

GYDYTOJŲ žinios

2026 M. GEVĖŽIS 14 D.



KUR DINGSTA SVEIKATOS APSAUGAI SURENKAMI PINIGAI?

KODĖL FINANSŲ MINISTERIJA RIBOJA GALIMYBES
PANAUDOTI PSDF REZERVĄ PACIENTŲ GYDYMUI?



ASPĮ suteikta per ketvirtį
viršsutartinių paslaugų
už veik 40 mln.



Paslaugos suteikiamos –
apmokėjimo nėra.



VIRŠSUTARTINIŲ
PASLAUGŲ SUMA
~40 MLN. €



Dėl PSDF rezervo	2, 3
Imunoprofilaktikoje turi dalyvauti visi: ir gydytojai, ir pacientai	3–5
Būtina kalbėti apie tikslinį finansavimą vėžio sričiai	5, 6
Ar pacientai pamėgs naujovę?	6, 7
Skirti daugiau dėmesio aktyviajai diagnostikai	7, 8

Dėl PSDF rezervo

Net trijų posėdžių reikėjo Seimo Sveikatos reikalų komitetui, kad su Finansų ministerija būtų pradėtas dialogas gauti papildomų lėšų iš PSDF rezervo. Antrajame Seimo Sveikatos reikalų komiteto posėdyje kilo aršios diskusijos paaiškėjus, kad sveikatos priežiūros įstaigos per pirmą šių metų ketvirtį jau suteikė viršsutartinių paslaugų už maždaug 40 mln. eurų, o lėšų apmokėti nėra. Neeiliniame komiteto posėdyje dalyvavo finansų ministras Kristupas Vaitiekūnas, sveikatos apsaugos ministrė Marija Jakubauskienė ir Valstybinės ligonių kasos (VLK) direktorius Gytis Bendorius.

Sveikatos apsaugos ministrė M. Jakubauskienė posėdyje teigė, kad viršsutartinių paslaugų ir biudžeto trūkumo klausimas yra rutininis ir sprendžiamas kasmet. Todėl bandymai pateikti šį klausimą kaip netikėtumą tikrai neatitinka realybės. Pasak jos, svarbiausia tai, kad viršsutartinių paslaugų apmokėjimas bus užtikrintas: „Visi Lietuvos pacientai gali jaustis saugūs, kad jiems reikalinga medicininė pagalba visose gydymo įstaigose tikrai bus suteikta. Papildomas įsikišimas ar intervencijos čia tikrai nėra reikalingos. Mūsų pajėgos yra sutelktos, resursai ir mechanizmai yra vietoje, taip, kaip buvo ir anksčiau. Paslaugos bus apmokamos, kaip numatyta prioritetine tvarka. Tai yra techninis, vadybinis procesas, kuris reikalauja susikaupimo iš visų pusių, o ne triukšmo. Sveikatos apsauga neturi tapti politinių kovų aikšte. Mes neturime leisti būti įtraukti į bet kokias diskusijas. Mes turime aiškų planą, sutelktą Vyriausybės palaikymą ir vykdomo socialdemokratų įsipareigojimus Lietuvos žmonėms. Užtikrinti sveikatos paslaugas visiems gyventojams visuose regionuose, nepriklausomai nuo jų socialinių ir ekonominių galimybių.“

Komiteto nariai turėjo galimybę pateikti klausimų. Jurgita Sejonienė konstatavo, kad „gydymo įstaigos teigia, jog nesumokama už viršplanines paslaugas. Kaip gyventi rajono gydymo įstaigoms, nes jos jau perėjo nuo stacionarinio paslaugų teikimo modelio į dienos paslaugas?“ Ministrė atsakydama į parlamentarės klausimą priminė, kad centrinė sveikatos



apsaugos ašis sistemoje yra pacientas. Sutartiniai įsipareigojimai gydymo įstaigoms yra vykdomi ir viršsutartinių paslaugų apmokėjimas prioritetine tvarka bus.

Orinta Leiputė VLK vadovui pateikė klausimą, primindama, kad valdančiosios koalicijos prioritetas yra ne tik nacionalinis saugumas, bet ir sveikatos apsauga. Parlamentarė norėjo sužinoti apie sutarčių sudarymą, kiek gydymo įstaigos savo argumentais pakeikė galutinio sutarčių projektus ir kiek pirmą ketvirtį yra paslaugų, kur neatsižvelgta į gydymo įstaigų argumentus. G. Bendorius atsakė: „Iš mūsų pasiūlytų sutarčių apie 2 000 įstaigų sutiko su sutartinėmis ir jas iš karto pasirašė. 183 įstaigos pateikė įvairių pastebėjimų ir pasiūlymų. Planinės ekonomikos sąlygomis ne visada įmanoma į tai atsižvelgti. Derybų metu buvo paskirstyta pagal kai kuriuos kriterijus dar 25 mln. eurų. Jie buvo pasilikti kaip rezervas deryboms. Panašios sumos buvo kiekvienais metais. Tai yra 3 proc. viso fondo. Per ketvirtį neįvykdymas siekė 27 mln. eurų, viršijimas – 41 mln. eurų. Yra gydymo įstaigų, kurios vienu paslaugų neviršijo, bet viršijo kitas. Mus neramina šiek tiek konsultacijų, dienos chirurgijos viršijimai. Yra smulkus prirašijimo, pakartotinių paslaugų ir kita. Pirmą ketvirtį ligonių kasos išleido 980 mln. eurų vaistams, paslaugoms, reabilitacijai, stacionarui ir kitkam. Viršijimas yra 40 mln. eurų. Didelės dramos nėra. Dalis gydymo įstaigų gavusios sutartis tarsi ir įsipareigojo jų laikytis. Jos turi galimybę šiek tiek daugiau teikti paslaugų, jas intensyviai ir pradėjo teikti. Jei

jas įstaigos šiek tiek pristabdytų, sutilptume į šiuos finansus, dėl kurių esame sutarę.“

Komiteto pirmininkė Lina Šukytė-Korsakė finansų ministro paklausė, kaip su privalomojo sveikatos draudimo fondo rezervu ir jo perspektyva. Finansų ministras sakė, jei yra didesnės pajamos, tai ir rezervas didės: „Ar jis iki begalybės didės, į tokį klausimą negaliu atsakyti. Noriu priminti, kad mūsų šalies fiskalinė skalė riboja išlaidas, o ne deficitą. Pagal tai, ką esame sutarę su Europos Komisija (visos ES šalys yra susitarusios), mes savo išlaidas galime didinti tam tikru dydžiu. Kitais metais mūsų išlaidos gali augti 4,8 proc.“

Komiteto narys Rimas Jankūnas, dėkodamas sveikatos ministrei už emocinį pasisakymą, pastebėjo, kad ne apie tai diskutuojama: „Kalbame apie privalomojo sveikatos draudimo fondo rezervą. Finansų ministras kalbėdamas apie biudžeto finansavimą naudojo mūsų sumokėtus pinigus tam, kad balansuotų biudžetą, spręstų problemas. Žmonės moka pinigus, rezervas didėja, bet piliečiai negauna paslaugų. Pasak jo, yra įtarimas, kad Finansų ministerija nedirba savo darbo ir sveikatos apsauga balansuoja biudžetą, sprendžia kitas problemas. Man panašu ne į tiesą, kad prioritetas yra ir sveikatos apsauga, bet tai atrodo atvirkščiai. Atrodo, kad mūsų sveikatai sumokėti mokesčiai slepiami tam, kad būtų parodyta, jog su biudžetu yra viskas gerai.“

