

2025-01-09				12:04	
BILIETAS		VIETA	BILIETAS		VIETA
965	→	2	121	→	6
820	→	7	964	→	2
123	-	965 → 2		→	8
629	→	3	817	→	9
819	→	9	120	→	7
818	→	5	816	→	9

Eilės nėra norma:

TS-LKD planas sveikatos
prieinamumui didinti

1 Pacientas neturi laukti eilėje

Lietuvoje šiandien viena didžiausių žmonių problemų – negalėjimas laiku patekti pas gydytoją. Apklausos rodo: net 73 % gyventojų ilgas laukimo eiles laiko svarbiausia sveikatos sistemos bėda. Trečdalis pacientų dėl to išvis nesikreipia į gydytojus.

Kai žmogus po infarkto laukia kardiologo vizito tris mėnesius – kiekviena diena tampa loterija. Kai mama negali laiku patekti pas vaikų psichiatrą – šeima paliekama viena su krize. Tai nėra tik nepatogumas. Tai rizika gyvybei, uždelstos ligos ir jų stadijos bei dar didesnė našta šeimai ir valstybei.

Pavyzdžiui: Jonas, 54 metų vyras, po infarkto buvo išleistas namo su rekomendacija per mėnesį apsilankyti pas kardiologą. Artimiausias galimas laikas valstybinėje sistemoje – tik po trijų mėnesių. Jo gydymas ir stebėseną tuo laikotarpiu lieka be tinkamos priežiūros.

Įstatymai numato aiškius standartus – šeimos gydytojas turi būti pasiekiamas per 7 dienas, specialistas – per 30 dienų. Realybėje šių terminų dažnai nesilaikoma.

Eilės kaupėsi metų metus. Tačiau šiandien klausimas nebe apie praeities kaltinimus, o apie kryptį, kurią pasirinksiame dabar. Valdančiųjų socialdemokratų siūlomas kelias – vadinamoji „Dar ilgesnių eilių reforma“ – remiasi draudimais ir ribojimais, bet eilės trumpesnėmis netaps: gydytojų nuo to neatsiras, paslaugų daugiau nebus. Tik skaidrumas, pasirinkimas ir atsakomybė už rezultatą gali grąžinti pasitikėjimą sistema ir užtikrinti, kad žmogus paslaugą gautų laiku.

TS-LKD tikslas – atkurti pasitikėjimą sveikatos sistema. Žmogus, sumokėjęs mokesčius, turi teisę į paslaugą laiku – be pažinčių, be uždarytų durų, be privertinio laukimo.

1.1 Eilės – LSDP draudimai nesprendžia priežasčių

FINANSAVIMAS IR PRIORITETAU – SVARBU, KAIP LĖŠOS NAUDOJAMOS

Lietuva sveikatos apsaugai skiria apie 7,8 % BVP, kai ES vidurkis – apie 11 %. Tai iš esmės atspindi bendrą mūsų viešojo sektoriaus dydį: mes apskritai perskirstome mažesnę BVP dalį (apie 33 %, kai ES – apie 42 %).

Tai reiškia, kad sveikatos biudžetas nėra „neįprastai mažas“ palyginti su mūsų valstybės mastu, tačiau turimi pinigai dažnai naudojami neefektyviai.



MŪSŲ PLANAS AIŠKUS

Iki 2028 m. bent 90 % pacientų šeimos gydytoją pasiektų per 7 dienas, o specialistą – per 30.

Žmonės vis dar moka nemažą dalį iš savo kišenės – 31,8 % visų sveikatos išlaidų. Daugiausia tai vaistai ir odontologija, o ne ambulatorinės konsultacijos, kurias ketina riboti socialdemokratų reforma. Todėl draudimų sąrašai nepakeis didžiosios dalies paciento išlaidų ir neišspręs laukimo priežasčių.

Mūsų požiūris: pirmiausia efektyviai valdyti jau turimą finansavimą, užtikrinti, kad pinigai keliautų į prieinamumą ir kokybę, o ne į nejudančias struktūras ar perteklinius procesus. Tai labiau padėtų sutrumpinti eiles nei papildomi draudimai.

NEEFEKTYVUS TINKLAS

Lietuva turi 6,1 ligoninės lovos 1000 gyventojų (EBPO vidurkis – 4,4), bet lovų užimtumas tik apie 85 %. Dalis jų stovi tuščios, o tuo pat metu pacientai negali gauti reikalingų ambulatorinių paslaugų. Resursai užšaldyti ten, kur jų poreikis mažiausias, o eilės susidaro ten, kur žmonėms jų labiausiai reikia.

PIRMINĖS GRANDIES SILPNUMAS

Šeimos gydytojas turėjo būti vartai į sistemą, tačiau realybėje jis dažnai neužtikrina pacientų srautų valdymo.

— Siuntimų kokybė.

Dauguma specialistų paslaugų pasiekiamos tik su siuntimu, bet Valstybės kontrolė nustatė, kad apie 60 % siuntimų turi trūkumų – nėra aiškos diagnozės ar reikiamų tyrimų. Pacientas neretai nueina pas specialistą tik tam, kad gautų siuntimą tyrimams ar būtų grąžintas atgal papildomiems tyrimams. Ta pati problema tampa dviem ar trimis vizitais, dirbtinai ilgindama eiles.

— Neaiškos specialistų paslaugų ribos.

Dalis gydytojų specialistų teikiamų paslaugų nėra aiškiai aprašytos, todėl šeimos gydytojo komanda sunkiai žino, ką galima išspręsti čia pat, o kur būtinas siuntimas. Dėl to saugiausia – siųsti pacientą toliau, net kai tai nebūtina.

— Pertekliniai siuntimai.

Pacientai siunčiami net dėl kasdienių lėtinių ligų priežiūros (pvz., receptų pratęsimu), nors kitose šalyse tai sprendžia šeimos gydytojų ir slaugytojų komandos. OECD vertina, kad Lietuva per mažai perduoda klinikinių užduočių pirminiam lygiui, todėl specialistai apkraunami nereikalingais vizitais.



Rezultatas – eilės ilgėja ne tik pas specialistus, bet ir šeimos gydytojų grandyje. Net po pandemijos bene kas dešimtas žmogus šeimos gydytojo laukia ilgiau nei dvi savaites, trečdalis specialistų – ilgiau nei mėnesį. Įstatyme numatyti terminai (7 ir 30 dienų) dažnai lieka tik teorija.

SPECIALISTŲ TRŪKUMAS IR PERVARGIMAS

2023 m. pabaigoje oficialiai trūko 652 specialistų, iš jų 524 gydytojų ir 79 slaugytojų. Tačiau realus deficitas didesnis – STRATA prognozuoja, kad iki 2032 m. prireiks dar 4600 slaugytojų ir 250 šeimos gydytojų. Šiandien santykis tėra 1,7 slaugytojo gydytojui, kai ES – 2,5–3:1. Tai reiškia, kad gydytojai pervargsta, o pacientai laukia.

REGISTRACIJOS SISTEMOS NEVEIKSNUMAS

Išankstinės pacientų registracijos sistema (IPR) turėjo užtikrinti skaidrią ir visiems vienodą eilę, bet šiandien ji vis dar neužtikrina realaus skaidrumo ir nepadedą trumpinti laukimo.

— Mažas naudojimas.

Internete per IPR registruojasi tik 7–8 % pacientų (Valstybės kontrolės duomenys). Dauguma vis dar skambina telefonu – kas pirmas prisiskambina, tas pirmas ir gauna laiką.

— Nepilnas vizitų matomumas.

Sistemoje matoma apie 75 % vizitų laikų, tačiau ne visi įkeliami, ypač šeimos gydytojų. Dalis laikų paliekama „užkulisiuose“ skubiems atvejams arba tiesiog nesukeliama.

— Įstaigų praktika nevienoda.

Tik nuo 2026 m. visoms įstaigoms taps privaloma jungtis prie IPR ir tik nesi laikant **įsipareigojimo prisijungti** jos praras licenciją. Iki tol skaidrumas išlieka fragmentiškas.



Rezultatas — eilės vis dar priklauso ne nuo skaidrios sistemos, o nuo to, kas gudresnis ar atkakliau skambina. Tai mažina pasitikėjimą ir dirbtinai ilgina laukimą.

Kad eilės trumpėtų, reikia pilnai veikiančios ir privalomos registracijos sistemos dabar, o ne tik pažadų nuo kažkada. Draudimai ar priemonių ribojimas čia nieko nepakeis – pirmiausia pilna apimtimi turi veikti skaidri eilių valdymo tvarka.

PASITIKĖJIMO STYGIUS

Žmonės vis dažniau mano, kad „eilė priklauso nuo pažinčių“. Jei pacientas nejaučia, kad taisyklės galioja visiems vienodai, ieško apeinamųjų kelių – ir sistema tampa nelygi.

Kai kurie šeimos gydytojai rašo po 40–50 siuntimų per dieną, nes bijo konfliktuoti su juo nepasitikinčiu pacientu arba stokoja įrankių spręsti problemas patys. Tai kuria „siuntimų fabriką“ ir ilgas eiles.

Valstybė turi parodyti, kad sistema veikia paciento naudai: suteikti šeimos gydytojo komandai aiškius protokolus, finansinius paskatinimus spręsti problemas čia ir dabar, o ne siųsti toliau. Tik tada atsiras pasitikėjimas, kad eilė priklauso nuo medicininio poreikio, o ne nuo pažinčių ar sistemos spragų.

1.2 Pasekmės: eilės kainuoja gyvybes ir pasitikėjimą valstybe

GYVENIMO TRUKMĖ IR SVEIKATOS BŪKLĖ

Lietuvoje žmonės gyvena trumpiau nei daugelyje ES šalių – vidutinė gyvenimo trukmė siekia 76 metus, beveik 5 metais mažiau nei ES vidurkis. Vyrų ir moterų gyvenimo trukmės skirtumas – net 9 metai.

Pagrindinės ankstyvos mirties priežastys – širdies ir kraujagyslių ligos, insultai, onkologija, savižudybės.

Ypač išsiskiria vėžys: kas trečias onkologinis atvejis Lietuvoje nustatomas tik III–IV stadijoje, kai gydymo galimybės daug prastesnės. Tai reiškia tūkstančius žmonių, kuriems liga diagnozuojama pavėluotai ne dėl gydymo stokos, o todėl, kad prevencinės patikros neveikia tinkamai ir pas specialistą pakliūnama per vėlai.

Eilės nėra tik nepatogumas – jos tiesiogiai kainuoja žmonių gyvenimus.



PREVENCIJOS SPRAGOS

Net 44 % mirčių Lietuvoje lemia gyvenimo būdo veiksniai — nesveika mityba, rūkymas, alkoholis, fizinio aktyvumo stoka. Sveikatos stiprinimo veiklos bendruomenėse ir mokyklose dažnai formaliai vykdomos, bet realios įtakos gyvenotojų elgsenai neturi, nes finansavimas menkas.

Prevencinių patikrų aprėptis taip pat nepakankama: vėžio programose dalyvauja tik 40–50 % tikslinės grupės, kai daugelyje ES šalių siekiama 70–80 %.

