



**LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMO NARĖ  
RIMANTĖ ŠALAŠEVIČIŪTĖ**

Gedimino pr. 53, 01109 Vilnius, tel. 239 6656, el. p. rimante.salaseviciute@lrs.lt

Lietuvos Respublikos  
Sveikatos apsaugos ministrui  
Arūnui Dulkiui

2022-06-0 Nr. RŠ -S - 92

Lietuvos Respublikos  
Seimo Sveikatos reikalų  
komiteto pirmininkui  
Antanui Matului

**DĖL SVEIKATOS SISTEMOS REFORMOS, DALYJE REABILITACIJOS  
PASLAUGŲ TEIKIME**

Reaguodama į viešojoje erdvėje pasirodžiusius medikų ir pacientų nuogastavimus dėl sveikatos reformos, kuria norima reformuoti ir rehabilitacijos paslaugas, š. m. gegužės 30 d. Seime surengiau spaudos konferenciją „Reabilitacijos sistemos reforma: ar kas pagalvojo apie pacientą?“. Spaudos konferencijoje dalyvavo: Odeta Vitkūnienė, Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamento direktorė, Rasa Biekšienė, Pirminės sveikatos priežiūros ir slaugos skyriaus vedėja, Elita Radkevič, Pirminės sveikatos priežiūros ir slaugos skyriaus Vyriausioji specialistė, Tatjana Golubajeva, VLK direktoriaus pavaduotoja, Lina Nosevič - Nacionalinės sanatorijų ir reabilitacijos įstaigų asociacijos vykdančioji direktorė; Gediminas Žižys - POLA prezidentas, Kristina Citvarienė, Lietuvos kurortų asociacijos direktorė, Neringa Čiakienė, POLA direktorė.

Spaudos konferencijoje dalyvavę pacientų, reabilitologų, sanatorijų ir kurortų atstovai, vienaip ar kitaip susiję su medicinine reabilitacija, išsakė savo nuomones apie reformos grėsmes, pabrėždami kad pokyčiai, kuriais siekta didinti medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumą, išskėlė daugiau problemų nei naudos.

Abejonių kelia Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymo Nr. I-1367 2, 10, 11, 15(1), 39 straipsnių pakeitimo, Įstatymo papildymo 46(1) straipsniu įstatymo projektas Nr. XIVP-1302, registruotas š. m. sausio 21 d., kuriame numatoma naikinti medicininės reabilitacijos ir sanatorinio gydymo įstaigas, integruojant jas į daugiaprofilines ligonines.

Argumentai:

1. Nuo 2020 m. gegužės mėn. pakeitus medicininės reabilitacijos sutarčių sudarymo tvarką ir įvedus kasmėnesines ir metines paslaugų teikimo kvotas priimančioms įstaigoms, nuo 2020 metų vasaros šalyje pirmą kartą per keliolika metų atsirado daugiau nei mėnesį siekiančios eilės norint patekti į medicininės reabilitacijos įstaigą.

Nuo š. m. sausio 1 d. Sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio 10 d. Nr. V-2818 įsakymu Dėl Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo dar kartą pakeitus medicininės reabilitacijos apmokėjimo tvarką, minėtos mėnesinės kvotos išskaidytos į penkias reabilitacijos rūšis, kiekvienai jų numatant atskiras kvotas. Dėl tokio bandymo planuoti pacientų sergamumą susidarė dar didesnės eilės, kurios kai kuriose įstaigose siekia ir iki kelių mėnesių, priklausomai nuo reabilitacijos rūšies. Taip pat pasirodė netolygumai tarp įstaigų: kai kurios iš jų nesugeba užsipildyti pacientais ir neišnaudoja savo kvotų, kai kitos, tuo tarpu, viršija nustatytas kvotas, rizikuodamos negauti pilno atlygio už viršsutartines paslaugas, bei dėl šios priežasties negali priimti visų norinčių reabilituotis tose įstaigose.

2. Dėl pirmame punkte minėtų pakeitimų atsiradus skirtingoms reabilitacijos rūšims, susiformavo ir atskiros eilės kiekvienai iš tų reabilitacijos rūšių medicininės reabilitacijos įstaigose. Dėl šios priežasties dalis pacientų laiku negauna jiems būtinos medicininės reabilitacijos. Šioje srityje dirbantys specialistai sutinka, jog po dalies susirgimų, traumų ar operacijų medicininę reabilitaciją būtina atlikti kaip galima skubiau, nes vėliau smarkiai krenta šios reabilitacijos efektyvumas ir, kraštutiniais atvejais, pacientams gali įvykti negrįžtami sveikatos būklės pakitimai.

