

LR Seimo Sveikatos reikalų komitetui**Dėl svarstomų Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 ir Sveikatos sistemos įstatymo Nr. I - 552 pakeitimų ir papildymų.**

Per pastaruosius tris dešimtmečius Lietuva investavo į pirminės sveikatos priežiūros (šeimos medicinos) sukūrimą. Tris dešimtmečius buvo vykdomi struktūriniai ir funkciniai pokyčiai sveikatos priežiūros sistemoje: rengiami šeimos gydytojai, slaugytojos ir kiti PSP komandos nariai, tobulintos jų kompetencijos, vykdyta PSP centrų plėtra, šeimos medicina įsitvirtino kaip akademinė disciplina, vaidinanti vis didesnę vaidmenį ne tik sveikatos sistemoje, bet ir medikų rengime apskritai. Šių trijų dešimtmečių įdirbio rezultatas - Lietuva ES ir Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO) šalių kontekste vertinama kaip stiprią pirminę sveikatos priežiūrą turinti šalis, šeimos medicina sėkmingai reprezentuoja Lietuvą tarptautiniuose moksliniuose tyrimuose, pacientai iš visų sveikatos sistemos darbuotojų labiausiai pasitiki šeimos gydytojais.

Todėl Lietuvos šeimos medicinos aljansas, atstovaujamas akademinų ir profesinių struktūrų (**Lietuvos šeimos gydytojų profesinė sąjunga, Lietuvos šeimos gydytojų kolegija, Lietuvos bendrosios praktikos/šeimos gydytojų asociacija, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugija, Jaunųjų gydytojų asociacija, LSMU Šeimos medicinos klinika, VUL Šeimos medicinos centras**) nori išreikšti didelį susirūpinimą dėl planuojamos sveikatos priežiūros reformos, kuria siekiama struktūriškai sujungti šeimos medicinos centrus ir antrines sveikatos priežiūras paslaugas (įskaitant stacionarines) teikiančias įstaigas (rajonų ligonines). Ši sovietinio modelio rekonstrukcija drąstiškai stabdys sveikatos sistemos progresą, iškils grėsmių ir šalies gyventojų sveikatai.

Dėl ydingo finansavimo modelio Lietuvos sveikatos sistema siekia didesnės kiekybės, o ne kokybės, ignoruodama žemą sveikatos sistemos efektyvumą. Atlikti tyrimai rodo, kad sujungus rajonų ligonines su šeimos gydytojų centrais bus iš esmės susilpninta pirminė priežiūra, o pacientų nukreipimas perteklinėms specialistų konsultacijoms išaugs dešimtimis kartų. EBPO 2021 m. ataskaitoje atkreipė dėmesį, kad 2009 - 2019 metais gydytojų konsultacijų skaičius Lietuvoje išaugo 25 proc, tai buvo pats ryškiausias pokytis visoje ES. Mūsų šalyje vienas gyventojas per 2019 metus pas gydytojus vidutiniškai konsultavosi 9,5

karto ir ES šalių vidurkį viršijo 40 proc. Moksliniai tyrimai įtikinamai rodo, kad didėjant konsultacijų skaičiui paslaugų prieinamumas pacientams mažėja ir sveikatos sistemos kuriama vertė krenta. Sveikatos sistemai būtini pokyčiai, tačiau jie privalo būti progresyvūs, nukreipti į aukštesnę sveikatos paslaugų kokybę.

Šeimos medicinos bendruomenė yra pajėgi veiksmingai spręsti didžiąją dalį sveikatos priežiūros problemų. Tam reikalingi instrumentai:

Teisinių ir finansinių instrumentų diegimas priežiūros integracijai užtikrinti.

Integracija – būtina sąlyga siekiant aukštesnės vertės sveikatos priežiūroje. Tačiau vakarų šalių patirtys rodo, kad *tam būtinos skaitmeninės ir finansinės priemonės, ne struktūrinis įstaigų jungimas*. Siekiant veiksmingo bendradarbiavimo tarp skirtinguose sektoriuose (sveikatos, socialinės pagalbos) dirbančių specialistų būtina išspręsti e-duomenų pasikeitimo problemas. Pvz.: šiuo metu pasikeitimas informacija teikiant ilgalaikės priežiūros paslaugas tarp sveikatos ir socialinio sektoriaus darbuotojų neįmanomas dėl neišspręstų teisinių ir techninių problemų.

