LIETUVOS PRIVAČIŲ
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS
ĮSTAIGŲ ASOCIACIJA

Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto nariams 2025-03-25 Nr. 2025/5

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai

Valstybinei ligonių kasai prie Sveikatos apsaugos ministerijos

Originalas registruotu paštu siunčiamas nebus

DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ APMOKĖJIMO POKYČIŲ

Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacija (toliau – **Asociacija**), atsižvelgusi į Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – **VLK**) 2025-03-19 Lietuvos Respublikos Seimo Sveikatos reikalų komiteto posėdyje pristatytą informaciją bei 2025-03-03 Nacionalinėje bendradarbiavimo platformoje pristatytą pranešimą ,,Paslaugų apmokėjimo tvarkos pakeitimai 2025“ (toliau – **Pranešimas**), atkreipia dėmesį į itin svarbius keičiamo teisinio reguliavimo poveikio aspektus ir teikia pastabas bei siūlymus jam tobulinti.

1. Bendro pobūdžio pastabos bei siūlymai, susiję su Pranešimu:

1.1. Asociacija pakartotinai prašo įtraukti socialinius partnerius, tame tarpe - ir Asociacijos atstovus, į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – **SAM**) ir/ar VLK planuojamų rengti naujų ar keičiamų esamų teisės aktų projektų, reglamentuojančių sisteminius asmens sveikatos priežiūros paslaugų (toliau – **ASPP**) teikimo ir jų apmokėjimo, asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – **ASPĮ**) steigimosi, veiklos ir finansavimo, sveikatos priežiūros specialistų (toliau – **SPS**) veiklos pagrindus bei kitus su sveikatos sistemos dalyvių veikla susijusius, privačių ASPĮ veiklos aplinką galinčius įtakoti, aspektus, rengimą. Tik realus socialinių partnerių dalyvavimas diskusijose ir jiems sudaryta galimybė išsakyti nuomonę, pastabas bei siūlymus rengiamiems teisės aktų projektams gali užtikrinti šių projektų aukštą kokybę bei sumažinti jų keliamas rizikas, kurios, nedalyvaujant socialiniams partneriams ar neįsiklausant į jų nuomonę, gali neigiamai paveikti ne tik planuojamo sureguliuoti teisės aktais objekto veikimą, bet ir sukelti žymiai platesnį neigiamą poveikį visai kompleksinei sveikatos priežiūros sistemai, įvairių jos dalyvių veiklai. Todėl tikimės būti išgirsti ir ateityje būti pakviesti į tokio pobūdžio klausimams spręsti organizuojamus pasitarimus ar sudaromas darbo grupes teisės aktų projektų rengimo eigoje, o ne tik būti informuotais apie jau parengtus teisės aktų projektus, jų neišdiskutavus projektų rengimo stadijoje.

1.2. Prašytume visus teisės aktų projektus, susijusius su ASPP finansavimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – **PSDF**) biudžeto lėšų, pristatyti Privalomojo sveikatos draudimo tarybai ir gauti jos nuomonę šiais svarbiais iš PSDF biudžeto apmokamų ASPP finansavimo klausimais.

1.3. Prašome organizuoti apskrito stalo diskusiją pakviečiant socialinius partnerius, siekiant išsamiai išdiskutuoti Pranešimo pagrindu rengiamus teisės aktų projektus bei galimą jų poveikį, juos patikslinti pagal diskusijos rezultatus, prieš šiuos projektus paskelbiant viešai.

2. Asociacija <u>pritaria</u> Pranešime išdėstytiems šiems principams bei nuostatoms:

2.1. Pritariame ,,Brangiųjų tyrimų ir procedūrų“ (toliau – **BTP**) sąvokos, kaip pasenusios ir neatitinkančios nūdienos realijų, atsisakymui, iškeliant BTP grupei priskirtas ASPP į kitas gimininingas ASPP grupes (pvz., dializės – prie skubios pagalbos, būtinos gyvybei išsaugoti ir palaikyti, paslaugų; magnetinio rezonanso tomografijos(toliau – **MRT**), kompiuterinės tomografijos (toliau – **KT**), pozitronų emisijos tomografijos – prie kitų radiologinių tyrimų ir pan.). Esame pasirengę dalyvauti šio klausimo aptarime, pristatyti argumentus, todėl maloniai laukiame kvietimo į atskirą pasitarimą šiuo klausimu.