Tai reiškia, kad tūkstančiai žmonių diagnozę gauna jau ligai išplitus, gydymas tampa sudėtingesnis, brangesnis, prognozės blogesnės, o eilės pas specialistus dar ilgėja.

SLAUGA IR ILGALAIKĖ PRIEŽIŪRA

Lietuvoje yra tik 20 ilgalaikės priežiūros lovų 1000 senjorų, kai EBPO vidurkis – 47. Todėl daug žmonių, kuriems reikėtų slaugos ar globos, užima ligoninių lovas – ne dėl stacionarinio gydymo poreikio, o dėl to, kad nėra kur jų prižiūrėti.

Namų slauga taip pat beveik neprieinama: ją naudojami tik 2,9 % vyresnių žmonių, kai EBPO vidurkis – beveik 9 %.

Dėl to ligoninės tampa ilgalaikės globos įstaigomis, o pacientai, kuriems reikia kitokių paslaugų, laukia eilėse.



Silpna prevencija
reiškia vėlyvą diagnozę,
brangesnį gydymą ir
perpildytas eiles.



Kol slauga ir ilgalaikė priežiūra neveikia, ligoninės tampa socialinių paslaugų pakaitalu, eilės specialistams ilgėja, o draudimų sąrašai čia nieko nepakeis.

Trumpesnė gyvenimo trukmė, vėlyva onkologinių ligų diagnostika, nepakankama prevencija, slaugos paslaugų stygius – visa tai turi vieną bendrą vardiklį: žmonės į sistemą patenka per vėlai arba visai nepatenka.

Tai didina spaudimą ligoninėms ir specialistams, ilgina laukimą, naikina pasitikėjimą, kad sveikatos sistema taupo žmogaus laiką ir saugo gyvybę.

1.3 Kas jau padaryta ir kodėl to nepakanka

2023–2024 m. Sveikatos apsaugos ministerija pristatė eilių mažinimo planą: plėsti slaugytojų funkcijas, stiprinti šeimos gydytojų komandas, supaprastinti siuntimų ir kompensuojamų vaistų skyrimą, tobulinti IPR sistemą. Buvo priimti keli teisės aktai ir skirta daugiau lėšų toms paslaugoms, kuriose eilės ilgiausios.

Tai – reikšmingas pirmasis žingsnis. Tačiau jis nepataisė pagrindinio trūkumo: sistema liko neskaidri ir be realios atsakomybės už terminus.

Tvarkos patobulintos, bet pacientas dažnai vis tiek nežino, kiek reikės laukti; eilės formuojamos nevienodai, o finansiniai signalai įstaigoms beveik nesusieti su tuo, ar jos realiai mažina laukimą.

Dalis sprendimų liko fragmentiški – geros iniciatyvos neužbaigtos iki galo, o kai kurios priemonės nepalietė esminių priežasčių:

- Nėra skaidrios, visiems privalomos eilių sistemos, kuri veiktų dabar, o ne tik nuo 2026 m.;
- Nėra mechanizmo, kuris skatintų gydymo įstaigas sutrumpinti laukimą, nes finansavimas nesiejamas su rezultatais;
- Nesukurta aiški partnerystė su privačiu sektoriumi, galinčiu padėti užtikrinti paslaugų pasiūlą ten, kur valstybės pajėgumų neužtenka.

Apibendrinant

Eilės Lietuvoje kyla ne dėl vienos priežasties, o dėl visos susikaupusių aplinkybių grandinės: ribotų finansų panaudojimo, neužtikrintų bazinių paslaugų, neefektyvaus tinklo, silpnos pirminės grandies, specialistų trūkumo, neskaidrios registracijos ir pasitikėjimo stygiaus.

Skaiciai tai tik patvirtina: lietuvių gyvenimo trukmė penkeriais metais trumpesnė nei ES vidurkis, trečdalis onkologinių ligų diagnozuojamos per vėlai, o slaugos sistema tokia silpna, kad daugybė senjorų atsiduria ligoninėse ne dėl gydymo, o dėl paprastos priežiūros stokos.

Eilės nėra tik nepatogumas. Jos lemia vėlyvą ligų diagnozę, brangesnį ir sudėtingesnį gydymą bei trumpesnį gyvenimą. Tai tampa grėsme ne tik žmogaus sveikatai, bet ir psitikėjimui pačia valstybe. O psitikėjimas – vienas iš nacionalinio saugumo pamatų.



Pradėti darbai svarbūs, bet daliniai žingsniai eilių nesutrupina. Reikia kito etapo – skaidrumo, atsakomybės už terminus ir daugiau paslaugų pasirinkimo pacientui.

2 LSDP draudimai prieš TS-LKD pacientų pasirinkimo garantiją

2.1. Du keliai: monopolija ar partnerystė

Eilės sveikatos sistemoje kaupėsi daugelį metų, bet šiandien klausimas paprastas ir esminis – koku keliu eisime toliau.

Valdančiųjų socialdemokratų siūlomas modelis – vadinamoji „Dar ilgesnių eilių reforma“ – ribotų privačių įstaigų galimybes dirbti kartu su valstybe. Jų „trijų žingsnių“ planas skamba patraukliai, bet turinys kitoks:

- naikinti priemokas už PSD finansuojamas paslaugas,
- teikti pirmenybę tik valstybinėms įstaigoms,
- nuo 2028 m. visai perimti PSD įmokų dengimą valstybės lėšomis.

Iš pirmo žvilgsnio tai atrodo kaip pagalba pacientui, tačiau realiai reikštų mišrios sistemos uždarymą ir dar mažiau galimybių gauti pagalbą laiku. Ribojant privačius paslaugų teikėjus mažėja konkurencija ir kokybės spaudimas, gydytojai traukiasi iš viešojo sektoriaus ar išvyksta, o eilės ilgėja dar labiau.

Be to, planuojamas PSD finansavimo padidėjimas šiandien nėra pagrįstas nei Finansų ministerijos skaičiavimais, nei aiškiu biudžetiniu šaltiniu – tai politinis pažadas be finansinės atramos. Rezultatas būtų daugiau priklausomybės nuo valstybės aparato, bet ne trumpesnės eilės ir ne didesnis saugumas pacientui.

2.2. Paciento teisė į pasirinkimą

Šiandienos problema

Didžiausia žmonių bėda – eilės. Nors įstatymas numato, kad šeimos gydytojas turi priimti per 7 dienas, o specialistas – per 30, realybėje šie terminai dažnai

neveikia. Todėl dalis pacientų pasuka į privačias įstaigas – ne dėl privilegijų, o todėl, kad viešojoje sistemoje nėra patikimo būdo gauti paslaugą laiku ir aiškiai žinoti, kada bus priimtas.

Ką siūlo socialdemokratai

Vietoj eilių priežasčių šalinimo valdantieji siūlo atimti PSDF finansavimą, jei pacientas įstaigoje pasirenka papildomą paslaugą ar prekę – pavyzdžiui, geresnės kokybės implantą ar komforto paslaugas. Tai reikštų, kad žmogus, pasirinkęs kažką papildomai, netektų teisės į valstybės kompensuojamą pagrindinę paslaugą ir turėtų viską apmokėti pats. Tačiau nei gydytojų, nei paslaugų nuo to nepadaugėja – eilės nesutrumpės, tik bus apribota paciento teisė rinktis.

Mūsų vizija

PSDF turi sekti pacientą, o ne instituciją. Jei paslauga įtraukta į kompensuojamų paslaugų krepšelį, pacientas turi teisę ją gauti ten, kur ji prieinama pagal nustatytus terminus, nepriklausomai nuo įstaigos nuosavybės formos. Papildomos paslaugos ar medžiagos gali būti paciento pasirinkimas, bet neturi panaikinti jo teisės į valstybės finansavimą už pačią sveikatos paslaugą.

TS-LKD VIZIJA

- ☒ **Pacientas centre**
- ☒ **Plati paslaugų pasiūla**
- ☒ **Sistema atvira tiek viešajam, tiek privačiajam sektoriui.**



Valstybės užduotis – ne riboti pasirinkimą, o užtikrinti, kad paslauga būtų suteikta laiku ir kokybiškai, nepriklausomai nuo to, kur pacientas ją gauna.

2.3 Skaidrumo garantija vietoje imitacinių draudimų

Draudimai neišsprendžia pagrindinės eilių priežasties – paslaugų stygiaus ir informacijos chaoso. Šiandien pacientas dažnai nežino, ką apmoka PSDF, o kur prasideda papildomi mokesčiai. Dėl to kai kur net už PSDF finansuojamą konsultaciją siūlomi įvairūs „paketai“ ar papildomos paslaugos, iškreipiama konkurencija tarp viešojo ir privataus sektoriaus, mažėja pasitikėjimas.

Mūsų kelias – ne draudimų sąrašai, o skaidrumo garantija. Vietoje valdžios plano dirbtinai reguliuoti, už ką pacientas gali ar negali primokėti, mes siūlome užtikrinti priešingą principą: kiekviena PSDF apmokama paslauga turi būti reali prieinama be privalomų priemokų, o papildomi pasirinkimai – tik paciento sprendimu.



VERTYBINĖ IŠVADA

Socialdemokratų reforma – ilgesnės eilės ir mažiau pasirinkimo.

Mūsų kelias – pacientas sistemos centre: paslauga laiku (šeimos gydytojas per 7 dienas, specialistas per 30) ir teisė pasirinkti teikėją, nebijant prarasti PSDF paramos.

SKAIDRUMO GARANTIJA APIMTŲ:

Aiškų informavimą prieš paslaugą. Pacientui privalomai paaiškinama, ką dengia PSDF, o kas yra papildoma ir mokama.

„Dviejų eilučių“ sąskaitą po vizito. Pacientas iš karto mato dvi dalis: PSDF apmokėtą sumą ir savo pasirinktus papildomus sprendimus.

Skaidrią paslaugų istoriją e. sveikatoje. Pacientas gali prisijungti ir matyti visų savo vizitų sąrašą – kiek sumokėjo PSDF, kiek jis pats, jei kažką pasirinko papildomai.

Realias sankcijas įstaigoms, klaidinančioms pacientus. Jei įstaiga pateikia netikslią informaciją ar reikalauja nepagrįstų priemonių, ji atsako finansiškai ir administraciškai.

ATSAKOMYBĖ UŽ REZULTATUS

Lietuvoje įprasta kalbėti apie tai, kiek milijonų ar milijardų skiriama sveikatai, bet žmonėms svarbu ne biudžeto eilutės, o tai, ar jie gauna pagalbą laiku.

Šiandien niekas realiai nematuoja ir nesusieja finansavimo su tuo, kiek laikomasi nustatytų terminų. Nors įstatyme numatyta, kad šeimos gydytojo konsultacija turi būti suteikta per 7 dienas, o specialisto – per 30, praktikoje šių standartų dažnai nepaisoma.

TS-LKD vizija – finansavimą sieti su rezultatais. Jei įstaiga nesuteikia paslaugos per nustatytą laiką, ji neturėtų gauti pilno finansavimo. Įstaiga turi būti atsakinga už tai, kad žmogus gautų paslaugą laiku, o ne tik galėtų prašyti daugiau pinigų.