Vakarų šalyse taip pat taikomi susieto mokėjimo (angl. *bundled payment*) modeliai, sudarantys galimybę užtikrinti skirtingų sveikatos priežiūros grandžių integraciją ir bendradarbiavimą bei didinti sveikatos priežiūros veiksmingumą.

Adekvatus finansavimas pirminėje sveikatos priežiūroje atliekamam pacientų ištyrimui – „tyrimų krepšeliui“

Per metus šeimos gydytojas iš VLK gaunamo bazinio apmokėjimo vieno paciento tyrimams gali skirti iki 10 eurų. Todėl visiškai bereikalingai pacientai siunčiami specialistų konsultacijoms vien tik tam, kad būtų atliekami pirminėje sveikatos priežiūroje nefinansuojami tyrimai. Pavyzdžiui, Estijoje šeimos gydytojo tyrimų krepšelis yra finansuojamas papildomai ir tai sudaro daugiau nei 50 proc. bazinio apmokėjimo.

Inovatyvių paslaugų teikimo modelių diegimas

Tyrimai rodo, kad 5 proc. sudėtingiausių pacientų išleidžiama 55 proc. visų sveikatos sistemos lėšų, 1 proc. sunkiausių pacientų – 25 proc. visų sistemos resursų. Todėl sekant Vakarų šalių pavyzdžiu būtina kuo skubiau diegti veiksmingus poliligotų pacientų priežiūros ir jų finansavimo modelius, sudarančius sąlygas užtikrinti reikiamą šių pacientų priežiūrą. Nuolatinis šių pacientų stacionarizavimas rajono ar kituose ligoninėse problemos nespęs, o tik dar labiau gilins.

Apmokėjimo siejimas su pasiektais rezultatais – esminė gerų darbo rezultatų sistemos peržiūra

EBPO pabrėžia, kad vienintelė sritis Lietuvos sveikatos sistemoje, kurioje apmokėjimas siejamas su kokybe yra pirminė priežiūra. Šeimos medicinos bendruomenė daug metų siūlo iš esmės tobulinti gerų darbo rezultatų sistemą – plėsti monitoruojamų indikatorių spektrą, užtikrinti jų kaitą, rezultatų pateikimą apylinkės lygmenyje ir pan. Deja, dėl neišspręstų techninių problemų (pvz.: sąsajų tarp SVEIDROS ir Registrų centro nebuvimo) progresas šioje srityje neįmanomas, nepaisant šeimos medicinos bendruomenės siūlymų.

Pirminės sveikatos priežiūros komandos narių ir jų funkcijų plėtra

Šeimos gydytojo komanda gali ir turi būti skirtinga priklausomai nuo bendruomenės specifikos. Neužtenka teisės aktuose išvardinti specialistų, galinčių dirbti šeimos gydytojo komandoje, būtina tam skirti adekvatų finansavimą. Būtina užtikrinti teisinį pagrindą komandos narių funkcijų plėtrai. Kaip pavyzdys: bendrosios praktikos slaugytojai negali tęsti paskirtų vaistų, nors tą puikiai darė pandemijos metu.

Slaugos paslaugų namuose plėtra

Europos Komisija akcentuoja būtinybę Lietuvai kuo sparčiau vystyti slaugos paslaugų namuose plėtrą. Lietuva ilgalaikiai priežiūrai skiria beveik 8 proc. mažiau PSDF lėšų nei ES šalių vidurkis (taigi, nuo ilgalaikės priežiūros kasmet „nukandama“ beveik 230 mln eurų), todėl Lietuva yra tarp ES autsaiderių, teikdama slaugos paslaugas namuose. Nepakankama sudėtingų pacientų priežiūra namuose blogina jų sveikatos rodiklius ir didina stacionarizavimą. Sujungus pirminės sveikatos priežiūros ir stacionarines paslaugas teikiančias įstaigas slaugos paslaugų NAMUOSE problema nebus išspręsta. Atkreipiame dėmesį, kad tiek EPBO, tiek EK ilgalaikės priežiūros tinklą išskiria kaip atskirą sveikatos sistemos struktūrinę dalį, šalia pirminės sveikatos priežiūros ir specializuotos priežiūros tinklų. Reformos idėja visus šiuos sveikatos sistemos komponentus struktūriškai sujungti į vieną darinį yra nepagrįsta nei moksliniais tyrimais, nei pažangių šalių praktika.