3. Pagal Sveikatos apsaugos ministerijos planuojamą sveikatos sistemos reformą norima naikinti specializuotas ligonines, jas prijungiant prie didžiųjų ligoninių. Toks pakeitimas tiesiogiai liečia Abromiškių reabilitacijos ligoninę, Palangos reabilitacijos ligoninę, vaikų sanatoriją „Palangos gintaras“ ir „Tulpės“ sanatoriją ir kt. Minėtos įstaigos yra sėkmingai dirbančios, finansiškai savarankiškos, puikiai vertinamos pacientų ir teikiančios aukščiausio lygio medicininės reabilitacijos paslaugas. Nei Sveikatos apsaugos ministerija, nei Valstybinė ligonių kasa minimoms įstaigoms jokių priekaištų neturi.

Pažymėtina, kad viešajame sektoriuje visi projektai yra rengiami tik atlikus kaštų ir naudos analizę, tačiau apie šį projektą tokie duomenys nėra prieinami arba, galimai, tokia analizė apskrita nėra atlikta. Be to, toks sprendimas kelia pagrįsto nerimo dėl jo destruktivių pasekmių kurortams ir kurortinėms teritorijoms ir suponuoja, kad kiekvienais metais Lietuvos kurortuose, puikiai pritaikytuose gyvybiškai svarbioms reabilitacijos paslaugoms teikti, reabilitacinių pacientų vis mažės. Lietuvos kurortams, kurie išsiskiria natūraliaisiais gamtiniais ištekliais, neatsiejamais ir reabilitacijos procese, turi sukauptą materialiąją sanatorinės reabilitacijos paslaugų teikimo bazę, specialią infrastruktūrą, ilgametę patirtį, užtikrinančią kryptingą sveikatinimo ir sveikatingumo sričių veiklą, kyla grėsmė išnykti ir prarasti balneologinę vystymosi kryptį, kuri yra ne tik gyvybiškai svarbi ir neatsiejama reabilitacijos proceso dalis, bet taip pat ir kertinis kurortų plėtros pagrindas.

Minimose įstaigose dirba apie 800 darbuotojų, kasmet jose reabilituojasi tūkstančiai pacientų, todėl pokyčiai su šiomis įstaigomis negali būti atliekami neatlikus pilnos galimybių studijos, kaštų ir naudos analizės, neturint aiškiai nustatytų tikslų ir veiksmų planų.

Esama pagrįstų abejonų, kad įgyvendinant šį sprendimą, kurortai neteks ne tik efektyviai savo funkcijas atliekančių įstaigų, puikiai dirbančių, kvalifikuotų medicinos srities specialistų, bet taip pat - žymiai sumažės atvykstančių reabilitacijai pacientų, turistų skaičius. Reformos sukurta neaiški situacija sukels realią grėsmę tolesniam kurortų vystymuisi, jų infrastruktūros plėtojimui.

4. Nuo š. m. sausio 1 d. pakeista medicininės reabilitacijos apmokėjimo tvarka stacionarinę reabilitaciją įtvirtino penktu iš penkių prioritetų. Paimti bet kurios rūšies medicininės reabilitacijos viršsutarinių paslaugų apmokėjimo tvarka sudaro sisteminės sąlygas, pagal kurias kasmet neišvengiamai turėtų mažėti būtent stacionarinei medicininei reabilitacijai skiriamos lėšos. Atkreiptinas dėmesys į tai, jog prie dalies susirgimų ir pacientų funkcinį būklį ambulatorinė reabilitacija yra ne tik neveiksminga, tačiau dėl jos teikimo būdo (kasdienio poreikio nuvykti į medicininės reabilitacijos įstaigą, poreikio palaukti tarp procedūrų, poreikio susiorganizuoti maitinimą) gali būti neprieinama arba net žalinga. Savo specifika ambulatorinė reabilitacija labiau tinka teikti pavienes procedūras ir negali būti prilyginama pilnavertei stacionarinei reabilitacijai.