2.4. Partnerystė praktiškai: daugiau paslaugų, trumpesnės eilės

Lietuvoje vis dar turime perteklinių stacionaro lovų, bet trūksta ambulatorinių paslaugų, kuriose pacientai laukia ilgiausiai. Būtent čia privačios įstaigos gali užpildyti spragas: atlikti konsultacijas, endoskopijas, planines procedūras, kur valstybinės įstaigos stringa. Tai reiškia daugiau vietų pacientams, trumpesnį laukimo laiką ir efektyviau panaudotus gydytojų resursus.

Šiandien pacientas turi tik popierinę teisę į vizitą per 7 ar 30 dienų – mūsų tikslas, kad ši teisė taptų reali ir turėtų pasekmes įstaigoms.



Vietoje draudimų siūlome skaidrumą ir aiškias taisykles – pacientas žino, už ką moka, valstybė gali planuoti išteklius, o šešėliniai mokėjimai mažėja.



ŠI LOGIKA VEIKIA VISOJE EUROPOJE:



ESTIJA – nacionalinė sistema leidžia pacientui rinktis trumpiausią eilę bet kurioje įstaigoje; paslaugos kompensuojamos nepriklausomai nuo teikėjo.



LENKIJA – privačios klinikos plačiai įtrauktos į Nacionalinio sveikatos fondo (lenk. – NFZ) sistemą; kai kuriose srityse, pvz., kataraktos operacijos, laukimo laikas sutrumpėjo nuo kelerių metų iki kelių savaičių.



SKANDINAVIJA – stipri pirminės grandies komanda, kur daugiau funkcijų atlieka slaugytojai, o specialistai koncentruojasi į sudėtingus atvejus; partnerystė su privačiais teikėjais padeda užtikrinti paslaugų prieinamumą.

2.5. Mūsų vizija: pacientas centre, ne eilėje

TS-LKD vizija aiški ir praktiška:

1

Ne pacientas
laukia eilėje —
sistema ieško sprendimų.

2

Ne pacientas
moka antrą kartą —
valstybė atsako už PSDF krepšėlį

3

Ne gydytojas
pervargsta —
stipri komanda
padeda paskirstyti

4

Ne
monopolija —
partnerystė užtikrina daugiau
paslaugų ir geresnę kokybę

*Politikoje dažnai girdime, kad
„eilės yra neišvengiamos“.*

Mes atmetame šį mitą. Eilės nėra gamtos dėsnis – tai netvarkingos sistemos padarinys. Tvarka, skaidrumas ir atsakomybė gali jas sutrumpinti.



Tik Lietuvoje pacientui vis dar sakoma, kad pasirinkimas – problema. Mes sakome priešingai: pasirinkimas yra sprendimas. Partnerystė reiškia daugiau paslaugų, trumpesnes eiles ir daugiau galimybių žmogui gauti pagalbą laiku.

3

TS-LKD sprendimas: skaidrumas, pasirinkimas, atsakomybė už prieinamumą

Eilės sveikatos sistemoje kyla dėl paklausos ir pasiūlos nesuderinamumo. Viena dalis pacientų į sistemą patenka be realaus poreikio, kita dalis – negali gauti paslaugos net esant resursams. Todėl TS-LKD siūlo dviejų krypčių sprendimus: mažinti perteklinę paklausą ir didinti realią paslaugų pasiūlą.

3.1. Mažiau bereikalingų vizitų ir daugiau ligų prevencijos

3.1.1. Pasitikėjimas gydytojais ir tvarkingi siuntimai – mažiau bereikalingų vizitų

Šiandien siuntimų sistema dirbtinai ilgina eiles. Dalis siuntimų pildomi atmetinai – be diagnozės ar būtinų tyrimų. Pacientas nueina pas specialistą tik tam, kad gautų siuntimą tyrimams ar papildomus nurodymus, o po kelių mėnesių laukimo vėl turi grįžti pas tą patį gydytoją. Pavyzdžiui, pacientė Lina šeimos gydytojo laukė dvi savaites, tada buvo priversta pakartotinai eiti tik dėl siuntimo perrašymo, o pas specialistą pateko dar po trijų mėnesių. Iš viso – penki mėnesiai iki diagnozės.

Kita kliūtis – biurokratija tarp viešojo ir privataus sektoriaus: jei siuntimas gautas privačioje įstaigoje, jis dažnai nepripažįstamas viešojoje sistemoje. Pacientai priversti registruotis dar kartą, tik tam, kad tas pats siuntimas būtų „perrašytas“.

MŪSŲ SIŪLYMAS

Vieningas siuntimo galiojimas.

Visi licencijuotų gydytojų siuntimai turi galioti visoje sistemoje, nepriklausomai nuo įstaigos nuosavybės formos. Tai panaikintų dirbtinį pacientų „vaikščiojimą“ tarp privačių ir valstybinių įstaigų ir taupytų gydytojų laiką.

Kokybiški siuntimai.

Įdiegti elektroninius siuntimų protokolus (checklist'us), kurie užtikrintų, kad siunčiant pas specialistą būtų atlikti būtini tyrimai ir aiškiai įrašyta diagnozė. Tai sumažintų pakartotinius vizitus dėl nekokybiško siuntimo.

Lėtinių ligų priežiūra šeimos gydytojo komandoje.

Nacionaliniai protokolai ir integracija į e. sveikatos sistemas užtikrintų, kad slaugytojai ir kiti komandos nariai galėtų tęsti gydymą, išduoti receptus ar siuntimus. Ši praktika jau leidžiama teisės aktais, bet šiandien taikoma tik fragmentiškai.

Pasitikėjimas specialistais.

Pašalinti dirbtinius ribojimus, kai gydytojas, daugelį metų gydantis konkrečias ligas ir aiškiai matydamas, kokių tyrimų ar gydymo reikia, negali jų paskirti pats, nes taisyklės verčia siųsti pacientą pas kitą specialistą vien formaliam patvirtinimui. Tai be reikalo didina eiles ir apkrauna sistemą. Specialistui turi būti suteikta galimybė užbaigti sprendimą, jei klinikinė situacija jam akivaizdi pagal jo patirtį ir bendrą medicininį išmanymą.



KĄ TAI DUODA PACIENTUI

Nereikia eiti kelis kartus pas tą patį specialistą dėl netvarkingo siuntimo, pagalbą jis gauna greičiau.

3.1.2. Stipri prevencija: nuo sveikos gyvensenos iki ankstyvos diagnostikos

Prevencija Lietuvoje vis dar silpna ir pirminėje, ir antrinėje grandyje.

Pirminė prevencija – sveikos gyvensenos skatinimas – dažnai lieka popierinė. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurai ir mokyklų specialistai turi skatinti fizinį aktyvumą, sveiką mitybą, priklausomybių mažinimą, bet dėl riboto finansavimo ir fragmentiškų programų realaus poveikio gyventojų elgsenai dažnai nėra. Tai reiškia daugiau ligų, kurių būtų galima išvengti, ir daugiau pacientų, vėliau patenkančių į eiles pas specialistus.

Antrinė prevencija – ligų patikros – taip pat nepakankama. Vėžio programose dalyvauja tik 40–50 proc. tikslinės grupės, kai Europos tikslas siekia 70–80 proc. Dėl to tūkstančiai žmonių į specialistus patenka jau su užleistomis ligomis, kai gydymas tampa sudėtingesnis, brangesnis ir mažiau sėkmingas. Šeimos gydytojai jau gauna priedus už prevencijos rodiklius, bet vienoje įstaigoje pacientai aktyviai kviečiami, kitose kvietimai tik „pažymimi ataskaitoje“ – realaus proveržio nėra.

Pastaruoju metu pradėta centralizuoti dalį patikrų: universitetinės ligoninės (Kauno klinikos, Santaros klinikos) siunčia kvietimus, automatiškai registruoja vizitams, stebi aprėptį. Tarptautinė patirtis rodo, kad tokia sistema efektyviai didina dalyvavimą, tačiau Lietuvoje centralizacija dar nepilna, o silpniausia grandis išlieka analitika – turimi duomenys neišnaudojami identifikuoti rizikos grupės ir užtikrinti, kad kvietimai pasiektų tuos, kam jų labiausiai reikia.

MŪSŲ SIŪLYMAS

Tvarus visuomenės sveikatos biurų finansavimas.

Užtikrinti stabilias lėšas ir aiškius rezultato rodiklius, kad prevencija būtų reali, o ne tik formali. Stiprinti darbą su vaikais ir jaunimu, nes sveikos gyvensenos

įpročiai formuojami nuo ankstyvo amžiaus, kartu išlaikant dėmesį ir kitoms amžiaus grupėms.

Skatinti paslaugų organizavimą ten ir tada, kur pasiekiami žmonės.

Numatyti finansines paskatas, kad visuomenės sveikatos specialistai galėtų dirbti vakarais ir savaitgaliais, kai vyksta bendruomenių renginiai, sporto ar kultūros veiklos. Bent 20 % pirminės prevencijos lėšų nukreipti nevyriausybiniams iniciatyvoms, kurios geba kūrybiškai pasiekti įvairias grupes ir efektyviai panaudoja ribotus resursus.

Centralizuotos antrinės prevencijos programos.

Visos patikros turi veikti pagal vieną nacionalinę sistemą – automatiniai kvietimai, registracija, stebėjimas, priminimai.

Aiškios taisyklės šeimos gydytojo komandoms.

Jų užduotis – ne tik „paskambinti“, bet realiai užtikrinti, kad pacientas ateitų į patikrą.

Išmani analitika.

Naudoti turimus sveikatos duomenis rizikos grupėms nustatyti, sekti aprėptį ir spragas, kad prevencija būtų tiksli ir efektyvi.

3.1.3. Stipresnės šeimos gydytojo komandos – mažiau siuntimų, trumpesnės eilės

Lietuvoje šeimos gydytojas turėtų būti pirmoji ir pagrindinė paciento atramos vieta, tačiau realybėje ši grandis vis dar per silpna. Slaugytojų ir gydytojų santykis siekia vos 1,7:1, kai EBPO vidurkis – 2,5–3:1. Tai reiškia, kad daugelį užduočių, kurias kitur atlieka slaugytojai, pas mus vis dar priversti daryti gydytojai. Jie pervargsta, o pacientai laukia ilgiau.

Pridėkime nevienodą apkrovą: vieni gydytojai turi vos kelis šimtus pacientų, kiti – daugiau nei du tūkstančius. Vienur paslaugos prieinamos per kelias dienas, kitur eilės tampa chroniškos.

MŪSŲ SIŪLYMAS

Aiškios nacionalinės taisyklės komandoms.

Įtvirtinti vienodus visoje šalyje standartus, kad šeimos gydytojo komandos nariai (slaugytojai, atvejo vadybininkai, gyvensenos specialistai) realiai perimtų dalį lėtinių ligų priežiūros — pratęstų receptus, užsakytų būtinus tyrimus pagal nustatytas schemas, stebėtų ligos eigą. Tai jau leidžiama teisės aktais, bet šiandien įgyvendinama tik fragmentiškai.



KĄ TAI DUODA PACIENTUI

Sveikesnė gyvensena reiškia mažiau naujų ligų, o centralizuotos patikros užtikrina, kad vėžys ir kitos sunkios ligos būtų nustatytos anksčiau, kai gydymas veiksmingesnis. Tai trumpina eiles, taupo žmogaus laiką ir gelbsti gyvybes.

