumo veiksnys, dėl kurio pagal galiojančius nėščiųjų sveikatos priežiūros reikalavimus nėščiąją turi konsultuoti ar prižiūrėti gydytojas akušeris ginekologas, kai pacientė dar nėra atitinkamai specialistų prižiūrima ir reikalingas ankstesnis ambulatorinis įvertinimas.		

KARDIOLOGIJOS PASLAUGOS (16.7.8) - konsultacijos reikalaujančios paciento būklės, atitinkančios ŽK, apibūdinimas: *(išskyrus perstemplinį elektrofiziologinį ištyrimą (stimuliaciją) ir kraujagyslių standumo tyrimą)*	**Maksimali prioritetinės konsultacijos laukimo trukmė**	
	≤ 2 savaitės	**≤ 4 savaitės**
Bendroji taikymo sąlyga: pacientas yra kliniškai stabilus ir jo būklė tinkama planinei ambulatorinei kardiologo konsultacijai.		
Širdies ritmo sutrikimai		
Naujai nustatytas ar persistuojantis prieširdžių virpėjimas ar prieširdžių plazdėjimas, kai pacientas kliniškai stabilus, tačiau reikalingas pagreitintas gydymo taktikos ir (ar) ritmo / dažnio kontrolės įvertinimas.		
Pasikartojantys simptominiai širdies ritmo sutrikimo epizodai, kai ritmo sutrikimas objektyviai užfiksuotas EKG, Holterio monitoravimo ar kitu ambulatoriniu tyrimu, pacientas kliniškai stabilus ir reikalingas pagreitintas kardiologo įvertinimas.		
Krūtinės angina / išeminės širdies ligos įtarimas		
Naujai atsiradę arba ryškėjantys krūtinės anginai būdingi simptomai kliniškai stabiliam pacientui, kai pirminis ištyrimas leidžia įtarti išeminę širdies ligą ir reikalingas pagreitintas kardiologo ištyrimas.		
Žinoma stabili išeminė širdies liga, kai simptomai dažnėja arba reikšmingai riboja fizinį aktyvumą nepaisant taikomo gydymo.		
Įtariama išeminė širdies liga esant reikšmingiems rizikos veiksniams ir objektyviems tyrimų pokyčiams, kai reikalingas kardiologo sprendimas dėl tolesnio ištyrimo.		
Širdies nepakankamumo įtarimas		
Įtariamas širdies nepakankamumas, kai NT-proBNP > 2000 ng/l ir pacientas yra kliniškai stabilus bei tinkamas ambulatorinei kardiologo konsultacijai.		
Sinkopė		
Pasikartojanti nerefleksinė sinkopė kliniškai stabiliam pacientui, kai reikalingas ambulatorinis kardiologinis ištyrimas.		
Vožtuvinės širdies ligos įtarimas		
Naujai nustatytas reikšmingas širdies ūžesys kartu su simptomais ir (ar) kitais objektyviais požymiais, leidžiančiais įtarti kliniškai reikšmingą vožtuvinę širdies ligą.		
Echokardiografiniu ar kitu tyrimu nustatytas naujas reikšmingas struktūrinis širdies pokytis, kuriam reikalingas kardiologo įvertinimas ir tolesnės taktikos nustatymas.		

ENDOKRINOLOGIJOS PASLAUGOS (16.7.11) – konsultacijos reikalaujančios paciento būklės, atitinkančios ŽK, apibūdinimas:	**Maksimali prioritetinės konsultacijos laukimo trukmė**	
	≤ 2 savaitės	**≤ 4 savaitės**
Bendroji taikymo sąlyga: pacientas yra kliniškai stabilus ir jo būklė tinkama planinei ambulatorinei gydytojo endokrinologo konsultacijai.		
Cukrinis diabetas		
Naujai diagnozuotas 1 tipo cukrinis diabetas, kai pacientas po pirminio klinikinio įvertinimo yra stabilus, pradėtas reikalingas gydymas ir būtinas pagreitintas gydytojo endokrinologo įvertinimas bei tolesnės gydymo taktikos nustatymas.		
2 tipo cukrinis diabetas, kai HbA1c > 9 proc. ir glikemijos kontrolė išlieka nepakankama nepaisant taikomo gydymo ir jo koregavimo.		
Pasikartojančios dokumentuotos hipoglikemijos, išliekančios nepaisant taikyto gydymo koregavimo, kai pacientas kliniškai stabilus ir reikalingas pagreitintas gydymo taktikos peržiūrėjimas.		
Nėščiųjų (gestacinis) diabetas, kai reikalingas pirminis gydytojo endokrinologo įvertinimas arba gydymo koregavimas.		
Skydliaukės ligos		
Naujai diagnozuota arba progresuojanti hipertireozė / tirotoksikozė, patvirtinta skydliaukės funkcijos tyrimų pokyčiais, kai pacientas kliniškai stabilus ir reikalingas pagreitintas gydymo taktikos nustatymas ar koregavimas.		
Naujai diagnozuota arba progresuojanti hipotireozė, kai nustatyti reikšmingi skydliaukės funkcijos tyrimų pokyčiai ir reikalingas gydymo paskyrimas ar koregavimas.		
Skydliaukės mazginiai pakitimai kartu su skydliaukės funkcijos sutrikimu (pakitusiais TSH ir (ar) FT4 rodikliais), kai reikalingas gydytojo endokrinologo įvertinimas ir tolesnės ištyrimo ar gydymo taktikos nustatymas.		
Po skydliaukės operacijos ar radioaktyviojo jodo terapijos nustatyti reikšmingi skydliaukės funkcijos pokyčiai, dėl kurių reikalingas pagreitintas gydymo koregavimas.		
Nėštumo metu naujai nustatyti arba reikšmingai pakitę skydliaukės funkcijos rodikliai, kai reikalingas gydytojo endokrinologo įvertinimas ar gydymo koregavimas.		
Prieskydinių liaukų ir kalcio apykaitos sutrikimai		
Įtariamas pirminis hiperparatiroidizmas, kai nustatyta hiperkalcemija ir padidėjusi arba netinkamai normali PTH koncentracija, pacientas kliniškai stabilus ir reikalingas endokrinologinis ištyrimas.		
Antinksčių ir hipofizės funkcijos sutrikimai		
Įtariamas antinksčių funkcijos nepakankamumas, pagrįstas klinikiniais ir (ar) laboratoriniais duomenimis, kai pacientas kliniškai stabilus ir reikalingas pagreitintas endokrinologo ištyrimas.		
Nustatyti reikšmingi hipofizės hormonų funkcijos pokyčiai, sukeliantys klinikinius simptomus ir reikalaujantys gydytojo endokrinologo ištyrimo bei gydymo taktikos nustatymo.		
Osteoporozė ir kaulų apykaitos sutrikimai		
Osteoporozė po mažos energijos lūžio arba esant kartotiniams lūžiams, kai reikalingas pagreitintas antrinės osteoporozės priežasčių ištyrimas ir (ar) specifinio gydymo parinkimas ar koregavimas.		
Nėštumas ir kitos endokrininės ligos		
Nėščioji, serganti kita, pirmiau nenurodyta, diagnozuota endokrinine liga, kai dėl nėštumo reikalingas pagreitintas gydymo ar stebėsenos taktikos įvertinimas arba koregavimas.		