Finansų ministras Seimo nariui atsakė: „Galiu užtikrinti, kad Finansų ministerija nesukčiauja, neslepia nieko. Tiesiog mūsų sis-

tema yra tokia, kai iš gyventojų surenkame įmokų daugiau, nei planavome, bet visuomenėje turėtume žiūrėti į savo, į mūsų, valstybės finansų sistemą, biudžeto visumą. Vaizdžiai sakant, yra skirtingos kišenės. Vienoje kišenėje šiek tiek pinigų daugiau, o kitoje trūksta bendros sumos. Tokia yra mūsų biudžeto sistema. Jei pasižiūrėtume, kam yra išleidžiama, didžiausia dalis finansų išeina socialiniam draudimui, pensijoms mokėti. Nereikia supriešinti skirtingų poreikių, reikia suprasti, kad valstybė surenka daug mažiau pajamų, nei turi išlaidų. Valstybė savo piliečiais rūpinasi, jų neapgaudinėja. Tiesą sakant, valstybės skola auga. Jei mes norime platesnio socialinio kontrakto tarp jo ir geros sveikatos apsaugos sistemos ir gero švietimo, krašto gynybos ir gerų kelių, tuomet turėsime žiūrėti į sumą ir didinti valstybės pajamas.“

R. Jankūnas apgailestavo, kad posėdyje nėra premjerės: „Manau, kad ji privalėtų įsipareigoti, kad Finansų ministerija turėtų pakeisti reikiamus įstatymo projektus. Tai, ką surenkame sveikatos apsaugai, būtų ir išleista sveikatos apsaugai. Būtent Finansų ministerija nesugeba to padaryti.“

Seimo narė J. Sejonienė dar kartą paklausė abiejų ministrų: „Kokių pasiūlymų turite pacientams, nes paslaugų reikia daugiau, nei mes dabar galime suteikti?“ Ministrė M. Jakubauskienė pacientams turi patarimą: atsakingai rūpintis savo sveikata, o kai reikia pagalbos, kreiptis į gydymo įstaigą, ir visos paslaugos jiems bus suteiktos, sveikatos apsaugos sistema finansuojama taip, kad kiekvienas pacientas gautų pagalbą. Daug paslaugų valdymo ir efektyvumo yra gydymo įstaigų viduje. Ten didelis potencialas didinti paslaugų teikimą. Finansų ministras sakė, kad „praėjo pirmas ketvirtis, dar ankstyvas metas, negalime pasakyti nei prognozuoti, tiesiog matėme, kad paslaugų suteikta keliais procentais daugiau, negu buvo suplanuota. Tie ketvirčiai gali skirtis, vieni mažiau, kiti vėl daugiau. Pamatysime, kol kas anksčiau šnekėti. Kaip sveikatos apsaugos ministrė sakė, tikrai paslaugos yra teikiamos ir bus teikiamos,

Atkelta iš p. 2

ir gyventojai, kaip ir ankstesniais metais, gaus paslaugas.“ Ministrė posėdžio dalyvius patikino, kad viršplaninėms paslaugoms apmokėti yra surasti rezervai VLK, PSDF biudžete.

G. Bendorius patikino, kad prioritetų grupės nesikeitė, jos yra tos pačios nuo liepos 1 dienos: „Šiuo metu esame paruošę sprendimą dėl dalies pirmo ketvirčio viršsutarinių paslaugų apmokėjimo. 12,6 mln. eurų suma, kurią galime saugiai išleisti apmokėdami pirmą ketvirtį. Greičiausiai

gegužės 19 d. bus Privalomojo sveikatos draudimo tarybos posėdis, kuris turėtų pritari ti lėšų paėmimui ir tada ministro sprendimu tos lėšos būtų paskirstytos ir gegužės pabaigoje sumokėtos. Kada bus sumokėta likusi suma už viršsutarines paslaugas, priklausys nuo galimybių pasinaudoti PSDF rezervu. Buvo priminta, kad vaistams šiomet skiriama rekordinė suma – 19 proc. viso fondo lėšų. Vaistų finansavimas ypač geras. Šiomet iš rezervinio sąrašo įtraukėme visus vaistus į kompensavimą taip, kaip numato įstatymai. Pagal juos šiomet nau-

jų vaistų galime ir nebeįtraukti. Įtraukti naujai sukurtą vaistą ar sumokėti už daugybinės traumas, insulto gydymą – tai sunki dilema. Gali taip nutikti, kad vietoj vieno ar kito vaisto išleisime pinigų rimtoms paslaugoms apmokėti. Gal naudosisime vaistų pinigų paslaugoms, arba atvirkščiai, bet dabar naudosisime vidines ekonomijas taip, kaip leidžiama. Šiuo metu biudžeto netiksliname ir kol kas neperskirstome.“

Komiteto narys Linas Urbonavičius pastebėjo, kad sumažinus įkainius mažinama ir apimtis: „Mes niekaip neprieiname prie

valstybės sveikatos draudimo fondo lėšų už valstybės draudžiamuosius asmenis. Reikia ieškoti būdų didinti privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšas, kad galėtume užtikrinti paslaugas. Finansų ministerija turi rasti būdų tam tikrą kiekį lėšų padidinti. Buvo siūloma padidinti apmokėjimą už valstybės draudžiamuosius asmenis, deja, nebuvo į tai atkreiptas Finansų ministerijos dėmesys. Bet, jei manome, kad sveikatos apsauga yra prioritetas, turime rasti sprendimą.“

„Gydytojų žinių“ informacija

Imunoprofilaktikoje turi dalyvauti visi: ir gydytojai, ir pacientai

Seime vyko imunoprofilaktikai skirta konferencija „Kokio ateities scenarijaus linkime Lietuvai?“

Šeimos gydytojų profesinės sąjungos valdybos narė Jurga Dūdienė teigė, kad būtent visa šeimos gydytojų komanda dalyvauja imunoprofilaktikoje, „nes turime gerų įrankių, kiekvienos amžiaus grupės pacientams mes randame persėjimams, kokie dar laukia skiepai. Tai mes matome savo įstaigų elektroninėse sistemose.“ „Bendraudami su pacientu (ar tai suaugęs, ar tai šeima su mažais vaikais), mes visada matome, kokio gali būti pasiūlyta imunoprofilaktika, kokie skiepai gali būti suplanuoti ar ką galime pasiūlyti dabar pasiskiepyti. Komunikacija, kai vyksta pas slaugytojus ar šeimos gydytojo kabinetą, yra operatyvinė, jokių strategijų net nereikia planuoti, nes mes praktiškai iškart dabar galime gauti gerą rezultatą – žmogus atėjo profilaktiškai ir jis gauna visą profilaktiką, taip pat imunoprofilaktiką. Teko susipažinti su gyventojų apklausa. Tyrime pristatyta apklausa, kur 59 proc. apklaustųjų skiepų programą vertina palankiai. Vaikų skiepų kalendorių turime, bet nėra suaugusiems tokio kalendoriaus, kurį atsiverti, pasižiūri, kokia riba esi pagal amžių, ir matai, kas tau konkrečiai yra valstybės garan-

tuota. Tai paprasta idėja. Tyrimai sako, nors 59 proc. gyventojų skiepų programą vertina gana palankiai, tik 45 proc. iš jų skiepijosi. Tai vertinu ir per visuomenės sveikatos prizmę – kiek procentų nuo konkrečios ligos mes turime imunizaciją visuomenės. Tačiau vertinu ir kaip asmens. Kai žiūrime visuomenės skiepų procentus, darosi gana liūdna. Sakysime, žmogaus papildomos viruso antro skiepo pusė neateina, kurie buvo pasiskiepiję, o šiaip ateina tik pusė, kuriuos pagal amžių galime paskiepyti. Bet jei tas konkretus žmogus nepasiskiepijo, jis yra 100 proc. nepasiskiepijęs: jam grėsmė susidurti su sunkiu virusu. Kiekvienam žmogui toks susidūrimas su virusu gali turėti tragiškus pasekmes“, – įsitikinusi šeimos gydytoja J. Dūdienė.

