PROJEKTS

Apstiprināts ar

Ministru kabineta

2014.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_

rīkojumu Nr. \_\_\_\_

**Primārās veselības aprūpes attīstības plāns**

**2014.-2016.gadam**

**(informatīvā daļa)**

**Saturs**

[Izmantotie saīsinājumi 3](#_Toc379463277)

[Ievads 4](#_Toc379463278)

[Primārās veselības aprūpes būtība 4](#_Toc379463279)

[1. Situācijas raksturojums un problēmas formulējums 6](#_Toc379463280)

[1.1. PVA organizēšanas un finansēšanas kārtība 6](#_Toc379463281)

[1.2. PVA pieejamība 10](#_Toc379463282)

[1.3. PVA pakalpojumu kvalitāte 18](#_Toc379463283)

[2. Mērķu un rezultātu, to rezultatīvo rādītāju hierarhija 28](#_Toc379463284)

[3. Plāna sasaiste ar citiem attīstības plānošanas dokumentiem un Latvijai saistošajiem starptautiskajiem tiesību aktiem 31](#_Toc379463285)

[4. Plāna ieviešanai nepieciešamais finansējums 32](#_Toc379463286)

[6. Plāna novērtēšanas un atskaitīšanās kārtība 34](#_Toc379463287)

[7. Plānā paredzētie pasākumi 35](#_Toc379463288)

# Izmantotie saīsinājumi

|  |  |
| --- | --- |
| **AAB** | Aptieku attīstības biedrība |
| **AĪA** | Aptieku īpašnieku asociācija |
| **FINBALT** | Latvijas iedzīvotāju (15-64 gadu vecumā) veselību ietekmējošo paradumu pētījums |
| **ES** | Eiropas Savienība  |
| **ESF** | Eiropas Sociālais fonds |
| **KPR** | Kurzemes plānošanas reģions |
| **LADĀPPB** | Latvijas Ambulatorā dienesta ārstu palīgu profesionālā biedrība |
| **LFB** | Latvijas Farmaceitu biedrība |
| **LĢĀA** | Latvijas Ģimenes ārstu asociācija |
| **LLĢĀA** | Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija |
| **LM** | Labklājības ministrija |
| **LMA** | Latvijas Māsu asociācija |
| **LPR** | Latgales plānošanas reģions |
| **LPS** | Latvijas Pašvaldību savienība |
| **LVA** | Latvijas Vecmāšu asociācija |
| **LZA** | Latvijas Zobārstu asociācija |
| **NVD** | Nacionālais veselības dienests |
| **NVO** | Nevalstiskā organizācija |
| **MK** | Ministru kabinets |
| **Pamatnostādnes** | Ministru kabineta 2011.gada 5.oktobra rīkojums Nr.504 „Par Sabiedrības veselības pamatnostādnēm 2011.-2017.gadam” |
| **Plāns** | Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam |
| **PVA** | Primārā veselības aprūpe |
| **PVO** | Pasaules Veselības organizācija |
| **RPR** | Rīgas plānošanas reģions |
| **SPKC** | Slimību profilakses un kontroles centrs |
| **VBTAI** | Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcija |
| **VIS** | Vadības informācijas sistēma |
| **VI** | Veselības inspekcija |
| **VM** | Veselības ministrija |
| **VPR** | Vidzemes plānošanas reģions |
| **ZPR** | Zemgales plānošanas reģions |
| **ZSĶC** | Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīcas Zobārstniecības un sejas ķirurģijas centrs  |

# ****Ievads****

Ministru kabinets 2011.gada 5.oktobrī ar rīkojumu Nr.504 apstiprināja Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.-2017.gadam (turpmāk – Pamatnostādnes), kuru mērķis ir pagarināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža ilgumu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību. Lai to sasniegtu, Pamatnostādnēs ir definēts apakšmērķis – kvalitatīvas veselības aprūpes pakalpojumu sistēmas veidošana, nodrošinot pakalpojumu vienlīdzīgu pieejamību visiem Latvijas iedzīvotājiem. Primārā veselības aprūpe (turpmāk – PVA) ir cilvēka pirmais saskarsmes posms ar veselības aprūpes sistēmu, kurā tiek risinātas galvenās iedzīvotāju veselības problēmas, nodrošinot atbilstošus veselības veicināšanas, profilakses, ārstniecības un rehabilitācijas pasākumus. Šī apakšmērķa sasniegšanai Veselības ministrija (turpmāk - VM) ir sagatavojusi īstermiņa politikas plānošanas dokumentu „Primārās veselības aprūpes attīstības plāns 2014.-2016.gadam”.

# Primārās veselības aprūpes būtība

PVA definīcija

Saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas (turpmāk – PVO) definīciju[[1]](#footnote-1), PVA ir galvenā veselības aprūpes sastāvdaļa, kas balstās uz zinātniski pamatotām un praktiskām metodēm un kas ir pieejama iedzīvotājiem, un kuras izmaksas ir valstij un sabiedrībai pieņemamas. PVA ir valsts veselības aprūpes sistēmas galvenais posms veselības aprūpes nodrošināšanā, tas ir pirmais veselības aprūpes līmenis daudzpakāpju sistēmā. Tā ir neatņemama valsts sociālās un ekonomiskās attīstības sastāvdaļa.

Šaurākā nozīmē PVA ir pirmais saskarsmes posms starp indivīdu (ģimeni) un veselības aprūpes sistēmu, racionālas veselības aprūpes sistēmas pamats, kuras uzdevums ir atrisināt galvenās iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršākās un izmaksu ziņā efektīvākās medicīnas tehnoloģijas.

PVA uzdevumi

* veselības veicināšana,
* slimību profilakse,
* slimību ārstēšana,
* rehabilitācija.

PVA plašākā nozīmē iekļauj:

* infekcijas un neinfekciju slimību profilaksi un to ierobežošanu;
* iedzīvotāju konsultēšanu par veselīga dzīvesveida, sabalansēta uztura un fizisko aktivitāšu nozīmi ikdienā un dažādu saslimšanas gadījumu profilaksē;
* iedzīvotāju izglītošanu par izplatītākajām veselības problēmām;
* pacientu izglītošanu par personīgās higiēnas un sanitāro apstākļu nodrošināšanu un nozīmi infekcijas slimību profilaksē;
* mātes un bērna veselības aprūpi, ieskaitot ģimenes plānošanu;
* iedzīvotāju imunizāciju pret noteiktām infekcijas slimībām;
* ārstēšanu neatliekamos un izplatītāko slimību gadījumos;
* medikamentu racionālas lietošanas veicināšanu un piedalīšanos medikamentu pieejamības nodrošināšanā iedzīvotājiem.

PVA galvenie principi:

*Pieejamība* – kvalitatīva un droša PVA ir pieejama visiem iedzīvotājiem, neatkarīgi no finanšu vai ģeogrāfiskiem ierobežojumiem, pacienta vecuma, veselības stāvokļa, psihosociālajiem un citiem faktoriem.

*Taisnīgums (vienlīdzība)* - ikvienam ir vienādas iespējas realizēt pilnu savas veselības potenciālu.

*Pēctecība (nepārtrauktība)* - ne tikai atsevišķu slimības gadījumu ārstēšana, bet visu veselības aprūpes pasākumu kompleksa nodrošināšana cilvēka dzīves laikā.

*Vispusība* - plašs pakalpojumu apjoms, kas ļauj atrisināt galvenās iedzīvotāju veselības problēmas.

*Koordinācija* - aprūpe ir saskaņota ar citiem veselības aprūpes līmeņiem, kā arī ar sociālajiem dienestiem. Nepieciešamo specializētās medicīniskās palīdzības sniegšanu pacientam koordinē viņa ģimenes ārsts.

PVA sistēmas principi

PVA pakalpojumi balstās uz profesionālas komandas darbu. Lielāko daļu iedzīvotāju veselības problēmu var atrisināt veselības aprūpes primārajā veselības aprūpes līmenī. Gadījumos, kad PVA nespēj palīdzēt pacientam vai ir nepieciešama specializēta konsultācija, viņš savlaicīgi tiek nosūtīts pie attiecīgā speciālista – uz sekundāro vai terciāro aprūpes līmeni. Pacients var tikt nosūtīts arī pie cita PVA speciālista. Sociālās aprūpes nepieciešamības gadījumā tiek informēts sociālais dienests.

Latvijā PVA pakalpojumu sniedzēji ir ģimenes ārsti, tai skaitā primārās veselības aprūpes pediatri un primārās veselības aprūpes internisti, ārsta palīgi (feldšeri), māsas, vecmātes, kuras nodarbinātas ģimenes ārsta praksē, ārstniecības personas, kuras nodrošina veselības aprūpi mājās, kā arī zobārsti, zobārsta asistenti, zobārstniecības māsas un zobu higiēnisti.

Ģimenes ārsta darba galvenās kompetences[[2]](#footnote-2):

* Primārās veselības aprūpes vadīšana;
* Uz personu vērsta aprūpe;
* Specifisku problēmu risināšanas prasmes;
* Vispusīga pieeja - gan akūto, gan hronisko slimību vadīšana, profilakse un veselības veicināšana;
* Orientācija uz sabiedrību;
* Holistiska pieeja.

# ****Situācijas raksturojums**** ****un problēmas formulējums****

### PVA organizēšanas un finansēšanas kārtība

Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību nosaka Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumi Nr.1529 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (turpmāk – MK noteikumi Nr.1529).

Atbilstoši likumam „Par valsts budžetu 2012.gadam” (ar grozījumiem), Finanšu ministrijas un Ministru kabineta rīkojumiem Veselības ministrijai 2012.gada noslēgumā bija finanšu līdzekļi 506 415 686 latu (720 564 604 EUR) apjomā, tai skaitā dotācija no vispārējiem ieņēmumiem 492 007 531 lats (700 063 646 EUR), ieņēmumi no maksas pakalpojumiem un citi pašu ieņēmumi 14 217 521 lats (20 229 710 EUR), ārvalstu finanšu palīdzība iestādes ieņēmumos 170 726 lati (242 921 EUR) un transferti 19 908 lati (28 327 EUR).

Ģimenes ārstu institūcija Latvijā tika izveidota 1993.gadā, kad rezidentūru beidza pirmie 8 ģimenes ārsti. Paralēli rezidentūrai, citiem speciālistiem pārkvalificējoties par ģimenes ārstiem, kopumā līdz 1993.gada beigām ģimenes ārstu skaits palielinājās līdz 49, bet 1997.gadā – līdz 391 ģimenes ārstam. Pediatru un internistu pārapmācībā tika piesaistīts arī Pasaules Bankas finansējums, tādējādi 2005.gadā ģimenes ārstu skaitam sasniedzot 1274 ārstus[[3]](#footnote-3). Kopumā pēdējo gadu laikā praktizējošo ģimenes ārstu skaits ir palielinājies. Latvijā ģimenes ārstu skaits uz 100 000 iedzīvotāju 2011.gadā bija 64, bet 2012. gadā - 65, kamēr vidēji ES 2011.gadā tas sasniedza 79,1. Tomēr jāņem vērā, ka PVA pakalpojumus Latvijā sniedz arī atsevišķi pediatri un internisti, un uz 2013.gada 1.janvāri līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu par PVA pakalpojumu sniegšanu kopumā bija 1368 ārsti (67,6 uz 100000 iedzīvotāju) vecumā no 29 līdz 80 gadiem. Šobrīd praktiski visiem Latvijas iedzīvotājiem ir savs ģimenes ārsts, pie kura viņi ir reģistrējušies.

PVA nodrošināšana ģimenes ārsta praksē ir komandas darbs un to nodrošina arī ģimenes ārsta praksēs strādājošās māsas, ārsta palīgi un vecmātes. Praksēs, kurās ir vairāk nekā 1800 pacientu (vai 800 pacientu vecumā līdz 18 gadiem), no 2014.gada 1.janvāra obligāta prasība ir ģimenes ārsta prakses komandā iesaistīt arī otru māsu vai ārsta palīgu.

Uz 2013.gada 1.janvāri ģimenes ārstu praksēs PVA pakalpojumus Latvijā nodrošināja 1852 māsas un ārsta palīgi un 6 vecmātes. Kopumā 1 361 (99,5%) no 1 368 ģimenes ārsta praksēm ir pieejama māsa vai ārsta palīgs, savukārt uz 2013.gada 1.janvāri 491(36%) praksē pieejamas divas māsas/ārsta palīgi. Tāpat 93 līgumattiecībās ar NVD esošo feldšeru-vecmāšu punktos strādā 94 ārsta palīgi.

Valsts apmaksātoveselības aprūpes mājās pakalpojumu sniegšana Latvijas teritorijā tika uzsākta ar 2009.gada 1.janvāri un ar 2014.gada 1.janvāri veselības aprūpe mājās ir PVA sastāvdaļa. Veselības aprūpe mājās ir sertificētas māsas, ārsta palīga (feldšera), sertificēta fizioterapeita vai fizioterapeita asistenta, ergoterapeita vai audiologopēda sniegta veselības aprūpe pacientam viņa dzīvesvietā. Tā tiek sniegta gadījumos, kad pacientam nav nepieciešams atrasties slimnīcā, bet medicīnisku indikāciju dēļ, piemēram, būtiski kustību ierobežojumi, pacients nav spējīgs nokļūt pie ģimenes ārsta vai cita speciālista. Par pacientam nepieciešamo veselības aprūpi mājās un tās prognozējamo ilgumu lemj ģimenes ārsts. Pacientam veselības aprūpes pakalpojumus sniedz mājās, ja pacientam ir hroniskas saslimšanas un pārvietošanās traucējumi, kuru dēļ pacients nespēj ierasties ārstniecības iestādē, kā arī, ja pacients ir izrakstīts no stacionārās ārstniecības iestādes vai dienas stacionāra pēc ķirurģiskas iejaukšanās. 2012.gadā līgums par veselības aprūpes mājās sniegšanu bija noslēgts ar 208 ārstniecības iestādēm, kas salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem ir ievērojami vairāk (2009.gadā veselības aprūpi mājās nodrošināja 99 pakalpojumu sniedzēji, bet 2010. un 2011.gadā – attiecīgi 171 un 181 pakalpojumu sniedzējs). Savukārt kopš 2012.gada veselības aprūpes mājās pakalpojuma ietvaros insulta pacienti mājās var saņemt medicīnisko rehabilitāciju. 2012.gadā visā Latvijas teritorijā rehabilitācijas pakalpojumus mājas aprūpē nodrošināja 67 ārstniecības iestādes.

Latvijā uz 2013.gada 1.janvāri bija 1 557 zobārsti jeb 1 zobārsts uz 1 465 iedzīvotājiem, kas salīdzinot ar Eiropas Galveno Zobārstu Padomes (CECDO) rekomendācijām - 1 zobārsts uz 1500 iedzīvotājiem - ir labs rādītājs. Līgumattiecībās ar NVD uz 2013.gada 1.janvāri bija 659 zobārsti un 116 zobu higiēnisti.

Līdz 2005.gada 1.jūnijam valsts apmaksātos primārās veselības aprūpes pakalpojumus bez ģimenes ārsta sertifikāta varēja sniegt internisti un pediatri, noslēdzot līgumu ar Veselības norēķinu centru (tagad – Nacionālais veselības dienests). Tomēr attīstoties ģimenes ārstu institūcijai un iedzīvotāju pieprasījumam pēc šo speciālistu veselības aprūpes pakalpojumiem, kā arī ņemot vērā, ka daļa internistu un pediatru ieguva ģimenes ārsta sertifikātu un paplašināja savu darbības spektru, tika pieņemts lēmums neslēgt jaunus līgumus ar pediatriem un internistiem par valsts apmaksāto primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Tomēr laika gaitā aktualizējās nepieciešamība stiprināt bērnu aprūpi PVA līmenī, tādēļ tika pieņemts lēmums no 2010.gada 1.janvāra atsākt slēgt līgumu ar pediatriem par valsts apmaksāto primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Tomēr drīz vien pediatrisko prakšu reģistrācija atkal tika pārtraukta un kopš 2011.gada 1.janvāra primārās veselības aprūpes ārstu sarakstā jaunus primārās veselības aprūpes pediatrus nereģistrē, jo tika secināts, ka šie pediatri nespēja reģistrēt savā praksē pietiekamu pacientu skaitu, lai spētu praksi finansiāli uzturēt.

Latvijā visiem ģimenes ārstiem, kuri sniedz valsts apmaksātos PVA pakalpojumus, ir reģistrēto pacientu saraksts – noteikta iedzīvotāju grupa, kurai ģimenes ārsts sniedz PVA pakalpojumus, nodrošinot PVA nepārtrauktību. Pacienti ir tiesīgi brīvi izvēlēties savu ģimenes ārstu, vēršoties pie izvēlētā ģimenes ārsta un noslēdzot vienošanos, tomēr teritorijās ar mazu iedzīvotāju blīvumu izvēles iespējas ir ierobežotas nelielā ģimenes ārstu skaita dēļ. Ģimenes ārsts var nepiekrist personas reģistrācijai savu pacientu sarakstā tikai MK noteikumos Nr.1529 noteiktos gadījumos. Katrai personai ir tiesības mainīt ģimenes ārstu.