FIZINĖS MEDICINOS IR REABILITACIJOS GYDYTOJO PASLAUGOS (16.7.13) – konsultacijos reikalaujančios paciento būklės, atitinkančios ŽK, apibūdinimas:	Maksimali prioritetinės konsultacijos laukimo trukmė	
	≤ 2 savaitės	≤ 4 savaitės
Bendroji taikymo sąlyga: pacientas yra kliniškai stabilus, pagrindinės ligos ar būklės diagnostika atlikta, o paciento funkcinė būklė tinkama planinei ambulatorinei fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijai.		
Naujai atsiradę ar reikšmingai pablogėję funkciniai sutrikimai		
Po stabilizuotos neurologinės būklės ar pažeidimo (pvz., insulto, galvos ar nugaros smegenų pažeidimo) išlikęs reikšmingas mobilumo, savarankiškumo ar kasdienės veiklos sutrikimas, kai reikalingas pagreitintas FMR gydytojo įvertinimas ir reabilitacijos plano sudarymas.		
Po didžiosios ortopedinės operacijos ar reikšmingo judamojo-atramos aparato pažeidimo išlikęs funkcijos sutrikimas, kai reikalingas ankstyvas FMR gydytojo įvertinimas ir reabilitacijos taktikos nustatymas.		
Po galūnės amputacijos, pacientui esant kliniškai stabiliam, kai reikalingas FMR gydytojo įvertinimas dėl funkcinio parengimo, protezavimo ir reabilitacijos plano.		
Naujai atsiradęs ar reikšmingai pablogėjęs pusiausvyros ir (ar) eisenos sutrikimas, sukeliantis kartotinius griuvimus ir reikšmingai ribojantis savarankišką judėjimą, kai pagrindinės būklės priežastis įvertinta ir reikalingas FMR gydytojo funkcinis vertinimas.		
Spastika, kontraktūrų ir imobilizacijos komplikacijų rizika		
Ryškėjanti spastika ar skausmingi spazmai, reikšmingai ribojantys judėjimą, savitarną, higieną ar paciento padėties keitimą ir keliantys kontraktūrų ar kitų antrinių funkcinių komplikacijų riziką, kai reikalingas pagreitintas FMR gydytojo įvertinimas ir spastikos gydymo taktikos koregavimas, įskaitant specifinių intervencijų poreikio įvertinimą.		
Didelė pragulų atsiradimo rizika dėl ryškiai sumažėjusio mobilumo ir (ar) savarankiškumo, kai reikalingas FMR gydytojo įvertinimas dėl padėties keitimo, mobilizavimo, techninės pagalbos priemonių ir reabilitacijos taktikos.		
Specifinių reabilitacijos intervencijų ar techninės pagalbos priemonių poreikis		
Reikšmingas mobilumo ar savarankiškumo sutrikimas, kai dėl didelės griuvimų, kontraktūrų, pragulų ar tolimesnio funkcijos blogėjimo rizikos reikalingas pagreitintas techninės pagalbos priemonių, ortopedinių priemonių ar kito funkcinio kompensavimo poreikio įvertinimas.		
Reabilitacijos proceso tęstinumas ir koregavimas		
Po neseniai gydytos neurologinės, ortopedinės ar kitos reikšmingą funkcijos sutrikimą sukėlusios būklės, kai medicinos dokumentuose rekomenduotas FMR gydytojo įvertinimas ir dėl uždelsimo gali būti pavėluotai pradėtas ar sutrikdytas medicininės reabilitacijos procesas.		
Taikant paskirtą medicininę reabilitaciją nustatomas funkcinių gebėjimų negerėjimas, blogėjimas arba reikšmingas paciento funkcinės būklės pasikeitimas, dėl kurio reikalingas ankstesnis FMR gydytojo pakartotinis įvertinimas ir reabilitacijos plano koregavimas.		

Bendrai finansuoja Europos Sąjunga

KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO PASLAUGŲ TEIKIMO ALGORITMAI / MARŠRUTAI

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro paslaugų teikimo algoritmai / maršrutai (toliau – Algoritmai) nustato tipinių pacientų situacijų organizacinę paslaugų teikimo seką nuo paciento poreikio identifikavimo iki paslaugos suteikimo, rezultato fiksavimo, tolesnių veiksmų nustatymo ir paciento kelio užbaigimo.
2. Algoritmų paskirtis – nustatyti aiškią, nuoseklią ir tarp Sveikatos centro veikloje dalyvaujančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ) suderinamą paciento kelio organizavimo logiką, atskiriant klinikinius sprendimus nuo registravimo, informavimo, atvejo vadybos ir kitų organizacinių funkcijų.
3. Algoritmai yra organizacinio proceso dokumentas ir nepakeičia klinikinių diagnostikos ar gydymo protokolų, gydytojo profesinės kompetencijos, teisės aktuose nustatytų siuntimo, skubiosios medicinos pagalbos, prevencinių programų ar konkrečių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų.
4. Algoritmai taikomi kartu su Pacientų srautų valdymo tvarkos aprašu, Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodika, Registracijos ir eilių valdymo taisyklėmis, Darbuotojų paskirstymo pagal pacientų srautus procedūra, Paciento informavimo tvarka, Paciento kelio kortele, Paciento patirties ir skundų nagrinėjimo tvarka, IT sistemų naudojimo tvarkos aprašu ir kitais susijusiais Sveikatos centro dokumentais.
5. Konkretaus paciento klinikinį poreikį, paslaugų apimtį, mediciniškai pagrįstą jų seką ir tolesnę gydymo, stebėsenos, ištyrimo ar reabilitacijos taktiką pagal profesinę kompetenciją nustato sveikatos priežiūros specialistas. Registracijos, atvejo vadybos, administravimo ar koordinavimo funkcijas vykdantys darbuotojai klinikinių sprendimų nepriima ir nekeičia.
6. Kai paciento kelias apima kelias ASPĮ, kiekviena partnerinė ASPĮ atsako už savo teikiamą paslaugą, joje atliekamus klinikinius sprendimus, darbuotojų veiksmus ir duomenų tvarkymą pagal kompetenciją. Sveikatos centro veiklos koordinatorius sprendžia sisteminius tarpįstaiginius klausimus ir neperima individualaus paciento klinikinio ar operacinio valdymo.