Ji primena, kad dabar Latvijoje tymų protrūkis: „Kada iki mūsų ateis – vienas žingsnis, nes ir tymų skiepų apimtis mažėja. Lietuvoje yra savivaldybių, kur skiepijimo rezultatai yra per 80 proc., kitoje savivaldybėse paskiepyta tik 50 proc. populiacijos, bet kai kuriose savivaldybėse per metus nebuvo vykdoma skiepijimo akcijų ir t. t. Kiek kiekvienas žmogus padaro sau investuodamas į sveikatą, kad jis toliau sveikas augtu, bręstų ir amžėtų.“

„Vakcinacijos tema yra labai aktuali, nes suprantama, kad svei-

kata yra svarbiausia gyvenime. Vakcinacijos aprėptimis Lietuvoje negalime pasigirti. Mes turime padidėjusį meningokokinės infekcijos atvejų skaičių, padaugėję ir pneumokokinės infekcijos atvejų ir kt. Jei krinta vakcinacijos apimtis, turime ir didesnę susirgimų skaičių. Vertindami vakcinacijos efektą, matome didžiulį susirgimų sumažėjimą. Sakysime, difterijos infekcija pernai sirgo tik vienas pacientas. Šios užkrečiamosios ligos atvejų skaičius iki skiepijimų pradžios (1950–1952 m.) siekė per 1400 asmenų. Pradėjus skiepyti nuo 1956 m. (vakcina buvo sukurta 1943 m.) susirgimo atvejų sumažėjo 99,9 proc. Tymų, raudonukės ligų atvejų matyti žymus sumažėjimas 2025 m. Atsiradus skiepams kai kurios užkrečiamosios ligos pradėtos valdyti“, – konferencijoje teigė Nacionalinio visuomenės sveikatos centro (NVSC) Užkrečiamųjų ligų valdymo skyriaus specialistė Edita Jegelevičienė.

Konferencijos dalyvius ji supažindino su visuomenės informavimo apie skiepų naudą ir kitų užkrečiamųjų ligų profilaktikos planu šiemetams. Viena veiklos kryptis – vizualizacijų taikymas. Tai įvairūs infografikai, informacinė medžiaga, skirta visuomenei bei gydytojams. „Esame gavę atsiliepimų, kad NVSC pateikta medžiaga yra labai efek-

tyvi, aiški, konkreti. Ja specialistai puikiai naudojami. Įvairiose diskusijose apie vakcinacijos apibrėžčių didinimą paaiškėjo tėvų ir globėjų atsakymai bei neigiamas požiūris dėl pasitikėjimo skiepais: didėjantis atsisakymų vakcinuoti skaičius, socialinių tinklų įtaka, dezinformacija, nepasitikėjimas sveikatos sistema ir institucijomis, skeptiškas požiūris į prevencines priemones. Pasitaiko neigiamas ar pasyvus požiūris į skiepus, nepakankamas skiepų rekomendavimas pacientams ir t. t. ASPJ ne visos vadovybės įsitraukia, skiepijimo rodikliai neintegruoti į veiklos tikslus, trūksta sistemingo priminimo (SMS, skambučiai), per mažai informacijos apie užsikrėtimo atvejus ir protrūkius ir kt.“, – kalbėjo E. Jegelevičienė.

NVSC direktorius Vaidotas Gruodis teigė, kad „veiksmų atliekama daug ir ASPJ, savivaldybėse, bet žiūrėdami į bendrą rezultatą džiaugiamės, kad stabilizuojame situaciją, skiepijimo kai kuriomis vakcinomis apimtis gal ir didėja. Mes turime atrasti bendrą raktą, kad būtume visuomenės erdvėje: ir veidas, ir žinutės. Kartu su Sveikatos apsaugos ministerija turime parengtą socialinės informacijos projektą, pagal jį turėsime nemažą sumą (2,8 mln. eurų) 30 mėnesių imunoprofilaktikai skatinti bei

Atkelta iš p. 3

kitoms sritims (sveikai mitybai, burnos higienai ir t. t.). Projekto veiklos bus suskaidytos tarp didmiesčių, regionų. Pati pradžia ir bus komunikacijos strategijos parengimas, derinsime, su visais ieškosime, kad būtų sudėliota strategija tikslinėms grupėms. Pagal vakcinės rūšį turime žinoti, kuri yra tikslinė grupė, turime



J. Dūdienė

turėti aiškias priemones, kaip jas pasiekti. Projekto galutinis tikslas ir būtų vakcinacijos aprėpčių didinimas, nes dabar einame į ligų protrūkių, o tai yra grėsmė mūsų visuomenės sveikatai."

Sveikatos apsaugos ministrės patarėja visuomenės sveikatos klausimais Aušra Želvienė mano, kad tai yra raštingumo didinimas: „Imunizacija yra viena iš temų – žmonės turi būti raštingi ir suprantantys svarbą. Visuomenėje dar trūksta atsakomybės už visuomenės sveikatą. Europoje yra didžiulė problema. Imunizacijos tema yra labai populiari visuomenei skaldyti. Ši problema nėra labai greitai sprendžiama. Jei buvo skirtas finansavimas, tai yra realus prioritetas, o ne vien kalbomis pagrįstas. Vakcinacija yra prioritetas."

Sostinės Šeškinės poliklinikos direktorius Mindaugas Sinkevičius mano, kad pagrindinis dalykas yra prioritetai ir pastangų klausimas, bet matant visą aibę problemų su pacientais, galbūt kenčia kitos sritys: „Mes daugiau dėmesio skiriame šeimos medicinai, tad nukenčia kitos sritys, o laikas ir išteklių yra riboti. Vien šeimos medicina problemų neišspręš. Gydytojų įstaigos gali kažkokią įtaką padaryti. Gal kitos gydymo įstaigos skiria daugiau dėmesio kitiems prioritetams nei šeimos medicinai. Jei valstybė teigtų, kad skiepijimas yra svarbiausias prioritetas, rezultatai būtų geresni ir aukštesni. Tik ar

galime sau leisti išskirti vieną sritį? Mūsų pavyzdys – nusprendėme, kad mums tai svarbu. Apie tai šnekėjome su visais darbuotojais, organizavome visą veiklą taip, kad pacientai būtų aktyviai raginami, skatinami, netgi premijuojami. Mes nupirkome jiems tam tikrų papildų, kad jie tik ateitų, pavyktų juos prikalbinti eiti skiepytis. Tam labai reikia skirti energijos ir išteklių. Kai gauni



M. Sinkevičius

tą naudą, ar ji lygi toms pastangoms, kurias buvo įdėjusi šeimos medicina? Dabar medicina daug ką gali padaryti, bet tik su labai didelėmis pastangomis."