PVA pārvaldība notiek vienoti valsts līmenī. Vadošā valsts pārvaldes iestāde veselības nozarē ir VM.[[4]](#footnote-4) 2011.gada 1.janvārī VM tika izveidota Primārās veselības aprūpes nodaļa, lai sadarbībā ar profesionālajām asociācijām veicinātu un stiprinātu efektīvu PVA pārvaldību un nodrošinātu vienotas valsts politikas izstrādi un īstenošanas koordināciju PVA jomā, veselības aprūpes pakalpojumu mājās nodrošināšanas jomā un organizētā valsts skrīninga programmu jomā.

PVA pakalpojumu plānošanu, līgumu slēgšanu un norēķināšanos ar PVA pakalpojumu sniedzējiem par sniegtajiem pakalpojumiem veic NVD. PVA pieejamības nodrošināšanā iesaistās arī pašvaldības, atbilstoši sev pieejamajiem resursiem, realizējot dažādus pasākumus, piemēram, nodrošinot ģimenes ārstus ar piemērotām telpām vai nodrošinot transportu pacientiem nokļūšanai pie ārsta.

Lai uzsāktu sniegt valsts apmaksātos PVA pakalpojumus noteiktā teritorijā, ģimenes ārstiem jānoslēdz līgums ar NVD. Ģimenes ārsts līgumu ar NVD var slēgt pats, ja ģimenes ārsts ir saimnieciskās darbības veicējs, vai arī kā darba ņēmējs sniegt valsts apmaksātos PVA pakalpojumus pastarpināti iestādē, kas noslēgusi līgumu ar NVD. Ģimenes ārsta darbības pamatteritoriju nosaka ģimenes ārsts, NVD to apstiprina un saskaņo ar attiecīgo pašvaldību. Tā kā ir ierobežots skaits personu, ar kurām tiek slēgti līgumi par PVA pakalpojumu nodrošināšanu, NVD veido PVA ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstu, kurā ikvienam ģimenes ārstam ir tiesības reģistrēties, norādot vienu vai vairākas pamatteritorijas, kurās ģimenes ārsts vēlas atvērt savu PVA praksi. Līdzīgi gaidīšanas saraksti ir izveidoti arī māsām un ārstu palīgiem, veselības aprūpes mājās pakalpojumu sniedzējiem, kā arī zobārstiem un zobu higiēnistiem. Jaunie speciālisti – ģimenes ārsti gada laikā pēc rezidentūras beigšanas gaidīšanas sarakstā tiek reģistrēti ārpus kārtas dokumentu iesniegšanas secībā.

Teritorijās, kurās tiek likvidēta kāda ģimenes ārsta prakse vai vērojams straujš iedzīvotāju pieaugums, piemēram, notikusi rajona attīstība, uzceltas dzīvojamās mājas, esošo ģimenes ārstu noslogojums pieaug. Šādās teritorijās NVD izskata iespēju vērt vaļā jaunu ģimenes ārsta praksi un lemj par jauna līguma slēgšanu ar PVA pakalpojumu sniedzēju no gaidīšanas saraksta. Papildus tiek izvērtēts, vai jaunatvērtai ģimenes ārsta praksei būs iespējams sasniegt vidējas prakses lielumu, savācot vismaz 1 500 reģistrētos pacientus.

MK noteikumos Nr.1529 minēts, ka teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu pakalpojumu sniedzēju nodrošinājums un apgrūtināta veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, NVD izņēmuma gadījumā var slēgt ar pašvaldību līgumu par feldšerpunkta darbību primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, ja tiek izpildīts viens no šādiem nosacījumiem: novada pagastā, kurā atrodas feldšerpunkts, nav reģistrēta ģimenes ārsta prakse vai attālums no feldšerpunkta līdz tuvākajai ģimenes ārsta praksei ir lielāks par 10 km un feldšerpunkta apkalpes zonā (teritorijā, kuras iedzīvotāji saņem ārsta palīga (feldšera) sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus) deklarēti ne mazāk par 500 iedzīvotājiem. Lai teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu nodrošinātu PVA pakalpojumu pieejamību, Latvijas pašvaldībās 2010.gadā bija izvietoti 156 feldšerpunkti, no kuriem 65 bija valsts un pašvaldības finansētie, bet 90 finansēja pašas pašvaldības. 2011.gadā valstī primārās veselības aprūpes pakalpojumus sniedza 162 feldšerpunkti, no kuriem līgumattiecībās ar NVD bija 67 feldšerpunkti, 2012.gadā līgumattiecībās ar NVD bija 69 feldšerpunkti.

Zobārstniecības pakalpojumi valstī tiek sniegti gan valsts un pašvaldību ārstniecības iestādēs, gan privātajās ārstniecības iestādēs. Privātās zobārstniecības iestādes sastāda apmēram 89% no visām ārstniecības iestādēm, kas sniedz zobārstniecības pakalpojumus Latvijā. Zobārstniecības pakalpojumus par valsts budžeta līdzekļiem bērniem līdz 18 gadiem sniedz tie zobārsti un zobu higiēnisti un tās ārstniecības iestādes, kuras ir līgumattiecībās ar NVD.

2012.gadā PVA, tai skaitā zobārstniecības pakalpojumiem bērniem, tika iztērēti 14,9% no veselības aprūpes nodrošināšanai paredzētā budžeta.

Līdz 2007.gadam noteikumi par veselības aprūpes organizācijas un finansēšanas kārību paredzēja PVA finansēšanai plānot ne mazāk kā 20 % no valsts budžeta līdzekļiem, kas paredzēti samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem, no kuriem 11% tika plānoti zobārstniecībai. Šobrīd šāda norma Ministru kabineta noteikumos nav iekļauta.

Lielākā daļa ģimenes ārstu ir līgumattiecībās ar NVD par valsts apmaksāto PVA pakalpojumu sniegšanu. Līgumattiecībās ar NVD esošo ģimenes ārstu ieņēmumus veido vairākas pozīcijas, piemēram, kapitācijas nauda (maksājums, kuru saņem tikai ģimenes ārsti un kuru aprēķina, ņemot vērā reģistrēto personu skaitu ģimenes ārsta pacientu sarakstā, minēto personu dalījumu pa vecuma grupām un ģimenes ārsta pakalpojuma patēriņa koeficientu), gada darbības novērtējuma nauda, piemaksas par veiktajām manipulācijām, maksājums prakses uzturēšanai, pacienta iemaksas, samaksa par īslaicīgo pacientu un nereģistrēto pacientu aprūpi, samaksa par māsām un ārsta palīgiem, kā arī citas piemaksas, piemēram, piemaksa par prakses un personāla darbības nodrošināšanu lauku teritorijā atkarībā no pamatteritorijas iedzīvotāju blīvuma un reģistrēto pacientu skaita, par reģistrēto pacientu vecuma struktūras atbilstību ģimenes ārsta prakses tipam, kā arī par pacientu ar hroniskām slimībām aprūpi. Tiem ģimenes ārstiem, kuri ir darbinieki ārstniecības iestādēs, darba alga ir atkarīga no darba līguma.

Kopumā 2012.gadā ģimenes ārsta prakses vidējie gada ieņēmumi, kurus ģimenes ārstu praksēm izmaksāja NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, bija 16 632 Ls (23 665,20 *euro)* (prakses lielums līdz 1000 pacientiem), savukārt lielākām praksēm ieņēmumi attiecīgi sastādīja 26 953 Ls (38 350,66 *euro)* (prakses lielums 1 001-2 000 pacienti) un 37 876 Ls (53 892,69 euro). Jānorāda, ka papildus ģimenes ārsta ieņēmumus sastāda arī iedzīvotāju maksātās pacienta iemaksas, kā arī samaksa par sniegtajiem maksas pakalpojumiem.

### PVA pieejamība

Praktizējošo ģimenes ārstu skaits pēdējos gados ir pieaudzis, tomēr ģimenes ārstu skaita izvietojums Latvijā nav vienmērīgs un, apskatot vidējo iedzīvotāju skaitu uz ģimenes ārstu skaitu pa novadiem, NVD dati liecina, ka tas variē no 800 iedzīvotājiem uz vienu ģimenes ārsta praksi Alsungas novadā līdz 4 547 iedzīvotājiem Vecpiebalgas novadā. Ģimenes ārstu darbība pamatteritorijās veidojusies vēsturiski un šobrīd neatbilst Latvijas administratīvajam iedalījumam novados un republikas nozīmes pilsētās, līdz ar to ģimenes ārsti sniedz veselības aprūpes pakalpojumus dažādu pašvaldību iedzīvotājiem, kas kopumā pašvaldībām apgrūtina iespēju atbalstīt PVA sniedzējus.

Arī reģistrēto pacientu skaits pie ģimenes ārstiem ir dažāds, variējot no dažiem simtiem reģistrēto pacientu, īpaši jaunatvērtās praksēs, līdz vairāk nekā 3 000 pacientu, līdz ar to ģimenes ārstu darba slodze nav vienmērīga. Vidējais prakses lielums pēc reģistrēto pacientu skaita 2012.gadā bija 1 559 pacienti, tomēr gandrīz 15% ģimenes ārstu prakšu reģistrēto pacientu skaits pārsniedz 2 000 pacientu vai 900 reģistrētu bērnu. Īpaša uzmanība jāvērš tām ģimenes ārstu praksēm, kurās reģistrēto pacientu skaits pārsniedz pat 2 800. Kopumā lauku teritorijās PVA pakalpojumu pieejamība ir sliktāka, kas saistīts gan ar PVA pakalpojumu sniedzēju izvietojumu, gan ar citiem faktoriem, piemēram, ar infrastruktūru šajās teritorijās. Turklāt ģimenes ārstu piesaistīšana darbam lauku teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu ir apgrūtināta.

Zobārstniecībā pakalpojuma nepārtrauktību, informētību un koordinēšanu nodrošina mutes veselības centru tīkls, kura speciālisti regulāri seko teritoriāli attālāko reģionu bērnu zobu veselībai, par to informējot vecākus. Attiecībā uz zobārstniecības aprūpes pakalpojumu pieejamību ārpus lielajām pilsētām, pastāv problēmas. Zobārstu sadalījums Latvijā nav vienmērīgs, kas atspoguļojas arī zobārstu pieejamībā iedzīvotājiem. Rīgā un tās reģionā, kā arī Vidzemē zobārstu skaita nodrošinājums pārsniedz Eiropas Galveno Zobārstu Padomes rekomendācijas un zobārstu skaits varētu būt mazāks, savukārt pārējos reģionos zobārstu skaits ir nepietiekams (skat. 1. attēlu).

1.attēls. **Iedzīvotāju skaits uz 1 zobārstu Latvijā.**

 Problēma ir īpaši aktuāla pēdējos gados, kad ir pieaudzis akūto pacientu skaits un pieaugusi tendence zobārstu skaita palielinājumam ekonomiski aktīvākajos rajonos un lielajās pilsētās. Lai arī teritorijās, kurās nav stacionāru zobārstniecības kabinetu, zobārstniecības pakalpojumu pieejamību nodrošina divi mobilie zobārstniecības autobusi, kuru izbraukumu maršrutos ir iekļautas mazās lauku skolas un pirmsskolas izglītības iestādes, kā arī sociālās aprūpes centri/pansionāti, to iespējas nosegt visas Latvijas lauku un mazo pilsētu teritorijas ir ierobežotas. 2013.gadā mobilo zobārstniecības kabinetu pakalpojumi tika nodrošināti 119 vispārizglītojošās skolās un pirmsskolas izglītības iestādēs un 4 valsts vai pašvaldību sociālās aprūpes centros, kopumā mobilajos zobārstniecības autobusos apkalpoti 5798 pacienti, bet kopējais apmeklējumu skaits sasniedza 7033 pacientus.

Veselības aprūpe mājās ir pieejama visā Latvijas teritorijā, tomēr atsevišķos reģionos ir ierobežota rehabilitācijas pakalpojumu pieejamība veselības aprūpes mājās ietvaros. Tomēr attiecībā uz veselības aprūpi mājās jānorāda, ka šis pakalpojums ir ieviests nesen, un ir nepieciešama ilgstošāka tā darbība, lai varētu veikt izvērtējumu.

MK noteikumi Nr.1529 nosaka prasības ģimenes ārsta prakses darba laikam, ģimenes ārsta pieņemšanas laikam praksē, kā arī to, ka pacientus ģimenes ārstam jāpieņem gan rīta, gan vakara stundās, bet pacientiem ar iepriekšēju pierakstu PVA pakalpojumus jānodrošina piecu darb­dienu laikā. Tomēr ģimenes ārstiem nav jānodrošina prakses darbs vakaros un brīvdienās. Lai arī šobrīd nav pieejama reprezentatīva informācija par ģimenes ārstu reāli nostrādātajām darba stundām, ieskaitot prakses darba organizēšanu, medicīniskās dokumentācijas aizpildīšanu utt., ģimenes ārstu aptaujas rezultāti liecina, ka gandrīz puse jeb 49% respondentu strādā vairāk nekā 40 stundas nedēļā.[[5]](#footnote-5) Tajā pašā laikā viens no VI biežāk konstatētajiem pārkāpumiem ģimenes ārstu praksēs ir tas, ka praksē netiek nodrošināta pacientu pieņemšana noteiktos laikos un akūtiem pacientiem.

FINBALT pētījuma dati liecina, ka 12,3% no respondentiem, kas pēdējā gada laikā apmeklējuši ģimenes ārstu, ārsta vizīti gaidījuši ilgāk nekā 1 nedēļu. [[6]](#footnote-6) Cita pētījuma rezultāti liecina, ka pacientiem salīdzinoši ilgi jāgaida arī tādēļ, ka ģimenes ārsta praksē ne vienmēr tiek ievērots noteiktais pieņemšanas laiks. Jautāti par noteiktā pieņemšanas laika ievērošanu pēdējā reizē, kad viņi pēc iepriekšējā pieraksta gāja pie ģimenes ārsta, vairāk nekā 21% respondentu norādījuši, ka viņiem ir nācies gaidīt vairāk nekā 15 minūtes.[[7]](#footnote-7)

Ārpus ģimenes ārsta darba laika ģimenes ārsta sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus visiem iedzīvotājiem ārstniecības iestādes darbības teritorijā **neatkarīgi no tā, pie kura ģimenes ārsta pacients ir piereģistrēts,** republikas pilsētās var nodrošināt dežūrārsts - ārsts, kurš pieņem pacientus ārpus ģimenes ārstu darba laika. Dežūrārstu skaitu plāno atbilstoši pilsētas iedzīvotāju skaitam, nodrošinot ne mazāk kā vienu dežūrārstu uz 40 000 iedzīvotājiem. Tomēr ārpus republikas nozīmes pilsētām dežūrārstu sniegtie pakalpojumi nav pieejami. Turklāt dežūrārstu pakalpojumi kopumā nav pieejami svētdienās, tāpat dežūrārstu darba laikā dažādās vietās novērojamas nozīmīgas atšķirības un atsevišķu dežūrārstu darba laiks pārklājas ar ģimenes ārstu darba laiku, piemēram, nodrošinot dežūrārsta pieņemšanu darba dienās no 14:00-17:00.

PVA pieejamību ārpus ģimenes ārstu darba laika nodrošina arī ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis, kas ir Veselības ministrijas plānots un Nacionālā veselības dienesta organizēts medicīnisko padomu tālrunis, kura galvenais mērķis ir nodrošināt iedzīvotājiem iespējas ārpus ģimenes ārstu darba laika saņemt medicīniskas konsultācijas un izglītojošus padomus, kā rīkoties vienkāršu saslimšanu gadījumos, kuru risināšanai nav nepieciešama neatliekamā medicīniskā palīdzība.

Kopš Konsultatīvā tālruņa izveidošanas, tā popularitāte ir būtiski augusi, norādot uz šāda pakalpojuma nodrošināšanas un turpmākas pilnveidošanas nepieciešamību (skat. 2.attēlu).

Visbeidzot neatliekamos gadījumos veselības aprūpes pieejamību ārpus ģimenes ārsta darba laika nodrošina slimnīcu uzņemšanas nodaļas un Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests.

2.attēls. **Atbildēto zvanu skaits uz Konsultatīvo tālruni 2011.-2012.gadā**

PVA jābūt pacientiem pieejamākajai no visiem veselības aprūpes līmeņiem arī finansiāli, tomēr aktuālu datu par to, vai iedzīvotāju primāro veselības aprūpi uztver kā finansiāli pieejamu, nav. Pacientiem par ģimenes ārsta apmeklējumu ir jāmaksā pacienta iemaksa 1 Ls (1,42 *euro*) apmērā, tomēr no šīs iemaksas ir atbrīvota virkne pacientu, piemēram, bērni vecumā līdz 18 gadu vecumam, grūtnieces un sievietes pēcdzemdību periodā, visi pacienti, kuriem tiek veikta profilaktiskā apskate, personas ar I invaliditātes grupu, trūcīgās personas u.c. Tāpat atsevišķām pacientu grupām un noteiktos gadījumos tiek nodrošinātas arī valsts apmaksātas ģimenes ārsta mājas vizītes. Noteikti valsts apmaksāti zobārstniecības pakalpojumi kopumā pieejami tikai bērniem līdz 18 gadu vecumam, kā arī Černobiļas atomelektrostacijas avārijas seku likvidēšanas dalībnieku un Černobiļas atomelektrostacijas avārijas rezultātā cietušo personu sociālās aizsardzības likuma 14. pantā noteiktajām personām.