2.2. Pritariame Dializės paslaugų (būtinų gyvybei išsaugoti ir palaikyti) priskyrimui prioritetinių ASPP grupei (išlaikant šiuo metu esamas šių paslaugų bazines kainas, o ateityje jas indeksuojant panašiu lygiu, kaip ir kitų ASPP, atsižvelgiant į pasirašytos Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos šakos kolektyvinės sutarties nuostatas dėl darbo užmokesčio medicinos darbuotojams didinimo bei į infliacijos koeficiento dydį), nes:

2.2.1. dializės paslaugos yra būtinos gyvybei išsaugoti ir palaikyti, jos turi būti valstybės finansuojamos visa apimtimi nustatytais įkainiais (t.y. 100 procentų);

2.2.2. dializės paslaugos nėra tos, kurios būtų ,,prirašinėjamos“ ar kiltų pavojus jų pertekliniam vartojimui (pacientai, jei jų nereikia, neprašo gydytojų jų paskirti, jomis nėra piktnaudžiaujama);

2.2.3. dializės paslaugos yra labai tiksliai prognozuojamos, nes pacientų skaičius praktiškai nekinta ar nežymiai mažėja, todėl jos nekelia jokio pavojaus PSDF biudžeto tvarumui, jo lėšų neprognozuojamam poreikio augimui.

2.3. Suprantame PSDF biudžeto pajamų ir išlaidų subalansavimo svarbą, tam pritariame. Taip pat pritariame eilių ASPP sumažinimo aktualumui. Viena svarbiausių eilių ASPP formavimosi priežastis – nepakankamas viešasis sveikatos priežiūros finansavimas. Esant sudėtingai geopolitinei situacijai, būtina ieškoti taupymo galimybių, t.y., peržiūrėti ASPP teikimo reikalavimus, atsisakant perteklinių, reikalaujančių nepagrįstų išteklių. Todėl pritariame Pranešimo metu išsakytai nuostatai dėl poreikio suvaldyti dalies ASPP bazinių kainų augimą, atsisakant tam tikrų teisės aktais reglamentuotų perteklinių reikalavimų ASPP teikimui, didinančių ASPP teikimo sąnaudas ASPĮ. Tam tikslui siūlome sudaryti darbo grupę, įtraukiant socialinius partnerius ir išorės konsultantus (pavyzdžiui, LEAN metodikos ekspertus), bei pavesti LEAN metodikos pagrindu atlikti teisės aktų keliamų reikalavimų ASPĮ, SPS veiklai ir ASPP teikimui įvertinimą, identifikuoti konkrečių ASPP teikimo kokybės neįtakojančius, pridėtinės vertės atitinkamoms ASPP neteikiančių, tačiau jų teikimo savikainą bereikalingai didinančius perteklinius reikalavimus (pvz., paslaugų teikimo vietai ir formai, medicinos įrangai, SPS darbo krūviui ir kt.) bei šiuo pagrindu atlikti teisės aktų korekcijas, sumažinant perteklinius reikalavimus ir biurokratinę naštą ASPĮ, SPS. Tai leistų sutaupyti PSDF biudžeto lėšų, apmokėti daugiau ASPP, taip sumažinant joms eiles, tačiau nepabloginant saugos ir kokybės.

2.4. Suprantame ir pritariame tam, kad turi būti įvesti reikalavimai ar kriterijai, kuriais būtų galima riboti tam tikrų (neprioritetinių) ASPP finansavimą, siekiant subalansuoti PSDF biudžetą, esame pasirengę dalyvauti šio klausimo svarstyme.

2.5. Pritariame planuojamai viršsutartinių ASPP apmokėjimui einamųjų metų ketvirčiais sistemai – tai sudarys ASPĮ galimybę laiku priimti sprendimus, koreguojant iš PSDF biudžeto lėšų apmokamų ASPP teikimo apimtis.

