

***Šeimos gydytojo darbo apmokėjimo tvarka
Lietuvoje – šiandieninės problemos ir
galimybės***

***Dr. J. Kairys
Dr. E. Žėbienė***

Vilnius, 2003.11.26

Situacijos kitimas per pastaruosius metus:

Lovų skaičius stacionare 10-čiai tūkstančių gyventojų sumažėjo nuo 109.2 (1996 metais) iki 97.0 (2000 metais).

Vidutinė gulėjimo stacionare trukmė sumažėjo nuo 14.8 d. (1995 m) iki 10.7 d. (2000m).

Lietuvos Sveikatos informacijos centras

Gulėjimo stacionare trukmė pagal amžiaus grupes:

15- 44 m. amžiaus grupėje vidutinis pacientų gulėjimo stacionare laikas sumažėjo nuo 13 d. iki 9 d. (4 dienomis 1-am asmeniui)

65+ amžiaus grupėje- nuo 21 d. iki 14 d. (7 dienomis).

Šaltinis: Lietuvos Sveikatos informacijos centras

Tokiu būdu, sunkiomis ligomis sergantys pacientai trumpiau gydomi stacionare, ir gražinami tolimesniam gydymui ir sekimui į PSP grandį. Gydymas ambulatorinėse sąlygose reikalauja papildomo ištyrimo, priežiūros bei papildomų išlaidų kompensuojamais vaistams.

Remiantis BPG norma MN 14, patvirtinta Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 1999 m. gruodžio 16 d. Įsakymu Nr. 553, 42 straipsniu,

gydytojo pareiga yra "konsultuotis su atitinkamu specialistu arba nukreipti pacientą pas specialistą konsultuotis ir gydytis neaiškiu, nepriskirtu jo kompetencijai atveju arba negerėjant ar blogėjant paciento būklei".

Toliau mažinant stacionarų tinklą Lietuvoje ir neperskirstant sutaupyto lėšų, papildomas sveikatos priežiūros paslaugų kiekio didėjimas esant nekintamam finansavimui, neišvengiamai sukels sveikatos priežiūros paslaugų kokybės blogėjimą.

“Skatinamas brangiausių, specializuotų ambulatorinio bei stacionarinio sektorių produktyvumas, o PSP įstaigos nesuinteresuotos savo paslaugomis keisti mediciniškai nereikalingos antrinės priežiūros. Kuo daugiau pacientų BPG siunčia konsultacijoms ir/ar į ligoninę, tuo mažesnės PSP įstaigų kintamosios išlaidos.”

G. Černiauskas, A. Dobrovolskas, L. Murauskienė “Pirmasis reformų dešimtmetis:sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste.”

Sveikatos ekonomikos centras, 2000, p:198.

Pasiūlymai:

Šeimos gydytojų atlyginimus galima didinti esant šiandieninei paslaugų apmokėjimo tvarkai, bet ne įkainiams.

Nesant aiškiai nustatytų bei tiksliai įvertinamų rodiklių apmokėjimui PSP paslaugų dalies pagal darbo rezultatus arba atliekamas papildomas paslaugas, finansavimo tvarka turėtų likti pagal prisirašiusių pacientų skaičių.

Pasiūlymai:

Siekiant padidinti PSP darbo užmokestį, būtų tikslinga didinti esamus įkainius už gyventoją.

Tai leistų sumažinti vieno gydytojo aptarnaujamų gyventojų skaičių, efektyviau panaudoti slaugytojų turimas žinias bei patirtį, pagerinti paslaugų prieinamumą.

Pirmajame etape galima įvesti papildomą finansavimą už tyrimus, kurie yra arba gali būti atliekami ir vertinami PSP grandyje, įtraukus juos į BPG normą (pvz. kraujo krešumo tyrimai vartojantiems antikoagualiantus pacientams, ir kt). Tuo būtų sutaupoma lėšų sumažėjus siuntimų antrinio lygio konsultacijoms, atsirastų galimybė padidinti PSP finansavimo dalį, skiriamą darbuotojų užmokesčio fondui.

Pasiūlymai:

Ateityje būtų tikslinga įvesti kombinuotą PSP paslaugų apmokėjimo sistemą – dalį finansavimo skiriant už prisirašiusius gyventojus, kitą dalį – už atliekamas papildomas procedūras bei paslaugas.