Rodikliai vertinami komandos, ne vien gydytojo lygmeniu.

Prevencijos ir lėtinių ligų priežiūros rezultatai turi būti vertinami kaip bendros komandos darbas, o ne individuali gydytojo atsakomybė.

Tikros, o ne „popierinės“ komandos.

Užtikrinti, kad kiekvienoje pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje išplėstinė komanda veiktų realiai, o ne egzistuotų tik dokumentuose.

Komandinė medicina visoje Lietuvoje.

Plėtra turi vykti ne tik didmiesčiuose — regionų pacientai taip pat turi gauti pagalbą vietoje, be bereikalingų siuntimų pas specialistus.

Subalansuota apkrova gydytojams.

Nustatyti racionalų prisirašiusių skaičių (apie 1000–1500 pacientų vienam šeimos gydytojui) ir suderinti tai su finansinėmis priemonėmis, kad skirtingose įstaigose būtų užtikrinta tolygi apkrova ir prieinamumas.



KĄ TAI DUODA PACIENTUI

Pagalba teikiama iš karto šeimos gydytojo komandoje, paprasti klausimai sprendžiami vietoje, o ne stumiami į specialistų eiles. Subalansuota apkrova reiškia daugiau realaus laiko pacientui ir vienesnę paslaugų kokybę visoje Lietuvoje.

3.2. Daugiau paslaugų ir tikras pasirinkimas pacientui

3.2.1. Skaidri, vieninga ir patogi pacientų registracijos sistema

Pastaraisiais metais įvyko proveržis: 2023–2024 m. atnaujinta Išankstinės pacientų registracijos (IPR) sistema tapo realiu įrankiu pacientui — pradėjo matytis dauguma specialistų laikų, įdiegtos priminimų funkcijos, pagerintas skaidrumas.

Tačiau šiandien IPR aprėpia tik apie 75% visų vizitų, o sistema dar neišnaudoja viso potencialo:

Ne visi laikai įkeliami.

Šeimos gydytojai dažnai rezervuoja dalį laikų skubiems atvejams, bet realūs pacientų poreikiai dėl to nematomi. Specialistų srityje siekiama aukštesnio standarto, bet praktikoje jo dar nėra.

Pacientai nepakankamai naudojami.

Valstybės kontrolės duomenimis, tik 7–8 % pacientų registruojasi internetu, dauguma vis dar skambina telefonu ir taip netenka galimybės rinktis trumpiausią eilę.

MŪSŲ SIŪLYMAS

Padidinti aprėptį.

Specialistų laikams nustatyti 95 % įkėlimo reikalavimą. Jei įstaiga nepaskelbia pakankamai laikų, už šiuos vizitus PSDF neturi apmokėti — skaidrumas turi būti susietas su finansine atsakomybe.

Sustiprinti priežiūrą.

Nuo 2026 m. įsigaliosianti prievolė jungtis prie IPR turi būti vykdoma realiai — nesilaikant, taikomos ir licencijos stabdymo, ir finansinės sankcijos.

Skatinti naudojimąsi.

Tikslingos informavimo kampanijos ir paskatos gydymo įstaigoms pačioms registruoti pacientus per IPR. Tikslas — kad bent 50 % registracijų vyktų internetu, pacientui matant visas galimybes.

Supaprastinti pasirinkimus registruojantis.

Paslaugų pavadinimai turi būti aiškūs pacientui, filtrai ir paieška paprasti, kad žmogus galėtų greitai rasti jam reikalingą paslaugą.

Skaidrumas ir kainos.

Jei į IPR įkeliamos paslaugos, kurių PSDF neapmoka, privalomai turi būti nurodyta jų kaina. Tai leis pacientui iškart žinoti, ar paslauga mokama, ir išvengti klaidinančios informacijos.

Tarptautinė patirtis rodo, kad skaidrios ir patogios nacionalinės registracijos sistemos sutrumpina laukimą mažiausiai penktadaliu. Lietuva jau padarė pirmą žingsnį — dabar reikia, kad sistema veiktų pilnu pajėgumu.

3.2.2. Privatus ir viešas sektorius dirba kartu paciento naudai

Šiandien PSDF lėšos vis dar daugiausia nukreipiamos į valstybines ligonines ir poliklinikas, o paslaugų skirstymas dažnai vyksta pagal ankstesnių metų apimtį – tarsi „paprutine teise“, o ne pagal realų pacientų poreikį. Valdančiųjų socialdemokratų planai dar labiau ribotų privačių įstaigų galimybes, tikintis, kad gydytojai pereis į viešąjį sektorių, o pacientai – į tas pačias ilgas eiles. Tačiau draudimai eilių nesutrumpina — gydytojų nuo to nepadaugėja, o paslaugos neprieinamos greičiau.

Valstybė jau yra sukūrusi sveikatos įstaigų tinklą, kuris privalo užtikrinti paslaugas visoje Lietuvoje. Stacionarinės paslaugos (operacijos, stacionarinis gydymas) beveik išimtinai teikiamos viešosiose įstaigose. Tačiau ambulatorinėje grandyje — šeimos gydytojų ir specialistų konsultacijose — dirba ir privačios klinikos, jei jos turi sutartis su Ligoninių kasomis. Čia slypi reali galimybė mažinti laukimą.

2024 m. pradėta nauja paslaugų planavimo tvarka, kuri nuo 2026 m. turėtų



KĄ TAI DUODA PACIENTUI

Žmogus gali pats matyti visas galimybes, rinktis trumpiausią eilę ir nelikti nežinioje, o valstybė turi tikrą duomenų pagrindą planuoti paslaugas.



KĄ TAI DUODA PACIENTUI

Pagalbą jis gauna ne pagal „senas kvotas“ ar įstaigos nuosavybę, o pagal realų prieinamumą. Viešosios ir privačios įstaigos konkuruoja dėl kokybės, o žmogus laimi greitesnį gydymą ir aiškias taisykles.

veikti pilnu mastu. Pagal ją pirmiausia apskaičiuojamas nacionalinis ir regioninis realus paslaugų poreikis, tada pagal PSDF galimybes nustatoma, kiek paslaugų reikia nupirkti. Jei viešosios įstaigos negali užtikrinti tokio masto, paslaugos turi būti perkamos iš privačių teikėjų. Tai keičia seną kvotų logiką, kuri dažnai kurdavo dirbtines eiles: rugsėjį Santaros klinikose neurologui pagal PSDF apmokamą eilę artimiausias laikas buvo tik gruodžio viduryje, o ta pati konsultacija už privačius pinigus buvo prieinama tą pačią dieną. Tai rodo, kad specialistų yra, bet valstybės finansuojamų laikų — per mažai.

MŪSŲ SIŪLYMAS

Lygi galimybė pacientui.

Jei paslauga įtraukta į PSDF krepšelį, pacientas turi teisę ją gauti tiek valstybinėje, tiek privačioje įstaigoje — pagal vienodus kokybės ir terminų standartus (šeimos gydytojas – per 7 dienas, specialistas – per 30 dienų).

Aiškus apmokėjimo principas.

PSDF kompensuojama paslaugos dalis turi būti vienoda visoms įstaigoms, o už ją negali būti imama jokių privalomų priemokų. Papildomos paslaugos — tik paciento pasirinkimu ir aiškiai atskirtos nuo valstybės kompensuojamos dalies.

Automatinė reakcija į ilgas eiles.

Jei eilės ilgesnės nei nustatyta, Ligonių kasos turi pirkti daugiau paslaugų iš viešų ir privačių teikėjų tose srityse, kur laukimas ilgiausias. Viršijus nustatytus prieinamumo terminus, VLK automatiškai nupirktų bent 5 % metinio konsultacijų krepšelio labiausiai vėluojančiose srityse (pvz., katarakta, sąnarių chirurgija), panaudodama tam iš anksto suplanuotą rezervą arba sutaupytas lėšas iš rezultatų finansavimo mechanizmo.

Poreikiu grįstas planavimas.

Paslaugų sutartys turi būti grindžiamos objektyviai nustatytu poreikiu, o ne vien istorija ar „užimtomis vietomis“. Tai leis pinigus nukreipti ten, kur pacientai realiai laukia.

Lenkijos pavyzdys rodo, kad toks modelis veikia: 2022 m. net 40 % kataraktos operacijų atliko privatūs teikėjai valstybės lėšomis, ir laukimo laikas sutrumpėjo nuo kelerių metų iki kelių savaičių. Lietuvoje privačioms įstaigoms skirtos kvotos dar dažnai greitai baigiasi, o pacientų galimybė gauti pagalbą tampa loterija.



KĄ TAI DUODA PACIENTUI

Sistema nepalieka gydytojų darbo laiko „už borto“. Jei eilės ilgesnės nei norma, papildomas finansavimas įsijungia automatiškai – pacientui nereikia laukti metų pabaigos ar naujo biudžeto, kad paslaugos būtų apmokėtos ir realiai prieinamos.

3.2.3. Finansavimas pagal realų poreikį, ne tik pagal kvotas

Šiandien net ir ten, kur gydytojai galėtų priimti daugiau pacientų, paslaugos sustoja, kai įstaiga išnaudoja metinę kvotą. Dabartinė tvarka numato, kad dauguma neprioritetinių viršsutartinių paslaugų apmokamos tik dalinai (iki 70 %). Tai reiškia, kad įstaiga, norėdama padidinti priimamų pacientų skaičių, rizikuoja patirti nuostolį. Dėl to gydytojų darbo laikas ir turima infrastruktūra lieka nepilnai panaudoti, o pacientai laukia ilgiau be objektyvios priežasties.

MŪSŲ SIŪLYMAS

Pilnas apmokėjimas už paslaugas, kurių eilės viršija normą.

Viršsutartinės paslaugos, kurioms laukimo laikas peržengia nustatytus prieinamumo terminus (šeimos gydytojas – 7 d., specialistas – 30 d., planinė operacija – siūloma ne ilgesnė kaip 90 d.), turi būti apmokamos 100 % PSDF lėšomis tiek valstybinėse, tiek privačiose įstaigose.

Pareiga atsiklausti VLK dėl papildomų paslaugų suteikimo.

Kai įstaiga mato, kad jos kvota baigsis, bet pacientų poreikis išlieka, ji privalo kreiptis į Ligoninių kasas dėl papildomo finansavimo. VLK įvertintų biudžeto vykdymą, metų eigoje atsirandančias papildomas PSDF pajamas ar nepanaudotus kitų programų asignavimus ir pateiktų atsakymą.

Laukimo sąrašų duomenimis grįstas sprendimų priėmimas.

Papildomas finansavimas pirmiausia būtų nukreipiamas ten, kur eilės objektyviai ilgiausios (pavyzdžiui, kataraktos, sąnarių chirurgija, neurologinės konsultacijos), naudojant nacionalinius laukimo sąrašų duomenis.



KĄ TAI DUODA PACIENTUI

Nereikia eiti kelis kartus pas tą patį specialistą dėl netvarkingo siuntimo, pagalbą jis gauna greičiau.