Vilniaus universiteto docentė, vaikų infekcinių ligų gydytoja Inga Ivaškevičienė konferencijoje sakė situaciją matanti gana tragišką: „Skiepijimo apimtis labai mažėja. Visi turi susitelkti ir daryti kažką, nes kai kuriais metais matyti, jog kažkas ir vyksta, bet pamatius rezultatus paaiškėja, kad jie vis blogesni. Kiek mes gavome gyventojų, vaikų iš Ukrainos. Mes su tais žmonėmis, kurie bėgo nuo karo, turime kitaip bendrauti. Ukrainiečių šeimose yra nemažai tų, kurie nėra skiepyti ir kai kurie net nesirodo skiepytis. Mums svarbi duomenų analizė, jos norėtusi geresnės ir kokybiškesnės, kad galėtume pagerinti veiksmų, nukreiptų į tikslines grupes, planą, kuris tikrai yra raktas, o ne kažkoks guru, apie kuriuos galime kalbėti medikų bendrijose, bet mamai, kuri augina 3 metų vaiką, neįdomu, ką pasakė kažkoks profesorius. Gal jai būtų įdomiau, ką apie tai pasakytų Beata Nicholson?"

Konferencijoje nuotoliu savo mintis išdėstė ir šeimos gydytojas Valerijus Morozovas. Jo teigimu, po kovo pasipriešinimas skiepams pasidarė gana ryškus visame pasaulyje. Kai kurios šalys su tuo susitvarkė, o kitos, deja, ne. Jis viliasi, kad galbūt pagaliau kas nors įsijungs ir be asmens

sveikatos priežiūros į imunoprofilaktikos plėtrą, jos populiarinimą. Pasak jo, mūsų problema – už vakcinacijos apimtį atsakingos asmens sveikatos, o ne visuomenės sveikatos sistema. „Jos orientacija būtų į apskaitą, o ne į paslaugų suteikimą. Deja, nėra masinės nuolatinės daugiaprofilinės informavimo kampanijos. Mūsų komunikacijos klaidos – antivakserių aktyvumo ignoravimas

gali vienaip ar kitaip paveikti, nes mūsų oponentai sklinda per tą grandį. Savivaldybių mastu sveikata sudaro labai nedidelę dalį, daugiausia rūpesčių savivaldai kelia švietimas, kiti ekonominiai bei finansiniai reikalai. Vienas kitų kriterijų, kuris stipriai paveikė per pastaruosius 10 metų, kuris padėjo mums prailginti gyvenimo trukmę Lietuvoje, tai žuvusiųjų skaičius eismo įvykiuose. Tuomet matėme šurpias reklamas, kurios darė poveikį. Kada padidėdavo profilaktika onkologijoje – būtent tuomet, kai žymūs asmenys sirgo ir kovojo su vėžio pasekmėmis. Būtent tuomet padidėdavo preventinės patikros. Tai didelis klausimas dėl tų pačių guru, ką pasirenkame. Reiktų prisiminti, kaip per COVID-19 pandemiją elgėsi mūsų valstybės lyderiai. Nemažai jų oficialiai dalyvavo skiepų kampanijose. Onkologijoje didelę įtaką turi POLA, šios organizacijos gretos didėja, nariai sugeba vieni kitus palaikyti. Ar tai galima daryti su imunoprofilaktika? Sunku pasakyti, bet ieškome variantų. Reikia pasakyti, kad šeimos gydytojų krūviai yra didžiuliai. Reikia prisiminti, kiek prie šeimos gydytojų yra prisirašiusių pacientų. Norėčiau paklausti konferencijoje esančių šeimos gydytojų – ar spėjate bent galvą pakelti? Deja, turbūt ne visada, ypač kai gripo sezonas: tuomet krūviai yra žvėriški", – konferencijos dalyviams kalbėjo A. Klišonis.

ir vakcinacijos išnaudojimas politinei įtakai. Pasitikėjimas svarbiau nei informacija, svarbu ne tik informuoti, bet ir klausytis, vien faktų nepakanka – svarbios ir istorijos bei patirtys", – kalbėjo V. Morozovas.

Lietuvos savivaldybių asociacijos prezidentas Audrius Klišonis priminė, kad įvykiai šalia mūsų taip pat mums turi įtakos, – tai Rusijos ir Ukrainos karas. „Dalis iš Ukrainos atvykusių gyventojų nėra vakcinuoti, turime ir atvykusių ir iš kitų šalių, kurie neturi skiepų paso. Kai buvo tymų protrūkis Visagine, paaiškėjo, kad tuos „perliukus" atnešė asmenys iš Indijos ir Šri Lankos, kurie nebuvo skiepyti. Jei nori kovoti su priešu, reikia jį pažinti. Ar dezinformacija eina per oficialią spaudą? Praktiškai – ne. Jei mes eisime su sava informacija per oficialią spaudą, jos, deja, nelabai kas skaito. Tad mūsų siekių ir nesužinos. Dabar populiarūs įvairūs visuomeniniai burbulai, mamų klubai ir t. t. Jei nesi jų narys, tavo informacija nepasieks jų ausų. Būtent reikia judėti į tas sferas, kurios yra kitokios. Dėl pačių veidų – guru, deja, taip pat neveiks. Bet jei tuo klausimu kalbėtum, sakysime, Beata Nicholson ar „Stonkus tiesiogiai", manau, tas poveikis būtų didesnis, nes jie veikia kitą segmentą. Socialiniai tinklai įėjo į mūsų gyvenimą, jie daro įsokį poveikį, ne vien gerą. Socialinių tinklų yra kiti guru. Tai nuomonių formuotojai – *influenceriai*, kurie

Valstybinės ligonių kasos (VLK) direktorius Gytis Bendorius pabrėžė, kad imunoprofilaktikos apimtį pinigai neriboja. VLK suplanavo, kiek tam reikia lėšų, ir jų užtektų. „Problema ta, kad nesugebame piliečių įtikinti, jog skiepai padeda gelbėti jų gyvybes. Šiemet imunoprofilaktikos skiepams įsigyti skirsime apie 22 mln. eurų. Esame netoli nuo Danijos proporcijų. Papildomai skiriame 6 mln. eurų priemonoms šeimos gydytojams už gerus vyresnių žmonių ir vaikų skiepijimo nuo gripo rezultatus. Galėtų būti problema, kaip tuos pinigus sumokame. Už gripo skiepą mokame 2,32 euro. Šiemet nupirksime 250 tūkst. skiepų – 30 tūkst. daugiau nei pernai. Imamės savos rizikos, nes manome, kad geriau išpilti 10 ar 20 tūkst. skiepų, nei nepaskiepyti piliečių, nes kiekvienas skiepijimas gelbsti gyvybes. Perna viena problemų buvo, kad skiepai gydymo įstaigas pasiekė spalį. Šių metų sutartyse nurodyta, kad skiepai turi būti pristatyti

Atkelta iš p. 4

rugpjūčio pabaigoje, numatoma juos tą patį mėnesį ir pristatyti gydymo įstaigoms. Būtent tuo metu paleisti rimtą komunikaciją būtų verta. Už skiepą papildomai mokame 6,36 euro už skiepų suleidimą gydytojams ar

ruošiamo pakeitimus. Šiuo metu išvedama mediana – 18 proc. senjorų pasiskiepijo nemokama vakcina. Tos šeimos gydytojų komandos, kurios pasiskiepijo daugiau, nei yra mediana, gauna papildomą priemoną kitais metais, kas mėnesį po truputuką. O žemiau medianos negauna

gauni apmokėjimą. Antivakserių veikla labiau susijusi su vaikų skiepijimu, o vyresnių žmonių problema yra tik motyvacijos stoka. Įvairovė didelė. Vidurkis yra 20 proc., o danai apie 80 proc. yra pasiskiepiję. Lietuvos gydymo įstaigose yra prisirašiusių asmenų (vyresnių žmonių) bemaž vieno-

