

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Pētījums: Administratīvo prasību analīze un kontrolējošo institūciju darbības novērtējums veselības aprūpes pakalpojumu jomā

GALA ZIŅOJUMS

Rīga, 2012. gada 16. septembris

Pētījuma veicējs:



Baltic Institute of Social Sciences
Elizabetes iela 65-16,
Rīga, LV-1050, Latvija
T. 67541528 F. 67217560
e-pasts: biss@biss.soc.lv

Šis pētījuma rezultātu ziņojums ir veidots ar Eiropas Savienības Eiropas Sociālā fonda un Latvijas valsts finansiālu atbalstu 2007.-2013. gada ES fondu plānošanas perioda darbības programmas „Cilvēkresursi un nodarbinātība” aktivitātes „Administratīvo šķēršļu samazināšana un publisko pakalpojumu kvalitātes uzlabošana” projekta „Administratīvā sloga samazināšana un administratīvo procedūru vienkāršošana” (Nr. 1DP/1.5.1.2.0/08/IPIA/SIF/001) ietvaros.

85% no projekta finansē Eiropas Savienība ar Eiropas Sociālā fonda starpniecību un 15% Latvijas valsts budžets. Aktivitāti administrē Valsts kanceleja sadarbībā ar Sabiedrības integrācijas fondu.

SATURS

SATURS	3
IEVADS	4

No regulējuma izrietošo prasību analīze attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības uzsākšanu un tālāku darbības nodrošināšanu

1. Veselības aprūpes personāla reģistrācija	5
2. Veselības aprūpes personāla sertifikācija un resertifikācija	8
3. Ārstu prakšu un ārstniecības iestāžu reģistrācija un sertifikācija	11
4. Prasības ārstniecības iestāžu darbības nodrošinājumam.....	15
4.1. Prasības ārstniecības iestāžu tehniskajam nodrošinājumam: telpas un medicīniskais aprīkojums.....	15
4.2. Ārstniecības iestāžu darbības finansēšanas kārtība.....	17
4.3. Prasības par ģimenes ārstu un ārsta palīgu darba stundu skaitu un pacientu pieņemšanas laiku.....	19
4.4. Prasības par aizvietotāju ģimenes ārsta prombūtnes laikā.....	20
4.5. Prasības par vakcinācijas organizēšanas kārtību.....	21
4.6. Prasības par zāļu iegādi ģimenes ārsta praksē	23
4.7. Higiēnai un atkritumu savākšanai izvirzītās prasības	24
4.8. Prasības darbinieku minimālajam atalgojumam un darba apstākļiem.....	24
5. Prasības medicīniskajām ierīcēm.....	25
6. Prasības ārstniecībā izmantoto medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un ieviešanas kārtībai	27
7. Prasības medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtošanai.....	29
8. Līgumu slēgšana un izpilde ar Nacionālo veselības dienestu par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu	31
9. Uzraugošo un kontrolējošo institūciju darbības vērtējums.....	34
9.1. Veselības inspekcija.....	34
9.2. Citas uzraugošās institūcijas	36

No regulējuma izrietošo prasību analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu, kā arī aptiekas kontrolējošo un uzraugošo institūciju darbības analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu

1. No regulējuma izrietošo prasību analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu	37
2. Aptiekas kontrolējošo un uzraugošo institūciju darbības analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu	40

Aptieku sniegto pakalpojumu pieejamības un kvalitātes, tajā skaitā aptieku iespējas iesaistīties primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā (pakalpojumu klāsta attīstīšana papildus esošajiem pakalpojumiem) analīze

1. Iedzīvotāju sniegtais aptieku pakalpojumu, to pieejamības un kvalitātes vērtējums.....	41
2. Aptieku pakalpojumu sniedzēju viedoklis par iespējām iesaistīties primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā.....	42

IEVADS

Saskaņā ar iepirkuma tehnisko specifikāciju šī **pētījuma mērķis** ir identificēt administratīvās prasības, ko satur regulējums attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības uzsākšanu un tālākas darbības nodrošināšanas procesu, lai rastu iespējas regulējuma vienkāršošanai un administratīvo izmaksu samazināšanai, t.sk., rast iespēju samazināt/novērst (ja attiecināms) veselības aprūpes pakalpojumu jomu kontrolējošo un uzraugošo institūciju īstenoto funkciju intensitāti, pārklāšanos un dublēšanos starp iestādēm vai to struktūrvienībām.

Atbilstoši iepirkuma „Administratīvo prasību analīze un kontrolējošo institūciju darbības novērtējums veselības aprūpes pakalpojumu jomā” (iepirkuma identifikācijas Nr. MK VK 2011/11 ESF) tehniskajā specifikācijā formulētajiem uzdevumiem un mērķa grupām pētījumā ir apkopots veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un aptieku komersantu viedoklis par esošām problēmām un vēlamajiem pasākumiem, lai mazinātu administratīvo slogu veselības aprūpes nozarē. Ņemot vērā minēto, pirms to ieviešanas praksē būtu nepieciešama plašāka diskusija, piesaistot gan ieinteresētās puses, gan veselības aprūpes jomas ekspertus.