3.2.4. Ambulatorinių paslaugų stiprinimas ir finansavimo pertvarka

Lietuva išsiskiria vienu didžiausių stacionaro lovų skaičių Europoje – 6,1 lovos 1000 gyventojų, kai EBPO vidurkis siekia 4,4. Tačiau dalis jų lieka neužimtos, o pacientai vis tiek laukia konsultacijų ar planinių procedūrų. Sistema išlaiko perteklingą, brangiai kainuojančią stacionaro infrastruktūrą, nors daug paslaugų pagal teisės aktus galėtų būti suteiktos ambulatoriškai. Praktikoje jos vis dar dažnai perkeliama į stacionarą, nes taip įstaigoms finansiškai naudingiau.

Kas jau padaryta.

2024 m. pradėta ketverių metų bazinių įkainių peržiūra, įtraukiant ambulatorinių paslaugų kainodarą. Per pastaruosius metus stacionarinės paslaugos sumažintos apie 13 %, o ambulatorinių, dienos chirurgijos ir slaugos – padaugėjo. Kryptis teisinga ir ją būtina tęsti, kad ligoninių resursai būtų naudojami racionaliau, o pacientai gautų paslaugą greičiau.

Nutraukti dirbtinį paslaugų „perkėlimą“ į stacionarą.

Procedūros, kurios pagal teisės aktus turi būti atliekamos ambulatoriškai, turi būti finansuojamos taip, kad įstaigoms būtų naudinga jų neperkelti į ligonines.

Racionalizuoti regioninių ligoninių profiliavimą.

Atsisakyti perteklinių reikalavimų mažose ligoninėse turėti retai naudojamus specialistus (pvz., akušerija, geriatrija, seksologija), koncentruotis į bazines stacionarines paslaugas – terapiją, slaugą, dienos chirurgiją. Sudėtingesni atvejai turėtų būti organizuoti siunčiami į aukštesnio lygio centrus, kaip daroma Skandinavijoje ar Jungtinėje Karalystėje („rural general hospitals“ modelis).

Suderinti kainodarą su realiais kaštais.

Ambulatorinių paslaugų įkainiai turi būti pakankami, kad įstaigos neskatinų nereikalingų hospitalizacijų.

Sieti finansavimą su gydymo rezultatais.

Dalį apmokėjimo susieti su paciento būklės kontrole, komplikacijų prevencija ar gydymo plano laikymusi. Tai skatintų mažinti perteklinius vizitus ir orientuotis į realią sveikatos naudą pacientui.

Keisti fragmentuojančią konsultacijų apmokėjimo tvarką.

Dabartinis modelis, kai be naujo siuntimo apmokama tik kas ketvirta konsultacija, skatina formalius pakartotinius vizitus. Siūlome lankstesnį apmokėjimą: jei reikalingas vienas ilgesnis, išsamus vizitas – jis turi būti apmokamas kaip pilna paslauga; jei pakanka trumpų kontrolinių apsilankymų – jie taip pat turi būti apmokami be papildomų siuntimų.

3.2.5. Finansavimas už realų paslaugų prieinamumą

Šiandien dauguma sveikatos priežiūros įstaigų finansuojamos pagal istoriškai susiformavusius dydžius – kiek lovų turėjo, kiek paslaugų suteikė anksčiau – o ne pagal tai, ar pacientas gavo pagalbą laiku. Toks modelis palaiko neveiksmingus įpročius, bet neskatina mažinti eilių ir tvarkyti pacientų srautų.

Aiškūs prieinamumo rodikliai.

Nustatyti įstatyme įtvirtintus standartus kaip realiai taikomą normą: šeimos gydytojo konsultacija – per 7 dienas, specialisto – per 30 dienų, skubios pagalbos paslauga – per 4 valandas. Įstaigos turi užtikrinti, kad bent 90 % pacientų paslaugą gautų per šiuos terminus. Dabar šį lygį pasiekia tik apie du trečdaliai pacientų; iki 2028 m. siekiame, kad laiku aptarnautų bent 90 %.

**KĄ TAI DUODA PACIENTUI**

Trumpesnis laukimo laikas, mažiau bereikalingų hospitalizacijų, aiškesnė atsakomybė už paslaugų kokybę. Gydytojų ir slaugytojų laikas naudojamas efektyviau, o finansavimas nukreipiamas ten, kur pacientas iš tikrųjų gauna geresnį rezultatą.



Aiškūs standartas, kada jis gaus paslaugą – šeimos gydytoją per savaitę, specialistą per mėnesį, skubią pagalbą per 4 valandas. Finansinė motyvacija įstaigoms reiškia, kad terminai nebus tik popieriniai, o taps realiai veikianti garantija.

FINANSINIAI PASKATINIMAI IR ATSAKOMYBĖ:

Išstaigoms rezervuoti 3–5 % PSDF lėšų („withhold“) — jos išmokamos tik pasiekus nustatytus rodiklius.

Už itin gerus rezultatus (pvz., 95 % paslaugų suteikta laiku) skiriamas papildomas 3–5 % priedas („pay-for-performance“).

ĮKAINIUS DIFERENCIJUOTI: PASLAUGOS, SUTEIKTOS PAVĖLUOTAI, APMOKAMOS MAŽESNIU TARIFU.

Viešas rodiklių skelbimas.

Prieinamumo duomenys turi būti vieši pagal kiekvieną įstaigą, kad pacientai galėtų rinktis, o visuomenė matytų realią situaciją.

Sąžiningas vertinimas.

Rodikliai skaičiuojami įstaigos, o ne pavienių gydytojų lygiu — kad populiarių gydytojų eilės netrukdytų visai klinikai.

Vertinama procentiškai (pvz., 90 %, o ne 100 %), kad neliktų paskatos riboti pacientų srautų.

Jei pacientui pasiūloma alternatyva per nustatytą laiką, bet jis pats renkasi laukti ilgiau, tai nelaikoma įstaigos pažeidimu.

Atsakomybė įstaigos vadovybei, ne gydytojų algoms.

Mechanizmas skirtas skatinti vadybos pokyčius, o ne mažinti atlyginimus.

Tarptautinė patirtis.

Jungtinėje Karalystėje laukimo terminai viešinami pagal kiekvieną Nacionalinės sveikatos tarnybos fondą (angl. – NHS Trust). Tai kuria politinį ir visuomeninį spaudimą gerinti prieinamumą. EBPO rekomenduoja Lietuvai pereiti nuo „lovų finansavimo“ prie „rezultatų finansavimo“, nes tai efektyviausias būdas realiai sutrumpinti eiles.

3.2.6. Bazinės paslaugos arti žmogaus: garantuotas paketas kiekvienoje savivaldybėje

Lietuvoje jau yra apibrėžtas bazinių paslaugų paketas, kurį turi užtikrinti kiekvienas sveikatos centras, o jo įgyvendinimą prižiūri Valstybinė ligonių kasa (VLK). Tačiau praktikoje dalyje savivaldybių šios paslaugos egzistuoja tik „ant popieriaus“ — jos teikiamos minimaliu etatu arba labai ribotai, todėl realus prieinamumas gyventojams išlieka nevienodas. Žmogus mažesniame mieste ar kaimiškoje savivaldybėje dažnai susiduria su tuo, kad gydytojo etatas formaliai yra, bet vizito laukti tenka mėnesius.



KĄ TAI DUODA PACIENTUI

Net ir mažoje savivaldybėje žmogus turės realią garantiją, kad gaus bazinę pagalbą vietoje — ne tik formaliai „numatytą planuose“, bet faktiškai prieinamą per aiškiai apibrėžtus terminus. Tai reiškia mažiau kelionių į didmiesčius, greitesnį pirmą kontaktą su sveikatos sistema ir didesnę pasitikėjimą valstybės įsipareigojimu rūpintis visų regionų gyventojais.

MŪSŲ SIŪLYMAI

Aiškūs minimalių paslaugų normatyvai.

Nustatyti ne tik bazinių paslaugų sąrašą, bet ir minimalų etatų arba paslaugų apimtį standartą pagal gyventojų skaičių. Tai reikštų, kad kiekvienoje savivaldybėje realiai turi būti tiek specialistų, kiek reikia pagal objektyvius kriterijus (pvz., šeimos gydytojas – ne daugiau kaip 1600–1800 gyventojų, vaikų ligų gydytojas – apie 2000 vaikų, psichikos sveikatos specialistas – apie 1/10 tūkst. gyventojų, kineziterapeutas – apie 1/5–7 tūkst. gyventojų). Šie rodikliai būtų nustatomi remiantis SAM ir STRATA analize.

Telemedicinos (nuotolinių konsultacijų) plėtra už regionų ribos.

Šiuo metu telemedicina įteisinta tik skubiai pagalbai besikonsultuojantiems gydytojams, tačiau ją galima plėsti į nuotolines gydytojų ir pacientų konsultacijas kitose srityse (pvz., psichiatrija, kardiologija, dermatologija), kad pacientas galėtų gauti specialistų įvertinimą be kelionės į didmiestį.

Mobilios medicinos komandos.

Jei vietinis centras negali užtikrinti viso bazinio paketo, VLK turėtų turėti galimybę sistemingai pirkti paslaugas iš mobilių komandų (pvz., diagnostikos, kineziterapijos, vaikų psichiatrijos), kurios lankytųsi regionuose pagal suplanuotą grafiką.

Lankstumas įtraukiant privačius teikėjus.

Jei viešasis sektorius nesugeba užtikrinti minimalaus paslaugų lygio, VLK turi galėti pirkti bazines paslaugas iš privačių įstaigų pagal tas pačias kokybės ir prieinamumo taisykles. Tai ypač svarbu psichikos sveikatos, kineziterapijos ir reabilitacijos srityse, kur trūksta viešųjų specialistų.

Tarptautinė patirtis.

Estijoje mobiliosios komandos ir lankstus paslaugų pirkimas padeda mažoms savivaldybėms užtikrinti bazinį paslaugų prieinamumą. Lietuvoje skirtumai vis dar drastiški — pavyzdžiui, vaikų psichiatro konsultacijos vienoje savivaldybėje galima sulaukti per kelias savaites, kitoje laukimas siekia kelis mėnesius.

Apibendrinant

TS-LKD planas siūlo ne deklaratyvias, o realiai veikiančias priemones, kurios trumpintų eiles ir grąžintų žmonėms pasitikėjimą sistema: skaidri ir patogi registracija su viešinamais laukimo laikais; aiškūs prieinamumo standartai, kurių laikytis įstaigas skatintų finansiniai svertai; stipresnės šeimos gydytojo komandos, galinčios išspręsti daugiau problemų vietoje; veikiantis bazinių paslaugų paketas kiekvienoje savivaldybėje. Ten, kur trūksta specialistų, numatyta telemedicina, mobilios komandos ir galimybė pasitelkti privatų sektorių paciento naudai.

Priešingai, valdančiųjų siūlymai – vadinamoji „dar ilgesnių eilių reforma“ – nepasiūlo nė vieno mechanizmo, kaip eilės trumpėtų: gydytojų nuo to neatsiras, paslaugų neprisidės.

1

PAMOKA LIETUVAI

Lietuva turi išankstinės pacientų registracijos (IPR) sistemą ir padarytą didelį progresą, bet kol ja aktyviai naudojasi tik 7–8 % pacientų, ji neišnaudoja savo potencialo. Kad IPR taptų realiu eilių trumpinimo įrankiu, būtina, jog internetu registruotųsi bent pusė pacientų.