3. **Asociacija <u>nepritaria</u> Pranešime išdėstytiems šiems principams bei nuostatoms:**

3.1. Atsižvelgiant į tai, kad ASPĮ dar praeitų metų pabaigoje yra pasirengusios ir pasitvirtinusios šių metų veiklos planus (ASPP teikimo, jų finansavimo ir kt.), t.y., galiojant šiuo metu esamai ASPP apmokėjimo tvarkai, <u>planuojamą keisti ASPP apmokėjimo tvarką tikslinga taikyti nuo ateinančių metų pradžios,</u> skiriant pakankamai laiko su socialiniais partneriais tinkamai išdiskutuoti rengiamų teisės aktų pakeitimų projektus, priimti šiuos pakeitimus reglamentuojančius teisės aktus bei suteikti ASPĮ pagrįstą laikotarpį pakeistų teisės aktų pagrindu tinkamai suplanuoti savo veiklas, prisitaikant prie naujų pokyčių.

3.2. Nesuprantamas planas šiuo metu prioritetinėms ASPP priskiriamas dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugas iš prioritetinių ASPP sąrašo, atsisakant jas apmokėti pagal faktą. Manome, kad tai būtų didelė klaida ir žingsnis atgal plėtojant prioritetines ambulatorines ASPP bei siekiant mažinti stacionarinių ASPP apimtis. Todėl būtina šiuo metu esamas prioritetines ambulatorinių ASPP grupes - dienos chirurgijos ir dienos stacionaro – palikti priskirtas prioritetinėms ASPP, joms skiriant prioritetinį finansavimą, t.y. **jas apmokėti pagal faktą (sutartines, viršsutartines), nes šios paslaugos:**

3.2.1. <u>yra būtinos žmogaus sveikatai</u> – tai jų praktiškai neįmanoma ,,prirašinėti“. Retoms išimtims, t.y. kelioms šioms grupėms priklausančioms paslaugoms, kurių medicininis poveikis ne visuomet gali būti tinkamai įvertintas, t.y. esančių ne visuomet aiškioje zonoje tarp ,,estetikos, grožio“ ir ,,medicininio būtinumo“ (pvz. akių vokų, kojų venų operacijos), ar kurių poreikius netiesiogiai įtakoja ,,visuomenės nuomonės ar mados“ tendencijos (pvz., dalies tonsilektomijų) – tikslinga peržiūrėti jų teikimo medicinines indikacijas bei patikslinti jų teikimo klinikines gaires bei metodikas, o jų kontrolę tikslinga užtikrinti kitais tam tinkamais būdais: griežtesniais klinikiniais algoritmais, SPS rekomendacijų bei išvadų pagrindimu paciento operuotinos vietos esamos būklės foto-dokumentavimu, nuotraukas patalpinant ESPBI, taip pat sveikatos priežiūros specialistų Tarpusavio (porinio) įvertinimo (,,Peer Review“) auditais, pasitelkiant gydytojų specialybines draugijas ar pan. Tokia griežtesnė reguliavimo bei priežiūros kontrolė būtų tinkama ir pakankama pavienių gydytojų ar klinikų piktnaudžiavimo atvejams užkardyti.

3.2.2. <u>atliekamos ekonomiškai ženkliai efektyvesniu, mažiau valstybei kainuojančiu ambulatoriniu būdu</u> (pacientui negulint ligoninės stacionare), tai:

a) leidžia sutaupyti PSDF biudžeto lėšas (kiekviena paciento praleista diena ligoninės stacionare reikalauja ypač didelių viešųjų finansinių išteklių, lyginant su ambulatoriniu būdu suteiktomis dienos chirurgijos paslaugomis, pacientui nenakvojant stacionare;
b) pacientams, praleidžiant mažiau laiko gydymo įstaigoje, jie patiria ženkliai mažesnę hospitalinių infekcijų riziką, kurių pasekmių šalinimas pareikalauja didelių papildomų viešųjų finansinių išteklių;
c) ambulatoriškai gydomi pacientai patiria ženkliai mažesnę nepageidaujamų įvykių riziką nei gydomi stacionaro sąlygomis. Tyrimai rodo, kad ES šalyse vidutiniškai kas dešimtas pacientas patiria bent vieną nepageidaujamą įvykį ligoninėje (stacionare), kurių pasekmių šalinimas taip pat reikalauja papildomų finansinių išteklių. Todėl pažangios valstybės, suteikdamos svarbą pacientų saugai, aiškų prioritetą skiria ambulatoriniu būdų atliekamoms chirurginėms operacijoms.