senjorų, maždaug 5 tūkstančiai iš jų nesusirgtų gripu, maždaug 350 nepakliūtų į ligoninę dėl plaučių uždegimo (už plaučių uždegimą mokame 1906 eurus). Čia sutaupome apie 700 tūkst. eurų. O 100 tūkst. gripo skiepų kartu su gydytojų paskatinimais mums kainuotų apie milijoną eurų. Iš tų 100 tūkst. pasiskiepytų apie 26 asmenis nenumirtų. Kiek kainuoja mirtis? Vieni kokybiški metai vertinami 27 tūkst. eurų, vidutinis senjoras (65 metų) gyvens apie 18 metų. 90 proc. mirusiųjų nuo gripo pernai buvo vyresni nei 65 metų. Jei išgelbėsime 260 gyvenimo metų (kiekvieni metai – 27 tūkst. eurų), tai būtų apie 10 mln. eurų. Efektas bendras net ir skaičiuojant pinigais, labai apsimoka, ką ir kalbėti apie to vyresnio žmogaus gyvybę. Dabar oficialiai yra 705 mirtys nuo gripo komplikacijų. Tad būtina keisti mąstymo paradigmą. Atrodytų, kad pinigų užtenka, kai ką galima nuveikti pajudinant gydymo įstaigas. Jeigu žmogus pasiskiepijo pernai, jis labiau linkęs pasiskiepyti ir šiemet. Jei jo aplinkoje kas nors skiepijosi pernai, jo kaimynas, draugas taip pat bus linkęs pasiskiepyti“, – įsitikinęs VLK vadovas G. Bendorius.



I. Ivaškevičienė



A. Klišonis

slaugytojams. Galėtume ir vaistiniams sumokėti už darbą. Tas išplėtimas, kas galėtų skiepyti, įmanomas. Suvedus tvarkingai į e. sveikatą, sužinotume. Koks skirtumas, kur asmuo pasiskiepytas. Šiuo metu šeimos gydytojų skatinimas už tai, kad pasiskiepijo, yra gerokai kreivas. Mes

papildomų priemonų. Visi tais metais pasiskiepijo blogiau, bet vis tiek gauna. Norime, kad tai nebūtų judanti mediana, bet solidus dydis, kurį būtina pasiekti, kad ir kiek pasiektų – visi gautų, o jei nepasieki – negauni. Ir norime pervesti į momentinį mokėjimą – mėnesį pasiskiepijai ir tuoj pat

das, o pasiskiepijimo rezultatai skiriasi. Matyt, tai yra vis dėlto požiūrio klausimas. Dalį darbų galime nuveikti pakalbėdami su gydymo įstaigų kolektyvais, jų administracijomis ir t. t. Skiepyti nuo gripo apsimoka. Dabar senjorų pasiskiepija apie 100 tūkst. Jei pasiskiepytume dar 100 tūkst.

„Gydytojų žinių“ informacija

Būtina kalbėti apie tikslinį finansavimą vėžio sričiai

Seimo Sveikatos reikalų komitete įvyko susitikimas su Europos vėžio organizacijos (ECO), Nacionalinio vėžio centro, Sveikatos apsaugos ministerijos ir Finansų ministerijos atstovais. Susitikime akcentuota, kad vėžys išlieka viena didžiausių visuomenės sveikatos problemų Europos Sąjungoje – kasmet diagnozuojama apie 2,7 mln. naujų atvejų ir 1,3 mln. mirčių, o be papildomų veiksmų iki 2035 m. sergamumas gali išaugti apie 24 proc. Nors apie 40 proc. atvejų galima išvengti, liga vis dar sukelia didelę socialinę ir ekonominę našą, o prieiga prie prevencijos, diagnostikos ir gydymo paslaugų tarp valstybių narių išlieka netolygi.

Susitikimo centre – diskusijos dėl Europos Sąjungos daugiamečių finansinės perspektyvos – Europos Sąjungos biudžeto 2028–2034 m. Europos vėžio organizacijos vyriausioji politikos pareigūnė Marion Lotė (Marion L'Hôte) ir komunikacijos pareigūnė Otilija Kolceriu (Otilia Colceriu) teigė, kad siūlomam daugiamečių finansinės programos modeliui ECO išreiškė susirūpinimą, kad sveikatos politika šiame siūlyme nebėra aiškiai išskirta kaip savarankiška sritis – ji integruojama į platesnį konkurencingumo fondą kartu su biotechnologijomis, žemės ūkiu, bioekonomika ir kt. Iki šiol buvusi pagrindinė Europos Sąjungos sveikatos iniciatyva gali

prarasti savo struktūrinį vaidmenį. Tai kelia grėsmę, kad sveikatos, ypač onkologijos, klausimai taps antriniais ir priklausomi nuo ekonominių prioritetų. Šiame kontekste ECO pristatė pagrindinius siūlymus: užtikrinti finansavimą kovai su vėžiu, įskaitant bent 2 mlrd. eurų Europos vėžio fondą, skirtą „Europe's Beating Cancer Plan“ tęstinumui, stiprinti Europos Sąjungos lygmens koordinavimą ir efektyviau pasitelkti nacionalinius bei regioninius partnerystės planus vėžio gydymo infrastruktūrai. Šių tikslų nebus įmanoma pasiekti be aktyvaus valstybių narių palaikymo, todėl ECO ragina vyriausybės palaikyti atskiro Europos Sąjungos biudžeto

išlaidų derybose dėl naujojo finansavimo laikotarpio.

ECO susitikime pristatė pagrindines kryptis, aktualias onkologijos sektoriaus bendruomenei: vėžio politikos prioritizavimas Europos Sąjungos darbotvarkėje, atskiros sveikatos finansavimo krypties užtikrinimas būsime Europos Sąjungos biudžete, aukšto lygio politinio dėmesio onkologijai stiprinimas. Diskusijoje akcentuota, kad sprendimai dėl finansavimo struktūros turės tiesioginę įtaką prevencijos, ankstyvos diagnostikos, gydymo ir inovacijų prieinamumui Lietuvoje. Kartu aptarta, kaip onkologijos

Atkelta iš p. 5

sektorius lyderiai galėtų prisidėti formuojant Lietuvos poziciją ir telkiant visuomenės palaikymą šiam klausimui, pabrėžiant, kad esamų iniciatyvų tęstinumo neužtikrinimas būtų reikšmingas praradimas pacientams ir visai sveikatos sistemai.

ECO atstovių darbotvarkėje buvo numatyti darbiniai susitikimai su Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų ir onkologijos sektoriaus atstovais iš Vilniaus universiteto Santaros, LSMU Kauno klinikų, Klaipėdos universiteto ligoninės, Nacionalinio vėžio instituto bei POLA. ECO komandos atstovai



susitiko ir su sveikatos apsaugos sistemos atstovais. Sveikatos apsaugos viceministras Daniel Naumovas susitikime su ECO atstovėmis aptarė būtinybę užtikrinti, kad šiuo metu kuriamoje naujojo Europos konkurencingumo fondo struktūroje būtų numatytas tęstinis finansavimas vėžio prevencijai, gydymui ir moksliniams tyrimams. Taip pat diskutuota apie Lietuvos vaidmenį pirminkavimo Europos Sąjungos Tarybai 2027 m. kontekste, siekiant išlaikyti dėmesį onkologinių ligų klausimams Europos politinėje darbotvarkėje.

„Gydytojų žinių“ informacija

Ar pacientai pamėgs naujovę?

Pernai buvo įdiegta naujovė – Lietuvos didžiuosiuose miestuose turėjo atsirasti skubiosios medicinos pagalbos kabinetai. Jų tikslas – optimizuoti skubiosios medicinos pagalbos teikimą ir sumažinti pacientų stacionarinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų skubiosios pagalbos skyriuose, kurių skaičius ypač išauga savaitgaliais ir po darbo valandų.