II. BENDRIEJI MARŠRUTŲ TAIKYMO PRINCIPAI

7. Paslaugų teikimo maršrutai grindžiami šiais principais:

   7.1. klinikinio pagrįstumo – paciento kelias ir jo etapai nustatomi pagal realų klinikinį poreikį;

   7.2. srauto atskyrimo – pirmiausia atskiriama, ar pacientui reikalinga skubioji / būtinoji pagalba, planinė paslauga ar prioritetinis / ŽK srautas;

   7.3. tęstinumo – kiekvienas etapas turi turėti aiškų tolesnį veiksmą arba paciento kelio užbaigimo pagrindą;

   7.4. vieno apsilankymo – kai tai mediciniškai tikslinga ir organizaciškai įmanoma, tarpusavyje susijusios paslaugos derinamos vieno apsilankymo metu arba per kuo trumpesnį suderintą laikotarpį;

7.5. atsekamumo – registracija, paslaugos suteikimas, reikšmingi organizaciniai pakeitimai, terminai ir paciento informavimo veiksmai fiksuojami naudojamose sistemose ar patvirtintose apskaitos priemonėse;

7.6. duomenų minimizavimo – organizacinėje paciento kelio apskaitoje nedubliuojama išsami klinikinė informacija, kuri tvarkoma medicininėje dokumentacijoje ir (ar) E. sveikatos sistemoje;

7.7. partnerystės – tarpįstaiginiai veiksmai derinami pagal bendradarbiavimo sutartį, neperimant partnerinių ASPĮ vidaus darbo organizavimo kompetencijos.

III. TIPINIŲ PACIENTO MARŠRUTŲ SISTEMA

8. Sveikatos centro lygmeniu taikomi šie tipiniai pacientų paslaugų teikimo maršrutai:

8.1. ūmios / skubios būklės paciento maršrutas;

8.2. planinės gydytojo specialisto konsultacijos maršrutas;

8.3. lėtinės ligos priežiūros paciento maršrutas;

8.4. diagnostinio tyrimo maršrutas;

8.5. prevencijos / profilaktikos paciento maršrutas;

8.6. reabilitacijos tęstinumo paciento maršrutas;

8.7. prioritetinio / „Žaliojo koridoriaus“ paciento maršrutas.

9. Tipinių pacientų maršrutų detalios sekos, sprendimo taškai, atsakingi proceso dalyviai ir rezultatų fiksavimo principai pateikiami šių Algoritmų prieduose. Bendras paciento srauto parinkimo algoritmas ir tipinių maršrutų sistemos suvestinė pateikiami 1 priede, o atskirų tipinių situacijų maršrutai – 2–8 prieduose.
10. Konkrečiam pacientui gali būti taikomas vienas maršrutas arba kelių maršrutų nuosekli kombinacija, kai paciento klinikinė situacija ar paslaugų poreikis pasikeičia.

IV. TARPĮSTAIGINIS PACIENTO KELIAS IR NUKRYPIMŲ VALDYMAS

11. Kai paciento kelio paslaugos teikiamos skirtingose Sveikatos centro partnerinėse ASPĮ, registracijai ir tęstinumui būtina informacija perduodama per naudojamas informacines sistemas arba kitu tarp ASPĮ suderintu saugiu kanalu, neperduodant daugiau duomenų, negu būtina konkrečiam veiksmui.
12. Jeigu pasirinkta ASPĮ negali suteikti paslaugos per pacientui taikomą terminą, ieškoma artimiausio galimo laiko toje pačioje ASPĮ arba, kai taikomas tarpįstaiginis paciento kelias, koordinuojama galimybė paslaugą gauti kitoje Sveikatos centro veikloje dalyvaujančioje ASPĮ. Pacientas informuojamas apie siūlomą alternatyvą.
13. Pacientui neatvykus, atšaukus ar perkėlus vizitą, tolesni veiksmai organizuojami pagal Registracijos ir eilių valdymo taisykles. ŽK paciento neatvykimas savaime nepanaikina klinikinio prioriteto; jo klinikinį statusą gali keisti tik kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas.
14. Jeigu paciento būklė kelio metu reikšmingai pasikeičia, atliekamas pakartotinis klinikinis vertinimas ir, jei reikia, pacientas perkeliamas į kitą pagal jo būklę tinkamą maršrutą.
15. Informacinių sistemų ar ryšio trikdžio metu naudojamas ASPĮ ir partnerių suderintas teisėtas alternatyvus informacijos perdavimo būdas; atkūrus sistemų veikimą, būtini duomenys suvedami pagal IT sistemų naudojimo tvarką.
16. Pasikartojantys ar kelioms ASPĮ poveikį darantys registravimo, informacijos perdavimo, paslaugų prieinamumo ar terminų laikymosi trikdžiai perduodami Sveikatos centro veiklos koordinatoriui sisteminiam vertinimui. Individualaus paciento klinikinis sprendimas dėl to koordinatoriaus lygmeniui neperduodamas.

V. PACIENTO INFORMAVIMAS IR DUOMENŲ FIKSAVIMAS

17. Pacientas kiekviename jam aktualiame maršruto etape informuojamas apie organizuojamą paslaugą, registracijos laiką ir vietą, pasiruošimą, paslaugų seką, pakeitimus, alternatyvas ir tolesnius organizacinius veiksmus Paciento informavimo tvarkoje nustatyta apimtimi.
18. Klinikinę informaciją apie diagnozę, tyrimų rezultatų vertinimą, gydymo, stebėsenos, ištyrimo ar reabilitacijos taktiką pacientui teikia kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas.
19. Klinikiniai duomenys ir medicininiai dokumentai tvarkomi E. sveikatos sistemoje ir (ar) konkrečios ASPĮ medicininėje dokumentacijoje. Paciento kelio kortelėje ar kitoje organizacinėje priemonėje fiksuojami tik paciento kelio organizavimui, terminų kontrolei ir proceso atsekamumui būtini duomenys.
20. Paciento kelio kortelė pildoma, kai pacientui organizuojamas kelių tarpusavyje susijusių paslaugų kelias ir (ar) taikomas prioritetinis / ŽK srautas, taip pat kitais atvejais, kai jos naudojimas nustatytas ASPĮ ar Sveikatos centro dokumentuose.

