

LITUVOS RESPUBLIKOS SEIMO
SVEIKATOS REIKALŲ KOMITETAS

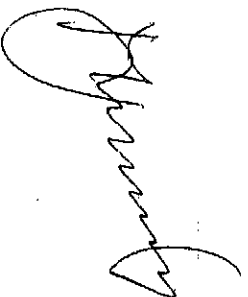
SPRENDIMAS Nr. 18

DĖL SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS PATEIKTŲ TRUMPALAIKIŲ IR
ILGALAIKIŲ PRIEMONIŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ
PRIENAMUMUI GERINTI BEI LAUKIMUI EILĖSE MAŽINTI PLANO

2006-12-20

Komitetas pritaria Sveikatos apsaugos ministerijos 2006 m. gruodžio 13 d. pateiktam
trumpalaikių ir ilgalaikių priemonių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prienamumui gerinti bei
laukimui eilėse mažinti planui (pridedama).

Komiteto pirmininkas



Arūnas Matulis

SAM siūlomos trumpalaikes ir ilgalaikes priemonės
asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui gerinti bei
laukimo eilėms mažinti

Tikslai	Uždaviniai	Priemonės	Priemonių trypas aprašymas
1. Efektyviau panaudoti turimus žmogiškuosius ir materialiuosius išteklius	1.1. Skatinti ligonines didinti ambulatorinių paslaugų apimtį, numatant galimybę šios reikmėms naudoti stacionarinės paslaugoms skirtus išteklius	1.1.1.Nauja stacionarių paslaugų apmokėjimo tvarka	Sutartyje numatytos lėšos prioriteto tvarka skiriamos ambulatorinių, po to stacionarių paslaugų apmokėjimui. Neįsisavintos lėšos naudojamos ambulatorinių ir stacionarių paslaugų indeksavimui tik tuomet, jei įstaigoje nėra laukimo eilių ambulatorinėms paslaugoms
		1.1.2.ASPI ir TLK sutartys	Sutartyse bus numatyta paslaugų laukimo eilių stebėsenos ir informavimo sistema bei ASPĮ įsipareigojimai mažinti laukimo eiles, jei jos planiniam apsilankymui didesnės kaip 3 dienos pas PSP specialistą ar didesnės kaip 2 savaitės pas specialistą-konsultantą
	1.2. Siekiant didinti konkurenciją, ir taip pagerinti paslaugų kokybę ir prieinamumą, pritraukti naujus paslaugų teikėjus, sudarant sutartis su privačiomis ASPĮ	1.2.1. Nauja sutarčių ambulatorinėms paslaugoms sudarymo tvarka	Sutartis numatoma sudaryti su visomis to pageidaujančiomis įstaigomis iš esmės visoms ambulatorinėms paslaugoms, jei ASPĮ pilnai užtikrina paslaugų teikimo reikalavimuose ar medicinos normose nustatytas paslaugų teikimo sąlygas. Planuojama sutartyse nurodyti lėšų sumos („pinigai paskui pacientą“), o PSDF išlaidų kontrolę vykdyti taikant kintamo balo sistemą pagal atskiras paslaugų rūšis bei regionus
		1.2.2. Į paslaugų įkainius įtraukti lėšas amortizaciniams atskaitymams	Bus užtikrinta tolygi infrastruktūros plėtra, suvienodintos viešųjų ir privačių gydymo įstaigų veiklos sąlygos
	1.3. Didinti slaugos darbuotojų kompetenciją, perduodant dalį gydytojų vykdomų funkcijų	1.3. Tikslinti mokymo programas ir pareigybinės instrukcijas	Dalį gydytojo veiklos, nesusijusios su labai aukšta kvalifikacija, galima būtų perduoti slaugytojoms. Dėl to sumažėtų gydytojų darbo krūvis, būtų aptarnaujama daugiau pacientų. Išaugusį slaugytojų poreikį lengviau užtikrinti, nes parengimo trukmė ir išlaidos yra mažesnės
	1.4. Optimizuoti sveikatos priežiūros specialistų veiklą, nesusijusią su tyrimo ir gydymo procesu	1.4. Nustatyti papildomą mokėjimą už įvairių pažymų išdavimą	Užtikrinus papildomą finansavimą, sveikatos priežiūros specialistų nebūdingų funkcijų atlikimui gali būti samdomi mažesnės kvalifikacijos darbuotojai (vietoj gydytojo – slaugytoja, vietoj slaugytojos - biuro administratorės, sekretorės ir pan.)
	1.5. Skatinti gydytojų padėjėjų-administratorių ar papildomų slaugytojų įdarbinimą	1.5.1. Didinti paslaugų įkainius bei darbo intensyvumą, rengiant bendruosius paslaugų teikimo reikalavimus nustatyti optimalų įvairios kvalifikacijos sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų, slaugytojų ir kt.) santykį	
		1.5.2. Reglamentuoti gydymo ir slaugos procese nedalyvaujančio, sveikatos priežiūros išsilavinimo neturinčio personalo darbą su medicinine dokumentacija.	Suteikus teisę sveikatos priežiūros išsilavinimo neturinčiam personalui (sekretořms, gydytojo padėjėjoms – administratorėms) tvarkyti medicininę dokumentaciją, sumažės gydytojų darbo krūvis, bus sukurta galimybė teikti daugiau ir kokybiškesnių paslaugų