Seimo Sveikatos reikalų komiteto posėdyje Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) pateikė informaciją apie pirminės sveikatos priežiūros efektyvumą ir priemones jam didinti. SAM atstovė Greta Undžytė parlamentarams priminė, kad Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio miestų savivaldybių teritorijose veikiančiuose sveikatos centruose steigiamuose kabinetuose turėjo būti teikiamos skubiosios medicinos pagalbos paslaugos pagal šeimos gydytojo kompetenciją. Pasak jos, kol kas tokie kabinetai įsteigti tik Vilniaus (Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje) ir Šiaulių (Dainų pirminės sveikatos priežiūros centre) miestų savivaldybėse. Anot G. Undžytės, iš viso pernai šiuose skubiosios medicinos pagalbos kabinetuose buvo registruotas tik 8 441 gyventojų apsilankymas.

Parlamentarai teiravosi, kodėl tokie skubiosios pagalbos kabinetai įsteigti ne visuose miestuose. Sveikatos apsaugos viceministras Arnomedas Galdikas ir pats stebėjosi, kodėl per metus

įsteigti tik du skubiosios pagalbos kabinetai. Jo pastebėjimu, pernai buvo tik virš 8 tūkst. apsilankymų. O visas Vilnius – visos sostinės gydymo įstaigos – yra sudariusios sutartį su šia ligonine. Tad ir iškyla klausimas, kodėl pacientai nesikreipia į šį kabinetą. „Kiek suprantu, nėra motyvacijos kurti tokius kabinetus, neapsimoka – įkainiai per maži, nerandama, kas gali budėti. Tai daugiau vadybos problema. Bet šis klausimas labai aktualus sprendžiant priėmimo skyrių nukrovimą“, – manantis viceministras.

Komiteto pirmininkės pavaduotojas Andrius Busila mano, kad nesteigiami tokie kabinetai, nėra iki galo aišku, kas už tai atsakingas: „Negalio kalbėti už visus miestus, bet žinau Panevėžio situaciją. Skubiosios pagalbos kabinetus turėtų steigti sveikatos centrai, bet tai nėra konkreti įstaiga, pvz., poliklinika, bet tie centrai, kurie savivaldybėse buvo kurti struktūriniu ar funkcinu pagrindu. Jei savivaldybėje veikia privačios gydymo įstaigos, kai reikia įkurti skubiosios medicinos pagalbos kabinetą, kas atsakingas – ar sveikatos centras, į kurį įeina ir privačios gydymo įstaigos, kurios visiškai nenori prisidėti prie to kabineto steigimo, ar tik savivaldybės sveikatos priežiūros įstaiga? Nes jei tik savivaldybės, jei tai yra didelis krūvis, o privačios įstaigos įsitraukti nenori. Kaip SAM ateityje planuoja kitas savivaldybės pavaldume esančias

gydymo įstaigas skatinti skubiosios pagalbos kabinetų steigimą?“

Viceministras A. Galdikas patikino, kad privačios įstaigos, kaip ir valstybinės, t. y. viešosios, turi užtikrinti skubią ambulatorinę pagalbą. Valstybinės ligonių kasos direktoriaus pavaduotoja Tadžana Golubajeva sakė, kad šiuo metu diskutuojama dėl gerų darbo rezultatų peržiūrėjimo. Vienas žingsnių galėtų būti ir kreipimasis į skubiosios pagalbos skyrius. Jos manymu, pirminės sveikatos priežiūros centrai arba skubiosios pagalbos kabinetai būtų suinteresuoti priimti daugiau pacientų, kad mažiau kreiptųsi į skubiosios pagalbos skyrius. T. Golubajeva teigė, kad planuojama nuo naujų metų pradėti skatinti įstaigas, kurių žmonės mažiau kreipiasi į ligoninių priėmimo skyrių. A. Galdikas pastebėjo, jog pirmos, antros, trečios kategorijos skubumo pacientų, kuriems reikia greitai suteikti pagalbą, nedaugėja, bet visai kita situacija su mažiau skubiais atvejais: ketvirtos kategorijos pacientų, kuriems reikia suteikti pagalbą per 2 valandas, ir penktos kategorijos ambulatorinių pacientų skaičius per 10 metų padidėjo daugiau kaip 50 proc. Šie pacientai kaupiasi priėmimo skubiosios pagalbos skyriuje, ir taip tie srautai susidaro.

G. Undžytė pristatė, kad šiemet pradėti PAASP paslaugų teikimo modelio pakeitimai: siekiant didinti paslaugų prieinamumą ir efektyviau išnaudoti turimus

žmogiškuosius išteklius asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kuriose dirba šeimos gydytojas, PAASP paslaugas savarankiškai gali teikti vaikų ligų gydytojas ir vidaus ligų gydytojo komanda. Kartu atsakyta privalomo komandos narių etatų santykio – tai sudarys sąlygas PAASP įstaigoms komandas sudaryti atsižvelgiant į pacientų poreikius ir skirtingas apylinkių struktūras pagal pacientų amžių ir ligotumą. Šeimos medicinos paslaugas teikiančio gydytojo ir jo komandos laboratoriniai tyrimai jau kompensuojami. 25 tyrimai apmokami iš bazinio mokėjimo už prirašytąjį gyventoją. Už 28 tyrimų atlikimą mokamas skatinamasis priedas. Iš jų – 11 naujų tyrimų skiriama šiemet. 8 tyrimai vykdomi prevencines programas. Įgalinti slaugytojai pernai išrašė 92,7 proc. daugiau receptų nei 2024 m. Numatytos šeimos medicinos plėtros priemonės 2026–2028 m. Šeimos komandos stiprinimas: šiemet kineziterapeutų įgalinimas šeimos gydytojo komandoje, 2026–2028 m. šeimos gydytojo kompetencijų plėtra. Šiemet ir 2027 m. šeimos gydytojo komandoje dirbančių slaugytojų ir akušerių savarankiškai teikiamų ASPP plėtra. Šiemet tikimasi sukurti optimalios šeimos apylinkės modelį. Iki kitų metų, esant poreikiui, atlikti teisinio reguliavimo pakeitimus, užtikrinančius skubiosios medicinos pa-

Atkelta iš p. 6

galbos kabinetų veiklą. Siuntimų pas asmens sveikatos priežiūros specialistus tvarkos peržiūra ir pacientų srautų pagal sveikatos būklės riziką atskyrimas. PAASP veiklos rezultatų vertinimo ir skatinamojo finansavimo sistemos tobulinimas: dar šiemet numatyta tobulinti gerų darbo rezultatų

tent todėl jie pasirenka priėmimo skyrių, o ne skubiosios pagalbos kabinetą.

Valstybinės ligonių kasos direktoriaus pavaduotoja T. Golubajeva komiteto nariams posėdyje paaikšino, kad skubiosios pagalbos kabinetai pradžioje buvo nuostolingi, todėl jie ir nebuvo steigiami. Šiuo metu yra papildomi baziniai mokėjimai šiems kabinetams (siekia iki 4 tūkst.

Tas skirtumas buvo pridėtas prie „galvos“ įkainio. Vyresniems žmonėms tyrimų paslaugos buvo pabrangusios. Šiai grupei tyrimams skiriama daugiau kaip 4 eurai (už vieną tyrimą). Jauniems žmonėms tyrimai skiriami labai retai, taip buvo galima prisidėti po 1–2 euro centus prie „galvos“. Tas įsakymas kol kas nukeltas iki liepos mėnesio tam, kad gydymo įstaigos prisitaikytų prie savų

viena iš priemonių, kuri suaktyvins šių kabinetų steigimą.