Kā paredz Veselības aprūpes finansēšanas likumprojekts, Latvijā tiks ieviesta veselības apdrošināšana, un tiesības uz valsts budžeta apmaksātu veselības aprūpi tiks sasaistītas ar nodokļa deklarēšanu un nomaksu. Tādējādi no 2015.gada.1.jūlija valsts veselības apdrošināšanas pakalpojumus būs tiesīgi saņemt visi Latvijas iedzīvotāji, kuri saņem ar iedzīvotāju ienākuma nodokli apliekamus regulārus ienākumus, personas, kuras pieder kādai no 19 likumprojektā definētām sociāli aizsargājamām pacientu grupām, kā arī personas, kuras būs veikušas brīvprātīgas iemaksas noteiktajā apmērā. Lai nodrošinātu ģimenes ārstu sniegto PVA pakalpojumu pieejamību, nepieciešams nodrošināt
situācijas monitoringu (ziņošanas sistēmu) ģimenes ārstu praksēs, lai identificētu
personu grupas, kuras neiegūs tiesības saņemt valsts veselības apdrošināšanas pakalpojumus un nepieciešamības gadījumā izvērtētu papildus sociālās aizsardzības pasākumu nodrošināšanu.

Lai veicinātu ģimenes ārstus sniegt plašāku pakalpojumu klāstu un segtu ar to sniegšanu saistītos izdevumus, ģimenes ārsta praksei atsevišķi tiek maksāts par dažādu manipulāciju veikšanu saskaņā ar MK noteikumiem Nr.1529. Tomēr ģimenes ārsti norāda, ka manipulāciju tarifi ir novecojuši un atsevišķos gadījumos nesedz manipulācijas veikšanas pašizmaksu, kas ģimenes ārstus nemotivē veikt attiecīgās manipulācijas. Līdzīga situācija ir novērojama arī zobārstniecībā, kad zobārsti nav ieinteresēti sniegt valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus bērniem, jo valsts noteiktais tarifs lielākajā daļā gadījumu nenosedz pat attiecīgajā manipulācijā pielietoto materiālu izmaksas. Tādējādi var tikt ierobežota ne tikai šo pakalpojumu pieejamība, jo zobārsts var izvēlēties sniegt tikai maksas pakalpojumus vai gadījumā, ja pie zobārsta vērsies pieaugušais, nemudināt pie zobārsta atvest arī bērnus, bet arī kvalitāte, jo tiek apmaksāti lētākie materiāli. Tādēļ Latvijas Zobārstu asociācija sadarbībā ar NVD ir izstrādājusi aktualizētus tarifus zobārstniecībai, kuru ieviešanai nepieciešams papildus finansējums. Papildus finansējums nodrošinātu uzlabotu zobārstniecības pakalpojumu pieejamību, kā arī nodrošinātu plašāku zobārstniecības  materiālu izvēli, kas kļūtu atbilstoša spēkā esošajām zobārstniecības tehnoloģijām un bērniem smaida redzamajā daļā būtu kosmētiski uzlabojumi, jo kopš 2009.gada valsts bērniem smaida redzamajā daļā apmaksā tikai sudraba amalgamas (tumšās) plombes kompozīta (gaišo) vietā.

Tāpat dati par veiktajām manipulācijām liecina, ka ģimenes ārsti tikpat kā neveic, piemēram, mazās ķirurģiskās manipulācijas un terapeitiskās manipulācijas, kas ģimenes ārstiem piemaksājamo manipulāciju īpatsvarā no kopējā piemaksājamo manipulāciju skaita 2011.gadā sastādīja attiecīgi tikai 3% un 10%.

Grūtnieču un jaundzimušo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību PVA varētu uzlabot, stiprinot vecmāšu lomu PVA. Vecmātes kompetencē ir nodrošināt fizioloģiskas grūtniecības aprūpi, organizēt un vadīt fizioloģiskas dzemdības un aprūpi pēc fizioloģiskām dzemdībām, veikt veselu jaundzimušo aprūpi, nosūtīt pacienti pie atbilstošas specialitātes ārsta, konstatējot savā aprūpē esošas grūtnieces, dzemdētājas, nedēļnieces, kā arī jaundzimušā veselības riska faktorus vai iespējamu patoloģiju, piedalīties ārstniecībā, kā arī sniegt informāciju un veikt izglītošanas darbu ģimenes plānošanas un kontracepcijas, grūtniecības, dzemdību un pēcdzemdību, krūts barošanas, seksuālās un reproduktīvās veselības un bērna aprūpes jautājumos. Tomēr uz 2013.gada 1.janvāri ģimenes ārsta praksēs strādāja tikai 6 vecmātes. Tajā pašā laikā ir jāņem vērā tas, ka šobrīd vidēji vienā ģimenes ārsta praksē ir pārāk neliels grūtnieču un jaundzimušo skaits, lai praksē pietiekami nodarbinātu vecmāti, tādēļ būtu nepieciešams veicināt māsu un ārstu palīgu iesaistīšana grūtnieču un jaundzimušo aprūpē vai, piemēram, nodrošināt vecmātēm papildu apmācību, lai tās sekmīgāk varētu sniegt veselības aprūpes pakalpojumus ģimenes ārstu praksēs.

Lai nodrošinātu kvalitatīvus PVA pakalpojumus, ģimenes ārstiem ir nepieciešamas atbilstošas telpas un aprīkojums. Minimālās prasības telpām ir noteiktas Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumos Nr.60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” (turpmāk – MK noteikumi Nr. 60). Šobrīd ap 9% Latvijas ģimenes ārstu strādā vienā telpā pārmaiņus ar otru ārstu, bet 32% māsas/ārsta palīga darba vieta ir ārsta kabinetā, kas māsai/ārsta palīgam būtiski ierobežo kompetences izmantošanu pacientu aprūpē. Šie trūkumi pacientam ierobežo pieejamību ģimenes ārsta un māsas/ārsta palīga pakalpojumiem, rada rindas pakalpojumu saņemšanai, izsauc pacientu neapmierinātību ar ģimenes ārstu darba organizāciju un pakalpojumu kvalitāti.

LĢĀA aptaujas dati liecina, ka 40% ģimenes ārstu prakšu ir izvietotas līdz 40 m2 plašās telpās, 27% ārstu telpas ir 41 – 60 m2 plašas, savukārt 18% ģimenes ārstu prakšu telpas ir robežās no 61 – 80 m2, un 15% ģimenes ārstu prakses telpas ir lielākas par 80 m2. Salīdzinoši liels to ģimenes ārsta prakšu skaits, kuras ir izvietotas nepietiekami plašās telpās, ir Rīgā, kur 64% prakšu izvietotas telpās, kas ir mazākas par 40 m2, bet citās pilsētās un laukos šie rādītāji ir attiecīgi 32% un 15%. Mazās ģimenes ārsta prakses telpu platības skaidrojamas ar ārsta prakses vajadzībām piemērotu telpu trūkumu un augstajām izmaksām. Salīdzinājumam, piemēram, Lielbritānijā tiek rekomendēts, ka telpai, kurā tiek pieņemti pacienti, jābūt vidēji 14 m2, bet telpai būtu jābūt lielākai, ja tajā atrodas arī, piemēram, rezidents, prakses reģistratoram jāatvēl aptuveni 4 m2 plašas telpas, telpai, kurā tiek glabāti pacientu ieraksti un citi dokumenti, kā arī norit darbs ar tiem, jābūt 10-12 m2 plašai. [[8]](#footnote-8)

Lai nodrošinātu vides pieejamību attiecībā uz PVA pakalpojumu saņemšanu personām ar funkcionāliem traucējumiem, 2014.gada 1.janvārī stājās spēkā prasības ārstniecības iestādēm, kas reģistrētas sākot ar 2014.gada 1.janvāri, paredzot, ka ārstniecības iestādēm, kas reģistrētas pēc 2014.gada 1.janvāra, jāatbilst būvniecības jomu regulējošos normatīvajos aktos noteiktajām prasībām. Savukārt tām ārstniecības iestādēm, kas reģistrētas līdz 2014.gada 1.janvārim, bet neatbilst noteiktām prasībām attiecībā uz vides pieejamību personām ar funkcionāliem traucējumiem,  ir jānodrošina iespēja personām ar funkcionāliem traucējumiem saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, turklāt slimnīcām un veselības centriem ir jānodrošina iespēja arī iekļūt šajās ārstniecības iestādēs, kā arī jānodrošina tualetes telpas personām ar funkcionāliem traucējumiem. Ārstniecības iestādes vadītājam jāapstiprina un jābūt pieejamai informācijai (gan iestādes tīmekļa vietnē un ārstniecības iestāžu reģistrā), par to, kā personām ar funkcionāliem traucējumiem konkrētajā iestādē tiek nodrošināta iespēja saņemt veselības aprūpi.

Ģimenes ārstu pieejamības uzlabošanai un prakšu infrastruktūras sakārtošanai, tādējādi veicinot efektīvu veselības aprūpes resursu izvietojumu un izlietojumu, kā arī uzlabotu vides pieejamību ģimenes ārstu praksēs, 2007.-2013.gadā Eiropas Reģionālā attīstības fonda ietvaros kopumā tika atvēlēti 5 947 437 *euro*. Ir plānots šo aktivitāti turpināt arī nākamajā plānošanas periodā.

Tāpat ģimenes ārsti norāda, ka ģimenes ārstu prakšu uzturēšanas izdevumi bez atalgojuma, transporta, tālākizglītības izdevumiem ļoti atšķiras: tikai 10% prakšu iekļaujas 240 Ls (341,49 *euro*) mēnesī, 64% ģimenes ārstu tērē vairāk par 350 Ls (498,01 *euro*) mēnesī, tai skaitā 20% tērē vairāk par 550 Ls ( 782,58 *euro*) mēnesī. Kopumā Rīgā prakšu uzturēšanas izdevumi bez atalgojuma, transporta, tālākizglītības izdevumiem ir vidēji par 75 Ls (106,72 *euro*) mēnesī lielāki nekā vidēji citās pilsētās un laukos, kaut prakses telpu platība Rīgā ir mazāka. Savukārt atšķirība starp prakšu uzturēšanas izdevumiem starp lielajām un mazajām praksēm ir aptuveni 100 Ls (142,29 *euro*), lai arī ieņēmumi atšķiras daudz būtiskāk. Ģimenes ārsti norāda, ka ģimenes ārstu prakšu finansējums neatbilst reālajām vajadzībām, lai prakses spētu nodrošināt kvalitatīvu un efektīvu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.

Tiek norādīts, ka PVA joprojām saglabājies augsts administratīvais slogs, kas ģimenes ārstiem samazina laiku, ko tie var veltīt pacientiem, kā arī rada papildus izdevumus, piemēram, nodrošinot prasību uzglabāt recepšu veidlapas ar signalizāciju aprīkotā seifā arī gadījumos, kad seifs atrodas ar signalizāciju aprīkotā telpā. Ģimenes ārsti norāda, ka izziņu izsniegšana bērniem par dalību nometnēs un interešu izglītības nodarbībās ir viens no lielākajiem administratīvajiem slogiem ģimenes ārstu praksēm. Šī prasība nereti tiek izpildīta formāli, turklāt tā ne vienmēr ir pamatota, piemēram, gadījumos, kad bērns sporta izglītības iestādē trenējas spēlēt šahu vai dambreti. Tāpat tiek norādīts uz biežām izmaiņām normatīvajos aktos, kurām PVA pakalpojumu sniedzēji pienācīgi nevar izsekot līdzi, un kas palielina slogu pakalpojumu sniedzējiem.[[9]](#footnote-9) Arī VI pārbaužu dati liecina, ka ģimenes ārstu praksēs un zobārstniecības kabinetos bieži vien tiek konstatēti pārkāpumi, kas saistīti ar medicīnisko dokumentāciju, higiēniskā un pretepidēmiskā režīma plānu izstrādi, kvalitātes vadības sistēmu un zāļu, spirta aprites kārtību. Tajā pašā laikā atsevišķas jomas medicīniskās dokumentācijas un lietvedības jomā nav attīstītas pilnīgi, piemēram, nav noteikta prasība ģimenes ārsta praksē dokumentēt ģimenes ārsta prakšu māsu un ārsta palīgu darbu un zobārstniecībā valsts statistikas pārskatu veidlapā iekļautā informācija nav pietiekami plaša.

**Identificētās problēmas:**

* Nevienmērīga PVA pakalpojumu sniedzēju pieejamība dažādās teritorijās;
* Trūkumi esošajā ģimenes ārstu prakšu un feldšerpunktu teritoriālā izvietojuma plānojumā;
* Ģimenes ārsta praksē ne vienmēr tiek nodrošināta pacientu pieņemšana 5 darba dienu laikā;
* Liels prakšu īpatsvars ar vairāk nekā 2 000 reģistrētiem pacientiem vai 900 reģistrētiem bērniem;
* Neefektīvi atbalsta mehānismi ģimenes ārsta praksēm laukos ar zemu iedzīvotāju blīvumu;
* Nepietiekoši efektīvs dežūrdienests un citi mehānismi, kā nodrošināt palīdzību ārpus ģimenes ārstu darba laika;
* Ģimenes ārsti nenodrošina ģimenes ārsta kompetencei atbilstošo plašo manipulāciju daudzveidību un sniegtās aprūpes daudzpusīgumu;
* Reālajām izmaksām neatbilstoši ģimenes ārstiem un zobārstiem apmaksājamo manipulāciju tarifi;
* Nav veikta veselības aprūpes mājās visaptveroša novērtēšana ar mērķi noteikt šī pakalpojuma pieejamību, kvalitāti un efektivitāti.

### PVA pakalpojumu kvalitāte

Ģimenes ārsta kompetencē ir iedzīvotāju veselības veicināšana, slimību profilakse, agrīna slimību diagnosticēšana, ārstēšana un rehabilitācija (indikāciju noteikšana un rehabilitācijas rezultātu novērtēšana), atbilstoši Ministru kabineta 2009.gada 24.marta noteikumiem Nr.268 „Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu”. Ģimenes ārsti sniedz PVA visu vecumu iedzīvotājiem lielākajā vairumā veselības problēmu, tomēr kopumā ģimenes ārsti vairāk nodarbojas ar slimību diagnostiku un ārstniecību, un PVA līmenī nodrošinātā veselības veicināšana un slimību profilakse vērtējama kā nepietiekama.

Iedzīvotāju imunizācija pret infekcijas slimībām atbilstoši vakcinācijas kalendāram un individuālām indikācijām ir viens no PVA pamatelementiem. SPKC dati liecina, ka 2012.gadā imunizācijas līmenis nesasniedz PVO rekomendētos 95% attiecībā uz vairākām infekcijas slimībām, kas norāda uz nepieciešamību ģimenes ārstu praksēs pievērst lielāku uzmanību pacientu vakcinācijai. Vakcinācijas līmenis pret gripu iedzīvotāju grupā virs 65 gadiem ir viens no zemākajiem Eiropas Savienības valstīs – 2010.-2011.gada sezonā un 2011.-2012.gada sezonā sasniedzot attiecīgi tikai 1,6% un 1,7%. Tas gan varētu būt saistīts ar to, ka vakcinācija pret gripu riska grupām, tai skaitā iedzīvotājiem virs 65 gadiem, tiek apmaksāta tikai 50% apmērā un to, ka vakcīna ģimenes ārsta praksē uzreiz var nebūt pieejama. Tomēr imunizācijas līmenis pret difteriju un stingumkrampjiem pieaugušajiem 2012.gadā nepārsniedza 60%, lai arī vakcīna ir valsts apmaksāta. Tāpat jāatzīmē, ka starp valsts apmaksāto PVA pakalpojumu sniedzējiem ir tādi ģimenes ārsti, kuri nepietiekami seko līdzi savu pacientu vakcinācijai, kā arī tādi ģimenes ārsti, kuri savus pacientus nevakcinē.

Arī krūts vēža, dzemdes kakla vēža un kolorektālā vēža skrīninga aptvere ir vērtējama kā salīdzinoši zema (attiecīgi 2012.gadā – 32,7%, 26,7% un 7,6%). Iemesli zemajai skrīningu aptverei ir dažādi. Reālās situācijas apzināšanai nepieciešams skrīninga aptverē ieskaitīt arī tos izmeklējumus, kur attiecīgo izmeklējumu ir veikuši pacienti paši par saviem līdzekļiem, jo šādos gadījumos pacienti atkārtoti izmeklējumu veikt nevēlas un tas arī nav lietderīgi.

Lai arī profilaktiskās veselības aprūpes aktivitātes PVA ir būtiskas sabiedrības veselības nodrošināšanai, ģimenes ārsti nepietiekami iesaistīti profilaktisko manipulāciju, izņemot vakcināciju, nodrošināšanā, nepietiekoši iesaistoties valsts organizētajā kolorektālā vēža, dzemdes kakla vēža un krūts vēža skrīninga programmā. Ģimenes ārsti tikpat kā neveic pacientu testēšanu seksuāli transmisīvajām infekcijām, kas saistīts arī ar pacientu uzticības trūkumu ģimenes ārstiem, kā arī to, ka ginekologi ir tiešās pieejamības speciālisti. Ģimenes ārsti daļēji ir iesaistīti individuālā pacientu veselības veicināšanā, nepieciešamības gadījumā sniedzot konsultācijas vizītes laikā par uztura rekomendācijām, pieļaujamo fizisko aktivitāti. Tomēr ir pacientu kategorijas, kurām efektīvāk būtu sniegt nepieciešamo informāciju grupās, piemēram, uztura un higiēnas rekomendācijas cukura diabēta pacientiem, apmācības jaunajām māmiņām par zīdaiņu kopšanu, krūts ēdināšanu, hendlinga[[10]](#footnote-10) principiem un traumatisma profilaksi.