3.2.3. <u>atlaisvina ligoninėse vietas stacionarinio gydymo sudėtingesnės būklės skubiai bei planinei pagalbai reikalingiems pacientams</u>, taip gerėja sveikatai ir gyvybės būklei atstatyti ar palaikyti būtinų stacionarinių ASPP prieinamumas, mažėja eilės šioms gyvybiškai svarbioms ASPP, uždelstų atvejų ir komplikacijų pasireiškimo apimtys.

Dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugų kvotavimas ar nepilnas apmokėjimas turėtų aiškų neigiamą poveikį šių pacientams būtinų paslaugų prieinamumui, ASPĮ veiklos finansiniam tvarumui, tiesioginių gyventojų mokėjimų už šias paslaugas apimčių išaugimui, nes ASPĮ, kurios metų eigoje bus suteikusios visos dienos stacionaro ar dienos chirurgijos paslaugas pagal TLK skirtas sutartines sumas (kvotas), turės rinktis vieną iš šių galimybių:

a) teikti viršsutartines šias paslaugas, patiriant finansinius nuostolius;
b) išsiųsti pacientą į kitą ASPĮ, kuri dar nebus išnaudojusi jai skirtų kvotų šioms paslaugoms, pacientui patiriant nepatogumus, tuo tarpu jas vis tiek apmokant iš PSDF biudžeto lėšų, tik kitai ASPĮ;
c) suteikti šias paslaugas kitais metais, kuomet jos vėl bus kompensuojamos, taip ilginant eiles šioms paslaugoms ir nesprendžiant šios problemos laiku;
d) teikti šias paslaugas mokamai, t.y., už jas pacientui tektų sumokėti visą jų kainą – kas dar labiau išaugintų pacientų tiesioginių mokėjimų apimtis Lietuvoje.

Dienos chirurgijos ir dienos stacionaro, kaip ir kitų aukščiausio prioriteto ASPP kvotavimas ar jų apmokėjimo diferencijavimas pagal jų suteikimo apimtis būtų pateisinamas tik tokiu atveju, jei būtų nesurenkamas PSDF biudžetas. Kitu atveju šios ASPP turėtų būti teikiamos be apribojimų, jas pilnai apmokant. Todėl prašome dienos chirurgijos ir dienos stacionaro paslaugas perkelti iš pristatytos ASPP apmokėjimo tvarkos lentelės iš C stulpelio į A stulpelį, nurodant 100 proc. apmokėjimą kaip ir kitų prioritetinių ASPP.

4. **Atkreipiame dėmesį į svarbų aspektą, kuris turėtų būti įvertintas diegiant naują ASPP apmokėjimo tvarką – kadangi sudarant sutartis su TLK būtų vertinamos praėjusiais kalendoriniais metais suteiktų ASPP apimtys, nepagrįstai nukentėtų ASPĮ, kurios naujai pradėjo teikti ASPP, t.y., jas teikia ne nuo praėjusių metų pradžios, bet pradėjo teikti metų eigoje ar pabaigoje, dėl ko šiose ASPĮ suteiktų ASPP mastas, nuo kurio būtų modeliuojama ateinančių metų sutartinė suma, būtų nepagrįstai ir neproporcingai maža.** Todėl siūlome patikslinti tvarką, kad tokiais atvejais metinė atitinkamų ASPP apimtis, suteikta per praeitus metus, būtų apskaičiuota padauginant ASPĮ suteiktų per praeitų metų faktinį laikotarpį atitinkamų ASPP kiekį iš viso laikotarpio. Taip pat siūlome suteikti tokioms ASPĮ pereinamąjį 2 metų laikotarpį, kurio metu nebūtų taikomos suteiktų šių paslaugų apmokėjimo limitavimo sistemos, bei pradėti taikyti nuo 3 metų. Priešingu atveju, bus užkirstas kelias naujiems ASPP teikėjams teikti valstybės kompensuojamas ASPP Lietuvos gyventojams.