Pažymėtina, jog stacionarinė medicininė reabilitacija yra veiksmingesnė ir dėl paslaugos kompleksiško: pacientas pakeičia jį supančią aplinką, dažnai vyksta į užmiestyje esančią įstaigą, kurią supančioje aplinkoje yra nepalyginamai mažesnis oro užterštumas, o dažnu atveju dėl gamtinių aplinkybių stipriai jonizuotas oras turi ir mokslo įrodyto teigiamo poveikio pacientų sveikatai. Pacientams taip pat nereikia kasdien vykti į procedūras, nereikia rūpintis buitimi (pavyzdžiui, namų ruoša ar maisto gaminimu). Visos šios aplinkybės kompleksiskai padeda iš medicininės reabilitacijos gauti didžiausią galimą efektą paciento sveikatos būklei.

5. Remiantis Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacijos (toliau – POLA) vykdytos pacientų apklausos “Reabilitacija: galimybės ir paslaugų kokybė” duomenimis, pacientai mažai žino apie reabilitacijos paslaugų skyrimo tvarką, jie gydymo įstaigose nėra deramai informuojami apie reabilitacijos galimybes ir skyrimo kriterijus, kad gautų reabilitaciją, pacientams tenka kvosti, informacijos ieškoti patiems. Yra žinoma realių situacijų apie nesutvarkytus reabilitacijos skyrimo algoritmus, kada, pvz., po radikalios prostatos vėžio operacijos medicininė reabilitacija paskiriama po 3 dienų, o pacientams dar tebėra pajungti kateteriai ir apie jokiais procedūras negali būti kalbos, pacientai nukreipiami tik į tam tikras reabilitacijos įstaigas, o turėtų būti leidžiama rinktis, kur jie norėtų gauti reabilitacijos paslaugas. Be to, onkologiniams pacientams reikia parengti aprašus, kurios konkrečios reabilitacijos įstaigos teikia jiems efektyviausias paslaugas ar procedūras, taip pat onkologiniams pacientams reikalingi “žalieji koridoriai” reabilitacijos paslaugoms gauti.

Pažymėtina, kad didžioji dalis pacientų, pasinaudojusių reabilitacijos paslaugomis, pasisako už stacionarinę reabilitaciją, kadangi ji yra gerokai efektyvesnė už ambulatorinę. Beveik dešimtadalis iš ambulatorinę reabilitaciją gavusių asmenų pažymi, kad ji buvo neefektyvi, o daliai ambulatorinė reabilitacija ne padėjo, o pakenkė. Absoliuti dauguma reabilitacijos patirtį turinčių pacientų, jei rinktųsi pakartotinai, pageidautų stacionarinės reabilitacijos (95 proc. buvusių stacionarinėje reabilitacijoje ir 82 proc. buvusių ambulatorinėje reabilitacijoje). Būta atvejų, kai nesuderinta ambulatorinės reabilitacijos paslaugų teikimo tvarka, kada nesuderinti procedūrų tvarkaraščiai apsunkina pacientus, kai tenka laukti tarp rytinių ir popietinių procedūrų ir pan.

Pažymėtina, kad nuo šių metų įsigaliojusią asmeninio asistento pagalbą paslauga neįgaliesiems – apklausos duomenimis - tik 1 iš 14 pacientų, kuriems buvo reikalinga asmeninio asistento paslauga reabilitacijoje, tokią pagalbą gavo. Sveikatos apsaugos ministerijai ir Valstybinei ligonių kasai rūpinantis planavimu, įgyvendinimas tenka gydymo įstaigų vadovams, kurie yra skirtingų kompetencijų, nevienodos motyvacijos ir pajėgumų rasti

tinkamus kvalifikuotus specialistus teikti ambulatorinę reabilitaciją. Pažymėtina, kad specializuotos reabilitacijos įstaigos yra gerai veikiančios, pacientai jomis patenkinti, todėl, siekiant kokybiško rezultato sveikatos priežiūros sistemoje, būtinas bendradarbiavimas su pacientų organizacijomis.

6. 2021 m. balandžio 29 d. Seime buvo priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo Nr. I-1343 9 ir 11 straipsnių pakeitimo įstatymas, kuriuo buvo patikslintos medicininės reabilitacijos skyrimo nuostatos.