3. attēls. **Pie ģimenes ārsta reģistrēto profilaktiski izmeklēto pacientu vecumā no 18 gadiem īpatsvars gadā procentos, 2007.-2012. gads**

Dati liecina, ka pēdējo gadu laikā pieaugušo profilaktisko apskašu īpatsvars gadā nesasniedz 18% (skat.3.attēlu). Ģimenes ārsti norāda, ka zemais profilaktiski izmeklēto pacientu īpatsvars saistīts ar to, ka kopš 2009.gada ģimenes ārstiem atsevišķi vairs atsevišķi netiek apmaksāta profilaktiskās apskates veikšana, tomēr arī 2008.gadā, kad tika atsevišķi maksāts par minētās apskates veikšanu, profilaktiski izmeklēto pieaugušo pacientu īpatsvars nesasniedza pat 25%.

Jānorāda, ka profilaktiskās apskates ģimenes ārsta praksē reģistrētajiem bērniem tiek nodrošinātas vairāk nekā pieaugušajiem. Profilaktisko apskašu programmā bērniem līdz viena gada vecumam paredzētas astoņas ģimenes ārsta profilaktiskās apskates ģimenes ārsta prakses vietā un NVD dati liecina, ka ģimenes ārstu veikto profilaktisko apskašu skaits zīdaiņiem pirmajā dzīves gadā 2012.gadā sasniedza 6,3 apskates, kamēr vecumā no 1 līdz 6 gadu vecumam, kad profilaktiskajā programmā ir paredzētas septiņas ģimenes ārsta profilaktiskās apskates, profilaktiskās apskates tiek veiktas tikai 0,71 reizi gadā. Savukārt vecuma grupā no 7 līdz 18 gadiem, kad profilaktisko apskašu programma paredz ģimenes ārsta profilaktisko apskati vienu reizi gadā, profilaktiskās apskates tiek veiktas vēl neregulārāk, sasniedzot tikai 0,48 apskates gadā. Kopumā ģimenes ārstu praksēs profilaktiski izmeklēto bērnu vecumā no 2 līdz 17 gadiem īpatsvars 2012.gadā bija 49%. Savukārt valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus, tai skaitā higiēnu, 2012.gadā bija saņēmuši tikai 54% bērnu vecumā līdz 18 gadiem. Tas gan daļēji var būt skaidrojams ar to, ka daļa bērnu, iespējams, apmeklē zobārstus un zobu higiēnistus, kuriem nav līguma ar NVD.

Jāatzīmē, ka ģimenes ārsts pacientu profilaktiski var izmeklēt arī pacienta slimības gadījumā, nenorādot, ka ir veikta profilaktiskā izmeklēšana, tādēļ ir iespējams, ka pacientam ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu pieejamību un kvalitāti raksturo arī ģimenes ārstu apmeklējušo pacientu skaits gadā.

FINBALT pētījuma dati liecina, ka 2012.gada 69,9% Latvijas iedzīvotāju vecumā no 15 līdz 64 gadiem pēdējā gada laikā ir apmeklējuši ģimenes ārstu. 2008.gadā šis rādītājs sasniedza 73,2%, bet 2010.gadā – 65,1%. Jānorāda, ka vīrieši ģimenes ārstu kopumā apmeklē ievērojami retāk – ja pēdējā gada laikā ģimenes ārstu nav apmeklējušas 20,9% sieviešu, tad vīriešiem šis rādītājs 2012.gadā sasniedz 39,8%. Savukārt vecuma grupā no 35-44 gadiem ģimenes ārstu reti apmeklē gan sievietes, gan vīrieši – 47,8% vīriešu un 23,7% sieviešu norādījušas, ka pēdējā gada laikā ģimenes ārstu nav apmeklējušas.

Attiecībā uz zobārstu apmeklējumu dati pēdējo gadu laikā ir pasliktinājušies. Ja 2008.gadā pēdējā gada laikā zobārstu bija apmeklējuši 75,5% iedzīvotāju, tad 2010.gadā un 2012.gadā šis rādītājs sasniedza vien attiecīgi 51,7% un 53,2%. Līdzīgi kā ar ģimenes ārsta apmeklēšanu, vīrieši kopumā arī zobārstu apmeklē retāk, īpaši vecumā no 55 līdz 64 gadiem, kur zobārstu pēdējā gada laikā nav apmeklējuši 66,5% vīriešu. [[11]](#footnote-11)

Par nepietiekamu veselības aprūpes speciālistu iesaistīšanos iedzīvotāju veselības veicināšanā liecina arī 2012.gada pētījuma dati par to, cik daudz iedzīvotājiem (15-64 gadu vecumā) ārsti vai māsas ir ieteikuši mainīt paradumus veselības apsvērumu dēļ. Piemēram, tikai 18% ikdienas smēķētāju pēdējā gada laikā ārsti ieteikuši atmest smēķēšanu, ap 2,3% to ieteikuši zobārsti, 2,1% - zobu higiēnisti, 1,8% - māsa. Līdzīgi dati ir par ieteikumu ķermeņa svara samazināšanai: 17% iedzīvotāju ar lieko ķermeņa masu vai aptaukošanos to ieteicis ārsts, 2,5% - māsa. Vēl mazāk ārsti (7%) un māsas (0,7%) ieteikuši palielināt fizisko aktivitāti iedzīvotājiem, kam tā ir nepietiekama. Dinamikā šie rādītāji neuzlabojas[[12]](#footnote-12). Tas norāda uz nepieciešamību PVA līmenī stiprināt profilaksi un veselības veicināšanu, piemēram, šajā darbā iesaistot ģimenes ārstu praksēs strādājošās māsas vai ārsta palīgus. Lai to risinātu, nepieciešami gan metodiskie materiāli, gan atbilstošas apmācības. Sporta politikas pamatnostādnes 2014.–2020.gadam paredz izstrādāt vadlīnijas ģimenes ārstiem, izglītības iestāžu audzinātājiem un sporta skolotājiem par sporta medicīnas pamatiem, fizisko aktivitāšu nozīmi, bērnu fiziskās sagatavotības noteikšanu un darbu ar bērniem ar veselības traucējumiem, kā arī izglītot ārstniecības personas, organizējot kursus „Sporta medicīnas pamati ģimenes ārsta praksē” un „Fiziskās veselības aprūpe un veicināšana bērniem un pieaugušajiem māsas un ārsta palīga praksē”. Tomēr ģimenes ārsta praksē nepieciešams papildus uzmanību vērst arī uz fiziskās veselības veicināšanu arī senioriem un riska grupām, tādēļ nepieciešams paredzēt arī atbilstošas apmācības.

Pētījuma dati liecina, ka tikai nedaudz vairāk kā pusei respondentu, kuriem pēdējo divu gadu laikā ir bijis kontakts ar savu ģimenes ārstu, ārsts ir piedāvājis vispārējo pārbaudes veikšanu atbilstoši MK noteikumiem Nr.1529 un sekojis līdzi tam, vai pacients ir vakcinējies. Tiek norādīts, ka vispārējā veselības pārbaude, piemēram, limfmezglu, vēdera iztaustīšana, krūšu pārbaudīšana sievietēm un kakla apskate, veikta tikai pusei respondentu, kuri pēdējo divu gadu laikā paši ir apmeklējuši ģimenes ārstu.[[13]](#footnote-13)

Tāpat ģimenes ārstiem ir jābūt iesaistītiem viņu pacientu ārstēšanā un slimības gaitas uzraudzībā, tomēr tiek norādīts, ka 17,2% gadījumu ģimenes ārsts zina, ka pacientam ir hroniska slimība, bet nepiedalās slimības ārstēšanā un neseko līdzi slimības gaitai, piemēram, analīžu rezultātiem, savukārt, 7% respondentu norādījuši, ka viņuprāt ģimenes ārsts nezina par viņu hronisko slimību.[[14]](#footnote-14)

Attiecībā uz profilaktiskiem pasākumiem, kas vērsti uz pacientiem ar hroniskām saslimšanām viņu dzīves kvalitātes uzlabošanai, piemēram, cukura diabēta pacientu aprūpes dati liecina, ka PVA nepieciešami uzlabojumi, kas vērsti uz holesterīna līmeņa un ķermeņa masas kontrolēšanu, jo 2012.gadā 59,3% cukura diabēta pacientu kopējais holesterīns pārsniedza 5 mmol/l, savukārt liekais svars un aptaukošanās tika novērota 90,9% cukura diabēta pacientu. [[15]](#footnote-15)

Minēto rādītāju uzlabošanai nepieciešama ne tikai PVA pakalpojumu sniedzēju aktīvāka iesaiste, bet arī informatīvi materiāli un kampaņas, kas vērstas uz pacientiem, lai uzlabotu pacientu līdzestību.

Saskaņā ar MK noteikumiem Nr.1529 ģimenes ārsta darbavietā vai ģimenes ārsta darbības pamatteritorijā strādājošas māsas(-u) un ārsta palīga(-u) (feldšera) pamatuzdevumi, pildot ģimenes ārsta uzdevumus slimību diagnostikā, ārstēšanā un profilaksē, ir izglītot pacientus un viņu piederīgos veselības veicināšanas un veselības aprūpes jomā, sniegt informāciju par saslimšanas riska faktoriem, sekot profilaktisko apskašu programmas izpildei, piedalīties pacientu veselības aprūpes un sociālo jautājumu koordinēšanā un risināšanā, sadarbībā ar ģimenes ārstu veikt pacientu aprūpi ārsta darba vietā un, ja nepieciešams, arī pacientu aprūpi mājas apstākļos, veikt riska grupu izvērtēšanu un novērošanu pēc individuālas shēmas, veicināt pacientu pašaprūpes spējas, informējot pacientu un viņu piederīgos par pacienta aprūpes metodēm pie noteiktām saslimšanām, sniegt telefoniskas konsultācijas savas kompetences ietvaros u.c. Lai nodrošinātu papildu resursus ģimenes ārsta prakses labākai darba organizācijai un labākai pacientu aprūpei, 2010.gadā tika uzsākta un šobrīd tiek turpināta otrās māsas/ārsta palīga finansēšanas programma. Otrās māsas/ārsta palīga pamatuzdevums ir sekot profilaktisko apskašu programmas izpildei, izglītot ģimenes ārsta pacientus par veselīgu dzīvesveidu, fiziskajām aktivitātēm, nodrošināt hronisko pacientu aprūpi un izglītošanu ģimenes ārsta praksē, nodrošināt pie ģimenes ārsta reģistrēto hronisko pacientu aprūpi. MK noteikumi Nr.1529 paredz, ka otrai māsai/ārsta palīgam jābūt nodrošinātai atsevišķai darba vietai un māsas vai ārsta palīga pacientu patstāvīgais pieņemšanas laiks ir ne mazāks par 10 stundām nedēļā un otru māsu/ārsta palīgu finansē tām praksēm, kurās reģistrēti ne mazāk kā 1 200 pacienti vai 600 pacienti vecumā līdz 18 gadiem.

PVA pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošanai būtu nepieciešams vairāk iesaistīt māsas un ārstu palīgus. Tomēr esošā situācija liecina, ka ģimenes ārsta praksē strādājošo māsu un ārsta palīgu kompetence netiek izmantota pietiekami. Pētījuma rezultāti rāda, ka no respondentiem (vecumā no 18 līdz 74 gadiem), kuru ģimenes ārstam ir medicīnas māsa vai ārsta palīgs, 72% norādīja, ka māsa vai ārsta palīgs aizpildīja dokumentus, 57% minēja, ka medicīnas māsa vai ārsta palīgs konstatēja, ka pacients ieradies uz pieņemšanu, un 50% - ka pierakstīja uz pieņemšanu. Tikai 33% respondentu norādījuši, ka medicīnas māsa vai ārsta palīgs veikuši veselības aprūpes pakalpojumus, piemēram, noteikuši svaru u.c.[[16]](#footnote-16) Tādēļ nepieciešams veicināt ģimenes ārstu izpratni par ārsta palīgu un māsu kompetenci. Ārsta palīgu un māsu darba organizācijas pilnveidošanai jāuzlabo pienākumu veikšanai nepieciešamā darba vide, ņemot vērā, ka māsa/ārsta palīgs nevar veikt patstāvīgas pacientu pieņemšanas un īstenot citus pamatuzdevumus ģimenes ārsta praksē, ja nav nodrošināta atsevišķa darba telpa ar atbilstošu aprīkojumu. Māsu vai ārsta palīgu vadītas izglītojošas konsultācijas, piemēram, par pacientu smēķēšanas atmešanu, kopumā netiek organizētas. Veselības veicināšanas integrēšana PVA nav attīstīta, tādēļ nepieciešams palielināt ģimenes ārstu motivāciju iesaistīties sabiedrības veselības veicināšanā, kā arī slimību profilaksē, tai skaitā plānojot aktivitātes ES fondu 2014.-2020.gada plānošanas periodā.

Tāpat ģimenes ārsti nepietiekami iesaistās pacientu psihosociālo apstākļu risināšanā, sniedzot konsultācijas veselības aprūpes jautājumos un sociālā dienesta informēšanā, ja pacientam nepieciešama sociālā aprūpe.

2010.gadā veikta pētījuma rezultāti liecina, ka ar savu ģimenes ārstu ir apmierināti 72% no 15-64 gadus veciem Latvijas iedzīvotājiem. Kā galvenie iemesli neapmierinātībai norādīti, ka ģimenes ārsts nav iejūtīgs (36%), nesūta uz nepieciešamajiem izmeklējumiem vai uz konsultācijām pie citiem ārstiem – speciālistiem (33%) un bieži nav darba vietā, grūti pieejams (21%). Parproblēmām, kas saistītas ar ģimenes ārsta pieejamību, liecina tas, ka 9% iedzīvotāju norāda, ka viņiem ir bijušas problēmas sagaidīt vizīti pie ģimenes ārsta.[[17]](#footnote-17)

Savlaicīgu, vispusīgu un efektīvu PVA pakalpojumu nodrošināšanu raksturo zemi pacientu ar noteiktām diagnozēm hospitalizācijas rādītāji. NVD dati liecina, ka pacientu ar dehidratāciju un gastroenterītu, ka arī pacientu ar nieru infekcijām hospitalizācijas rādītājs ir salīdzinoši zems, tomēr ļoti augsts hospitalizācijas rādītājs ir pacientiem ar čūlas perforāciju, sieviešu mazā iegurņa orgānu iekaisīgām slimībām, kā arī ar augšējo elpošanas ceļu infekcijām un astmu (attiecīgi 71,8 uz 100 000 iedzīvotāju, 82,4 uz 100 000 iedzīvotāju un 413,3 uz 100 000 iedzīvotāju), kas norāda uz nepieciešamību uzlabot veselības aprūpi PVA līmenī šādu diagnožu gadījumā. Tāpat salīdzinot ar Eiropas Savienības valstu vidējiem rādītājiem, Latvijā 2012.gadā ir novērojams ļoti augsts nosūtījumu skaits pie citiem speciālistiem – ja optimālais nosūtījumu gadā skaits ir 184-363 uz 1 000 reģistrētajiem pacientiem[[18]](#footnote-18), tad Latvijā šis rādītājs pārsniedz 2000 uz 1 000 reģistrētajiem pacientiem[[19]](#footnote-19). Attiecībā uz mutes dobuma veselību, atbilstoši PVO klasifikācijai Latvijā ir augsta kariesa intensitāte, piemēram, bērniem 12 g. v. KPE indekss[[20]](#footnote-20) 2011.gadā bija 3,0[[21]](#footnote-21).

Lai nodrošinātu informācijas par pacientiem apmaiņu starp ģimenes ārstu un speciālistu, ģimenes ārsti aizpilda nosūtījumus pie speciālistiem, tajos norādot pacienta īsu anamnēzi, slimības gaitu, lietoto ārstēšanu u.c., savukārt speciālisti pēc pacienta apskates vai ārstēšanas sniedz informāciju ģimenes ārstiem par to rezultātiem. Tomēr kopumā nepieciešams uzlabot aizpildīto nosūtījumu un slēdzienu kvalitāti, lai izslēgtu iespēju, ka būtiska informācija nav salasāma vai nav iekļauta. Tāpat nepieciešams risināt tehniskus jautājumus, kas saistīti ar iespēju elektroniski saņemt un aplūkot diagnostiskās radioloģijas attēlu failus, kas uzņemti citās ārstniecības iestādēs. Cieša sadarbība starp ģimenes ārstiem un speciālistiem uzlabo veselības aprūpes efektivitāti un kvalitāti, tomēr ģimenes ārstu un speciālistu sadarbība ir nepietiekama. Ģimenes ārsti ikdienā sadarbojas ar prakses māsu, ārsta palīgu vai retāk ar citiem ģimenes ārstiem, tomēr sadarbība ar sociālajiem darbiniekiem, zobārstiem un farmaceitiem ir nepietiekama. Gadījumos, kad pacients izvēlas vērsties nevis pie sava ģimenes ārsta, bet dežūrdienestā vai slimnīcas uzņemšanas nodaļā, ģimenes ārsts šobrīd šo informāciju nesaņem, tomēr tā ir būtiska nepārtrauktas veselības aprūpes nodrošināšanā un veselības aprūpes resursu optimālā izmantošanā.