5. **Siūlome aiškiai reglamentuoti situaciją, kuomet PSDF biudžeto lėšos būtų surinktos <u>viršijant PSDF biudžeto planą</u> - <u>kaip tuomet būtų apmokamos viršsutartinės ASPP (prioriteto seka)</u>. Suprantama, kad visos ASPP yra svarbios, tačiau, atsižvelgiant į ribotus išteklius, būtina jas prioritetizuoti. Šiuo tikslu siūlome prioriteto tvarka išskirti šias ASPP grupes, joms taikant atitinkamus viršsutartinių paslaugų apmokėjimo modelius:**

I (aukščiausio prioriteto) – ASPP, būtinos gyvybei išsaugoti ir palaikyti (SMP ir stebėjimo, ūmių būklių klasterinės paslaugos, dializės, kt.), šeimos gydytojo, išplėstinės, išsamios gydytojų specialistų konsultacijos, prioritetinės gydytojų specialistų konsultacijos (kardiologo, neurologo, endokrinologo, kt.), valstybės finansuojamų profilaktinių sveikatos programų, dienos chirurgijos ir dienos stacionaro, ambulatorinės chirurgijos, prioritetinės stacionaro (explicit list), slaugos dėl cukrinio diabeto, ambulatorinės slaugos ir paliatyvios pagalbos, stacionarinės slaugos ir paliatyvios pagalbos, prioritetinės stacionarinės reabilitacijos, psichosocialinės reabilitacijos (ambulatorinės, stacionarinės), pozitronų emisijos tomografijos tyrimų paslaugos (dėl visų kitų BTP -tikslinga įvertinti jų svarbą prioriteto kriterijaus atžvilgiu ir iš BTP grupės perkelti į kitas, pagal paslaugų prigimtį artimiausias

ASPP grupes) – visas jas iškeliant į A stulpelį bei apmokant pagal faktą, t.y. 100 proc. Šios ASPP grupės yra priskiriamos aukščiausiam prioritetui dėl šių pagrindinių kriterijų: 1) jų būtinumo gyvybei išsaugoti bei palaikyti; 2) jų prevencinės svarbos išvengiant ligų ar jas anksti diagnozuojant; 3) SP skiriamų išteklių tausojimo svarbos (šeimos gydytojo bei kitos ambulatorinės ASPP yra svarbios tiek ankstyvai ligų diagnostikai, tiek jų suvaldymui reikalingais mažesniais ištekliais, lyginant su stacionarinėmis ASPP), 4) jų svarbos užtikrinant ASP tęstinumą (pvz., reabilitaciją po chirurginės operacijos, kt.).