Galimybių tobulinti tiek pirminę, tiek specializuotą sveikatos priežiūrą yra daug, tačiau moksliniai tyrimai ir kitų šalių praktika rodo, kad pirminės sveikatos priežiūros ir antrinės sveikatos priežiūros paslaugas (įskaitant stacionarines) teikiančių įstaigų jungimas nėra traktuojamas nei kaip pirminės sveikatos priežiūros stiprinimas, nei apskritai kaip sveikatos sistemos efektyvumo didinimas. Toks jungimas jokiose demokratinėse šalyse nėra taikomas,

ir jokios tarptautinės organizacijos tokiam pasirinkimui nepitaria. Toks pasirinkimas ne tik prieštarauja Lietuvos nepriklausomybės pradžioje pasirinktai sveikatos priežiūros kryptčiai, tačiau kelia didelių rizikų visam sveikatos sistemos tvarumui, medicinos darbuotojų garantijoms, prieštarauja pacientų pasirinkimo teisei, konkurencingumo tarp sveikatos priežiūros įstaigų principui bei ir kt.

Norime atkreipti dėmesį, kad Šeimos medicinos bendruomenės poziciją palaiko ir kiti ekspertai, savo pastebėjimus išsakę **Seimo sveikatos reikalų komitetui**:

Nr. 10. Komiteto neetatinė ekspertė J. Kumpienė, 2022-05-09 pasiūlymo turiniui
„ 2. Abejones kelia iš esmės keičiama šeimos gydytojų ir visos pirminės sveikatos priežiūros plėtros krypttis. Daugelį metų šią paslaugą buvo siekiama decentralizuoti ir priartinti prie paciento. Reformoje numatoma sukurti sveikatos centrus ir integruoti jų sudėtyje pirminę ir antrinę sveikatos priežiūrą. Nors reikia pripažinti, kad pacientui toks modelis yra patogesnis, tačiau ligonių kasų duomenimis jis yra **ženkliai brangesnis**. Tikėtina, kad pirminės sveikatos priežiūros prioritetas persislinks į antrinio lygio specialistų paslaugas ir apsunkins jų prieinamumą. Ne taip seniai, PSO asamblėjoje vykusioje Taline, svarstant atskirų sveikatos priežiūros grandžių bendradarbiavimo klausimus, buvo pabrėžta, kad **geresnis bendradarbiavimas nereiškia šių grandžių sujungimo**. Atsiras ir tam tikros prielaidos „maitinti“ ligoniais „nuosavą“ sveikatos centro terapijos skyrių, šeimos gydytojų uždirtbus pinigus galimai panaudoti kitoms šio centro reikmėms” .

Nr. 13. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2022-05-11 pasiūlymo turiniui:
Atkreipiame dėmesį, kad struktūriškai sujungus pirmines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią įstaigą (finansuojamą iš PSDF iš esmės per „kapitacijos“ mokesį), specializuotas paslaugas teikiančias įstaigas ir / ar ligoninę (finansuojama iš PSDF apmokant už paslaugų skaičių), bei visuomenės sveikatos biurą (biudžetinis finansavimas) **didesnis paslaugų prieinamumas nebus užtikrintas**. Moksliniai duomenys rodo, kad tokio sujungimo tikslingumas neduoda norimo rezultato [1]. Apibendrinant darytinos išvados, jog: Pirminės asmens sveikatos priežiūros stiprinimas neturėtų būti vykdomas sujungiant skirtingą veiklą vykdančias įstaigas. **Siekiant sveikatos sistemos integralumo būtinos ne struktūrinės, o skaitmeninės integracijos**. Būtent skaitmeninėms integracijoms išsivysčiusios valstybės skiria **prioritetinį finansavimą**, nes skaitmeninė sistemų integracija leidžia panaudoti plačias duomenų bazines, siekiant identifikuoti aukščiausios rizikos populiaciją ir užtikrinti reikiamų veiksmų galimybę rizikos valdymui. Reikalinga plėsti gerų veiklos rezultatų vertinimo sistemą.