VI. ALGORITMŲ TAIKYMO STEBĖSENA

21. Algoritmų veikimas vertinamas naudojant jau renkamus pacientų srautų, registracijos, laukimo terminų, paslaugų suteikimo, paciento kelio trikdžių ir pacientų patirties duomenis. Atskiri papildomi registrai nekuriami, jeigu reikalingi duomenys pakankama apimtimi jau gaunami iš naudojamų sistemų ir patvirtintų apskaitos priemonių.
22. Pagal poreikį vertinami laukimo laikai, paslaugų suteikimo per taikomą terminą dalis, neįvykusių vizitų ir perregistravimų skaičius, tarpįstaiginių nukreipimų atvejai, pasikartojantys paciento kelio trikdžiai ir kiti Sveikatos centro kokybės kontrolės bei stebėsenos dokumentuose nustatyti rodikliai.
23. Nustačius pasikartojančius proceso trūkumus, koordinuojanti įstaiga ir Sveikatos centro veiklos koordinatorius pagal kompetenciją inicijuoja jų aptarimą su susijusiomis partnerinėmis ASPĮ. Suderintos tobulinimo priemonės partnerinėse ASPĮ įgyvendinamos pagal jų kompetenciją ir vidaus sprendimų priėmimo tvarką.

VII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

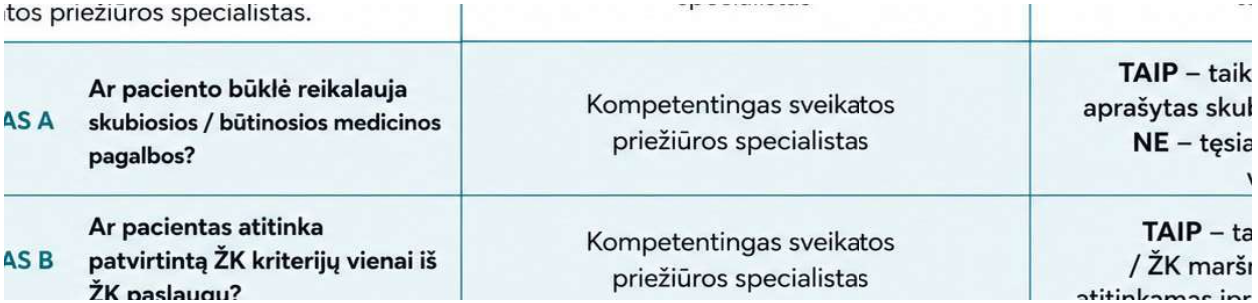
24. Algoritmai peržiūrimi ne rečiau kaip kartą per metus, taip pat pasikeitus teisės aktams, Sveikatos centro paslaugų apimčiai, ŽK kriterijams, susijusiems Sveikatos centro dokumentams arba nustačius praktinį maršrutų tikslinimo poreikį.
25. Algoritmų pakeitimai derinami ir tvirtinami bendradarbiavimo sutartyje ir partnerinėse ASPĮ taikomoje sprendimų priėmimo tvarkoje nustatyta apimtimi.

TIPINIŲ PACIENTO MARŠRUTŲ SISTEMOS SUVESTINĖ IR BENDRAS PACIENTO SRAUTO PARINKIMO ALGORITMAS

Maršrutas / situacija	Pagrindinė eiga	Esminis valdymo principas
Ūmi / skubi būklė	Kreipimasis → būklės įvertinimas → nustatytas skubiosios / būtinosios pagalbos poreikis → nukreipimas pagal taikomą skubiosios pagalbos tvarką.	ŽK ir planinio srauto procesas nepradedamas arba nutraukiamas.
Planinė gydytojo specialisto konsultacija	Poreikis → siuntimas, kai reikalingas → registracija → konsultacija → tyrimai, jei paskiriami → išvada → tolesni veiksmai.	Paslaugos seka nustatoma pagal klinikinį poreikį.
Lėtinės ligos priežiūra	Registracija → šeimos gydytojo komanda → būklės ir rizikos vertinimas → tyrimai → pakartotinis vertinimas → specialistas, kai reikalinga → gydymo / stebėsenos planas.	Tęstinė priežiūra organizuojama pirminiame lygmenyje, pasitelkiant specialistą pagal poreikį.
Diagnostinis tyrimas	Indikacija → siuntimas / užsakymas → registracija → pasiruošimas → tyrimas → rezultatas → rezultatą vertinantis specialistas → tolesnis sprendimas.	Tyrimo rezultatas pats savaime nėra organizacinis kelio užbaigimas, jei reikalingas klinikinis įvertinimas.
Prevencija / profilaktika	Tikslinės grupės identifikavimas → informavimas / kvietimas → registracija → prevencinė paslauga / tyrimas → rezultato įvertinimas → tęstinumas arba diagnostinis maršrutas.	Prevencinis procesas gali inicijuoti klinikinį vertinimą, bet automatiškai nesuteikia ŽK statuso.
Reabilitacijos tęstinumas	Būklės diagnozavimas / stabilizavimas → FMR poreikio nustatymas → FMR konsultacija → reabilitacijos planas, kai indikuota → paslaugos → funkcinės būklės vertinimas.	FMR ŽK taikomas tik pagal patvirtintus kriterijus.
Prioritetinis / ŽK srautas	Klinikinis įvertinimas → ŽK kriterijus → maksimalus terminas → prioritetinė registracija → paslauga → rezultatas → tolesnis klinikinis sprendimas.	Taikoma tik patvirtintoms ŽK paslaugoms ir kliniškai stabiliems pacientams.

2. Bendras paciento srauto parinkimo algoritmas

Trumpa eiga: paciento poreikio identifikavimas → klinikinis įvertinimas → srauto pasirinkimas → registracija / nukreipimas → paslauga → rezultatas → tolesni veiksmai arba kelio užbaigimas.



	itos priežiūros specialistas.		
AS A	**Ar paciento būklė reikalauja skubiosios / būtinosios medicinos pagalbos?**	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	**TAIP** – taik aprašytas skul **NE** – tęsia
AS B	**Ar pacientas atitinka patvirtintą ŽK kriterijų vienai iš ŽK paslaugų?**	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	**TAIP** – ta / ŽK maršr atitinkamas ipr

ŪMIOS / SKUBIOS BŪKLĖS PACIENTO MARŠRUTAS

Šis maršrutas nustato tik organizacinę ribą tarp Sveikatos centro planinių / prioritetinių srautų ir skubiosios ar būtinosios medicinos pagalbos. Jis nenustato skubiosios pagalbos kategorijų, klinikinių požymių ar gydymo veiksmų.