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto docentės daktarės Sonatos Varvuolytės, kuri yra Lietuvos šeimos gydytojų profesinės sąjungos narė, nuomone, pranešimas per platus: „Pati esu praktikuojanti gydytoja. Mes daug atiduodame šeimos gydytojų funkcijų, kurios galėtų ir likti. Kiek turime lėšų – norime suteikti, išplėtoti, nes mūsų tikslas turėtų būti, kaip pasiekti geresnių rezultatų iš esamų resursų. Mes neturime nei žmogiškųjų išteklių tiek daug, nei finansinių lėšų. Tiesiog atiduoti tas lėšas, kurias anksčiau uždirbdavo šeimos gydytojai. Būtent ir todėl galbūt mažėja tas efektyvumas. Čia mano asmeninė įžvalga, neparemta skaičiais, bet tiesiog jausmas, kas dabar vyksta. Tenka bendrauti su šeimos gydytojais iš kitų šalių. Tie procentai nėra labai aktyvūs ypač Airijoje, Prancūzijoje. Šeimos gydytojų pozicija yra tvirtesnė ypač Airijoje. Tų specialistų, kurie įsitraukia į pirminę sveikatos priežiūrą, turėtų būti aiškus darbo laiko apibrėžimas. Dabar slaugą namuose žmonės gauna palyginti daug. Ta linkme šis procesas toliau turėtų judėti. Tai labai gerai, šis procesas yra pozityvus. Dėl įkainių sumažinimo galiu perduoti kolegų refleksijas: tikrai finansavimas pakito. Kolegos jaučia, kad jis sumažės ypač privačiose įstaigose, kur tas lėšas atsakingai skirsto. Dėl netolygumo, manau, reiktų plačiau panagrinėti.“

Savo įžvalgas komiteto posėdyje išsakė ir šeimos gydytojų profesinės sąjungos pirmininkė Alma Astafjeva.

„Gydytojų žinių“ informacija



G. Undzytė



Docentė daktarė S. Varvuolytė

rodiklių sąrašą, PAASP paslaugų, už kurias mokami skatinamieji priedai, plėtra.

LSMU profesorius Leonas Valius teigė, kad skubiosios medicinos konsultacijų kabinetą būtų buvę geriau steigti prie priėmimo skyriaus, nes sunegalavęs pacientas vyksta į priėmimo skyrių, kuriame atliekami ne tik tie baziniai tyrimai, kurie numatyti skubiosios pagalbos kabinete, bet priėmimo skyriuje atliekami išplėstiniai tyrimai (kompiuterinė tomografija ir kitų specialistų apžiūra, konsultacijos ir kt.). Tad pacientai gauna išsamią konsultaciją ir bū-

eurų ir papildomai mokama už kiekvieną apsilankymą). Šie kabinetai steigiami ten, kur yra dideli pacientų srautai. Buvo apskaičiuota, kad šie kabinetai neturėtų būti nuostolingi. Anot jos, gal yra žmogiškųjų išteklių problema, dėl to ir neskubama jų steigti regiono centruose. Skatinamųjų paslaugų įkainiai buvo perskaičiuoti remiantis sąnaudomis per įstaigų duomenis. Po vieną centą pridėta, nes buvo apskaičiuotos kainos, kurios buvo mažesnės tuo metu nei skatinamieji priedai, kad įstaigos gautų pajamas ir nebūtų mažinamas jų finansavimas.

finansavimo sistemų. Iš pirminės asmens priežiūros nebuvo atimtas nė vienas centas. Dabar diskutuojama dėl gerų darbo rezultatų peržiūrėjimo skubiosios pagalbos skyriuose. Kad skubiosios pagalbos kabinetai būtų suinteresuoti priimti pacientus, kurie mažiau kreiptųsi į skubiosios pagalbos skyrius. Dabar atliekami modeliavimai, jau įvyko keli susitikimai. Liepos mėnesį numatoma pateikti duomenis, vėliau patvirtinti nuostatas dėl gerų darbo rezultatų peržiūrėjimo ir nuo Naujųjų metų pradėti tai įgyvendinti. T. Golubajeva mano, kad tai bus

Skirti daugiau dėmesio aktyviajai diagnostikai

Širdies, inkstų ir metabolinio sindromo paplitimo Lietuvoje problema ir galimos sprendimo kryptys aptartos Seimo Sveikatos reikalų komiteto posėdyje. Pacientų organizacijos „Gyvastis“ prezidentė Aušra Degutytė parlamentarams pristatė, kad šią prob-

lemą aptars su Lietuvos nefrologijos, dializės ir transplantacijos asociacijos prezidentė, Kauno klinikų Nefrologijos klinikos vadove profesoress Inga Arūnė Bumblytė ir Vilniaus universiteto Santaros klinikų profesoriumi Mariumi Miglinu, kuris yra Inkstų fondo vadovas.

A. Degutytė teigė, kad bus pristatyti tyrimai, taip pat pateikti pasiūlymai dėl galimų sprendimo kryptų. Pasak I. A. Bumblytės, praėjusieji metai buvo svarbūs ir reikšmingi. Pirmą kartą inkstų sveikata oficialiai buvo įtraukta į Pasaulio sveikatos organizacijos

infekcinių ligų darbotvarkę, kurioje priimta istorinė rezoliucija dėl inkstų sveikatos. Pasaulio sveikatos organizacija dabar visame pasaulyje pripažįsta inkstų ligas kaip visuomenės sveikatos

Nukelta į p. 8

Atkelta iš p. 7

prioritetą. Kitais metais Lietuva imsis lyderės vaidmens sveikatos programose pirmininkaudama Europos Sąjungos Tarybai, todėl tikimasi, kad atlieps svarbiausias sveikatos problemas. Anot profesorės, lėtinės inkstų ligos – auganti visuomenės grėsmė. Prognozuojama, kad iki 2050 m. Vakarų Europoje jos taps trečia pagrindine mirties priežastimi. Bet kokio laipsnio lėtinė inkstų liga, net ir ankstyviausiu stadijų, kai inkstų funkcija dar normali, yra susijusi su padidėjusia priešlaikinės mirties bei įvairių širdies ir kraujagyslių įvykių rizika. Daugiau nei viena iš dešimties mirčių nuo širdies ir kraujagyslių ligų yra susijusi su sutrikusia inkstų funkcija. Inkstų ligos dažniausiai būna besimptomės ir dauguma net nežino, kad serga. 83 proc. potencialiai sergančių lėtinėmis inkstų ligomis lieka „nematomai“. Jie neturi lėtinės inkstų ligos kodo e. sveikatoje, jie nėra nei registruojami, nei tikrinami, nei gydomi kaip sergantys inkstų liga. Prof. I. A. Bumblytė teigė, kad pavėluotos diagnostikos pasekmės būna skaudžios. Didelė rizika progresuoti iki galutinės inkstų nepakankamumo stadijos, dažniausiai pacientams prireikia dializės ir transplantacijos. Ligoniams tai reiškia prastesnę gyvenimo kokybę, o sveikatos sistemai – dideles išlaidas. Anot jos, susidaro užburtas ratas: širdis, inkstai, diabetas, nutukimas – tai naujai įvardytas širdies ir inkstų sindromas. Šiame užburtame rate viena liga skatina kitos vystymąsi. Sergančių šiuo sindromu gyvenimo kokybė visais atžvilgiais pablogėja. Europos inkstų asociacija jau kelintus metus aiškina, kokių tyrimų reiktų, jei holistiškai žiūrėtume į žmogaus sveikatą: pirmiausia kraujo spaudimo, cholesterolio ir glikemijos. Albuminurija yra aukščiausias inkstų pažeidimo rodmuo, anksti ją nustatę ir pradėję lėtinės inkstų ligos prevenciją, laimėsime 27 metus gyvenimo be dializės. Per šį rodmenį galime pamatyti širdies ir kraujagyslių būklę. Tai svarbu žinoti. Albuminurija ne tik rodo, kaip progresuos inkstų ligos, bet ir kaip progresuos širdies ir kraujagyslių ligos. Albuminurija yra nepriklausomas širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnys – rizika didėja proporcingai albumino lygiui.