Lai veiktu darba uzdevumu, pētījums tika sadalīts trīs daļās (aktivitātēs):

1. No regulējuma izrietošo prasību analīze attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības uzsākšanu un tālāku darbības nodrošināšanu (1. aktivitāte);
2. No regulējuma izrietošo prasību analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu, kā arī aptiekas kontrolējošo un uzraugošo institūciju darbības analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu (2. aktivitāte);
3. Aptieku sniegto pakalpojumu pieejamības un kvalitātes, tajā skaitā aptieku iespējas iesaistīties primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā (pakalpojumu klāsta attīstīšana papildus esošajiem pakalpojumiem) analīze (3. aktivitāte).

Par katru no pētījuma aktivitātēm tika izstrādāts atsevišķs starpziņojums, kurā detalizēti raksturotas gan pētījuma mērķa grupas, gan rezultāti. Lai iegūtu padziļinātu informāciju par gala ziņojumā identificēto problēmu būtību un mērķa grupu pieredzi, sīkāka informācija meklējama starpziņojumos.

Pētījums tika veikts un gala ziņojums tika izstrādāts ar Eiropas Savienības Eiropas Sociālā fonda un Latvijas valsts finansiālu atbalstu 2007.-2013. gada ES fondu plānošanas perioda darbības programmas „Cilvēkresursi un nodarbinātība” aktivitātes „Administratīvo šķēršļu samazināšana un publisko pakalpojumu kvalitātes uzlabošana” projekta Nr. 1DP/1.5.1.2.0/08/IPIA/SIF/001 „Administratīvā sloga samazināšana un administratīvo procedūru vienkāršošana” ietvaros. Par materiāla saturu atbild Valsts kanceleja. 85% no projekta finansēja Eiropas Savienība ar Eiropas Sociālā fonda starpniecību un 15% Latvijas valsts budžets. Aktivitāti administrēja Valsts kanceleja sadarbībā ar Sabiedrības integrācijas fondu.

Pētījumu, pamatojoties uz publiskā iepirkuma rezultātiem, veica nodibinājums „Baltic Institute of Social Sciences”.

No regulējuma izrietošo prasību analīze attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības uzsākšanu un tālāku darbības nodrošināšanu

1. Veselības aprūpes personāla reģistrācija

Ārstniecības personu reģistrāciju un reģistrācijas pagarināšanu (turpmāk tekstā kā sinonīms lietots arī vārds „pārreģistrāciju”) ārstniecības personu reģistrā regulē 24.02.2009. MK noteikumi Nr. 192 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība”, kas ir izdoti saskaņā ar Ārstniecības likuma 9. panta pirmo daļu. Grūtības šī normatīvā akta pielietojumā rada vairāki aspekti, kas vienlaikus raksturo ar šīm nepilnībām saistītos administratīvos slogus. Pirmkārt, kaut arī no 2009. gada 1. oktobra, kad mainījās par reģistru atbildīgo institūciju deleģējums un struktūra, ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru uztur Veselības inspekcija (VI), 24.02.2009. MK noteikumos Nr. 192 nav izdarītas nepieciešamās izmaiņas, proti, normatīvais akts nedefinē institūciju vai institūcijas, kas šobrīd atbild par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru un attiecīgi veic reģistrācijas funkciju.

Otrkārt, šajā normatīvajā aktā ir neskaidras kvalifikācijas atbilstības prasības personas pārreģistrācijai. Ir noteikta nevienlīdzīga pieeja pārreģistrācijas prasībās ārstiem un citām ārstniecības personu grupām pārreģistrācijai nepieciešamo profesionālās pilnveides stundu skaita izteiksmē. 24.02.2012. MK noteikumos Nr. 192 ir definēts precīzs profesionālās pilnveides kursu stundu apjoms personas reģistrācijas derīguma periodā tikai atsevišķām ārstniecības personu grupām, t.sk. ārsta palīgiem (feldšeriem), savukārt ārstiem obligātais stundu skaits pārreģistrācijai nav norādīts. Saskaņā ar 24.02.2009. MK noteikumiem Nr. 192 ārsta palīgiem (feldšeriem) pārreģistrācijai ārstniecības personu reģistrā nepieciešams uzrādīt profesionālās pilnveides kursu apmeklējuma dokumentus vismaz 100 stundu apmērā, savukārt resertifikācijai nepieciešams apmeklēt tālākizglītības aktivitātes 150 stundu apmērā. Atšķirīgs profesionālās kvalifikācijas pasākumu stundu apjoms pārreģistrācijai un resertifikācijai ir būtisks šķērslis abu procedūru saskaņošanai. Noteiktā specialitātē sertificētām ārstniecības personām vai ārstniecības atbalsta personām profesionālās kvalifikācijas pierādīšana pārreģistrācijai ir pēc būtības dublējoša procedūra.