Būtisku ieguldījumu PVA stiprināšanā un pakalpojumu kvalitātes uzlabošanā varētu sniegt sadarbības starp ģimenes ārstiem un farmaceitiem stiprināšana. Šobrīd sadarbība ar ģimenes ārstiem nav attīstīta, lai arī, to uzlabojot, būtu iespējams veicināt iedzīvotāju racionālu zāļu lietošanu. Tāpat nepieciešams PVA līmenī izmantot klīniskā farmaceita kompetenci. Klīniskais farmaceits ir veselības aprūpes speciālists, kas piedalās farmaceitiskajā aprūpē savas kompetences ietvaros un kurš veic konsultatīvas un uzraudzības funkcijas ārstniecības personām, farmaceitiem un pacientiem ar racionālu zāļu lietošanu saistītos jautājumos, veic zāļu patēriņa analīzi un lietošanas efektivitātes novērtējumu, veic dokumentu ekspertīzi, sniedz informāciju un konsultē farmācijas jomā.

Aptiekās šobrīd ir iespējams veikt eksprestestus un saņemt citus pašaprūpes atbalsta pakalpojumus, tomēr to sniegšanai nav noteiktas prasības, tādējādi to kvalitāte dažādās aptiekās var būt atšķirīga. Tas ietekmē arī ģimenes ārstu darbu, jo pacienti ar aptiekā iegūtajiem izmeklējumu rezultātiem nereti vēršas pie ģimenes ārsta, kurš pacientam aptiekā sniegto informāciju nevar izmantot savā darbā, jo nevar būt pārliecināts par pacientam sniegtā pakalpojuma kvalitāti.

PVA ārsts pilda „vārtu vērēja”funkcijas sekundārā un terciārā līmeņa veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai - ģimenes ārsts, nosūtot pie speciālista, lemj par pacientam nepieciešamo konsultāciju un izmeklējumu apjomu, tādējādi koordinējot pacienta ārstēšanas procesu un nodrošinot racionālāko veselības aprūpes valsts līdzekļu izlietojumu. Tomēr atsevišķiem speciālistiem ģimenes ārsta nosūtījums nav nepieciešams un tiešās pieejamības speciālistu loks Latvijā ir plašs. Lai stiprinātu PVA „vārtu vērēja” lomu veselības aprūpē, veicinātu koordinētas un pēctecīgas veselības aprūpes nodrošināšanu, kā arī novērstu nepamatotu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu apmeklēšanu, tādējādi uzlabojot speciālistu pieejamību, mazinot gaidīšanas rindas, nepieciešams pārskatīt nosacījumus attiecībā uz tiešās pieejamības speciālistiem Latvijā. Nozares speciālisti ir norādījuši, ka atsevišķu slimību gadījumā, piemēram, pacientiem ar 2.tipa cukura diabētu, situācijās, kad nav novēroti sarežģījumi, speciālists bez ģimenes ārsta nosūtījuma jāapmeklē nebūtu.

Ārstniecības likums nosaka, ka ārstniecība jāveic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām, metodiskajiem ieteikumiem vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, kas veikts, ievērojot uz pierādījumiem balstītas medicīnas principus. Piesaistot Pasaules Bankas finansējumu, 2001.gadā tika izstrādātas 16 uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas ģimenes ārstiem, tomēr kopš 2010.gada, kad tika apstiprināta kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas[[22]](#footnote-22), nevienas klīniskās vadlīnijas ģimenes ārstiem nav reģistrētas. 2001.gadā izstrādātās vadlīnijas nepieciešams atjaunot. Papildus klīniskajām vadlīnijām Latvijas Ģimenes ārstu asociācija 2010.gadā ir izdevusi Ģimenes ārsta labas prakses vadlīnijas, kurām ir rekomendējošs raksturs un kuru mērķis ir atvieglot un uzlabot ģimenes ārstu darbu. Tāpat Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija sadarbībā ar Rīgas Stradiņa universitātes Ģimenes medicīnas katedru 2013.gadā ir izstrādājusi Praktiskos ieteikumus ģimenes ārstiem 2.tipa cukura diabēta profilaksē, diagnostikā un ārstēšanā.

2011.-2012.gadā ģimenes (vispārējās prakses) ārsta kvalifikāciju ieguva 32 rezidenti, tomēr pastāv būtiskas problēmas ar jauno ģimenes ārstu ienākšanu darba tirgū. Kā liecina NVD dati, uz 2013.gada 1.jūliju ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā ir 23 jaunie ģimenes ārsti pēc rezidentūras beigšanas, kuri sarakstā reģistrēti 2011.-2012.gadā. Šie dati norāda uz to, ka valsts ik gadus sagatavo pietiekami daudz jauno speciālistu, tomēr, ņemot vērā, ka līgumattiecībās ar NVD esošo ģimenes ārstu skaits ir noteikts, minētajiem speciālistiem ir ļoti grūti iegūt tiesības slēgt līgumu par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, jo šīs tiesības iegūst tas ģimenes ārsts, kurš atrodas gaidīšanas saraksta augšgalā.

 Arī par valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu NVD slēdz līgumu ar to zobārstniecības praksi, kura ir gaidīšanas saraksta augšgalā. Ņemot vērā valsts budžeta līdzekļu plānošanu, līgums par valsts apmaksātu PVA pakalpojumu sniegšanu tiek slēgts uz gadu, bet pie esošā normatīvā regulējuma nav noteikti kritēriji, pēc kādiem atkārtotu līgumu par valsts apmaksātu PVA pakalpojumu sniegšanu var neslēgt vai noteikti kritēriji, pēc kuriem slēgt līgumus ar tiem PVA pakalpojumu sniedzējiem, kuri var nodrošināt kvalitatīvākus pakalpojumus.

PVA pakalpojumu kvalitātes uzlabošanā būtiska nozīme ir ģimenes ārsta komandas izglītībai. Ja šobrīd par ģimenes ārstu var strādāt personas ar ģimenes (vispārējās prakses) ārsta sertifikātu, māsām šādas prasības nav, tādēļ ģimenes ārstu praksē var strādāt māsas ar jebkuru specialitāti, jo atsevišķas specialitātes ģimenes medicīnā māsām Latvijā nav. Lielākā daļa māsu, kas nodrošina PVA, ir ambulatorās aprūpes māsas, tomēr PVA pakalpojumus nodrošina arī māsas ar podologa, zobārsta asistenta, masiera u.c. specialitātēm. Turklāt, ja ārsta medicīnas studiju programmā ir iekļauts mācību kurss ģimenes medicīnā, tad māsām šāda mācību kursa nav.

Attiecībā uz ģimenes ārstu un viņu komandas tālākizglītību, šobrīd prasības ir noteiktas attiecībā tikai uz tālākizglītības apjomu kredītpunktos, nosakot, ka 5 gadu laikā ārstiem nepieciešams iegūt 250 kredītpunktus, bet māsām un ārsta palīgiem – 150 kredītpunktus. Tālākizglītības ietvaros, gan ģimenes ārstam, gan ārsta palīgam un māsai ir iespējams apmeklēt gan vietējās un starptautiskās konferences un kursus, kā arī piedalīties profesionālajās pilnveides programmās ESF ietvaros, tomēr kopumā piedāvājums tālākizglītības ietvaros par PVA sniegšanas organizāciju un citiem specifiskiem PVA jautājumiem, ir nepietiekams.

Esošie ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu apmaksas principi nav pietiekami vērsti uz iespējami kvalitatīvu pakalpojumu nodrošināšanu. Sniegto PVA pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanai un uzlabošanai no 2013.gada 1.janvāra ģimenes ārstiem ir ieviesta vienota kvalitātes sistēma, kuras mērķis ir uzlabot ģimenes ārsta praksē sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, veicinot ģimenes ārstu aktīvu līdzdalību slimību profilaksē, infekcijas slimību izplatības ierobežošanā vai novēršanā, efektīvā hronisko slimību uzraudzībā un plaša klāsta veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā. Tomēr ģimenes ārsti norāda, ka bez nepieciešamā finansējuma esošā kvalitātes sistēma nav motivējoša.

Kopumā apmaksas sistēma ir sarežģīta[[23]](#footnote-23), kas saistīts ar plašo maksājumu veidu un, lai arī ģimenes ārstu apmaksa ir balstīta uz kapitācijas modeli, ir neskaidrības un jautājumi par to, kādi pakalpojumi ģimenes ārstam par šo maksājumu būtu jāveic, bet kādu pakalpojumu sniegšanai nepieciešams paredzēt atsevišķu finansējumu. Turklāt, dažādas citas piemaksas un fiksētie maksājumi var būt salīdzinoši lieli. Tajā pašā laikā pie esošā finansēšanas modeļa ģimenes ārsti ir ieinteresēti savā praksē reģistrēt iespējami lielu pacientu skaitu, kas var ietekmēt sniegto pakalpojumu kvalitāti un pieejamību.

|  |  |
| --- | --- |
| **Biežāk konstatētie pārkāpumi ģimenes ārstu praksēs:** | **Biežāk konstatētie pārkāpumi zobārstniecības kabinetos/iestādēs:**  |
| * + Pārkāpumi attiecībā uz higiēniskā un pretepidēmiskā režīma plānu, kvalitātes vadības sistēmu un zāļu, spirta aprites kārtību;
	+ Medicīniskajos dokumentos nav norādīta visa nepieciešamā informācija;
	+ Vides pieejamības nenodrošināšana personām ar funkcionāliem traucējumiem;
	+ Nav nodrošināta pacientu pieņemšana noteiktos laikos un akūtiem pacientiem;
	+ Nepamatoti tiek atteiktas valsts apmaksātās mājas vizītes vai tās tiek sniegtas par maksu;
	+ Nav iekārtota māsas darba vieta un netiek izpildīti „otro māsu” darbības nosacījumi;
	+ Vadības informācijas sistēmā apmaksai uzskaitīto pakalpojumu neatbilstība ierakstiem ambulatorajā pacienta kartē un ambulatorajā talonā;
	+ Konkrētais medikaments izrakstīts neatbilstoši diagnozei;
	+ Pacientam netiek izsniegts maksājumu apliecinošs dokuments par iekasētu samaksu.
 | * + Pārkāpumi attiecībā uz higiēniskā un pretepidēmiskā režīma plānu, kvalitātes vadības sistēmu un zāļu, spirta aprites kārtību;
	+ Nav nodrošināta vides pieejamība personām ar funkcionāliem traucējumiem;
	+ Iestādē nav nodrošināta zobu rentgendiagnostika;
	+ Ārstniecības iestādē nav nodrošināts NMP sniegšanai nepieciešamais aprīkojums un medikamentu daudzums;
	+ Medicīniskajā dokumentācijā nav norādīta visa nepieciešamā informācija;
	+ Nav informācija pacientiem, ja sniedz valsts apmaksātos pakalpojumus;
	+ Tiek iekasēta samaksa no pacientiem par pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem;
	+ Apmaksai no valsts budžeta uzrādīts lielāks manipulāciju skaits kā faktiski veikts, vai vispār neveiktas zobārstniecības manipulācijas.
 |

1.tabula. **2012.gadā biežāk konstatētie pārkāpumi ģimenes ārstu praksēs un zobārstniecības kabinetos/iestādēs**

PVA iestādēm saistošo normatīvo aktu izpildi veselības aprūpes jomā uzrauga un kontrolē VI. VI biežāk konstatētie pārkāpumi ģimenes ārstu praksēs un zobārstniecības kabinetos/ iestādēs apkopoti 1.tabulā. VI dati liecina, ka ne visas ģimenes ārstu prakses un zobārstniecības iestādes/kabineti ievēro visas normatīvos paredzētās prasības: 2012.gadā veiktas 263 plānveida un ārpusplāna kontroles attiecībā uz ģimenes ārsta praksei normatīvajos aktos noteikto prasību izpildi, no kurām 205 kontrolēs konstatēti dažādas nozīmes pārkāpumi.

Tāpat 2012.gadā veiktas 123 ārpusplāna ģimenes ārstu prakšu kontroles attiecībā uz valsts budžeta līdzekļu izlietojumu un prakšu darba organizāciju, no kurām pārkāpumi konstatēti 109 jeb 87% gadījumos. Tāpat 2012.gadā veiktas 121 plānveida un ārpusplāna kontroles attiecībā uz zobārstniecības kabinetiem/iestādēm par normatīvajos aktos noteikto prasību izpildi, no kurām 98 kontrolēs konstatēti dažādas nozīmes pārkāpumi. 2012.gadā veiktas arī 18 ārpusplāna zobārstniecības kabinetu/iestāžu kontroles attiecībā uz valsts budžeta līdzekļu izlietojumu un prakšu darba organizāciju, no kurām pārkāpumi konstatēti 17 gadījumos.

Tāpat ģimenes ārsti norāda, ka ne vienmēr saprot kontroles mehānismu un ģimenes ārstu un VI inspektoru izpratne par dažādu normu izpildi var atšķirties.[[24]](#footnote-24) Šie dati norāda uz to, ka nepieciešams panākt, ka PVA pakalpojumu sniedzēji izprot un ievēro noteiktās prasības, un kontroles mehānisms PVA pakalpojumu sniedzējiem ir skaidrs, tādējādi samazinot pārbaužu skaitu, kurās konstatēti pārkāpumi.

**Identificētās problēmas:**

* Sadrumstalota un sarežģīta PVA apmaksas sistēma, kas nepietiekami ir vērsta uz kvalitatīvu PVA pakalpojumu sniegšanu.
* Augsts hospitalizāciju rādītājs ar ģimenes ārsta kontrolētajām diagnozēm;
* Liels nosūtījumu skaits pie speciālistiem;
* Netiek pilnvērtīgi izmantota ģimenes ārsta praksē strādājošo māsu un ārsta palīgu kompetence
* PVA pakalpojumu sniedzēji nepietiekoši iesaistās veselības veicināšanas un slimību profilakses jautājumos;
* Nepietiekama iedzīvotāju vakcinācijas aptvere;
* Nepietiekama komunikācija un sadarbība starp ģimenes ārstiem un speciālistiem, citiem ģimenes ārstiem, zobārstiem, sociālajiem darbiniekiem un farmaceitiem;
* PVA pakalpojumu sniedzēju atlasē netiek piemēroti paplašināti kritēriji;
* PVA pakalpojumu sniedzēji nepietiekami izprot un ievēro viņiem noteiktās prasības;

# Mērķu un rezultātu, to rezultatīvo rādītāju hierarhija

Plāna mērķis ir stiprināt PVA kā pieejamāko, efektīvāko un visaptverošāko veselības aprūpes līmeni, palielinot PVA lomu profilaksē, diagnostikā un ārstēšanā, kā arī uzlabot PVA kvalitāti.

Plāna mērķis sasniedzams realizējot trīs rīcības virzienus:

1. PVA pieejamības uzlabošana;
2. PVA pakalpojumu kvalitātes un drošības uzlabošana;
3. Pacientu informēšanas nodrošināšana un līdzestības veicināšana.

Uzdevumi:

1. Uzlabot PVA pakalpojumu sniedzēju teritoriālo pieejamību;
2. Uzlabot PVA pakalpojumu sniedzēju organizatorisko pieejamību;
3. Pilnveidot prasības PVA pakalpojumu sniedzējiem;
4. Pilnveidot prasības sniegtajiem PVA pakalpojumiem;
5. Pilnveidot PVA pakalpojumu sniedzēju darba organizāciju;
6. Pilnveidot PVA sniegto pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanas sistēmu;
7. Palielināt veselības veicināšanas un slimību profilakses lomu PVA līmenī;
8. Uzlabot PVA pakalpojumu sniedzēju savstarpējo sadarbību, sadarbību ar citiem speciālistiem un sadarbību ar citiem sektoriem;
9. Pilnveidot PVA finansēšanas mehānismu;
10. Pilnveidot un uzturēt informācijas iegūšanu par PVA jautājumiem;
11. Stiprināt farmaceitiskās aprūpes sadarbību ar PVA;
12. Informēt iedzīvotājus par PVA jautājumiem.

Plānā paredzēto uzdevumu īstenošana ilgtermiņā palielinās PVA pakalpojumu pieejamību, tai skaitā stiprinot zobārstniecības un farmaceitiskās aprūpes lomu PVA, uzlabos kvalitāti un drošību, kā arī nodrošinās pacientu informētības un līdzestības uzlabošanu.