2. Užtikrinti optimalų sveikatos priežiūros specialistų kiekį	2.1. Sumažinti sveikatos priežiūros specialistų emigraciją	2.1. Didinti sveikatos priežiūros specialistų darbo užmokestį	Darbo užmokestis šiuo metu yra svarbiausias veiksnys specialistams renkantis darbo vietą.
	2.2. Didinti sveikatos priežiūros specialistų rengimą	2.2.1. Didinti studentų priėmimą į medicinos studijas bei daugiau skirti lėšų rezidentūros studijų finansavimui.	Studentų priėmimą planuoti pagal sveikatos priežiūros specialistų poreikį bei jų pasitraukimo iš profesinės veiklos (migracija, senėjimas) tendencijas
		2.2.2. Keisti rezidentūros finansavimą reglamentuojančius teisės aktus.	Skatinti studentus studijuoti rezidentūroje, didinant stipendijas bei užtikrinant studijų finansavimą valstybės lėšomis tais atvejais, kai būsimi specialistai sudaro ilgalaikes sutartis dėl profesinės veiklos tęsimo regionuose, kuriuose trūksta specialistų.
		2.2.3. Vykdyti ilgalaikį sveikatos priežiūros specialistų rengimo planavimą nacionaliniu bei regioniniu lygiu	Sveikatos priežiūros specialistų poreikį numatoma planuoti ne mažesniame laiko tarpui, nei vidutinė gydytojo rengimo trukmė (10 metų), atsižvelgiant į populiacijos senėjimą, sergamumo dinamiką, optimalų darbo krūvį bei technologijų įtaką, vertinant ir kitų šalių patirtį.
3. Mažinti regioninio paslaugų prieinamumo bei specialistų pasiskirstymo netolygumus	3.1. Didinti specialistų motyvą užsiimti profesine veikla regionuose	3.1.1. Patvirtinti necentralizuojamų, regionuose plėtojamų ambulatorinių ir stacionarių paslaugų sąrašus bei minimalių apimčių kokybei užtikrinti reikalavimus ir informuoti visuomenę apie ilgalaikę sveikatos priežiūros perspektyvą	Aiškios gydymo įstaigos perspektyvos nebuvimas šiuo metu yra vienas iš svarbesnių veiksnių specialistams renkantis darbo vietą.
		3.1.2. Prioriteto tvarka subalansuotai didinti necentralizuojamų paslaugų įkainius	Siekti adekvataus darbo užmokesčio lygio, numatyti kaimo vietovėse dirbančių gydytojų finansinį skatinimą
		3.1.3. Plėtoti regionuose paslaugų poreikį atitinkančią infrastruktūrą	Moderni infrastruktūra (ne būtinai aukštos technologijos) šiuo metu yra vienas iš svarbesnių veiksnių specialistams renkantis darbo vietą.
		3.1.4. Remti savivaldybių iniciatyvas sudaryti su sveikatos priežiūros specialistais ilgalaikes sutartis	
	3.2. Užtikrinti necentralizuojamų ambulatorinių paslaugų teikimą regionuose, kuriuose nėra reikiamų specialistų	3.2.1. ASPI ir TLK sutartys	Svarstyti inicijuoti sutartis tarp TLK ir ASPI, kuriose būtų numatytas reikiamų specialistų reguliarus atvykimas į tas gydymo įstaigas, kuriose dėl specialistų trūkumo negalima užtikrinti necentralizuojamų ambulatorinių paslaugų teikimo.
4. Skirti daugiau Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, kad būtų užtikrintas teikiamų paslaugų apimčių augimas	4.1. Prioritetinis pirminės sveikatos priežiūros bei kitų ambulatorinių paslaugų finansavimas	4.1. Tvirtinant PSDF biudžeto išlaidų paskirstymą, daugiau lėšų skirti ambulatorinių paslaugų finansavimui	Didesnis finansavimas – būtina sąlyga siekiant pritraukti naujus paslaugų teikėjus
	4.2. Finansiškai skatinti ASPI teikti daugiau ir aukštesnės kokybės ambulatorinių paslaugų	4.2.1. Nauja stacionarių paslaugų apmokėjimo tvarka	
		4.2.2. Ambulatorinių paslaugų įkainių didinimas, jų diferencijavimas	Prioritetinis įkainių didinimas lems gydymo įstaigų suinteresuotumą teikti šias paslaugas. Kartu siūloma tęsti įkainių diferenciaciją, atsižvelgiant į paslaugos sudėtingumą ir sąnaudas.