2

PAMOKA LIETUVAI

Vietoje ribojimų privatiems teikėjams turime juos įtraukti. Konkurencija reiškia trumpesnes eiles, daugiau paslaugų regionuose ir geresnę kokybę.

3

PAMOKA LIETUVAI

Mūsų šeimos gydytojai pervargsta, nes neturi pakankamai pagalbininkų. Investicijos į slaugytojų komandas tiesiogiai mažintų eiles pas specialistus.

4 Įrodyta kitur – veikiantys modeliai

4.1. Estija – skaidri nacionalinė eilių sistema

Estija yra artimiausias mūsų kaimynas ir bene geriausias skaidrumo pavyzdys. Ten veikia nacionalinė elektroninė platforma „Digilugu“, į kurią visos įstaigos privalo perduoti duomenis apie pacientų apsilankymus ir laukimo sąrašus. Pacientas gali matyti realius laukimo laikus ir daugeliu atvejų registruotis internetu pas gydytoją — taip paslauga pasiekama ten, kur eilė trumpiausia. Šiuo metu apie 45 % Estijos gyventojų jau registruojasi internetu per „Digilugu“.

4.2. Lenkija – konkurencija tarp viešojo ir privataus sektoriaus

Lenkija susiduria su panašiais iššūkiais kaip Lietuva – ilgos eilės, medikų emigracija. Tačiau jų sistema leidžia Nacionalinio sveikatos fondo (NFZ) lėšomis apmokėti paslaugas tiek viešose, tiek privačiose įstaigose. Pacientas gali rinktis, o teikėjai konkuruoja dėl kokybės ir greičio.

Po 2019 m. reformos kataraktos operacijoms panaikintos kvotos: NFZ gali finansuoti procedūras tiek valstybinėse, tiek privačiose klinikose be apribojimų. Rezultatas – laukimo laikas nuo kelerių metų sumažėjo iki kelių mėnesių ar savaičių.

4.3. Skandinavija – stipri pirminė grandis ir slaugytojų vaidmuo

Danija, Suomija ir Švedija jau seniai suprato, kad specialistas turi koncentruotis į sudėtingus atvejus, o paprastesnes paslaugas gali suteikti šeimos gydytojų komandos. Slaugytojai ne tik atlieka bazines procedūras – jie vykdo profilaktiką, skiria tyrimus, stebi lėtinių ligų eigą.

Švedijoje slaugytojų ir gydytojų santykis siekia apie 2,5–2,7:1, o Lietuvoje vos ~1,7:1 – vienas žemiausių ES.

4.4. Skandinavija – paciento garantijos modelis

Danijoje ir Švedijoje pacientui įstatymu garantuota teisė gauti paslaugą per nustatytą laiką (šeimos gydytoją per savaitę, specialistą per mėnesį). Jei viešoji įstaiga laiku paslaugos nesuteikia, pacientas gali rinktis kitą teikėją – privačią kliniką ar net užsienio įstaigą – o valstybė sumoka.

1

PAMOKA LIETUVAI

Turime terminus įstatyme, bet be pasekmių jie neveikia. Garantijos veikia tik tada, kai pacientas realiai gali pasirinkti kitą teikėją, o finansavimas seka paskui jį.

2

PAMOKA LIETUVAI

Neturime kelių fondų, bet galime taikyti tą pačią logiką PSDF – aiškūs terminai, susietas finansavimas ir reali paciento teisė gauti paslaugą kitur, jei pirmas teikėjas nesuteikia jos laiku.

3

PAMOKA LIETUVAI

Reikia ne naujų šūkių apie eiles, o praktinio mechanizmo: matuoti, viešinti ir susieti finansavimą su terminais.

4.5. Vokietija – atsakomybė draudimų fondams

Vokietijoje veikia kelių ligonių kasų konkurencija. Fondai varžosi dėl prieinamumo ir kokybės – jei eilės per ilgos, pacientas gali pereiti į kitą fondą.

Specialisto konsultacija turi būti suteikta per 4 savaites. Jei fondas to neužtikrina, pacientas gali kreiptis kitur, o draudimas sumoka.

4.6. Jungtinė Karalystė – laiko standartai ir atsakomybė

NHS buvo viena pirmųjų, įvedusių privalomus terminus: šeimos gydytojo vizitas – per 48 val., skubioji pagalba – per 4 val. nuo atvykimo. Rodikliai viešinami pagal kiekvieną NHS padalinį, todėl tiek pacientai, tiek politikai mato realią situaciją.

Lietuvoje terminai numatyti, bet nematuojami, neviešinami ir nesusieti su atsakomybe. Tai palieka pacientui tik „popierinę teisę“.

Apibendrinant

Tarptautinė patirtis rodo paprastą tiesą: eilės mažėja ten, kur sistema yra skaidri, pacientas turi realią teisę rinktis, pirminė grandis stipri, o finansavimas priklauso nuo rezultatų. Lietuva jau pradėjo judėti šia kryptimi — sukurtas IPR, numatyti terminai, pradėta komandinės medicinos plėtra. Mūsų užduotis – padaryti, kad šie principai veiktų praktiškai ir būtų juntami kiekvienam pacientui.



Mitai ir atsakymai: kodėl tai nėra privatizacija ir kaip bus finansuojama

5.1. Politinė rizika – „privatizacijos“ etiketė

Socialdemokratų siūlomas modelis stiprina valstybės monopoliją ir siekia uždarinti mišrią sistemą. Bet kokį pasiūlymą įtraukti privačias įstaigas ar finansavimą susieti su rezultatais greičiausiai bus bandoma apibūdinti kaip „sveikatos apsaugos privatizaciją“.

MŪSŲ ATSAKAS

Pasirinkimo laisvė pacientui nėra privatizacija.

73 % gyventojų laiko eiles didžiausia sveikatos sistemos problema; bandymas apriboti pasirinkimą tiesiogiai kertasi su žmonių lūkesčiais.

Paslauga lieka finansuojama iš PSDF.

Pacientas nemoka antrą kartą už tai, kas jau įtraukta į krepšelį — tik gauna teisę pasinaudoti privačia alternatyva.

Viešasis sektorius išlieka pagrindinis.

Privačios įstaigos veikia kaip papildomas pajėgumas ten, kur valstybės tinklas nesusitvarko su poreikiu. Tai ne privatizacija, o atsarginė galimybė pacientui.

Paciento kelias tampa skaidrus.

Aiškiai matyti, kiek apmoka PSDF ir už ką pacientas moka papildomai savo noru; jokių paslėptų privalomų mokesčių.

5.2. Iššūkis – sprendimai, kurie lieka „ant popieriaus“

Didžiausia grėsmė reformai – kad nauji mechanizmai bus įrašyti į teisės aktus, bet praktiškai neveiks. Jei skaidri registracija, rezultatų matavimas ar bazinio paslaugų paketo garantijos liks fragmentiškai įgyvendinti, eilės formaliai „tvarkysis“, bet pacientas realaus pokyčio nepajus, o pasitikėjimas sistema neatsiras.

MŪSŲ ATSAKAS

Pilnas skaidrumas ir realaus laiko duomenys.

Registracijos sistema (IPR) turi veikti pilnu pajėgumu: viešinami realūs laikai, aiškiai atskiriama, kas kompensuojama PSDF, kas – paciento pasirinkimas.

Atsakomybė vadovybei.

Įstaigos vadovai atsiskaito už terminų laikymąsi ir tinkamą paslaugų viešinimą; neskaidrumas reiškia finansines pasekmes ir grėsmę licencijai.

Nuolatinė stebėseną, ne vienkartinė reforma.

Rodikliai renkami ir skelbiami nuolat, o ne tik „metų gale“. Pacientai mato realią situaciją, politikai — atsakomybę.

Mažiau biurokratijos medikams.

Supaprastinti siuntimų ir tyrimų užsakymo procesus, integruoti protokolus į e. sveikatą, kad gydytojai ir slaugytojai galėtų daugiau laiko skirti pacientams, o ne dokumentams.

5.3. Finansinė rizika – PSDF tvarumas

Privalomojo sveikatos draudimo fondas (PSDF) šiandien nėra ant bankroto ribos — jis kaupia rezervą ir jo pajamos auga kartu su ekonomika. Fondo biudžetas formuojamas iš privalomojo sveikatos draudimo įmokų, kurios yra nustatytos kaip procentinė dalis nuo darbo pajamų. Tai reiškia, kad kylant atlyginimams ar didėjant dirbančiųjų skaičiui, PSDF pajamos didėja automatiškai.

2025 m. suplanuotas PSDF dydis siekia apie 3,94 mlrd. eurų. Tačiau platesniame kontekste Lietuva sveikatai vis dar skiria mažiau nei dauguma ES šalių — apie 7,8 % BVP, kai ES vidurkis yra apie 11 %. Svarbu suprasti ir struktūrą: Lietuvoje apskritai viešųjų finansų perskirstymas mažesnis (apie 33 % BVP, ES vidurkis ~42 %). Tai reiškia, kad sveikatos dalis biudžete nėra menkesnė, bet pats biudžetas mažesnis, todėl absoliučiai sveikatai tenka mažiau.

Prie tokio fono sunku tikėtis, kad PSDF biudžetas galėtų būti reikšmingai didinamas valstybės įnašu — ypač augant krašto apsaugos ir kitų sričių poreikiams. Todėl pagrindinė kryptis turi būti ne tik daugiau pinigų, bet geriau panaudojami pinigai.

MŪSŲ ATSAKAS

Finansavimas už rezultatą.

Įstaigos, kurios neužtikrina prieinamumo pagal nustatytus terminus, netenka dalies lėšų; tos, kurios pasiekia gerus prieinamumo ir kokybės rodiklius, gauna papildomą skatinimą. Tai verčia tvarkytis, o ne tik prašyti daugiau pinigų.

Ambulatorinių paslaugų stiprinimas.

Procedūras, kurios gali būti atliekamos ambulatoriškai, reikia perkelti iš stacionaro ir tinkamai už jas apmokėti. Įkainiai turi būti siejami ne vien su paslaugų kiekiu, bet ir su gydymo rezultatais — mažiau perteklinių vizitų, daugiau tikro paciento problemos sprendimo.

Prevenција kaip ilgalaikė investicija.

Ankstyvas ligų nustatymas ir sveikos gyvensenos skatinimas mažina brangias hospitalizacijas, kurioms PSDF išleidžia didelę dalį lėšų.

5.4. Žmoniškųjų išteklių rizika – specialistų trūkumas

Net ir turint pakankamą finansavimą bei gerai suorganizuotą sistemą, paslaugų nebus, jei nėra kam jų teikti. 2023 m. pabaigoje oficialiai trūko 652 sveikatos priežiūros specialistų (iš jų 524 gydytojų ir 79 slaugytojų). Ilgesnės prognozės dar grėsmingesnės: iki 2032 m. gali trūkti daugiau nei 4,6 tūkst. bendrosios praktikos slaugytojų, 2,3 tūkst. slaugytojų padėjėjų, apie 270 šeimos gydytojų, 200 vidaus ligų gydytojų, taip pat vaikų ligų ir skubiosios medicinos specialistų.