Etapas	Veiksmas / sprendimo taisyklė	Atsakingas subjektas	Rezultatas / fiksavimas
1	Pacientui kreipiantis ar jau vykstant planiniam paciento keliui nustatomi požymiai, dėl kurių būtinas skubus klinikinis įvertinimas.	Sveikatos priežiūros specialistas pagal kompetenciją	Paciento būklė įvertinta.
2	Nustačius skubiosios / būtinosios medicinos pagalbos poreikį, planinis arba ŽK maršrutas nepradedamas arba nutraukiamas.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Nustatyta, kad pacientas netęsiamas planiniu / ŽK srautu.
3	Pacientas nukreipiamas pagal konkrečioje ASPĮ ir teisės aktuose taikomą skubiosios / būtinosios medicinos pagalbos organizavimo tvarką.	ASPĮ pagal kompetenciją	Pacientas perduotas tinkamam skubios pagalbos srautui.
4	Jeigu po klinikinio įvertinimo skubiosios pagalbos indikacijų nenustatoma, pacientui parenkamas atitinkamas planinis arba, esant patvirtintam kriterijui, ŽK maršrutas.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Pacientas nukreiptas į jo būklei tinkamą planinį arba, kai taikoma, ŽK srautą

PLANINĖS GYDYTOJO SPECIALISTO KONSULTACIJOS MARŠRUTAS

Trumpa eiga: klinikinis poreikis → siuntimas, kai reikalingas → registracija → konsultacija → papildomi tyrimai, kai paskiriami → išvada → tolesnė priežiūra.



Etapas	Veiksmas / sprendimo taisyklė	Atsakingas subjektas	Rezultatas / fiksavimas
1	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas nustato gydytojo specialisto konsultacijos poreikį.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Nustatyta reikalinga konsultacija.
2	Parengiamas siuntimas ar kitas teisės aktuose / sistemoje nustatytas nukreipimo dokumentas, kai jis reikalingas.	Siunčiantis sveikatos priežiūros specialistas	Galiojantis siuntimas / nukreipimo duomenys.
SPRENDIMO TAŠKAS	**Jeigu pacientas atitinka konkrečios paslaugos ŽK kriterijų, tolesnis kelias organizuojamas pagal prioritetinio / ŽK srauto algoritmą.**	**Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas**	**Nustatytas įprastas arba ŽK srautas.**
4	Pacientas registruojamas pasirinktoje ar prieinamoje paslaugą teikiančioje ASPĮ.	Registracijos funkcijas vykdantis darbuotojas / pacientas; atvejo vadyba, kai taikoma	Paskirtas konsultacijos laikas.
5	Pacientui pateikiama organizacinė informacija apie vizito laiką, vietą, pasiruošimą ir registracijos pakeitimo būdus.	Registracijos / atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas	Pacientas informuotas.
6	Gydytojas specialistas konsultacijos metu įvertina pacientą ir pagal kompetenciją nustato, ar reikalingi papildomi tyrimai, konsultacijos ar kiti klinikiniai veiksmai.	Gydytojas specialistas	Specialisto išvada ir tolesni klinikiniai veiksmai.
7	Kai paskiriami papildomi tyrimai ar konsultacijos, jie organizuojami pagal atitinkamą tyrimo ar konsultacijos maršrutą; kai įmanoma, jų seka derinama vieno apsilankymo principu.	Paslaugą organizuojanti ASPĮ / atvejo vadyba, kai taikoma	Sudaryta tolesnių paslaugų seka.
8	Rezultatai fiksuojami E. sveikatos sistemoje ir (ar) kitoje taikomoje medicininėje dokumentacijoje; tolesnę gydymo, stebėsenos ar ištyrimo taktiką nustato kompetentingas specialistas.	Paslaugą suteikęs ir (ar) tęstinę priežiūrą vykdantis specialistas	Paciento kelias tęsiamas arba užbaigiamas.

LĖTINĖS LIGOS PRIEŽIŪROS PACIENTO MARŠRUTAS

Tipinė eiga: registracija → šeimos gydytojo komanda → laboratoriniai / instrumentiniai tyrimai, kai reikalingi → specialisto konsultacija, kai reikalinga → gydymo / stebėsenos planas.



Etapas	Veiksmas / sprendimo taisyklė	Atsakingas subjektas	Rezultatas / fiksavimas
1	Pacientas registruojamas planinei lėtinės ligos priežiūros konsultacijai arba poreikis nustatomas kito kontakto su sveikatos priežiūros sistema metu.	Pacientas / registracijos funkcijas vykdantis darbuotojas / šeimos gydytojo komanda	Suplanuotas paciento vertinimas.
2	Šeimos gydytojo komanda įvertina paciento būklę, ligos kontrolę, rizikos veiksnius ir ankstesnių rekomendacijų vykdymą pagal taikomus klinikinius reikalavimus.	Šeimos gydytojo komanda	Nustatyta tolimesnio ištyrimo / priežiūros apimtis.
3	Pagal klinikinį poreikį paskiriami laboratoriniai, instrumentiniai ar kiti tyrimai.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Paskirti reikalingi tyrimai.
4	Tyrimai atliekami pagal jų registravimo ir teikimo tvarką, rezultatai fiksuojami naudojamose medicininėse informacinėse sistemose.	Paslaugą teikianti ASPĮ	Gauti tyrimų rezultatai.
5	Rezultatus ir paciento būklę pakartotinai įvertina šeimos gydytojas ar kitas kompetentingas specialistas.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Nustatytas tolesnis klinikinis veiksmas.
SPRENDIMO TAŠKAS A	**Ar reikalinga gydytojo specialisto konsultacija?**	**Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas**	**TAIP – taikomas planinės konsultacijos arba ŽK maršrutas; NE – tęsiama pirminio lygmens priežiūra.**
SPRENDIMO TAŠKAS B	**Ar nustatytas požymis / būklė atitinka patvirtintą ŽK kriterijų?**	**Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas**	**TAIP – taikomas ŽK terminas ir prioritetinė registracija.**
8	Pagal klinikinį vertinimą sudaromas ar koreguojamas gydymo, stebėsenos, savikontrolės ar pakartotinių vizitų planas.	Šeimos gydytojas / gydytojas specialistas pagal kompetenciją	Atnaujintas tęstinės priežiūros planas.
9	Pacientas informuojamas apie tolesnius veiksmus ir grįžta į periodinės lėtinės ligos priežiūros ciklą.	Sveikatos priežiūros specialistas; organizacinė informacija – registracijos / atvejo vadybos darbuotojas	Tęstinė priežiūra organizuota.

DIAGNOSTINIO TYRIMO MARŠRUTAS

Trumpa eiga: tyrimo indikacija → siuntimas / užsakymas → registracija → pasiruošimas → tyrimas → rezultatas → klinikinis rezultato įvertinimas → tolesni veiksmai.