			4.2.3. Apmokėjimo už PSP paslaugas susiejimas su darbo rezultatais	Numatoma finansiškai skatinti šeimos gydytojus už efektyvesnę profilaktiką ar dažniausiais pasitaikančiomis lėtinėmis ligomis sergančių sveikatos priežiūrą. Efektyvumo rodikliai bus parinkti atsižvelgiant į kitų šalių patirtį, Lietuvos problematiką, apskaitos paprastumą bei subjektyvaus vertinimo galimybių minimizavimą. (pvz., paskiepytų vaikų proc., cukriniu diabetu sergančių pacientų, kuries atliktas gliukozės hemoglobino tyrimas, atspindintis gydymo kokybę ir kt.) Dėl efektyvesnės PSP veiklos mažesnis specializuotų ambulatorinių bei stacionarinių paslaugų poreikis.
			4.2.4. Apmokėjimo principo „vieną konsultaciją sudaro trys apsilankymai“ keitimas	Minėta apmokėjimo tvarka neskaitina specialistų konsultantų užtikrinti paciento ištyrimo ir gydymo tęstinumo, kaip taisyklė teikiamos tik rekomendacijos šeimos gydytojui – dėl to daugėja netikslingų apsilankymų ASPĮ.
		4.3. Plėsti ambulatorinių paslaugų, palaikomojo gydymo bei slaugos paslaugų asortimentą (didinti įvairovę)	4.3.1 dienos chirurgija	Išplėsti indikacijas bei tikslinti paslaugų teikimo reikalavimus
			4.3.2. dienos stacionaras	Išplėsti indikacijas bei tikslinti paslaugų teikimo reikalavimus
			4.3.3. palaikomasis gydymas ir slauga	Slaugos ir globos paslaugų integracija, naujos slaugos paslaugų formos - slaugos dienos centrai, ambulatorinė slauga, peržiūrėti rekomenduojamą slaugos lovų normatyvą. Palaikomąjį gydymą plėsti tuose regionuose, kur atsisakoma trumpalaikio gydymo profilių – chirurgijos, terapijos.
			4.3.4. ambulatorinės konsultacijos	Diferencijuoti konsultacijų kainas, atsižvelgiant į paslaugos sudėtingumą ir sąnaudas.
			4.3.5. priėmimo – skubios pagalbos skyriaus paslaugos	Parengtas pacientų stebėjimo priėmimo-skubios pagalbos skyriuose iki 24 val. neguldant į stacionarą, paslaugos aprašas, tikslinga peržiūrėti kitų teikiamų paslaugų kainas
			5.1. Tikslinti SAM įsakymus, reglamentuojančius kompensuojamųjų vaistų paskyrimą ir išrašymą	Bus atsisakyta gera gydymo praktika nepagrįstų reikalavimų kompensuojamus vaistus skirti / išrašyti tik po gydytojo specialisto konsultacijos ar patikslintas tokių privalomų konsultacijų dažnumas
		5. Panaikinti ar pakeisti teisės aktų nuostatas, mažinančias sveikatos priežiūros specialistų veiklos efektyvumą, paslaugų kokybę bei prieinamumą	5.2. Išplėsti Šeimos gydytojo atliekamų tyrimų, kurių išlaidos kompensuojamos iš PSDF, sąrašą	Patvirtinti laboratorinių tyrimų sąrašą, kurių atlikimo išlaidas šeimos gydytojas galės apmokėti iš šiems reikmėms skirtos PSDF lėšų dalies. Siekiant užtikrinti racionalų tyrimų atlikimą bei kontroliuoti lėšų panaudojimą, planuojama, kad atskira eilutė ASPĮ biudžete numatytas lėšas bus galima naudoti tik šiems reikmėms, jas viršijus – ASPĮ apmokės iš bendrųjų pajamų. Įgyvendinus šią priemonę, mažesnis apsilankymų pas specialistus konsultantus, kurių tikslas – tik atlikti reikalingą tyrimą.
			5.3. tikslinti reabilitacijos bei sanatorinio gydymo paslaugų teikimo tvarką reglamentuojančius SAM įsakymus	Bus atsisakyta gera gydymo praktika nepagrįstų reikalavimų kai kurių ligų atvejais siuntimus reabilitacijai bei sanatoriniam gydymui išduoti tik po privalomo stacionarinio gydymo.
			5.4. Tikslinti laikinojo ir ilgalaikio nedarbingumo ekspertizės tvarką	Bus atsisakyta gera gydymo praktika nepagrįstų reikalavimų nustatyti dažnumu pacientui tvykti į gydymo įstaigą dėl laikinojo nedarbingumo pratešimo, jei pacientas neturi nusiskundimų (pvz., po galūnės lūžio kas 10 dienų)
			5.5. Tikslinti Pacientų teisių ir žalos įstatymo poįstatyminius aktus	Dirba Lietuvos Respublikos Seimo valdybos sudaryta darbo grupė.