Veikianti gerų darbo rezultatų sistema pirminėje asmens sveikatos priežiūroje (tiek EBPO, tiek EK) vertinama kaip vienintelis Lietuvos sveikatos sistemos pavyzdys, kuomet apmokėjimas siejamas su pasiektais gerais rezultatais (angl. “pay for performance”). Tačiau ją reikia ir toliau tobulinti, siekiant individualizuoti iki kiekvieno gydytojo veiklos vertinimo (šiuo metu informacinės sistemos to nedaro; negalima gauti duomenų apie veiklai svarbių rodiklių rezultatus, pvz.: antibiotikų išrašymus ir ne tik įstaigos, bet ir kiekvieno gydytojo). Reikalinga plėsti pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią komandą, tačiau ne tik administracinių (atvejo vadybininkas), bet sveikatos priežiūros specialistų aspektu (didinti šių specialistų kiekį). **Dėl ilgalaikės priežiūros tinklo diegimo ir plėtros:** EK išvadose teigiama, kad Lietuvoje nėra ilgalaikės priežiūros (angl. *long term care*) tinklo. Tik nuo 2021 m. vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro įsakyme nustatyta tvarka [2] privalomai slaugos namuose paslaugas savo prisirašiusiems pacientams pradėjo teikti visos pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos. Tokiu būdu pirminės sveikatos priežiūros įstaigos iš esmės užtikrina ambulatorines ilgalaikės priežiūros paslaugas sunkiai sergantiems, poliligotiems, vyresnio amžiaus asmenims. EBPO duomenimis ilgalaikės priežiūros finansavimas iš PSDF Lietuvoje atsilieka nuo ES vidurkio beveik 8 proc. (vertinant 2022 m. PSDF biudžetą tai sudarytų papildomai apie 230 mln. eurų per metus). EK komisija pabrėžia, kad transformuodama sveikatos sistemos tinklą Lietuva turi orientuotis **ne į slaugos paslaugų plėtrą stacionaruose, o būtent plėtoti slaugos paslaugas pacientų namuose**, nes šių paslaugų poreikis Lietuvoje tenkinamas tris kartus blogiau, nei ES vidurkis, o nuo Vakarų Europos šalių atotrūkis yra dar kelis kartus didesnis. Apibendrinant darytinos išvados, jog: Lietuvoje reikia siekti ambulatorinių slaugos ir socialinių paslaugų bei stacionarinių slaugos ir globos paslaugų santykio pokyčio (**sumažinti stacionarinių paslaugų poreikį**, nes reikiamas paslaugas jos gavėjas gali gauti ambulatorinėmis sąlygomis, stacionaro paslauga organizuojama ir teikiama tik tada, kai paciento sveikatos būklė nebeleidžia jo prižiūrėti namuose): ambulatorinių slaugos paslaugų paciento namuose ir stacionarinių slaugos paslaugų santykio 2018 m. reikšmė 40:60, tuo tarpu siektina reikšmė – 60:40. Reikalinga plėtoti slaugos paslaugų namuose infrastruktūrą.

Nei šeimos medicinos bendruomenės, nei ekspertų pozicija negalėtų būti ignoruojama, jei sprendimų priėmimo procesas vyktų demokratiniu būdu ir būtų grįstas įrodymais. Lietuvos šeimos medicinos aljansas atstovaudamas plačią šeimos medicinos bendruomenę ir išsakydamas ekspertinę pirminės sveikatos priežiūros poziciją kategoriškai pasisako prieš reforminius siūlymus, iš esmės orientuotus į pirminės sveikatos priežiūros silpninimą.

Lietuvos šeimos gydytojų profesinė sąjunga pirmininkas Eimantas Brazaitis

Lietuvos šeimos gydytojų kolegijos prezidentas prof. Leonas Valius

Lietuvos bendrosios praktikos/šeimos gydytojų asociacijos prezidentas prof. Julius Kalibatas

Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugijos prezidentė dr. Sonata Varvuolytė

Jaunųjų gydytojų asociacijos prezidentė Kristina Norvainytė

LSMU Šeimos medicinos klinika prof. Ida Liseckienė

VUL Šeimos medicinos centras prof. Lina Vencevičienė

[1] I. Sheiman, S. Shiskin, V. Shevsky. "The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation"

[2] Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-1026 „Dėl Ambulatorinių slaugos paslaugų namuose teikimo reikalavimų ir šių paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir jo pakeitimai.