Jeigu ši rizika taps realybe, eilės ilgės nepriklausomai nuo to, kiek papildomai įnešime pinigų ar kaip gerinsime vadybą.

MŪSŲ ATSAKAS

Tikslinga rezidentūros plėtra ir paskirstymas.

Didesnis valstybės finansuojamų vietų skaičius deficito specialybėse (šeimos medicina, vidaus ligos, skubioji pagalba). Rezidentūros bazes plačiau naudoti regionuose, kad jaunieji medikai jau studijų metu įsiliėtų į vietos įstaigas.

Regioniniai pritraukimo modeliai.

Skatinti praktikas, kai įstaiga padengia studijų kainą ar moka stipendiją mainais už įsipareigojimą tam tikrą laiką dirbti regione. Tokios priemonės pasiteisino kitose šalyse — jos ne tik pritraukia specialistus, bet ir stiprina jų ryšį su vietos bendruomene.

Diasporos medikų grįžimas.

Supaprastinti licencijavimo procesą lietuviams medikams, dirbantiems užsienyje, bei pasiūlyti aiškius grįžimo paketus — finansines ir karjeros paskatas.

Slaugytojų rengimas ir prestižas.

Didesnis valstybės finansuojamų slaugos studijų vietų skaičius, tikslinės stipendijos studentams, viešosios kampanijos, keliančios profesijos vertę.

Komandinio darbo stiprinimas.

Platesnis funkcijų delegavimas slaugytojams ir slaugytojų padėjėjams (lėtinių ligų priežiūra, tyrimų užsakymas pagal protokolus), kartu užtikrinant jų skaičių ir nuoseklią kvalifikacijos kėlimo sistemą.

Patrauklios darbo sąlygos.

Nuoseklus rezidentų atlyginimų augimas, socialinės garantijos, kolektyvinių sutarčių įgyvendinimas, aiškos karjeros perspektyvos, kad Lietuvoje likti ar grįžti būtų racionalus pasirinkimas.

5.5. Pasipriešinimas pokyčiams sistemos viduje

Reformos, kurios keičia įpročius ir atveria realius duomenis, visada susiduria su vidiniu pasipriešinimu. Įstaigos gali vengti rezultatų finansavimo, nes tai reiškia skaidrumą ir atsakomybę už prieinamumą. Pokyčiams neretai priešinasi ir dalis profesinių bendruomenių – aiškesni standartai parodo, kur formuojasi eilės, ir verčia dalytis atsakomybe.

MŪSŲ ATSAKAS

Palaipsnis, bet kryptingas perėjimas.

Rodiklių viešinimą ir finansinius paskatinimus diegti etapais: pirmiausia apdovanoti gerai veikiančias įstaigas, tik vėliau taikyti griežtesnes sankcijas. Tai mažina natūralų pasipriešinimą ir leidžia įstaigoms pasiruošti.

Gerų pavyzdžių demonstravimas.

Viešai parodyti, kad skaidrumas veikia pacientų naudai, bet tuo pat metu padeda ir pačioms įstaigoms — gerėjant rezultatams, jos pritraukia daugiau pacientų ir papildomą finansavimą.

Gydytojų įtraukimas į sprendimų kūrimą.

Pokyčiai turi būti kuriami kartu su medikų bendruomenėmis, įtraukiant juos į protokolų ir rodiklių rengimą. Taip mažėja jausmas, kad standartai „nuleidžiami iš viršaus“, ir didėja pasitikėjimas sistema.

Mažiau perteklinės biurokratijos.

Nauji standartai turi būti paremti realiais turimais duomenimis, o ne papildomu popierizmu — rodiklių rinkimas turi būti automatinis per e.sveikatą, kad gydytojų darbas nesunkėtų.

Apibendrinant

Sveikatos sistemos pertvarka neišvengiamai susidurs su pasipriešinimu, finansiniais ir žmogiškųjų išteklių iššūkiais. Tačiau nė viena iš šių rizikų nėra priežastis

likti prie neveiksmingo status quo. Mūsų planas numato konkrečius atsakymus: skaidrumą užtikrina realaus laiko duomenys ir aiškūs terminai, tvarumą – efektyvesnis PSDF lėšų panaudojimas, specialistų trūkumą sprendžia rezidentūros plėtra, regionų pritraukimo modeliai ir komandinė medicina, o vidinį pasi-priešinimą mažina palaipsnis įgyvendinimas, gydytojų įtraukimas ir biurokrati-jos mažinimas.

Svarbiausia — parodyti, kad eilės nėra neišvengiamos. Jas galima trumpinti ne uždariant pasirinkimus ir stiprinant monopoliją, o suteikiant pacientui teisę rinktis, stiprinant pirminę grandį, įvedant tikrą atsakomybę už prieinamumą ir remiantis tarptautiniais veikiančiais modeliais. Tai ne teorija — tai įrodyta prak-tika, kurią galime pritaikyti Lietuvoje.

6 Kaip įgyvendinsime: teisė, atsakomybė, laikas

6.1. Teisiniai pakeitimai, užtikrinantys realų veikimą

KAD PLANAS NEVEIKTŲ TIK „POPIERIUJE“, BŪTINA AIŠKI ĮSTATYMINĖ BAZĖ:

IPR sistemos stiprinimas. Įstatymu įtvirtinti prievolę visoms PSDF lėšas gaunančioms įstaigoms – tiek valstybinėms, tiek privačioms – jungtis prie Išankstinės pacientų registracijos (IPR) sistemos ir viešinti pacientams prieinamus laikus: bent 95 % specialistų konsultacijų ir didžiąją dalį šeimos gydytojų konsultacijų, paliekant išlygą tik neatidėliotiniams atvejams. Kodėl svarbu: be visuotinio laikų viešinimo sistema neveikia — pacientas nežino realių galimybių, o įstaigos gali „slėpti“ prieinamumą.

Finansavimas pagal rezultatą.

Sveikatos draudimo įstatyme įtvirtinti prievolę sieti PSDF lėšas su prieinamumo rodikliais.

Pvz., 90 % šeimos gydytojo konsultacijų turi būti suteiktos per 7 dienas, 90 % specialistų – per 30 dienų. Nepasiekus standartų, dalis finansavimo sulaukoma arba mažinama.

Viešojo ir privataus sektoriaus partnerystės taisyklės. Įstatymiškai įtvirtinti, kad visos į PSDF krepšelį įtrauktos paslaugos gali būti teikiamos tiek viešose, tiek privačiose įstaigose pagal vienodas kokybės ir terminų taisykles. PSDF kompen-suojama dalis visoms įstaigoms turi būti vienoda ir už ją negali būti imama privalomų priemokų. Jei pacientas pasirenka papildomą komfortą ar aukštesnės kokybės priemones, tai turi būti aiškiai atskirta nuo valstybės kompensuojamos paslaugos.



TIKSLAS

Iki 2028 m. kiekvienas pacientas Lietuvoje mato realią laukimo eilę, šeimos gydytoją pasiekia per 7 dienas, o specialistą – per 30 dienų.

6.2. Institucinė atsakomybė

Pokyčiai veiks tik tada, kai atsakomybė bus aiški ir asmeninė:

Sveikatos apsaugos ministerija – nacionalinės IPR sistemos priežiūra, duomenų atvirumas, prieinamumo standartų rengimas ir atnaujinimas.

Valstybinė ligonių kasa (VLK) – priežiūra, ar laikomasi prieinamumo terminų ir rodiklių; PSDF lėšų paskirstymas pagal rezultatus; bazinio paslaugų paketo priežiūra regionuose.

Sveikatos priežiūros įstaigų vadovai – atsakomybė už skaidrų laikų viešinimą, komandinės medicinos veikimą ir prieinamumo rodiklių pasiekimą.

Esminis principas — atsakomybė turi būti susieta su vadovybės sprendimais: įstaigos vadovas, nevykdantis reikalavimų, neturi teisės į premijas ar kitus finansinius skatinimus. Tai užtikrina, kad įstaigos administracija realiai rūpintųsi paslaugų prieinamumu, o ne vien formaliu planų vykdymu.

6.3. Laiko grafikas

Pirmi metai – greiti pokyčiai

Įgyvendinami pagrindiniai teisės aktų pakeitimai dėl IPR sistemos privalomumo ir realaus prieinamumo rodiklių stebėsenos.

Apibrėžiamas bazinių paslaugų paketas su aiškiu minimaliu etatų ir paslaugų kiekiu pagal gyventojų skaičių kiekvienoje savivaldybėje (pvz., pediatras, psichikos sveikatos specialistas, slaugytojų komanda). Tai leidžia pereiti nuo „popierinio“ paketo prie realiai prieinamos pagalbos.

Pradedami parengiamieji darbai dėl **finansavimo pagal rezultatus** — rodiklių standartų nustatymas, pilotiniai projektai keliuose regionuose.

1–3 metai – sistemos paleidimas

Nuo 2026 m. visos PSDF lėšas gaunančios įstaigos privalo jungtis prie IPR sistemos ir viešinti registracijos laikus; nesilaikant šios prievolės, licencija sustabdoma ar nutraukiama.

IPR aprėptis padidinama iki **ne mažiau kaip 95 % specialistų konsultacijų laikų** ir didžiosios dalies šeimos gydytojų laikų, paliekant tik būtiną išlygą neatidėliotiniams atvejams.

Finansavimo pagal rezultatus modelis taikomas visoje šalyje: prieinamumo rodikliai tampa privalomi, įstaigų finansavimas susiejamas su realiu paslaugų suteikimo laiku.

Pirminė grandis stiprinama — slaugytojų, atvejo vadybininkų ir kitų komandos narių įtraukimas tampa standartine praktika, ypač regionuose.

Partnerystė su privačiu sektoriumi: įvedamos reguliarios papildomų paslaugų pirkimo iš viešų ir privačių įstaigų procedūros, jei nustatytos kvotos neužtikrina prieinamumo.



PAGRINDINĖ FINANSINĖ LOGIKA

Planas remiasi esamo PSDF efektyvumo didinimu, o papildomos investicijos orientuotos į sritis, kurios greičiausiai trumpina eiles (pirminė grandis, mobilios komandos, ambulatorinių įkainių koregavimas).

Telemedicina ir mobiliosios komandos padengia neužtikrintus bazinio paketo etatus regionuose.

3–5 metai – stabiliai veikianti sistema

Mobilios sveikatos komandos veikia nacionaliniu mastu, užtikrindamos paslaugas mažiausiai gyventojų turinčiose savivaldybėse.

Sistema visiškai pereina prie skaidraus eilių valdymo: visi terminai matuojami, rodikliai viešai prieinami, įstaigos finansiškai atsiskaito už prieinamumą.

Prevencijos aprėptis pasiekia ES tikslus: 70–80 % dalyvavimo pagrindinėse ligų patikros programose.

Eilės nėra „gamtos dėsnis“.
Tai netvarkos simptomas, kurį galima pašalinti.

6.4. Finansinės sąlygos

Pokyčiai neišvengiamai kainuos, tačiau dauguma jų nereikalauja naujų šimtų milijonų — pagrindinis efektas pasiekiamas efektyviau naudojant jau turimus Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) išteklius.