Komiteto posėdžio dalyviams buvo pateikti pirmą kartą nacionaliniu mastu atlikto tyrimo pagal realaus gyvenimo duomenis

rezultatai. Šiame tyrime buvo vertinamas širdies, inkstų ir metabolinio sindromo paplitimas bei širdies pažeidimo žymenų naudojimas Lietuvoje. Nepakankamas diagnostinių tyrimų taikymas atskleidė praleistas galimybes atlikti ankstyvą ligų diagnostiką. Tarp asmenų, turinčių širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių, inkstų funkcijos rodiklis įvertintas tik 53,5 proc. atvejų, o albuminurija – vos 9 proc. pacientų. Tarp sergančiųjų antro tipo diabetu asmenų albuminurijos tyrimo dažnumas buvo vos 13 proc., o inkstų funkcijos rodiklis – 55 proc. Lietuvos nefrologijos, dializės ir transplantacijos asociacijos duomenimis, 2023 m. pabaigoje Lietuvoje buvo 2466 pacientai, gydomi pakaitine inkstų terapija. Kiek yra sergančiųjų 1–4 stadijos lėtinėmis inkstų ligomis, nežinoma, nes nėra lėtinės inkstų ligų registro. Naujausi

apsilankė tik apie 300 tūkst. pacientų. Tad siūlymas su ilgalaikę perspektyva sveikatos sistemai – albumino ir kreatinino santykio tyrimą įtraukti į skatinamųjų paslaugų šeimos gydytojams sąrašą. Ilgalaikėje perspektyvoje tai leistų efektyviau naudoti sveikatos apsaugai skiriamus resursus, sumažinti pažengusių lėtinės inkstų ligos stadijų gydymo kaštus.

A. Degutytė parlamentarams priminė, kad albuminurijos tyrimo kaina (gydymo įstaigose – albumino ir kreatinino santykis šlapime (ACR) – apie 9 eurus), o paprastosios vienos hemodializės kaina – 194 eurai (vienam pacientui hemodializės kaina metams – 29 tūkst. eurų). Prof. I. A. Bumblytės pastebėjimu, albumino ir kreatinino santykio tyrimas nėra vien nefrologų reikalas: „Tai bendras vardiklis, kuris padeda šeimos gydytojui,

Lietuva yra labai didelės kardiovaskulinės grupės, kaip Balkanų ir net Šiaurės Afrikos kai kurios valstybės. „Mes norime iš šios padėties išeiti ir nekalbėti apie inkstus negalime. Labai paprastas šlapimo – albumino – tyrimas yra kaip auksinė moneta: anksti nustatyti ir taikyti prevencines priemones, apsaugoti pacientą nuo širdies ir kraujagyslių ligų, taip pat nuo dializės progresavimo. Reikia įgalinti šeimos gydytojus, kad jie šį tyrimą darytu, reikia juos skatinti. Būtent šiame susitikime ir prašome. Būtinai šlapimo ir kraujo tyrimai, nes albumino tyrimas, deja, labai retai atliekamas, dažniau būdingas kraujo tyrimas. Tai būtų svarus indėlis į mūsų populiacijos sveikatą“, – kalbėjo prof. M. Miglinas.

A. Degutytė apgailėstauja, kad nėra inkstų ligų prevencinės programos: „Norisi, kad valsty-



klinikiniai duomenys patvirtina, kad ankstyvas lėtinės inkstų ligos nustatymas gali iki 48 proc. sumažinti didžiųjų kardiovaskulinių įvykių riziką ir iki 41 proc. sumažinti dializės poreikį. Džiugu, kad širdies ir kraujagyslių prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programos pakeitimo projekte įrašytas ir Lietuvos pacientų asociacijos „Gyvastis“ pateiktas siūlymas „Dėl albuminurijos (albumino ir kreatinino santykio, ACR) tyrimo įtraukimo į širdies ir kraujagyslių ligų prevencinę programą“. Taip pat šiame programos projekte siūloma nuostata dėl kreatinino koncentracijos veninio kraujo serume nustatymo (apskaičiuojant inkstų funkcijos rodiklį), o pacientams, sergantiems hipertenzija, nutukimu, cukriniu diabetu ar tarpine hiperglikemija, – ir albumino bei kreatinino santykio vienkartiniam rytiniame šlapime nustatymą. Tiriamųjų amžiaus grupė – 40–60 metų pacientai. Anot prof. I. A. Bumblytės, Valstybinės ligonių kasos duomenimis, 2024 m. iš apie 800 tūkst. tikslinės grupės žmonių prevencijos programoje

kardiologui, endokrinologui ir nefrologui dirbti tiksliau ir anksčiau diagnozuoti ligas. Manome, kad inkstų sveikatos integravimas į Lietuvos sveikatos prioritetus taip pat prisidėtų prie nacionalinių sveikatos tikslų, ypač gerinant lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančiųjų žmonių rezultatus.“

Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų profesorius M. Miglinas sakė, kad inkstų ligos nėra vien tik nišinės. Deja, pacientų yra daug – vienas iš 10 suaugusiųjų gali sirgti lėtine inkstų liga. Dializuojami ir transplantuoti pacientai yra kaip ledkalnio viršūnė. Dializė ir transplantacija vienam asmeniui brangiai atsieina biudžetui: dializės kartu su vaistais, įvairiais skaičiavimais, per metus kainuoja apie 50 tūkst. eurų, bet tikroji problema – lėtinės inkstų ligos yra klatingos, nes neįjuntamos, pavojingos, kurios sukelia inkstų nepakankamumą, kartu ir grėsmingos, nes padidina riziką mirti nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Negalima kalbėti apie kardiovaskulinę prevenciją, jei nekalbama apie inkstus, nes

bės mastu būtų ekonomiškai protinga ir naudinga: daugiau dėmesio skirti ankstyvajai diagnostikai, nes suprantame, kad kalbėti apie 1300 pacientų, kurie naudojami dializės paslaugomis, tai reikštų vien 38 mln. eurų tik dializės poreikiams, o kur dar vaistai bei socialinės išmokos. Deja, transplantuotiems ligoniams nėra užtikrinamas vaistų prieinamumas. Jei norime išsaugoti kuo daugiau pacientų, turime galvoti apie ankstyvąją diagnostiką ir tik vėliau apie gydymą.“

Komiteto posėdyje nuotoliu įžvalgų taip pat pateikė profesorė endokrinologė Džilda Veličkienė, Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų kardiologė docentė Jolita Badarienė ir Kauno klinikų šeimos gydytojas docentas Gediminas Urbonas, kurie vieningai palaikė šią idėją. Doc. J. Badarienė įsitikinusi, kad valstybei tai bus pigiau, žmonėms geriau nustatyti ligą anksčiau, o tas tyrimas yra labai paprastas ir gana pigus.

„Gydytojų žinių“ informacija