II (vidutinio) prioriteto – gydytojų specialistų konsultacijos (likusios, neprioritetinės), ambulatoriniu būdu atliekami tyrimai (MRT, KT, dalis kitų ambulatorinių tyrimų, šiuo metu priskiriamų BTP grupei (įvertinus jų svarbą pagal prioriteto kriterijų), kt. – jas apmokėti 100% neviršijant sutartinės sumos. Viršsutartinėms apimtis taikyti Kumuliacinį principą, kuomet: I ketv. lyginamas I ketv. planas su I ketv. faktu; II ketv. lyginamas su I pusmečio (I - II ketv.) planas su faktu; III ketv., lyginamas I-III ketv. planas su I-III ketv. faktu – tokiu būdu išsilygintų galimi sezoniniai svyravimai, objektyvūs paslaugų teikimo sutrikimai (pvz., prastovos sugedus įrangai, susirgus med. darbuotojams, kt.). Siūlome nediferencijuoti sutartinės sumos viršijimo dydžio, nustatant, kad viršijus sutartinę sumą visam sutartinės sumos viršijimui taikyti ne mažesnį nei 70 proc. apmokėjimo intensyvumą. Taip pat siūlome, kad tokiais atvejais metinė paslaugų apimtis per praeitus metus būtų apskaičiuota padauginant suteiktų per praeitų metų laikotarpį paslaugų kiekį iš viso laikotarpio (žr. 4 p.). Šios ASPP grupės yra priskiriamos vidutinio lygmens prioritetui dėl dviejų esminių kriterijų: 1) jų svarbos ligų ankstyvai diagnostikai (tačiau mažesnės svarbos, lyginant su I (aukščiausio) prioriteto paslaugomis (konvencinės gydytojų specialistų konsultacijos lyginant su išplėstinėmis, išsamiomis konsultacijomis), 2) tyrimų (MRT, KT) svarbos gydytojų specialistų išvadoms pagrįsti (diagnozės nustatymui, gydymo efektyvumo sekimui, ligos išplitimo apimčių stebėsenai ir kt.); 3) mažiau kaštų reikalaujančios, lyginant su III (žemiausio) prioriteto ASPP.

III (žemiausio) prioriteto – stacionarinės bei likusios kitos ASPP, neįtrauktos į I ir II prioriteto grupes. Joms taikyti mažiausio apmokėjimo pagal proporcijas sistemą, tačiau tam būtina diskusija ir ekonominiai paskaičiavimai. Šiai grupei priskiriamos mažiausios svarbos ir daugiausiai išteklių reikalaujančios stacionarinės paslaugos, kurių dalis galėtų būti atliekama dienos chirurgijos sąlygomis.

Atkreipiame dėmesį taip pat į tai, kad:

5.1. siūlomą naują ASPP apmokėjimo sistemą būtina suderinti su savivaldybėse steigiamus Sveikatos centrus, sudarančių ASPĮ teikiamų ASPP apmokėjimo teisiniu reguliavimu;

5.2. šiuo metu, esant MRT ir KT apmokėjimo sistemai grindžiamai ,,kintamojo balo“ modeliu bei nesant sutartyse su ASPĮ nurodytų sutartinių sumų MRT ir KT paslaugoms, nėra aišku, kokios ASPĮ einamaisiais metais atliktų MRT ir KT tyrimų sutartinės sumos bus laikomos atskaitos tašku, sudarant kitiems metams sutartis dėl MRT ir KT tyrimų apmokėjimo, jei bus atsisakyta MRT ir KT apmokėjimui taikomo kintamo balo modelio. Todėl siūlome atskaitos tašku laikyti ASPĮ suteiktų MRT ir KT paslaugų faktą per praėjusius metus, sudarant sutartis ateinantiems metams. Prašytume išsamesnio išaiškinimo, kokiais kriterijais remiantis ir kokioms apimtims bus sudaromos sutartys su ASPĮ MRT ir KT tyrimams, jei bus atsisakyta kintamu balu grindžiamos šių tyrimų apmokėjimo sistemos;

5.3. siūlome išimti iš MRT ir KT bazinių kainų kontrastinių medžiagų kainas ir jas apmokėti pagal ekonomiškai pagrįstus VLK nustatytus įkainius (tai ypač aktualu šiuo metu taikant ,,kintamojo balo“ modeliu grindžiamą

šių paslaugų apmokėjimo sistemą, kuomet ASPĮ perka šias medžiagas už fiksuotą kainą, o joms kompensuojama kintamo balo vertė, tokiu būdu ASPĮ patiriant nuostolius;

5.4. rengiant naujus ASPP apmokėjimo principus ir tvarką, būtina užtikrinti, kad nustatomi nauji reikalavimai neužkirstų kelio naujoms ASPĮ pradėti teikti iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas ASPP ar esamoms ASPĮ pradėti teikti naujas iš PSDF biudžeto lėšų apmokamas ASPP, kurioms yra poreikis (eilės, kt.) – šiam tikslui pasiekti siūlome naujoms ASPĮ, siekiančioms teikti valstybės kompensuojamas ASPP, kurioms yra poreikis, taikyti 2 metų pereinamąjį laikotarpį, kurio metu joms nebūtų taikomi sutartiniai apribojimai paslaugoms;