Etapas	Veiksmas / sprendimo taisyklė	Atsakingas subjektas	Rezultatas / fiksavimas
1	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas nustato diagnostinio tyrimo poreikį ir parenka tyrimą pagal klinikinę indikaciją.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Nustatyta tyrimo indikacija.
2	Parengiamas siuntimas, užsakymas ar kitas paslaugai reikalingas dokumentas pagal taikomus reikalavimus.	Siunčiantis specialistas	Tyrimas gali būti registruojamas.
SPRENDIMO TAŠKAS	**Jeigu reikalingas ultragarsinis tyrimas patenka į 16.7.1.2 paslaugos apimtį ir pacientas atitinka patvirtintą ŽK kriterijų, taikomas ŽK maršrutas.**	**Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas**	**Nustatytas įprastas arba prioritetinis tyrimo srautas.**
4	Pacientas registruojamas tyrimui; pateikiama informacija apie laiką, vietą ir pasiruošimo reikalavimus, kai jie taikomi.	Registracijos / atvejo vadybos funkcijas vykdantis darbuotojas	Pacientas užregistruotas ir informuotas.
5	Tyrimas atliekamas paslaugą teikiančioje ASPĮ.	Tyrimą atliekantis kompetentingas specialistas / ASPĮ	Atliktas tyrimas.
6	Tyrimo rezultatas fiksuojamas E. sveikatos sistemoje ir (ar) kitoje paslaugai taikomoje medicininėje dokumentacijoje.	Paslaugą suteikusi ASPĮ	Rezultatas prieinamas teisę turintiems proceso dalyviams.
7	Tyrimo rezultatą klinikiniame kontekste įvertina tyrimą paskyręs ar kitas kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Nustatyta tolesnė diagnostikos, gydymo ar stebėsenos taktika.

PREVENCIJOS / PROFILAKTIKOS PACIENTO MARŠRUTAS

Šis maršrutas apima prevencinių programų, profilaktinių tikrinimų ir kitų struktūrizuotų rizikos vertinimo procesų organizacinę eigą. Konkrečios tikslinės grupės, tyrimai ir periodiškumas nustatomi pagal atitinkamus teisės aktus ir programas.



Etapas	Veiksmas / sprendimo taisyklė	Atsakingas subjektas	Rezultatas / fiksavimas
1	Pacientas identifikuojamas kaip priklausantis konkrečiai prevencinės programos, profilaktinio tikrinimo ar kito rizikos vertinimo proceso tikslinei grupei.	ASPĮ pagal kompetenciją; VSB informavimo / prevencinės veiklos ribose	Identifikuotas galimas prevencinės paslaugos gavėjas.
2	Pacientui pateikiama informacija apie galimybę, tikslą, registracijos būdą ir reikalingus veiksmus.	ASPĮ / VSB pagal kompetenciją	Pacientas informuotas.
3	Pacientas registruojamas prevencinei ar profilaktinei paslaugai.	Pacientas / registracijos funkcijas vykdantis darbuotojas	Paskirtas paslaugos laikas.
4	Atliekamas programoje ar teisės aktuose nustatytas sveikatos vertinimas, tyrimas ar konsultacija.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas / paslaugą teikianti ASPĮ	Gautas prevencinio vertinimo rezultatas.
SPRENDIMO TAŠKAS A	**Ar reikalingas papildomas klinikinis ištyrimas?**	**Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas**	**TAIP – inicijuojamas diagnostinio tyrimo arba gydytojo specialisto konsultacijos maršrutas; NE – pacientas grįžta į įprastą prevencijos / profilaktikos periodiškumą.**
SPRENDIMO TAŠKAS B	**Ar papildomo vertinimo metu nustatytas patvirtintas ŽK kriterijus?**	**Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas**	**TAIP – pacientas nukreipiamas į ŽK srautą; NE – paslauga organizuojama įprasta tvarka.**
7	Prevencinės veiklos organizaciniai ir apibendrinti stebėsenos duomenys naudojami pagal konkrečios programos, ASPĮ ir Sveikatos centro stebėsenos reikalavimus.	ASPĮ / VSB / koordinatorius pagal kompetenciją	Duomenys panaudoti tęstinumui ir paslaugų planavimui.

REABILITACIJOS TĘSTINUMO PACIENTO MARŠRUTAS

Šis maršrutas nustato paciento reabilitacijos tęstinumo organizacinę eigą nuo FMR gydytojo konsultacijos poreikio nustatymo iki medicininės reabilitacijos paslaugų organizavimo ir funkcinės būklės pakartotinio vertinimo.



Pastaba. *Maršrutas taikomas organizuojant reabilitacijos tęstinumą po ligos, traumos, operacijos ar kitos funkcinę būklę paveikusios situacijos.*

Etapas	Veiksmas / sprendimo taisyklė	Atsakingas subjektas	Rezultatas / fiksavimas
1	Po ligos, traumos, operacijos ar kitos funkcinę būklę paveikusios situacijos įvertinama, ar pacientui reikalingas fizinės medicinos ir reabilitacijos (FMR) gydytojo vertinimas.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Nustatytas FMR konsultacijos poreikis.
SPRENDIMO TAŠKAS	**Jeigu paciento būklė atitinka Metodikos 1 priede patvirtintą FMR ŽK kriterijų, FMR konsultacija organizuojama prioritetine tvarka per kriterijui nustatytą maksimalų terminą.**	**Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas**	**Nustatytas įprastas arba ŽK FMR srautas.**
3	Parengiamas siuntimas ir pacientas registruojamas FMR gydytojo konsultacijai.	Siunčiantis specialistas / registracijos funkcijas vykdantis darbuotojas	Paskirtas konsultacijos laikas.
4	FMR gydytojas įvertina paciento funkcinę būklę ir pagal kompetenciją nustato medicininės reabilitacijos poreikį, apimtį ir tolesnius veiksmus.	FMR gydytojas	Nustatyta reabilitacijos taktika.
5	Kai medicininė reabilitacija paskiriama, jos paslaugos organizuojamos pagal taikomus teisės aktus ir paslaugą teikiančios ASPĮ tvarką.	Paslaugą organizuojanti / teikianti ASPĮ	Pradėtas ar suplanuotas reabilitacijos procesas.
6	Reabilitacijos proceso metu ir jam pasibaigus funkcinė būklė vertinama pagal klinikinį poreikį; reikšmingai pasikeitus būklei inicijuojamas pakartotinis FMR vertinimas.	FMR gydytojas / reabilitacijos komanda pagal kompetenciją	Tęsiamas, koreguojamas arba užbaigiamas reabilitacijos planas.