IPR sistema.

Nacionalinė išankstinės pacientų registracijos (IPR) platforma jau sukurta ir veikia; papildomų milijoninių investicijų nereikia. Esminis žingsnis — plėsti rodiklių aprėptį, įtraukti visas PSDF finansuojamas įstaigas ir viešinti laukimo laikus realiu laiku. Tai daugiau politinės valios ir priežiūros, o ne naujų lėšų klausimas.

Finansavimas pagal rezultatus.

Dalies PSDF lėšų susiejimas su prieinamumo rodikliais (pvz., ≥ 90 % konsultacijų per įstatyme numatytą laiką) pats savaime skatina efektyvumą. Siūlomas „rezultatų fondas“ — apie 3–5 % ambulatorinių PSDF lėšų (≈ 36 –70 mln. € per metus). Ši suma būtų rezervuojama ir neišmokama įstaigoms, kurios nepasiekia prieinamumo tikslų; gerai dirbančios gautų priedą („pay-for-performance“). Tai ne naujas papildomas poreikis biudžetui, o lėšų perskirstymas pagal pasiektą rezultatą.

Šeimos gydytojo komandų plėtra.

Didžiausia naujų lėšų kryptis. Slaugytojų, kineziterapeutų, atvejo vadybininkų ar kitų pagalbinių specialistų įtraukimas yra pigesnis nei nauji gydytojų etatai, tačiau reikalauja nuoseklaus finansavimo augimo, ypač regionuose. Tikslas — iki 2028 m. pasiekti bent EBPO vidurkį (2,5–3 slaugytojai vienam gydytojui).



Bazinių paslaugų paketas regionuose — telemedicina ir mobilios komandos.

Reikės investicijų į įrangą, transportą, mobilių komandų sudarymą. Planuojama, kad iki 2028 m. visos savivaldybės, kuriose trūksta realios bazinių paslaugų aprėpties, būtų pasiekiamos mobiliosiomis komandomis ar telemedicinos sprendimais.

Prevencijos plėtra.

Reikalaus tam tikrų papildomų išteklių (pvz., visuomenės sveikatos biurų veiklai, centralizuotoms patikroms), bet ilginiui mažina brangių hospitalizacijų ir komplikauto gydymo išlaidas.

Ambulatorinių paslaugų įkainių peržiūra.

Būtinai biudžeto perskirstymas, kad procedūros, kurios gali būti atliekamos ambulatoriškai, nebūtų „stumdomos“ į stacionarą. Padidinus įkainius ten, kur laukimas ilgiausias, galima pritraukti daugiau paslaugų teikėjų ir realiai sutrumpinti eiles.

Apibendrinimas

Šis planas nėra vien politinė deklaracija — jis turi aiškią įgyvendinimo architektūrą: konkretūs teisės aktų pakeitimai, atsakomybės grandinė ir realus laiko grafikas su etapais, kuriuos galima pamatuoti. Pagrindinis principas – ne kurti naujas struktūras, o priversti veikti tai, kas jau turime: nacionalinę registracijos sistemą, aiškius prieinamumo terminus ir PSDF finansinius svertus. Didžiausios investicijos bus reikalingos ten, kur jos duoda greičiausią rezultatą eilėms — stiprinant šeimos gydytojų komandas, pritraukiant specialistus į regionus ir teisingai sureguliuojant paslaugų kainodarą. Visa kita — skaidrumas, rodiklių matavimas, efektyvus PSDF pinigų judėjimas paskui pacientą — reikalauja daugiau politinės valios ir vadybos disciplinos nei papildomų milijonų.

Tikslas aiškus: iki 2028 m. pacientas mato realią eilę, šeimos gydytoją pasiekia per savaitę, specialistą — per mėnesį, o sistema veikia taip, kad efektyvumas ir skaidrumas būtų savaime suprantama norma, o ne kampaninis projektas.

„Laikas – paciento pusėje“:
mažiau laukimo, mažiau vėlyvų
diagnozių, daugiau pasitikėjimo.



Eilės nėra likimas – mūsų alternatyva žmonėms

Problema (kur esame)

73 % žmonių eiles laiko didžiausia bėda; trečdalis dėl laukimo nesikreipia į gydytoją. Vidutinė gyvenimo trukmė trumpesnė 5 metais vs. ES; ~1/3 onkologijos nustatoma vėlyvose stadijose.

Priežastys – dvigubas nesuderinamumas:

Paklausa: netvarkingi siuntimai, silpna prevencija, per siaura šeimos gydytojo komanda.

Pasiūla: trūksta specialistų, bazinių paslaugų regionuose, IPR skaidrumo ir atsakomybės už terminus.

Mūsų kryptis (ką darome kitaip)

Trys atramos: skaidrumas, pasirinkimas, atsakomybė už rezultatą.

1. Skaidrumas

- IPR tampa visuotiniu įrankiu: ≥ 95 % specialistų laikų ir didžioji dalis šeimos gydytojų laikų viešinami; neskelbti laikai – neapmokami PSDF.
- ≥ 50 % registracijų – internetu; paprasti paslaugų pavadinimai, aiškūs filtrai.
- „Dviejų eilučių“ sąskaita: kas apmokėta PSDF, kas – paciento pasirinkimas.
- Jei į IPR keliamos nemokamos ir mokamos paslaugos – kainos nurodomos aiškiai.

2. Pasirinkimas

- Jei paslauga yra PSDF krepšelyje, pacientas ją gauna ten, kur greičiausia – viešojoje ar privačiojoje įstaigoje, be privalomų priemokų už bazę.
- Viršijus terminus, VLK automatiškai perka papildomą pasiūlą (pvz., ≥ 5 % konsultacijų krepšelio vėluojančiose srityse).
- Telemedicina ir mobilios komandos padengia trūkstamus etatus visose savivaldybėse.

3. Atsakomybė už rezultatą

- Įstatymo terminai tampa matuojamu standartu: šeimos gydytojas ≤ 7 d., specialistas ≤ 30 d., skubioji pagalba ≤ 4 val.
- Rezultatų fondas 3–5 % ambulatorinių PSDF lėšų: pasiekus tikslus – priedas (3–5 %); vėluojant – sulaikymas / mažesnis tarifas.
- Rodikliai viešinami pagal įstaigą; atsakomybė – vadovybei, ne medikų algoms.

Kaip sumažinsime perteklinius vizitus

- Vieningi siuntimai visai sistemai (privatūs = vieši).
- Elektroniniai „checklistai“ siuntimams ir tyrimams – mažiau „grąžinimų“.
- Pasitikėjimas specialistais: kai diagnozė akivaizdi, gydytojas užbaigia sprendimą be formalaus „patvirtintojo“.
- Šeimos gydytojo komandos (slaugytojai, atvejo vadyba) perima lėtinių ligų priežiūrą; rodikliai – komandos lygiu.
- Prevencija: centralizuoti kvietimai, 70–80 % patikrų aprėptis, ≥20 % pirminės prevencijos lėšų NVO, darbas vakarais / savaitgaliais su paskatomis.

Iš kur atsiras daugiau paslaugų

- Ambulatorinių įkainių peržiūra, kad sustiprėtų paskatos teikti deficitines paslaugas.
- Regioninis profiliavimas: mažos ligoninės – bazė ir dienos chirurgija; sudėtingi atvejai – centruose.
- Bazinis paketas kiekvienoje savivaldybėje: aiškūs etatų normatyvai pagal gyventojų skaičių; trūkumą dengia telemedicina ir mobilios komandos.
- Slaugytojų–gydytojų santykis iki 2,5–3:1 (EBPO) iki 2028 m.; taikli rezidentūra ir regionų pritraukimas.

Ką tai duos pacientui (matomi pokyčiai)

- Matomas laikas ir reali trumpiausia eilė IPR, be „užkulisų“.
- Pagalba čia ir dabar šeimos gydytojo komandoje; mažiau „siuntimų ratų“.
- Greitesnės procedūros ten, kur ilgiausios eilės (automatiniai VLK pirkimai).
- Regionuose – mobilios komandos, nuotolinės specialistų konsultacijos.

Finansinė logika (kodėl tai įmanoma)

- Planas remiasi efektyvesniu esamų PSDF lėšų panaudojimu: skaidrumas + rezultatų fondas (3–5 %), kainodaros korekcijos ten, kur eilės ilgiausios.
- Didžiausia nauja investicija – šeimos gydytojo komandos; visa kita – valdymas, ne „dar vienos ministerijos kūrimas“.



KĄ TAI DUODA PACIENTUI

Net ir mažoje savivaldybėje žmogus turės realią garantiją, kad gaus bazinę pagalbą vietoje — ne tik formaliai „numatytą planuose“, bet faktiškai prieinamą per aiškiai apibrėžtus terminus. Tai reiškia mažiau kelionių į didmiesčius, greitesnį pirmą kontaktą su sveikatos sistema ir didesnę pasitikėjimą valstybės įsipareigojimu rūpintis visų regionų gyventojais.

Aiškūs tikslai iki 2028 m.

- IPR aprėptis: ≥ 95 % specialistų laikų, ≥ 50 % registracijų internetu.
- Terminai: ≥ 90 % konsultacijų laiku (7 d. / 30 d. / 4 val.).
- Prevencija: 70–80 % pagrindinių patikrų aprėptis.
- Regionai: 100 % savivaldybių padengtos baziniu paketu (vietoje / telemedicina / mobilios komandos).
- Komandos: slaugytojų–gydytojų santykis $\geq 2,5:1$.

Esmė vienu sakiniu

Mūsų kelias – ne draudimai ir monopolija, o skaidri eilė, paciento pasirinkimas ir aiški atsakomybė už laiką. Kiekviena sutrumpinta laukimo diena – daugiau sveikatos, daugiau gyvenimo, daugiau pasitikėjimo valstybe.

Eilės nėra norma – laikas veikti

Ilgos eilės nėra mūsų valstybės „lemtis“. Tai yra sistemos, kuri ilgai vengė skaidrumo, atsakomybės ir realių pasirinkimų, pasekmė. Socialdemokratų kelias — daugiau monopolijos, daugiau draudimų, daugiau laukimo. Jų pažadai apie prieinamumą be aiškių mechanizmų tik pratęs chaosą ir paciento bejėgiškumą.

TS-LKD kelias — priešingas: daugiau pasirinkimo pacientui, daugiau atsakomybės įstaigoms, stipresnė pirminė grandis, skaidri eilė ir aiški teisė gauti paslaugą laiku. Mes siūlome veikiančius sprendimus, patikrintus Europoje ir jau pradėtus Lietuvoje, bet sustojusius pusėje kelio.

Tai nėra ideologinė kova dėl privataus ar valstybinio — tai kova dėl žmogaus teisės gauti pagalbą, kai jos reikia. Mes sakome: valstybė neturi ginti sistemos nuo paciento, ji turi ginti pacientą nuo sistemos neveiklumo.

Kiekviena sutrumpinta laukimo diena — tai laiku išgelbėta gyvybė, sveikesnė šeima ir stipresnis pasitikėjimas valstybe. Todėl sakome aiškiai: eilės nėra norma, o skaidrumas, pasirinkimas ir atsakomybė yra mūsų atsakas.