Īstenojot plānu, līdz 2016.gadam ir paredzēts sasniegt 2. tabulā minētos darbības rezultātus.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Politikas rezultāti** | **Rezultatīvie rādītāji** | **Atsauces līmenis** | **2016.** |
| **Rādītājs** | **Gads** |
| 1.Uzlabota PVA pakalpojumu pieejamība | Iedzīvotāju (15-64 g.v.) īpatsvars, kuri norādījuši, ka pēdējā gada laikā vizīti pie ģimenes ārsta gaidījuši ilgāk nekā 1 nedēļu (no tiem, kas apmeklējuši ģ.ā) | 12,3%[[25]](#footnote-25) | 2010. | 9% |
|
| Pēdējā gada laikā ģimenes ārstu apmeklējušo iedzīvotāju īpatsvars | 69,9% [[26]](#footnote-26) | 2012. | 75% |
|
| Pēdējā gada laikā zobārstu un higiēnistu apmeklējušo bērnu vecumā līdz 18 gadiem īpatsvars | 54%[[27]](#footnote-27) | 2012. | 60% |
|
| Organizētas klīniskā farmaceita sniegtas konsultācijas par medikamentozo terapiju ģimenes ārstiem un pacientiem | 0 |  | 1000 |
| 2. Uzlabota PVA pakalpojumu kvalitāte un drošība | Hospitalizēto pacientu relatīvais skaits ar cukura diabētu un bronhiālo astmu | 3,0 uz 1000[[28]](#footnote-28) iedz. | 2012. | 2,7 uz 1000 iedz. |
|
| Imunizācijas līmenis pret difteriju un stingumkrampjiem pieaugušajiem  | 59,6%[[29]](#footnote-29) | 2012. | 76% |
|
|
| Pie ģimenes ārsta reģistrēto profilaktiski izmeklēto pacientu īpatsvars gadā  | pacientiem vecumā no 2 līdz 17 gadiem  | 2012. | pacientiem vecumā no 2 līdz 17 gadiem |
| 49,1%[[30]](#footnote-30) | 60% |
| pacientiem vecumā no 18 gadiem | 2012. | pacientiem vecumā no 18 gadiem |
| 17,4%[[31]](#footnote-31) | 22% |
| Iedzīvotāju (15-64 g.v.) īpatsvars, kuri ir apmierināti ar sava ģimenes ārsta darbu  | 72%[[32]](#footnote-32) | 2010. | 82% |
| Pacientiem nodrošināta iespēja aptiekās kvalitatīvi veikt eksprestestus un saņemt citus pašaprūpes atbalsta pakalpojumus | - |  | X |
|  | KPE indekss pastāvīgajiem zobiem 6 un 12 gadus veciem bērniem  |  6 gadu vecumā | 2012. | 6 gadu vecumā |
| 0,7[[33]](#footnote-33) | 0,5 |
|  12 gadu vecumā | 2012. | 12 gadu vecumā |
| 3,0[[34]](#footnote-34) | 2,7 |
| 3.Nodrošināta iedzīvotāju informēšana par PVA aktuālām tēmām un veicināta pacientu līdzestība | Vidējais ģimenes ārsta praksē apkalpoto pacientu skaits vienā darba dienā  | 18,6[[35]](#footnote-35) | 2012. | 19,6 |

2.tabula. **PVA attīstības plāna 2014.-2016.gadam darbības rezultāti**

# Plāna sasaiste ar citiem attīstības plānošanas dokumentiem un Latvijai saistošajiem starptautiskajiem tiesību aktiem

Plāns sagatavots pamatojoties uz šādiem politikas plānošanas dokumentiem:

1. *Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija „Latvija 2030”* - 2.sadaļā „Ilgtermiņa ieguldījumi cilvēkkapitālā” noteiktais ilgtermiņa rīcības virziens – veselības un sociālo pakalpojumu kvalitāte un pieejamība.[[36]](#footnote-36)
2. *Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2014.-2020.gadam*, mērķis - veicinot veselīgu dzīvesveidu, uzlabojot plānošanu un koordinēšanu veselības aprūpes sistēmā, kā arī ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību, mazināt hronisko slimību un ārējo nāves cēloņu riska faktoru izplatību sabiedrībā, tādā veidā sekmējot iedzīvotāju veselības saglabāšanu un uzlabošanu, kas ir pamats ilgam un produktīvam darba mūžam
3. *Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2011.-2017.gadam*, apakšmērķis - nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmas pārvaldi un resursu izmantošanu, lai nodrošinātu izdevumu optimizāciju un veselības aprūpes sistēmas darbības ilgtspējību, kā arī vienlīdzīgu pieeju visiem Latvijas iedzīvotājiem tiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem.

Citi politikas plānošanas dokumenti, ar kuriem ir saistīts Plāns:

Izglītības un zinātnes politikas jomā, jaunatnes politikas un sporta politikas nozarē:

*Sporta politikas pamatnostādnes 2014.–2020.gadam*, apakšmērķis- nodrošināt iespējas ikvienam bērnam un jaunietim iesaistīties sporta nodarbībās, piemērojot fizisko aktivitāšu veidus atbilstoši viņa veselības stāvoklim, fiziskajai sagatavotībai un vēlmēm.

PVO dokumenti:

*Veselību visiem 21.gadsmitā* - kompleksas uz ģimeni un vietējo sabiedrību orientētas primārās veselības aprūpes attīstība, nodrošinot to ar elastīgu stacionāro sistēmu.

*Veselība 2020: Eiropas stratēģiskais ietvars visos pārvaldes un sabiedrības līmeņos veiktas rīcības atbalstam veselības un labklājības vairošanai* - tādu veselības sistēmu nostiprināšana, kuru centrā ir cilvēks, sabiedrības veselības potenciāla pilnveidošana un ārkārtas situāciju paredzēšana, uzraudzība un reaģēšana uz tām, kur uzvērts, ka primārā veselības aprūpe ir 21. gadsimta veselības sistēmu stūrakmens.

ES dokumenti:

*Eiropas Padomes rezolūcija par veselības determinantiem[[37]](#footnote-37)*, kurā tiek uzsvērta nepieciešamība pēc slimību profilakses un veselības veicināšanas aktivitātēm. Dalībvalstis tiek aicinātas veicināt tādu politiku ieviešanu, kuras nodrošina augsta līmeņa veselības aizsardzību. (OV C 218,31.07.2000.)

*EK Baltā grāmata „Kopā par veselību. ES stratēģiskā pieeja 2008.-2013.gadam”[[38]](#footnote-38)*, jo īpaši tās stratēģiskais mērķis, kurā noteikts, ka veselības politikai Kopienas līmenī jāveicina laba veselība, jāaizsargā iedzīvotāji no apdraudējuma un jāatbalsta ilgtspēja (COM(2007)630).

# Plāna ieviešanai nepieciešamais finansējums

Lai stiprinātu PVA kā pieejamāko, efektīvāko un visaptverošāko veselības aprūpes līmeni, palielinot PVA lomu profilaksē, diagnostikā un ārstēšanā, kā arī uzlabotu PVA kvalitāti, ir nepieciešams papildus finansējums.

2015.gadā un turpmāk ik gadu ir nepieciešams papildus finansējums 4 527 136 *euro* apmērā valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojumu pieejamības nodrošināšanai.

Lai veicinātu PVA pakalpojumu kvalitātes pilnveidošanu, no 2015.gada un turpmāk ik gadus nepieciešams papildus finansējums 2 806 415 *euro* apmērā kvalitātes novērtējuma sistēmas ģimenes ārstu praksē stiprināšanai.

Lai ieviestu papildus risinājumus e-veselības ietvaros, 2015.gadā nepieciešams papildus finansējums 22 926 *euro* apmērā ģimenes ārstu nodrošināšanai ar informāciju par ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu saņemto veselības aprūpi citos veselības aprūpes līmeņos.

Tāpat nepieciešams papildus finansējums 72 764 *euro* apmērā 2015.gadā un 47 485 *euro* apmērā 2016.gadā, lai pilnveidotu Vadības informācijas sistēmu (VIS), nodrošinātu apmācības un metodiskos materiālus ārstiem un māsām, ārsta palīgiem par ieteicamo fizisko slodzi senioriem un riska grupām, kā arī nodrošinātu ģimenes ārstiem apmācības un informatīvos bukletus par E-veselības sistēmas lietošanu.

Realizējot augstāk minētos pasākumus PVA attīstībai, kas sevī ietver papildus informatīvos, atbalsta, diagnostiskos un ārstnieciskos pasākumus, kopējais nepieciešamais papildus finansējums veselības sektorā trīs gadu periodam (2014.gadā – 0 *euro* apmērā, 2015.gadā – 7 429 241 *euro* apmērā, 2016.gadā –

7 381 036 *euro* apmērā) ir 14 810 277 *euro* apmērā.

Jautājums par papildu valsts budžeta līdzekļu piešķiršanu Veselības ministrijai plāna 1.2.2., 1.2.5., 2.2.1., 2.3.1., 2.6.1. un 2.7.1.pasākumu īstenošanai 2015.gadā – 7 429 241 *euro* apmērā, 1.2.5., 2.2.1., 2.5.3. un 2.7.1.pasākumu īstenošanai 2016.gadā – 7  381 036 *euro* apmērā un 1.2.5. un 2.7.1.pasākumu īstenošanai turpmāk ik gadu – 7 333 551 *euro* apmērā tiks skatīts Ministru kabinetā kopā ar visu ministriju un centrālo valsts iestāžu priekšlikumiem jaunajām politikas iniciatīvām un iesniegtajiem papildu finansējuma pieprasījumiem likumpro­jekta „Par valsts budžetu 2015.gadam” un likumprojekta „Par vidēja termiņa budžeta ietvaru 2015., 2016. un 2017.gadam” sagatavošanas un izskatīšanas procesā.

Plānā paredzēto 1.1.1., 1.1.2., 1.1.3., 1.2.1., 1.2.3., 1.2.6., 1.2.7., 2.1.1, 2.1.2., 2.2.2., 2.3.3., 2.4.1., 2.5.2., 2.6.2., 2.8.1., 2.8.2., 2.9.1., 3.1.1. un 3.1.2. pasākumu īstenošana 2014.gadā un turpmākajos gados Veselības ministrija nodrošinās piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros.

Plānā paredzēto 1.2.8., 2.5.1 un 2.5.4.pasākumu īstenošanu 2014.gadā un turpmākajos gados Veselības ministrija un Labklājības ministrija nodrošinās piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros.

Plānā paredzēto 1.2.4.pasākuma īstenošanu 2014.gadā un turpmākajos gados Veselības ministrija un Izglītības un zinātnes ministrija nodrošinās piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros.

Plānā paredzētais 2.3.2. pasākums tiks īstenots Eiropas Sociālā fonda 1.3.2.3. aktivitātes „Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa paaugstināšana” ietvaros, savukārt plāna paredzētais 2.9.2. un 3.1.3.pasākums tiks īstenots ES fondu 2014. – 2020.gada plānošanas perioda 7.5.4. specifiskā atbalsta mērķa „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem” ietvaros.

1. **Par pasākumu īstenošanu atbildīgās institūcijas**

Atbildīgā institūcija par Plāna ieviešanas rezultātu pārraudzību ir Veselības ministrija. Plāna ieviešanā ir iesaistīta arī Izglītības un zinātnes ministrija, Labklājības ministrija, Slimību profilakses un kontroles centrs, Nacionālais veselības dienests, Veselības inspekcija, Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcija, Valsts sporta medicīnas centrs, Rīgas plānošanas reģions, Kurzemes plānošanas reģions, Latgales plānošanas reģions, Zemgales plānošanas reģions, Vidzemes plānošanas reģions, Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Pašvaldību savienība, Latvijas Māsu asociācija, Latvijas Vecmāšu asociācija, Latvijas Ambulatorā dienesta ārstu palīgu profesionālā biedrība, Latvijas Zobārstu asociācija, Latvijas Farmaceitu biedrība, Aptieku attīstības biedrība, Aptiekas īpašnieku asociācija, ģimenes ārsti, speciālisti, farmaceiti, ārstniecības iestādes, sociālie darbinieki.

Plānā ir noteiktas atbildīgās institūcijas par pasākumu izpildi.

# Plāna novērtēšanas un atskaitīšanās kārtība

VM līdz 2017.gada 1.septembrim iesniedz Ministru kabinetam informāciju par Plāna īstenošanu tā darbības periodā.

# Plānā paredzētie pasākumi

|  |  |
| --- | --- |
| **Plānā noteiktais mērķis** | **Stiprināt PVA kā pieejamāko, efektīvāko un visaptverošāko veselības aprūpes līmeni, palielinot PVA lomu profilaksē, diagnostikā un ārstēšanā, kā arī uzlabot PVA kvalitāti.**  |
|  | **Rīcības virziens mērķa sasniegšanai** | **PVA pieejamības uzlabošana** |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Uzlabot PVA pakalpojumu sniedzēju teritoriālo pieejamību** |
| **Pasākumi izvirzītā mērķa sasniegšanai** | **Izpildes termiņš** | **Atbildīgā institūcija** | **Iesaistītās institūcijas** | **Tiešie darbības rezultāti** | **Paredzētais finansējums un tā avoti** |
| * + 1. .
 | Pārskatīt atbalsta mehānismus ģimenes ārsta praksēm teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu. | 01.12.2015. | NVDVM | LĢĀALLĢĀALPSKPRVPRZPRLPRRPR | Sagatavoti priekšlikumi atbalsta mehānismam, lai piesaistītu ģimenes ārstus darbam teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu un attīstītu prakses sniegto pakalpojumu kvalitāti. | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Uzlabot ģimenes ārstu prakšu un feldšerpunktu teritoriālā izvietojuma plānojumu. | 31.12.2014. | NVD | LĢĀALLĢĀALPSKPRVPRZPRLPRRPR | 1. Sagatavots PVA teritoriālās pieejamības situācijas izvērtējums un izstrādāti priekšlikumi tā uzlabošanai.
2. Pēc izvērtēšana sagatavoti priekšlikumi grozījumiem normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.
 | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Palielināt zobārstniecības pakalpojumu pieejamību teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu. | 30.12.2016. | NVDVM | ZSĶC | 1. Paplašināta mobilās zobārstniecības darba zona, palielinot gadā apmeklēto vispārizglītojošo skolu un pirmsskolas izglītības iestāžu skaitu no 119 līdz 140.
2. Pārskatīts un attīstīts mutes veselības centru tīkls.

3. Izstrādāti priekšlikumi zobārstu piesaistīšanai darbam teritorijās ar zemu iedzīvotāju blīvumu. | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Uzlabot PVA pakalpojumu sniedzēju organizatorisko pieejamību** |
|  | Sniegt atbalstu ģimenes ārstiem pakalpojumu nepārtrauktības nodrošināšanā ģimenes ārsta prakses komandas locekļa prombūtnes laikā, izveidojot un uzturot ģimenes ārstu aizvietotāju sarakstu. | 01.06.2014. | NVD | VM  | 1. Izveidots un tiek uzturēts ģimenes ārstu aizvietotāju saraksts.
2. Veikti grozījumi normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, lai noteiktu kārtību, kādā aizvietotāju saraksts tiek veidots un uzturēts, kā arī noteiktu atbildīgo institūciju saraksta uzturēšanai.
 | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Veicināt optimālu reģistrēto pacientu skaitu ģimenes ārsta praksē.  | 01.03.2015. | VM NVD | LĢĀA LLĢĀA | * + 1. Izveidots mehānisms, kas ierobežo lielo ģimenes ārsta prakšu veidošanos.
		2. Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.
 | Nepieciešams papildus finansējums mehānisma ieviešanai budžeta programmas 45.00.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana” apakšprogrammā 45.01.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana” 2015.gadā - 15 498 EUR.Papildus finansējums nepieciešams izmaiņām Vadības informācijas sistēmā (VIS) - 450 cilvēkstundas x VIS uzturētāju vienas cilvēkstundas likme ir 34,44 EUR ar PVN = 15 498 EUR (EKK 2000 Preces un pakalpojumi).Izmaiņas nepieciešamas klasifikatoru vadības modulī, līgumu reģistra modulī, kapitācijas aprēķina algoritmā un atskaišu modulī.  |
|  | Pārskatīt dežūrārstu izvietojumu un darba laika nosacījumus. | 30.12.2014. | NVD | VMLĢĀALLĢĀA | Veikts izvērtējums un veikti grozījumi normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, lai uzlabotu PVA pakalpojumu pieejamību ārpus ģimenes ārsta darba laika. | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Pilnveidot medicīnisko dokumentu lietvedības kārtību, recepšu veidlapu izgatavošanas un uzglabāšanas, kā arī recepšu izrakstīšanas un uzglabāšanas kārtību un valsts statistikas pārskatus mutes veselības jomā.  | 01.01.2016. | VM | IZM VINVDLĢĀALLĢĀALMAZSĶCLFB | 1. Veikti grozījumi normatīvajos aktos par medicīnisko dokumentu lietvedības kārtību, kas paredz:1) Samazināt administratīvo slogu attiecībā uz dokumentāciju, kas aizpildāma saistībā ar bērna veselības stāvokli dalībai dažādās nometnēs, interešu izglītības nodarbībās u.c. 2) Pilnveidot māsas un ārsta palīga (feldšera) darba dokumentēšanas kārtību.3) Iespēju līdz ar e-veselības ieviešanu dokumentus neaizpildīt papīra formātā.1. Veikti grozījumi normatīvajos aktos par valsts statistikas pārskatiem veselības mutes aprūpes jomā, lai iegūtu plašāku informāciju par bērnu mutes veselību.