6. Diegti išteklių panaudojimo efektyvumą bei paslaugų prieinamumą gerinančias modernios vadybos ir informacinės technologijas	6. Informacinės sistemos e.sveikata sukūrimas ir plėtra		E.sveikatos teikiamos galimybės leis sumažinti gydytojo darbo krūvį pildant privalomą dokumentaciją (e.ligos istorijoje nereikės kartoti anksčiau aprašytos anamnezės, bus galima automatiškai rengti išrašus, siuntimus, ataskaitas; e.receptas leis paprastai ir greitai pakartotinai skirti vaistą ir pan.) bei sudarys galimybę efektyviai valdyti pacientų srautus (išankstinė registracija leis pacientui pasirinkti jam tinkamą laiką ir gydymo įstaigą, realaus laiko režime bus galima matyti laukimo eiles ir pan.) Sistemos diegimas piltinėse įstaigose pradedamas 2007 metais, II etapas 2007-2009, III – iki 2013
7. Susirgimų prevencija	7.1. Padidinti šiuo metu vykdomų prevencijos programų efektyvumą	7.1.1. Numatyti investicijas	Pvz., mamografų įsigijimui
	7.2. Plėsti prevencinių programų, finansuojamų iš PSDF biudžeto, spektrą	7.1.2. Patobulinti programų vykdymo kontrolę bei užtikrinti tolesnio tyrimo ir gydymo tęstinumą	Sukurti stebėjimo sistemą, kuri užtikrintų paciento, kuriam profilaktinio tikrinimo metu įtartas susirgimas, tolesnio detalaus ištyrimo ir gydymo tvarką
8. Didinti pacientų atsakomybę už savo sveikatą	8.1. Plėtoti papildomą savanorišką sveikatos draudimą	7.2.1. Parengti storžarnių onkologinių susirgimų prevencijos programą	Šios prevencinės programos efektyvumas pripažintas išsivysčiusiose šalyse. Lietuvoje segamumo ir mirtingumo storžarnių navikai augimo tempai išlieka vieni iš didesnių tarp visų onkologinių susirgimų.
	8.2. Plėtoti visuomenės švietimą ir sveikatos mokymą	8.1. Savanoriško ir privalomojo sveikatos draudimo objektų suformavimas	Savanoriško sveikatos draudimo sistema numato diferencijuotas įmokas, atsižvelgiant į draudiminę riziką, susijusią su sveikatos būkle. Įmokų mokėjimas užtikrina ir finansinį apdraustųjų suinteresuotumą, rūpinimąsi savo sveikata bei racionalesnį paslaugų vartojimą
			Visuomenės sveikatos pertvarka