5.5. keičiant ASPP apmokėjimo tvarką, tikslinta atsisakyti ydingos *„kas ketvirtos konsultacijos“* vienam ligos epizodui apmokėjimo tvarkos modelio, kuris yra ekonomiškai nepagrįstas ir naudojamas horizontaliai visoms ASPĮ (tiek pagrįstai teikiančioms gydytojų specialistų konsultacijas, tiek teikiančioms perteklines šias konsultacijas) bausti. Tikslinga užtikrinti kitais mechanizmais gydytojų specialistų konsultacijų skyrimo pagrįstumą (Peer Review, Clinical Audit, Clinical benchmarking ar kitais instrumentais), identifikuojant piktnaudžiavimo atvejus, bet nepagrįstai nebaudžiant „nemokėjimu“ ASPĮ ir gydytojams jų tinkamai atlikto darbo pagrįstais atvejais (pvz., poliligotų pacientų, neaiškių diagnozių atvejais, kt.), kuomet vienam ligos epizodui yra kartais neišvengiamos ir pagrįstos kelios konsultacijos, kurių metu ASPĮ patiria realius kaštus;

5.6. keičiant ASPP apmokėjimo tvarką, tikslinga keisti „Vienu metu atliekamų dviejų ar daugiau chirurginių operacijų“ (Simultaneous operations) apmokėjimo tvarką (šiuo metu dėl ydingos apmokėjimo sistemos, kuomet apmokama tik vienos operacijos kaina vidutiniu bazinių kainų tarifu, ASPĮ neretais atvejais, vietoj vienu kartu galimų atlikti dviejų chirurginių operacijų, vedamos finansinių motyvų bei siekdamos gauti realiai patirtomis sąnaudomis pagrįstą apmokėjimą, nepatiriant finansinių nuostolių atliekant kelias chirurgines intervencijas vienu metu, chirurgines operacijas paskiria ir atlieka skirtingomis dienomis. Taip neefektyviai naudojami ištekliai (operacinės, medikai, anestezijos, kt.), pacientus, nesant medicininio poreikio, kelis kartus guldant į dienos chirurgijos skyrius, jiems nepagrįstai (kelis kartus) teikiant anesteziją ir pan., kuomet visa tai būtų galima pagal medicinines indikacijas atlikti vieno dienos chirurgijos paslaugų teikimo epizodo metu. ASPĮ atliekant vienu metu dvi ir daugiau chirurginių operacijų, esant medicininėms galimybėms ir užtikrinant pacientų saugą, siūlome taikyti tokią kelių operacijų atlikimo vienu metu apmokėjimo sistemą: brangiausiai apmokamą operaciją apmokėti visa jos kaina (100 proc.), antrą pagal brangumą operaciją apmokėti 50 proc., trečią – 30 proc. tarifais,- tokiu atveju pacientui vienos nejautros metu bus atliktos visos mediciniškai pagrįstos ir būtinos intervencijos, ASPĮ gaus pagrįstą patirtomis sąnaudomis apmokėjimą, ligonių kasoms tai kainuos pigiau nei mokėti tris kartus pilną operacijų kainą, jas teikiant skirtingomis datomis, o pacientas galės patogiau ir saugiau gauti šias valstybės kompensuojamas paslaugas, kurios būtų atliekamos vieno gydymo epizodo metu.

Suprasdami, kad dalis šiame rašte teikiamų siūlymų turi būti aptartos su platesne medikų ir socialinių partnerių bendruomene, prašome organizuoti jų aptarimą, kuriame mielai sudalyvausime. Tikimės, kad Asociacijos pateiktos įžvalgos, pastabos bei siūlymai bus tinkamai įvertinti, pagal juos bus patikslinti rengiami teisės aktų projektai, o diskutuotinų siūlymų atveju - tikimės būti pakviesti į jų aptarimą.

Pagarbiai

Dr. L. Paškevičius
Lietuvos privačių sveikatos priežiūros įstaigų asociacijos prezidentas