PRIORITETINIO / „ŽALIOJO KORIDORIAUS“ PACIENTO MARŠRUTAS IR ŽK PASLAUGŲ SPECIFINĖS ŠAKOS

1. Prioritetinio / Žaliojo koridoriaus paciento maršrutas

ŽK maršrutas taikomas tik kliniškai stabiliems pacientams ir tik toms paslaugoms bei klinikiniams kriterijams, kurie patvirtinti Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikos 1 priede „Žaliojo koridoriaus kriterijai pagal paslaugas“. Klinikiniai kriterijai šiame dokumente nedubliuojami.



Pastaba. *Maršrutas taikomas tik toms paslaugoms, kurioms Sveikatos centre yra patvirtinti Žaliojo koridoriaus kriterijai ir registravimo tvarka.*

Etapas	Veiksmas / sprendimo taisyklė	Atsakingas subjektas	Rezultatas / fiksavimas
1	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas įvertina paciento būklę ir patikrina jos atitiktį konkrečios paslaugos ŽK kriterijui.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Nustatyta atitiktis arba neatitiktis ŽK kriterijui.
SPRENDIMO TAŠKAS A	**Ar pacientas kliniškai stabilus ir jo būklė tinkama planinei ambulatorinei paslaugai?**	**Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas**	• **NE – ŽK netaikomas; pacientas nukreipiamas pagal jo būklei taikomą tvarką.** • **TAIP – tęsiamas ŽK vertinimas.**
SPRENDIMO TAŠKAS B	**Ar pacientui taikomas atskiras onkologinių ligų Žaliojo koridoriaus srautų valdymas?**	**Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas**	• **TAIP – šiame dokumente aprašytas ŽK netaikomas.** • **NE – tęsiamas procesas.**
4	Priimamas klinikinis sprendimas dėl ŽK taikymo ir nustatomas pagal kriterijų taikomas maksimalus paslaugos suteikimo terminas – ne vėliau kaip per 2 savaites arba ne vėliau kaip per 4 savaites.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Nustatytas ŽK statusas ir terminas.
5	Parengiamas siuntimas / tyrimo užsakymas, kai jis reikalingas, ir organizacinei paciento kelio daliai perduodama tik būtina informacija: paslauga, ŽK statusas, taikomas terminas ir kiti registracijai būtini duomenys.	Siunčiantis specialistas	Gauta registracijai reikalinga informacija.
6	Pacientas įtraukiamas į prioritetinę apskaitą ir registruojamas taip, kad paslauga būtų suteikta per jam taikomą maksimalų terminą.	Registracijos funkcijas vykdantis darbuotojas / atvejo vadyba, kai taikoma	Paskirtas prioritetinės paslaugos laikas.
7	Pacientas informuojamas apie ŽK taikymą, paslaugos datą, laiką, vietą, pasiruošimą ir pakeitimus.	Sveikatos priežiūros specialistas – dėl klinikinio pagrindo; registracijos / atvejo vadybos darbuotojas – dėl organizacinės informacijos	Pacientas informuotas.
8	Suteikiama prioritetinė konsultacija arba ultragarsinis tyrimas; rezultatai fiksuojami medicininėje dokumentacijoje.	Paslaugą teikianti ASPĮ / kompetentingas specialistas	Suteikta ŽK paslauga.
9	Pagal konsultacijos ar tyrimo rezultatą kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas nustato tolesnę gydymo, ištyrimo, stebėsenos ar reabilitacijos taktiką.	Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas	Nustatyti tolesni klinikiniai veiksmai.

Etapas	Veiksmas / sprendimo taisyklė	Atsakingas subjektas	Rezultatas / fiksavimas
10	Kai koordinuojamas konkretus paciento kelias, organizaciniai etapai, terminai, pakeitimai ir kelio užbaigimas atnaujinami Paciento kelio kortelėje, informacinėje sistemoje ar kitoje patvirtintoje priemonėje.	Atvejo vadybos / paciento kelią koordinuojantis darbuotojas	Paciento kelias užbaigtas arba tęsiamas kitu maršrutu.

2. ŽK paslaugų specifinės maršruto šakos

Toliau nurodoma tik organizacinė penkių patvirtintų ŽK paslaugų eiga. Konkreti paciento atitiktis, klinikiniai kriterijai ir 2 arba 4 savaičių maksimalus terminas nustatomi pagal Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikos 1 priedą.



Paslauga	Organizacinė eiga	Esminė riba / pastaba
Ultragarsiniai tyrimai (16.7.1.2)	Klinikinė indikacija ir ŽK kriterijus → siuntimas / užsakymas → prioritetinė registracija → pasiruošimo informacija, kai taikoma → ultragarsinis tyrimas → rezultato fiksavimas → rezultatą vertinančio specialisto sprendimas.	Tyrimas atliekamas tik 16.7.1.2 paslaugos apimtyje; galvos, širdies, kraujagyslių, raumenų ir sąnarių tyrimai į šią ŽK šaką neįtraukiami.
Akušerijos ir ginekologijos paslaugos (16.7.4)	Klinikinis įvertinimas → patvirtinto ŽK kriterijaus nustatymas → siuntimas, kai reikalingas → prioritetinė gydytojo akušerio ginekologo konsultacija → papildomi veiksmai / tyrimai pagal klinikinį sprendimą → tolesnė taktika.	ŽK netaikomas skubios pagalbos srautui ir atskirai valdomam onkologiniam ŽK.
Kardiologijos paslaugos (16.7.8)	Klinikinis įvertinimas → ŽK kriterijus → siuntimas → prioritetinė kardiologo konsultacija → papildomas ištyrimas pagal specialisto sprendimą → išvada ir tolesnė taktika.	Taikoma pagal patvirtintą 16.7.8 paslaugos apimtį ir jos išimtis.
Endokrinologijos paslaugos (16.7.11)	Klinikinis įvertinimas / tyrimų duomenys → ŽK kriterijus → siuntimas → prioritetinė endokrinologo konsultacija → gydymo / ištyrimo koregavimo sprendimas → tęstinė priežiūra.	Prioritetas nustatomas pagal konkretų klinikinį kriterijų, o ne vien diagnozės pavadinimą ar paciento amžių.
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo paslaugos (16.7.13)	Pagrindinės būklės įvertinimas ir stabilumas → ŽK kriterijus → siuntimas → prioritetinė FMR gydytojo konsultacija → funkcinis vertinimas → reabilitacijos / kompensavimo taktikos nustatymas → tolesnis procesas.	ŽK taikomas FMR gydytojo konsultacijai pagal patvirtintus kriterijus; tolesnės reabilitacijos paslaugos organizuojamos pagal joms taikomą tvarką.