Siekiant užtikrinti medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumą, efektyvumą bei taikymo aiškumą, įstatymu nustatyta, kad medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos apdraustiesiems asmenims pagal indikacijas bei biosocialinių funkcijų sutrikimo ar ligos sunkumo laipsnį, nepaisant jų socialinės grupės. O medicininės reabilitacijos paslaugų teikimą ir apmokėjimą reglamentuoja sveikatos apsaugos ministro nustatyta tvarka – už medicininės reabilitacijos paslaugas mokama 100 proc. bazinės kainos, o už sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugas – 90 procentų bazinės kainos.

2021 m. patvirtinus naujus medicininės reabilitacijos paslaugų aprašus, asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios pirmojo etapo ambulatorines medicininės reabilitacijos paslaugas, susiduria su (nauja) problema: padidinus paslaugų prieinamumą ir jų apimtį, įstaigose susidaro didžiulės eilės: pacientai medicininės reabilitacijos paslaugų turi laukti po mėnesį ir dar ilgiau. Tai sukelia jų nepasitenkinimą, ypač ligai paūmėjus, esant skausmui ir pan. Įstaigose nepakanka vonių, masažo kabinetų, fizioterapijos įrangos. Net priėmus naujų darbuotojų, jiems nebūtų kur dirbti. Reikalingos naujos patalpos, priestatai, įranga, o tai susiję su didelių investicijų poreikiu. Su šia problema susiduriama ir Vilniuje, ir Kaune, ir kituose miestuose. Kai kurios įstaigos netgi svarsto nustatyti savo vidaus tvarką, sumažinant teikiamų paslaugų skaičių.

Pacientas, turintis TLK kompensuojamą kelialapį stacionarinei II ar ambulatorinei II reabilitacijai, susiduria su dideliais keblumais gauti vietą sanatorijoje ir atvykti į sanatoriją nustatytu laiku, t.y. per 10 dienų, kol galioja TLK pažyma. Laisvų vietų dažniausiai nėra, siūloma vieta po mėnesio ar daugiau, kai TLK pažyma nustoja galioti. Taip pacientas praranda skirtą reabilitaciją.

7. 2021 m. rugsėjo 7 d. į Sveikatos apsaugos ministeriją raštu kreipėsi Darbo grupė Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 11 straipsnio ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymo Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ pakeitimo projektams parengti (toliau – Darbo grupė), kuriame išdėstė nuomones ir pasiūlymus dėl realaus šio teisės akto keitimo poreikio ir tikslo, Sveikatos apsaugos ministerijos pristatomų reglamentavimo pokyčių, nukreiptų į medicininės reabilitacijos prieinamumo pacientams mažinimo, medicininės reabilitacijos apmokėjimo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) sąlygų bloginimo, PSDF biudžeto medicininei reabilitacijai panaudojimo, planuojamo medicininės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo modelio ir „žaliųjų koridorių“ principo, medicininės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo finansavimo modelio, planuojamų medicininės reabilitacijos paslaugų įkainių ir paslaugų klasifikacijos, į kurią Sveikatos apsaugos ministerija nereagavo dėl ko įgyvendinant Apmokėjimo tvarkos aprašą iškilo daugybė nesklaidumų.

Ivertinus Spaudos konferencijos metu pateiktus argumentus, prašome:

1. Peržiūrėti, įvertinti ir pakoreguoti Sveikatos apsaugos ministro 2021 m. gruodžio mėn. 10 d. įsakymu Nr. V-2818 patvirtintą Medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo bei psichosocialinės reabilitacijos paslaugų apmokėjimo tvarkos aprašą (toliau – Apmokėjimo tvarkos aprašas):

1.1. nustatant, jog įstaigoms būtų kiekvieną mėnesį apmokamos visos suteiktos paslaugos (nepriklausomai nuo reabilitacijos rūšies), jei bendra suma neviršija mėnesinės sutartinės sumos;

1.2. siekiant užtikrinti, jog pirmojo medicininės reabilitacijos etapo ar ambulatorinės reabilitacijos paslaugų kiekis nebūtų didinamas stacionarinės reabilitacijos sąskaita pakeisti Apmokėjimo tvarkos aprašą taip, jog visos medicininės reabilitacijos paslaugos būtų apmokamos lygiavertiškumo principu, t. y. viršplaninių paslaugų apmokėjimas būtų atliekamas vienodu eiliškumu;

1.3. papildyti Apmokėjimo tvarkos aprašo 2.2.1. punktą ( kuriame išskiriami ligų kodai, su kuriais galima gauti siuntimą prioritetinei medicininei reabilitacijai, t. y. taip vadinamam „žaliam koridoriui“) šiais ligų kodais:

a) KRAUJOTAKOS SISTEMOS LIGOS:

- 20.8, I20.0, Z95.1, I95.4 po atliktos aortokoronarinės jungties operacijos.
- 35.0 – I.35.9, Z95.2, Z95.4 nereumatinės aortos vožtuvo ydos po atliktos aortos vožtuvo operacijos.
- 0 – I34.9, Z.95.2, Z95.4 nereumatinės vožtuvo ydos po atliktos aortos vožtuvo operacijos.
- 4 subendokardinis miokardo infarktas.
- I71, I72, Z95.8 po galūnių arterijų operacijų.

b) NERVŲ SISTEMOS LIGOS:

- M15 – M19 su Z95.6 po protezavimo operacijų.
- M05 – M07 su Z95.6 po protezavimo operacijų.
- 12, M43.16, M43.17, M50.0, M51.1, M48.06, M48.02, M43.12, M43.16, M43.17, po stuburo operacijų – diskų išvaržų, stuburo stenozės ir stuburo spondilolistezės.

c) STUBURO TRAUMOS, PAŽEIDIMAI, OPERACIJOS:

- S42, S52, S72, S82 po osteosintezės operacijų.
- S12 – S33 stuburo slankstelių lūžiai, stuburo plastinės operacijos.

d) ONKOLOGINĖS LIGOS PO OPERACIJŲ:

- C71, C72 po galvos smegenų operacijų.
- 0 – C71.8, C72, D33.0 – D33.7 po galvos smegenų operacijų.

1.4. atsižvelgti ir įvertinti 2021 m. rugsėjo 7 d. Darbo grupės Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymo 11 straipsnio ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 17 d. įsakymo Nr. V-50 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ pakeitimo projektams parengti rašte nurodytas problemas ir teiktus pasiūlymus.

2. Siekiant objektyviai įvertinti dabartinę situaciją ir priimti geriausius sprendimus, atlikti ir pateikti:

- a) planuojamų pokyčių kaštų ir naudos analizę;

- b) aiškiai įvardinti planuojamų pokyčių tikslus bei įvardinti siektinas kokybinių bei kiekybinių rodiklių reikšmes, ypač liečiančias paslaugų kokybę, paslaugų prieinamumą bei pacientų pasitenkinimą;
  - c) veiksmų planus dėl planuojamų pokyčių;
  - d) apsvarstyti, ar tokiems svarbiems pokyčiams (dalies įstaigų prijungimui prie didesnių įstaigų) būtų tikslinga atlikti pilotinį projektą ir tik tuomet spręsti, ar tokie pokyčiai padės sutaupyti biudžeto lėšas, padidins efektyvumą ir, svarbiausia, ar padidins paslaugų kokybę bei paslaugų prieinamumą pacientams.
3. Išsaugoti sėkmingai veikiančią medicininės reabilitacijos sistemą, tame tarpe ir stacionarinę reabilitaciją kurortuose ir kurortinėse teritorijose veikiančiose sanatorijose ir reabilitacijos įstaigose, taip sudarant pacientams galimybes gauti efektyvias organizmo funkcinės būklės atstatymo paslaugas bei balneologines procedūras apjungiant natūraliuosius gamtinius išteklius.
4. Siekiant kokybiško rezultato sveikatos priežiūros sistemoje - bendradarbiauti su pacientų organizacijomis, įtraukti juos į medicininės reabilitacijos atnaujinimo tvarkos rengimą.
5. Šio kreipimosi pasiūlymams aptarti organizuoti Sveikatos apsaugos ministerijos pasitarimą, pakviečiant visus Spaudos konferencijos dalyvius, Seimo sveikatos reikalų komiteto narius, kurie pageidautų dalyvauti susitikime, bei kitus suinteresuotus asmenis.
- Apie priimtus sprendimus prašau informuoti mus raštu.

Dėkojame už bendradarbiavimą.

Pagarbiai  
Seimo narė

Rimantė Šalaševičiūtė

Nacionalinė sanatorijų ir reabilitacijos įstaigų asociacijos  
Vykdančioji direktorė

Lina Nosevič

Lietuvos kurortų asociacijos direktorė

Kristinas Citvarienė

Pagalbos onkologiniams ligoniams asociacijos  
Prezidentas

Gediminas Žižys