3. Veikti grozījumi normatīvajos aktos par recepšu veidlapu izgatavošanas un uzglabāšanas, kā arī recepšu izrakstīšanas un uzglabāšanas noteikumiem, lai atvieglotu prasības recepšu veidlapu uzglabāšanai ārstniecības iestādēs un valsts kompensējamo medikamentu saņemšanu pacientiem.  | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| 1.2.5.  | Aktualizēt zobārstiem un ģimenes ārstiem apmaksājamo manipulāciju sarakstu. | 01.01.2015. | VM | NVDLZALĢĀALLĢĀALMALADĀPPBLVA | 1. Veikti grozījumi normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, kas paredz ieviesti aktualizētos tarifus, pamatojoties uz darba grupas „Par zobārstniecības tarifu aktualizāciju”, kura izveidota ar NVD 2013.gada 23.janvāra rīkojumu Nr. 04.1-2/23, ziņojuma rezultātiem.
2. Pārskatīts ģimenes ārstam apmaksājamo manipulāciju saraksts un tarifi, sagatavoti priekšlikumi grozījumiem normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.
 | Nepieciešams papildus finansējums budžeta programmas 33.00.00 „Veselības aprūpes nodrošināšana” apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība” 2015.gadā un turpmāk ik gadu – 4 527 136 EUR katru gadu (EKK 3000 Subsīdijas un dotācijas), lai veicinātu zobārstniecības pakalpojumu pieejamību bērniem, kā arī uzlabotu šo pakalpojumu kvalitāti, radot iespējas izmantot esošajām zobārstniecības tehnoloģijām atbilstošus materiālus.Ņemot vērā, ka zobārsti nav ieinteresēti sniegt valsts apmaksātus zobārstniecības pakalpojumus bērniem, jo valsts noteiktais tarifs lielākajā daļā gadījumu nenosedz pat attiecīgajā manipulācijā pielietoto materiālu izmaksas, Latvijas Zobārstu asociācija sadarbībā ar NVD ir izstrādājusi aktualizētus tarifus zobārstniecībai (manipulāciju tarifi no 70001 līdz 70929 atbilstoši 2013.gada 17.decembra Ministru kabineta noteikumiem Nr.1529), kuru ieviešanai nepieciešams papildus finansējums. Papildus finansējums nepieciešams zobārstniecības pakalpojumu tarifos (manipulāciju tarifi no 70001 līdz 70929)) iekļauto ārstniecības līdzekļu izmaksu aktualizācijai atbilstoši faktiskajām izmaksām un plānotajām manipulāciju skaita izmaiņām. Korekcijas plānots veikt zobārstniecības manipulācijām, kuras valsts apmaksā bērniem. Precizētais tarifu apjoms kopsummā būtu 12 693 376 EUR, kā rezultātā ir nepieciešami papildus līdzekļi 4 527 136 EUR apmērā (precizētais tarifu apjoms 12 693 376 EUR – esošais tarifu apjoms 8 166 240 EUR = 4 527 136 EUR). Aprēķinā, lai iegūtu papildus nepieciešamo finansējumu, ir izmantots 2012.gadā veiktais zobārstniecību manipulāciju skaits – 2 092 702 manipulācijas un plānotais nepieciešamais manipulāciju skaits – 2 668 292.Manipulāciju saraksta pārskatīšana un aktualizēšana tiks nodrošināta esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| 1.2.6.  | Noteikt izņēmuma gadījumus, kad zobu rentgena diagnostikas aparāts nebūtu nepieciešams. | 01.07.2014. | VM | VIZSĶC | Veikti grozījumi normatīvajos aktos par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām.  | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| 1.2.7. | Veikt veselības aprūpes mājās izvērtējumu ar mērķi uzlabot šī pakalpojuma pieejamību un kvalitāti  | 01.08.2015. | NVD | VMVI | 1. Sagatavots veselības aprūpes mājās izvērtējums un izstrādāti priekšlikumi pakalpojuma pieejamības un kvalitātes uzlabošanai.

2. Pēc izvērtēšanas sagatavoti priekšlikumi grozījumiem normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību. | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| 1.2.8. | Veicināt ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu pieejamību tām iedzīvotāju grupām, kuras pēc Veselības aprūpes finansēšanas likumprojekta pieņemšanas neiegūs tiesības saņemt valsts veselības apdrošināšanas pakalpojumus.  | 01.07.2015. | VMNVD | LMLĢĀALLĢĀA | 1. Izstrādāts mehānisms, lai nodrošinātusituācijas monitoringu (ziņošanas sistēmu) ģimenes ārstu praksēs, paredzot iespēju identificētpersonu grupas, kuras neiegūs tiesības saņemt valsts veselības apdrošināšanas pakalpojumus.
2. Nepieciešamības gadījumā, izvērtēta papildus sociālās aizsardzības pasākumu nodrošināšana.
 | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | **Rīcības virziens mērķa sasniegšanai** | **PVA pakalpojumu kvalitātes un drošības uzlabošana**  |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Pilnveidot prasības PVA pakalpojumu sniedzējiem** |
| **Pasākumi izvirzītā mērķa sasniegšanai** | **Izpildes termiņš** | **Atbildīgā institūcija** | **Iesaistītās institūcijas** | **Tiešie darbības rezultāti** | **Paredzētais finansējums un tā avoti** |
|  | Izstrādāt kvalitātes/atlases kritērijus: 1. ģimenes ārstu atlasei uz brīvajām prakses vietām;
2. pēc kādiem izvēlas valsts apmaksāto zobārstniecības pakalpojumu sniedzējus;
3. pēc kādiem, beidzoties līgumam, NVD vairs neslēdz līgumu ar ģimenes ārstu, zobārstu.
 | 01.01.2016. | NVD | VMLĢĀALLĢĀALZA | Sagatavoti priekšlikumi kvalitātes/atlases kritērijiem. | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Izvērtēt iespējas noteikt prasības ģimenes ārsta praksē strādājošo māsu/ārsta palīga izglītībai. | 01.01.2016. | VM | LMALADĀPPBLĢĀALLĢĀA | Veikts izvērtējums un nepieciešamības gadījumā veikti grozījumi normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību. | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Pilnveidot prasības sniegtajiem PVA pakalpojumiem** |
|  | Pārskatīt un attīstīt ģimenes ārstu gada darbības novērtēšanas un maksājumu sadales metodiku un tās uzskaites sistēmu. | 01.12.2016. | VMNVD | LĢĀALLĢĀA | 1. Sagatavoti grozījumi normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību.
2. Vadības informācijas sistēmā (VIS) izveidota iespēja ģimenes ārstam tiešsaistē atlasīt pacientus, kuru veselības rādītāji tiek izmantoti gada darbības novērtēšanas un maksājumu sadales metodikā un redzēt gada kvalitātes rādītāju izpildi apskates brīdī.
 | Nepieciešams papildus finansējums budžeta programmas 45.00.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana” apakšprogrammā 45.01.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana” kopā – 86 100 EUR.Papildus finansējums nepieciešams izmaiņām Vadības informācijas sistēmā (VIS):2015.gadā - 43 050 EUR: 1250 cilvēkstundas x VIS uzturētāju vienas cilvēkstundas likme ir 34,44 EUR ar PVN (EKK 2000 Preces un pakalpojumi).2016.gadā - 43 050 EUR: 1250 cilvēkstundas x VIS uzturētāju vienas cilvēkstundas likme ir 34,44 EUR ar PVN (EKK 2000 Preces un pakalpojumi). |
|  | Pilnveidot ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa sniegto konsultāciju kvalitāti, izvērtējot nepieciešamību izstrādāt papildus rīcības algoritmus. | 01.01.2016. | NVD | LĢĀALLĢĀALADĀPPB | Izvērtēta ģimenes ārstu konsultatīvā tālruņa sniegto konsultāciju kvalitāte.Nepieciešamības gadījumā izstrādāti papildus rīcības algoritmi.  | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Pilnveidot PVA pakalpojumu sniedzēju darba organizāciju** |
|  | Paaugstināt E-veselības resursu izmantošanas efektivitāti PVA pārvaldības stiprināšanā. |  31.01.2016. | NVD | VMLFBLMALZA LLĢĀA LĢĀA | 1. Izstrādāta E-veselības ieviešanas 2. posma specifikācija, paredzot risinājumus:
2. PVA pakalpojumu sniedzēju sniegtās aprūpes dokumentēšanai;
3. farmaceitiskās aprūpes dokumentēšanai aptiekās
4. zobārstu sniegtās aprūpes dokumentēšanai
5. ģimenes ārstu nodrošināšanai ar informāciju par pacientu iegādātajiem recepšu medikamentiem.
6. Organizēti 12 semināri „Apmācības par e-veselības sistēmas lietošanu” ģimenes ārstiem.
 | Nepieciešams papildus finansējums budžeta programmas 45.00.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana” apakšprogrammā 45.01.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana” 2015.gadā – 10 772 EUR.Papildus finansējums nepieciešams:* + - 12 informatīvo semināru organizēšanai - 12 x 541,60 EUR = 6 500 EUR.

Viena informatīvā semināra izmaksas: telpu īre 213 EUR (71 EUR/stundā x 3 stundas) + lektora darba samaksa, pakalpojuma līgums 300 EUR (100 EUR/stundā x 3 stundas) + 28,6 EUR lektora ceļa izdevumi = 541,60 EUR (EKK 2000 Preces un pakalpojumi).* + - Bukletiem par e-veselību ģimenes ārstiem un iedzīvotājiem izgatavošanai -80 000 bukleti x 0,0534 EUR = 4 272 EUR (EKK 2000 Preces un pakalpojumi).
 |
|  | Tālākizglītības ietvaros stiprināt un attīstīt ģimenes ārsta komandas darbu. | 31.12.2014. | VM | LĢĀALLĢĀALMALADĀPPB | Izstrādāta apmācību programma un organizētas apmācības ģimenes ārstiem, māsām, ārsta palīgiem par komandas darbu praksē. | Pasākums tiks īstenots Eiropas Sociālā fonda projekta Nr.DP/1.3.2.3.0/08/IPIA/VSMTVA/001 „Veselības aprūpes un veselības veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai” aktivitātes „Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmju un iemaņu līmeņa paaugstināšana” ietvaros. Nepieciešamais finansējums 50 000 EUR apmērā (apmācāmo personu skaits - 250 x 200 EUR (aptuvenās vienas personas apmācību izmaksas)) atbilstoši likumam „Par valsts budžetu 2014.gadam” plānots Veselības ministrijas budžeta apakšprogrammā 63.06.00 „Eiropas Sociālā fonda (ESF) projektu īstenošana (2007-2013)”. |
|  | Pārskatīt nosacījumus, kad pacients bez ģimenes ārsta nosūtījuma var vērsties pie tiešās pieejamības speciālista. | 01.12.2015. | VMNVD | LĢĀALLĢĀA | Sagatavoti priekšlikumi grozījumiem normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, samazinot speciālistu un/vai diagnožu skaitu, ar kurām pacients pie speciālista var vērsties bez ģimenes ārsta nosūtījuma. | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Pilnveidot PVA sniegto pakalpojumu kvalitātes nodrošināšanas sistēmu** |
|  | Paaugstināt kvalitātes nodrošināšanas sistēmas efektivitāti un kvalitāti. | 01.08.2015. | VI LĢĀALLĢĀALMĀLFBZSĶC | VMNVD | 1. Organizētas diskusijas starp ģimenes ārstu un zobārstu profesionālajām asociācijām un VI par kontroles mehānisma un principu pilnveidošanu ģimenes ārstu un zobārstu praksēs.2. Veikts izplatītāko pārkāpumu zobārstu un ģimenes ārstu praksēs izvērtējums un sagatavoti priekšlikumi identificēto problēmjautājumu risinājumiem. | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Palielināt veselības veicināšanas un slimību profilakses lomu PVA līmenī** |
|  | Veicināt ģimenes ārsta prakses komandas sekošanu profilaktisko apskašu programmas izpildei.  | 01.01.2015. | VMNVD | LMLĢĀALLĢĀALMALADĀPPB | Pārskatīta profilaktisko apskašu programma un sagatavoti priekšlikumi grozījumiem normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību. | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Uzlabot infekcijas slimību epidemioloģisko uzraudzību un imunizācijas darbu ģimenes ārstu praksēs. | 30.12.2014. | SPKC | LĢĀALLĢĀA | 1. Izstrādāts metodiskais materiāls ģimenes ārstiem par infekcijas slimību epidemioloģisko uzraudzību un ievietots SPKC mājaslapā.
2. Organizētas sanāksmes, lai informētu ģimenes ārstus par labas vakcinācijas prakses jautājumiem, t.sk. *„jaunajām vakcīnām”*, vakcīnu apriti un vakcinācijas drošumu, kā arī aktualitātēm imunizācijas jomā.
 | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Veicināt ģimenes ārstu, māsu un ārstu palīgu iesaisti optimālas fiziskās slodzes veicināšanā bērniem, pieaugušajiem, senioriem un riska grupām. | 30.12.2016. | VSMC VM | LĢĀALLĢĀANVDLMALADĀPPBIZM | 1. Sagatavots metodiskais materiāls ģimenes ārstu prakšu māsām un ārstu palīgiem konsultāciju nodrošināšanai par ieteicamo fizisko slodzi pirmsskolas un skolas vecuma bērniem, pieaugušajiem, senioriem un riska grupām.
2. Organizēti 6 semināri ģimenes ārstu prakšu māsām/ārsta palīgiem, konsultāciju nodrošināšanai par ieteicamo fizisko slodzi senioriem un riska grupām.
 | Nepieciešams papildus finansējums no valsts budžeta līdzekļiem budžeta programmas 39.00.00 „Specializētās veselības aprūpes nodrošināšana” apakšprogrammā 39.02.00 „Sporta medicīnas nodrošināšana”2016.gadā kopā – 4 435 EUR, t.sk.EKK 1000 Atlīdzība – 1 374 EUR EKK 1100 Atalgojums – 1112 EUREKK 2000 Preces un pakalpojumi – 3 061 EUR, t.sk.* + - Metodiskā materiāla veselības aprūpes māsām un ārstu palīgiem konsultāciju nodrošināšanai par ieteicamo fizisko slodzi senioriem un riska grupām gala varianta sagatavošanas un iespiešanas izmaksas 3 509 EUR t.sk.:

EKK 1000 Atlīdzība - 1374 EUR EKK 1100 Atalgojums - 1112 EUREKK 2000 Preces un pakalpojumi - 2135 EUR, t.sk.1. Papildus uzņēmuma līgumi ar konsultantu (medicīnisko redaktoru) un literāro konsultantu katrs 1 mēnesi – (687 EUR viena uzņēmuma līguma kopsumma tai skaitā atalgojums fiziskajai personai uz līguma pamata (darbiniekam) 556 EUR(EKK 1150) un darba devēja valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas 131 EUR (EKK 1210)) x 2 darbinieki = 1 374 EUR.2. Iespiešanas izmaksas (ieskaitot marķēšanu):48 lpp + 8 krāsainas lapas pa vidu, (izmērs 148 x 210 mm)5000 eksemplāri x 0,427 EUR = 2135 EUR.EKK 2000 Preces un pakalpojumi – 2 135 EUR:* + - Izbraukumu sešu stundu semināri (apmācības ģimenes ārstu prakšu māsām/ārsta palīgiem, konsultāciju nodrošināšanai par ieteicamo fizisko slodzi senioriem un riska grupām) Rīgā, Liepājā, Daugavpilī, Ventspilī, Valmierā un Jelgavā:

EKK 2000 Preces un pakalpojumi – 926 EUR, t.sk.1. Vienu izbraukumu sešu stundu semināru izmaksas - atbilstoši 2013.gada 30.augusta Ministru kabineta noteikumiem Nr.676 „Valsts sporta medicīnas centra maksas pakalpojumu cenrādis” viena lekcija(viena akadēmiskā stunda) 21,34 EUR x 6 stundas x 6 semināri = 769.2. Papildus degvielas izmaksas 116 litri x 1,35 EUR = 157 EUR.  |
|  | Veicināt ģimenes ārstu, praksē strādājošo māsu un ārsta palīgu iesaisti traumatisma profilaksē  | 30.12.2014. | SPKC | VMLMVBTAILĢĀALLĢĀA | 1. Sagatavoti un izplatīti materiāli par bērnu traumatisma profilaksi ģimenes ārstiem.2. Organizēts seminārs ģimenes ārstiem par bērnu traumatismu un ģimenes ārsta lomu tā samazināšanā.1. Aktualizēts jautājums par ziņošanas kārtību vardarbības gadījumā.
 | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Uzlabot PVA pakalpojumu sniedzēju savstarpējo sadarbību, sadarbību ar citiem speciālistiem un sadarbību ar citiem sektoriem** |
|  | Uzlabot sadarbību un atgriezenisko saiti starp ģimenes ārstiem, zobārstiem un citiem speciālistiem, farmaceitiem un citiem sektoriem | 30.12.2016. | VMLMNVDLĢĀALLĢĀA LPSLFB |  | 1. E-veselības ietvaros uzsākta risinājuma izstrāde, lai nodrošinātu, ka ģimenes ārstu prakses regulāri saņem informāciju par pacientiem, kuri ir izmantojuši dežūrdienestu un citus pakalpojumus ārpus ģimenes ārsta darba laika.
2. Organizētas profesionālo asociāciju diskusijas.
3. Izstrādāts tehniskais risinājums elektroniskās informācijas apmaiņai starp ģimenes ārstiem un speciālistiem.
4. Organizēti kopīgi pasākumi farmaceitiem un PVA speciālistiem par medikamentozo terapiju pacientiem.
5. Stacionāru organizēti informatīvi pasākumi ģimenes ārstiem.
6. Organizēti kopīgi pasākumi PVA speciālistiem un sociālajiem dienestiem, sociālās aprūpes institūcijām.
7. Organizētas VM un LPS diskusijas par risinājumiem starpsektoriālai sadarbībai PVA līmenī.
 | Nepieciešams papildus finansējums budžeta programmas 45.00.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana” apakšprogrammā 45.01.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana” 2015.gadā – 22 926 EUR.Papildus finansējums nepieciešams risinājumu ieviešanai e- veselībā, lai nodrošinātu, ka ģimenes ārstu prakses regulāri saņem informāciju par pacientiem, kuri ir izmantojuši dežūrdienestu un citus pakalpojumus ārpus ģimenes ārsta darba laika - 424 cilvēkstundas x vienas cilvēkstundas likme ir 54,07 EUR ar PVN = 22 926 EUR (EKK 2000 Preces un pakalpojumi).Diskusijas, pasākumi PVA speciālistiem un sociālajiem dienestiem, sociālās aprūpes institūcijām un pasākumi farmaceitiem un PVA speciālistiem tiks nodrošināti esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Uzlabot sadarbību starp ģimenes ārstiem un zobārstiem mutes veselības veicināšanā. | 30.12.2016. | NVDZSĶC | LĢĀALLĢĀALMALADĀPPB | 1. Ģimenes ārsta praksē tiek sniegta informācija par mutes veselības jautājumiem un zobārstniecības pakalpojumu saņemšanas iespējām.
2. Organizēti kopīgi informatīvi pasākumi zobārstiem un ģimenes ārstiem.
 | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Pilnveidot PVA finansēšanas mehānismu** |
|  | Pilnveidot PVA finansēšanas mehānismu. | 01.01.2015. | VM NVD | LĢĀALLĢĀAVI | 1. Pārskatīti finansēšanas mehānisma principi, paredzot atcelt ģimenes ārsta mēneša darbības novērtējuma mainīgo maksājumu un izskatot iespēju noteikt veselības aprūpes pakalpojumu apmēru, kurš tiek segts ar kapitācijas maksājumu.
2. Stiprināta kvalitātes novērtējuma sistēma ģimenes ārstu praksē sniegto pakalpojumu kvalitātes uzlabošanai.
3. Veikti grozījumi normatīvajos aktos par veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, paredzot vienkāršot PVA finansēšanas mehānismu un palielinot finansējumu ģimenes ārstu kvalitātes novērtējuma sistēmai.
 |  Nepieciešams papildus finansējums budžeta programmas 45.00.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana” apakšprogrammā 45.01.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana” un budžeta programmas 33.00.00 „Veselības aprūpes nodrošināšana” apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība”:2015.gadā – 2 809 859 EUR, tai skaitā:* + - Papildus finansējums nepieciešams izmaiņām Vadības informācijas sistēmā (VIS) – 100 cilvēkstundas x VIS uzturētāju vienas cilvēkstundas likme ir 34,44 EUR ar PVN = 3 444 EUR (EKK 2000 Preces un pakalpojumi) budžeta programmas 45.00.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana” apakšprogrammā 45.01.00 „Veselības aprūpes finansējuma administrēšana un ekonomiskā novērtēšana”;
		- Papildus finansējums nepieciešams, lai motivētu ģimenes ārstu kvalitātes kritēriju izpildi, palielinot ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu (nemainīga summa) par 2 806 415 EUR (EKK 3000 Subsīdijas un dotācijas) 2015.gadā un turpmāk ik gadu (katru gadu) budžeta programmas 33.00.00 „Veselības aprūpes nodrošināšana” apakšprogrammā 33.01.00 „Ārstniecība”.

Esošā nemainīgā summa veidojas:Pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu skaits Latvijā uz 2012.gada 31.decembri tas ir 2 139 321 pacienti, reizināti ar ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu vienai personai mēnesī (tas ir 0,087455 EUR atbilstoši Ministru kabineta 2013.gada 17.decembra noteikumiem Nr.1529 (2 139 321 reģistrētie pacienti x 0,087455 EUR x 12 mēneši = 2 245 132 EUR). 2016.gadā un turpmāk ik gadu – 2 806 415 EUR (EKK 3000 Subsīdijas un dotācijas). Lai nodrošinātu ģimenes ārstiem lielāku motivāciju iesaistīties pēc iespējas plašākā kvalitātes rādītāju pildīšanā, tādējādi uzlabojot ģimenes ārsta praksē sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, nepieciešams būtiski palielināt finansējuma apmēra par kvalitātes rādītāju izpildi īpatsvaru attiecībā uz ģimenes ārsta kopējiem ieņēmumiem. Balstoties uz nozares ekspertu viedokli un Veselības ministrijas darba grupā Primārās veselības aprūpes attīstības plāna 2014.-2016.gadam izstrādei secināto, ir nepieciešams palielināt ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājumu vienai personai mēnesī no 0,087455 EUR līdz 0,196773 EUR, tas ir, par 125%. Līdz ar to precizētais līdzekļu apjoms ģimenes ārstu motivēšanai ir 5 051 547 EUR Papildus līdzekļi 2 806 415 EUR apmērā veidojas: 5 051 547 EUR (nepieciešamais līdzekļu apjoms ģimenes ārstu gada darbības novērtējuma maksājumam) mīnus 2 245 132 EUR (esošais līdzekļu apjoms ģimenes ārstu gada darbības novērtējuma maksājumam EUR. |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Pilnveidot un uzturēt informācijas iegūšanu par PVA jautājumiem** |
|  | Apzināt iedzīvotāju apmierinātību ar primāro veselības aprūpi Latvijā. | 30.12.2016. | SPKC | VMNVD | Jautājumi par iedzīvotāju apmierinātību ar primāro veselības aprūpi Latvijā iekļauti Latvijas iedzīvotāju (15-64 gadu vecumā) veselību ietekmējošo paradumu pētījuma 2014. un 2016.gada aptaujas anketās.  | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Attīstīt informācijas par aktuālo situāciju zobārstniecībā iegūšanu un publiskošanu. | 30.12.2016. | ZSĶC | VMNVD | 1. Pilnveidota datubāze par aktuālajiem saslimstības indikatoriem zobārstniecībā.
2. Veikti 3 epidemioloģiskie pētījumi bērnu un jauniešu vidū.
3. Izveidots un ZSĶC mājas lapā publicēts ikgadējs pārskats par esošo situāciju zobārstniecībā .
 | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Stiprināt farmaceitiskās aprūpes sadarbību ar PVA** |
|  | Noteikt farmaceitiskās aprūpes lomu atbalsta sniegšanā pacientiem pašaprūpes veikšanai.  | 01.08.2015.  | VM | LFB LLĢĀA LĢĀAAĪAAAB | Veikti grozījumi normatīvajos aktos par aptieku darbību, nosakot:1. eksprestestus un citus pašaprūpes atbalsta veidus, kurus atļauts veikt aptiekās;
2. obligātās prasības to veikšanai;
3. obligātās apmācības prasības to veikšanai.
 | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Uzlabot pacientu veselības aprūpes kvalitāti, nodrošinot klīniskā farmaceita konsultācijas medikamentozās terapijas jautājumos. | 31.12.2016. | VM | SPKCNVD | Organizēts pilotprojekts, kura ietvaros pēc ģimenes ārsta ieteikuma nodrošinātas klīnisko farmaceitu sniegtas konsultācijas pacientiem, par medikamentozo terapiju sirds un asinsvadu un onkoloģisko slimību pacientiem, kuri vienlaicīgi lieto vairākus medikamentus un kuri pakļauti teritoriālās, sociālās atstumtības un nabadzības riskam (t.sk. trūcīgām personām, bērniem, invalīdiem, lauku iedzīvotājiem, senioriem u.c.). | Pasākums tiks īstenots 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda ietvaros, specifiskais atbalsta mērķis – 7.5.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem”, kas paredz atbalstu terciārās profilakses[[39]](#footnote-39) pakalpojumiem ar mērķi stiprināt profilakses nozīmi, uzlabojot iedzīvotāju veselību. Indikatīvais finansējums: 13 000 EUR (5 klīniskie farmaceiti x 200 pacientiem sniegtas konsultācijas katram klīniskajam farmaceitam x 13 EUR (vidējā samaksa par konsultāciju)). Pēc projekta apstiprināšanas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā tiks iesniegts pieprasījums līdzekļu pārdalei no programmas Nr.80. |
|  | **Rīcības virziens mērķa sasniegšanai** | **Pacientu informēšanas nodrošināšana un līdzestības uzlabošana** |
| * 1. **Uzdevums mērķa sasniegšanai**
 | **Informēt iedzīvotājus par PVA jautājumiem** |
| **Pasākumi izvirzītā mērķa sasniegšanai** | **Izpildes termiņš** | **Atbildīgā institūcija** | **Iesaistītās institūcijas** | **Tiešie darbības rezultāti** | **Paredzētais finansējums un tā avoti** |
|  | Pilnveidot pacientiem pieejamo informāciju par tuvākajiem PVA pakalpojumu sniedzējiem. | 31.12.2016. | NVD | LĢĀALLĢĀALatvijas Ģeotelpiskās informācijas aģentūraZSĶC | E-veselības ietvaros izveidota interaktīvā Latvijas karte ar valsts apmaksāto PVA pakalpojumu sniedzējiem. | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Organizēt sabiedrības informēšanas pasākumus veselības veicināšanai, slimību profilaksei un iedzīvotāju līdzestības stiprināšanai. | 30.12.2016. | VMNVDSPKCZSĶC | LĢĀALLĢĀALMALADĀPPBLFB | 1. Veikti informatīvie pasākumi:1)Lai mudinātu iedzīvotājus vērsties pie sava ģimenes ārsta. 2)Lai aktualizētu mutes veselības jautājumus dažādām iedzīvotāju grupām.3)Lai veicinātu iedzīvotājus izmantot iespēju vērsties pie farmaceita par zāļu lietošanu un veselības jautājumiem. 2. VM, NVD, SPKC un ZSĶC mājas lapās publicēta informācija par veselības veicināšanas un slimību profilakses, kā arī PVA pakalpojumu saņemšanas jautājumiem.  | Pasākums tiks nodrošināts esošā valsts finansējuma ietvaros. |
|  | Nodrošināt rekomendāciju izstrādi pacientu veselības izglītības jomā un ieviest ģimenes ārsta māsu un ārsta palīgu organizētu pacientu izglītošanu grupās. | 30.12.2016. | SPKCVMNVD | LĢĀALLĢĀALMALADĀPPB | Izstrādātas rekomendācijas un organizēti izglītojoši pasākumi pacientu mērķa grupām (pacientiem, kuri pakļauti teritoriālās, sociālās atstumtības un nabadzības riskam, t.sk. trūcīgām personām, bērniem, invalīdiem, lauku iedzīvotājiem, senioriem u.c.) par veselības veicināšanas un slimību profilakses tēmām prioritārajās veselības jomās (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpē un garīgajā veselībā). | Pasākums tiks īstenots 2014- 2020.gada ES fondu plānošanas perioda ietvaros, specifiskais atbalsta mērķis – 7.5.4. „Uzlabot pieejamību veselības veicināšanas un slimību profilakses pakalpojumiem, jo īpaši, nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautajiem iedzīvotājiem”. Indikatīvais finansējums: 504 000 EUR, t.sk. 216 000 EUR līdz 30.12.2016., (200 māsas/ārsta palīgi x 12 pasākumi gadā katrai māsai x 30 EUR x 7 gadi, kuru laikā plānots īstenot pasākumu). Pēc projekta apstiprināšanas normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā tiks iesniegts pieprasījums līdzekļu pārdalei no programmas Nr.80. |

Veselības ministre I.Circene

14.04.2014. 11:03

13 637

E.Upīte, 67876189

Elina.Upite@vm.gov.lv

1. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12

September 1978 [↑](#footnote-ref-1)
2. World Organization of Family Doctors, 2005 [↑](#footnote-ref-2)
3. Centrālās statistikas pārvaldes dati [↑](#footnote-ref-3)
4. Ministru kabineta 2004.gada 13.aprīļa noteikumi Nr.286 „Veselības ministrijas nolikums” [↑](#footnote-ref-4)
5. Projekta „Sabiedrības veselības uzlabošana, veicinot vienlīdzīgi pieejamu augstas kvalitātes primārās veselības aprūpes sistēmu" (ImPrim) ietvaros veiktas aptaujas rezultāti, 2011 [↑](#footnote-ref-5)
6. SPKC, Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2010 [↑](#footnote-ref-6)
7. SKDS, Latvijas iedzīvotāju aptauja „ Latvijas iedzīvotāju saskarsme ar ģimenes ārstiem”, 2013. [↑](#footnote-ref-7)
8. Health Development Agency of National Institute for Clinical Excellence, New Primary Care Premises Design to support workplace health. [↑](#footnote-ref-8)
9. ES projekta „Administratīvā sloga samazināšana un administratīvo procedūru vienkāršošana” pētījums „Iedzīvotāju aptaujas – administratīvo procedūru novērtējums”, 2012; Projekta „Sabiedrības veselības uzlabošana, veicinot vienlīdzīgi pieejamu augstas kvalitātes primārās veselības aprūpes sistēmu" (ImPrim) ietvaros veiktas aptaujas rezultāti, 2011 [↑](#footnote-ref-9)
10. Hendlings (no angļu val. *handling*) - metode, kas māca, kā pareizi turēt un darboties ar mazuli. [↑](#footnote-ref-10)
11. SPKC, Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2009, 2011, 2013 [↑](#footnote-ref-11)
12. SPKC, Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2011 [↑](#footnote-ref-12)
13. SKDS, Latvijas iedzīvotāju aptauja „ Latvijas iedzīvotāju saskarsme ar ģimenes ārstiem”, 2013. [↑](#footnote-ref-13)
14. SKDS, Latvijas iedzīvotāju aptauja „ Latvijas iedzīvotāju saskarsme ar ģimenes ārstiem”, 2013. [↑](#footnote-ref-14)
15. SPKC, Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra par pacientiem, kuri slimo ar cukura diabētu, dati [↑](#footnote-ref-15)
16. SKDS, 2013.gada janvāra Latvijas iedzīvotāju aptauja „Latvijas iedzīvotāju saskarsme ar ģimenes ārstiem” [↑](#footnote-ref-16)
17. SPKC, Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījums, 2011 [↑](#footnote-ref-17)
18. Kringos DS: The strength of primary care in Europe. Utrecht: Utrecht University/NIVEL; 2012 [↑](#footnote-ref-18)
19. NVD dati [↑](#footnote-ref-19)
20. Kariozo, plombēto, izrauto zobu kopsumma pret pacientu skaitu [↑](#footnote-ref-20)
21. SPKC, Veselības aprūpes statistika par 2012.gadu [↑](#footnote-ref-21)
22. Ministru kabineta 2010.gada 25.maija noteikumi Nr.469 „Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas” [↑](#footnote-ref-22)
23. Projekta „Sabiedrības veselības uzlabošana, veicinot vienlīdzīgi pieejamu augstas kvalitātes primārās veselības aprūpes sistēmu" (ImPrim) ziņojums „Incentive payments for high quality PHC performance” [↑](#footnote-ref-23)
24. ES projekta „Administratīvā sloga samazināšana un administratīvo procedūru vienkāršošana” pētījums „Iedzīvotāju aptaujas – administratīvo procedūru novērtējums”, 2012 [↑](#footnote-ref-24)
25. SPKC dati [↑](#footnote-ref-25)
26. SPKC Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma dati [↑](#footnote-ref-26)
27. NVD dati [↑](#footnote-ref-27)
28. Valsts statistikas pārskats [↑](#footnote-ref-28)
29. SPKC dati [↑](#footnote-ref-29)
30. NVD dati [↑](#footnote-ref-30)
31. NVD dati [↑](#footnote-ref-31)
32. SPKC Latvijas iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma dati [↑](#footnote-ref-32)
33. SPKC dati [↑](#footnote-ref-33)
34. SPKC dati [↑](#footnote-ref-34)
35. NVD dati [↑](#footnote-ref-35)
36. Apstiprināta Saeimā 10.06.2010. [↑](#footnote-ref-36)
37. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2000:218:0008:0009:EN:PDF [↑](#footnote-ref-37)
38. White Paper. Together for Health: A Strategic Approach for EU 2008-2013. Brussels. [↑](#footnote-ref-38)
39. Terciārā profilakse ir pasākumi, kas vērsti uz jau diagnosticētas slimības kontrolēšanu, lai ierobežotu tās progresēšanu un komplikāciju rašanos, tādējādi uzlabojot pacientu dzīves kvalitāti un pagarinot dzīves ilgumu. [↑](#footnote-ref-39)