Bendrai finansuoja Europos Sąjunga

PRAKTINIS GIDAS KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖS SVEIKATOS CENTRO „ŽALIOJO KORIDORIAUS“ MODELIO DALYVIAMS

Ši santrauka parengta Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centro dalyviams, kaip praktinis gidas, padedantis taikyti „Žaliojo koridoriaus“ principus kasdienėje veikloje.

„Žaliojo koridoriaus“ tikslas – užtikrinti, kad kliniškai stabilūs pacientai, atitinkantys patvirtintus konkrečios paslaugos ŽK kriterijus, prioritetinę konsultaciją ar ultragarsinį tyrimą gautų per nustatytą maksimalų terminą – ne vėliau kaip per 2 arba 4 savaites. Procesas grindžiamas kompetentingo sveikatos priežiūros specialisto klinikiniu sprendimu ir koordinuotu partnerinių ASPĮ, registracijos bei, kai taikoma, atvejo vadybos funkcijų veikimu.

1. Kai pacientas į Jus kreipiasi:

Įvertinkite paciento būklę ir patikrinkite:

- ar pacientas yra kliniškai stabilus ir jo būklė tinkama planinei ambulatorinei paslaugai;
- ar paciento būklė atitinka konkretų Prioritetinių pacientų sąrašų sudarymo ir tvarkymo metodikos 1 priede nustatytą ŽK kriterijų;
- ar pacientui reikalinga viena iš penkių Klaipėdos miesto savivaldybės sveikatos centre patvirtintų ŽK paslaugų:
  - ✓ ultragarsinis tyrimas (išskyrus galvos, širdies, kraujagyslių, raumenų ir sąnarių tyrimus);
  - ✓ akušerijos ir ginekologijos paslauga;
  - ✓ kardiologijos paslauga (išskyrus perstemplinį elektrofiziologinį ištyrimą (stimuliaciją) ir kraujagyslių standumo tyrimą);
  - ✓ endokrinologijos paslauga;
  - ✓ fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo paslauga.
- ar pacientui netaikomas atskiras onkologinių ligų Žaliojo koridoriaus pacientų srautų valdymas.

Jei pacientas atitinka konkretų patvirtintą kriterijų – **jam taikomas ŽK statusas ir pagal kriterijų nustatomas maksimalus paslaugos suteikimo terminas – ne vėliau kaip per 2 arba 4 savaites.** *Jei kriterijaus neatitinka, pacientas registruojamas ir jo paslauga organizuojama įprasta planine tvarka.*

2. Ką Jums daryti toliau:

- Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas priima klinikinį sprendimą dėl ŽK taikymo ir nustato pacientui taikomą maksimalų terminą.
- Parengiamas siuntimas gydytojo specialisto konsultacijai arba tyrimo užsakymas, kai jis reikalingas.
- Registracijos, atvejo vadybos ar kitai paciento kelią koordinuojančiai funkcijai, kai ji taikoma, perduodama tik organizavimui būtina informacija: reikalinga paslauga, ŽK statusas, taikomas terminas, siuntimo duomenys ir kita registracijai būtina informacija.
- Paciento ŽK statusas ir pagrindiniai organizaciniai kelio etapai fiksuojami Paciento kelio kortelėje, naudojamoje informacinėje sistemoje ar kitoje nustatytoje apskaitos priemonėje.

3. Ką Jums svarbu prisiminti

✅ Sprendimą dėl paciento priskyrimo ŽK srautui priima **kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas** pagal savo profesinę kompetenciją ir patvirtintą kriterijų.
✅ ŽK taikomas **tik penkioms patvirtintoms paslaugoms** ir tik konkrečius kriterijus atitinkantiems pacientams.
✅ ŽK skirtas kliniškai stabiliems pacientams **– ne skubiosios ar būtinosios medicinos pagalbos atvejams**.
✅ Pacientams, kuriems taikomas **atskiras onkologinių ligų ŽK**, šis Klaipėdos Sveikatos centro ŽK modelis netaikomas.
✅ Registracijos ar atvejo vadybos darbuotojas **klinikinio sprendimo dėl prioritetizavimo nepriima**.
✅ Kiekvienam ŽK atvejui turi būti fiksuojamas taikomas **2 arba 4 savaičių** maksimalus terminas.

4. Kas vyksta toliau:

Registracijos funkcijas vykdantis darbuotojas ir (ar), kai taikoma, atvejo vadybos ar kitas paciento kelią koordinuojantis darbuotojas:

- patikrina registracijai reikalingą informaciją ir siuntimo / užsakymo duomenis;
- ne vėliau kaip per 1 darbo dieną organizuoja prioritetinę registraciją taip, kad paslauga būtų suteikta per pacientui nustatytą maksimalų terminą;
- informuoja pacientą apie paskirtą datą, laiką, vietą, pasiruošimą paslaugai ir, jei reikia, apie pasikeitimus;
- fiksuoja ŽK statusą, paskirtą laiką ir kitus proceso atsekamumui reikalingus organizacinius duomenis Paciento kelio kortelėje ar naudojamoje informacinėje sistemoje;
- stebi termino laikymąsi ir, jei pasirinkta ASPĮ negali suteikti paslaugos laiku, koordinuoja galimybę ją gauti kitoje Sveikatos centro veikloje dalyvaujančioje ASPĮ bei informuoja pacientą apie alternatyvų laiką ir vietą;
- jei įmanoma ir kliniškai pagrįsta, derina susijusių paslaugų seką taip, kad paciento kelias būtų kuo nuoseklesnis.

5. Po konsultacijos ar atlikto tyrimo:

- Paslaugą suteikusi ASPĮ / sveikatos priežiūros specialistas rezultatus ir išvadas fiksuoja medicininėje dokumentacijoje bei naudojamose informacinėse sistemose.
- Kompetentingas sveikatos priežiūros specialistas pagal paslaugos rezultatą nustato tolesnius klinikinius veiksmus: tęstinę priežiūrą, papildomą ištyrimą, kitą konsultaciją, gydymo ar reabilitacijos taktiką.
- Kai reikalinga paciento kelio tęstinumui, organizacinė informacija perduodama šeimos gydytojo komandai, kitam atsakingam specialistui, registracijos ar atvejo vadybos funkcijai pagal kompetenciją.
- Gavus informaciją apie paslaugos suteikimą, atnaujinami Paciento kelio kortelėje ar informacinėje sistemoje fiksuojami organizaciniai duomenys; paciento ŽK kelias užbaigiamas, kai nebelieka tolesnių šiame ŽK maršrute organizuotinų veiksmų.