Treškārt, 24.02.2009. MK noteikumos Nr. 192 nav precīzi noteikta reģistrācijas apliecības saņemšanas kārtība – vai apliecība ir jāsaņem personai personīgi klātienē vai to ir iespējams saņemt pa pastu vai ar citas personas starpniecību, to pilnvarojot. Pētījumā tika identificētas dažādas prakses.

Ārstniecības personu reģistrācijas un pārreģistrācijas ārstniecības personu reģistrā procedūru analīzē pētījumā konstatētas šādas galvenās problēmas, kas rada administratīvo slogu ārstniecības personām:

- (a) reģistrācijas procedūras pārklāšanās ar citām procedūrām, kas ir saistošas jaunajiem ārstiem (sertifikācijas eksāmeniem, sertifikāciju, ģimenes ārstiem – arī reģistrāciju ģimenes ārstu gaidīšanas rindā);
- (b) ārstniecības personu pārreģistrācijas ārstniecības personu reģistrā un resertifikācijas termiņu savstarpējā neatbilstība;
- (c) pārreģistrācijai un resertifikācijai iesniedzamo dokumentu – tālākizglītības kursu apmeklējumu sertifikāti, pārskats par profesionālo darbību – dublēšanās;

- (d) normatīvajā regulējumā ir neskaidri definētas kvalifikācijas atbilstības prasības ārstniecības personu pārreģistrācijai profesionālās pilnveides kursu stundu skaita izteiksmē;
- (e) reģistrācijas atjaunošanas procedūras īstenošana klātienē reģionos strādājošajām ārstniecības personām;
- (f) neapmierinošs ārstniecības personu reģistra datu bāzes publiski pieejamās informācijas ticamības līmenis, kas saistīts, pirmkārt, ar novēlotu ziņu sniegšanu reģistram par izmaiņām attiecībā uz ārstniecības personu, otrkārt ar nepietiekamu VI datu bāzes kapacitāti, operatīvi atjaunojot reģistra datus.

Lai iegūtu padziļinātu informāciju par iepriekš identificēto problēmu būtību un mērķa grupu pieredzi, sīkāka informācija meklējama 1. starpziņojumā.

Iesakām veikt grozījumus izmaiņas 24.02.2009. MK noteikumos Nr. 192 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” (ņemot vērā minētos apstākļus, kādos ieteikums būtu ieviešams) un pētījuma autoru priekšlikumus, kas saistīti ar ārstniecības personu pārreģistrācijas un (re)sertifikācijas procedūru tuvināšanu:

- Definēt institūciju, kas ir atbildīga par reģistra izveidi, papildināšanu un uzturēšanu (Veselības inspekcija).
- Visām sertificētām ārstniecības personām un ārstniecības atbalsta personām kvalifikācijas atbildību atzīt, pamatojoties uz (re)sertifikāciju specialitātē, saglabājot nepieciešamību pierādīt profesionālās kvalifikācijas atbilstību ārstniecības personām un ārstniecības atbalsta personām, kuras nav (re)sertificējušās.
- Precizēt kvalifikācijas atbilstības prasības pārreģistrācijai ārstiem profesionālās pilnveides kursu apmeklējuma stundu skaita izteiksmē, ja tiek saglabāta prasība par kvalifikācijas pieredzes apliecināšanu reģistrācijai ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā.
- Precizēt prasību formulējumu par profesionālās pilnveides kursu saturu ārstniecības personu un ārstniecības personu atbalsta grupām, ja tiek saglabāta prasība par kvalifikācijas pieredzes apliecināšanu reģistrācijai ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā.
- Saīsināt ārstniecības personu pirmreizējās reģistrācijas procedūras ilgumu – ieteicams izvērtēt iespēju noteikt, ka pirmreizējās reģistrācijas termiņš ir piecas dienas, sākot no dokumentu iesniegšanas brīža.
- Jauno ārstu gadījumā ārstniecības personu reģistrā iekļautās informācijas atjaunošanu vai papildināšanu pēc rezidentūras beigšanas, kad ārsts saņem sertifikātu, ieteicams vienkāršot, ieviešot automatisku informācijas papildināšanu, kas tiek veikta, balstoties tikai uz sertifikācijas institūciju sniegto informāciju par ārstniecības personu sertifikātiem.
- **Tuvināt ārstniecības personas reģistrācijas un reģistrācijas atjaunošanas ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā procedūru ar resertifikācijas procedūru.** Lai tuvinātu abas šīs procedūras, ir nepieciešama savstarpēji saskaņota un koordinēta VI un sertifikācijas institūciju darbība, kas paredzētu, ka informācija reģistrā par izsniegtajiem sertifikātiem tiktu atjaunota automatiski, attiecīgi pie resertifikācijas automatiski tiktu veikta arī ārstniecības personas pārreģistrācija. Šāda automatiska reģistra

derīguma termiņa pagarināšana tiktu balstīta uz uzskatu, ka resertifikācija ir personas apliecinājums par gribu turpināt profesionālo darbību, kam nepieciešama arī pārreģistrācija. Viens no veidiem, kā īstenot automatisku reģistra datu pagarināšanu, ir nodrošināt sertifikācijas institūcijām pielaidi (tiešsaistes pieeju) attiecīgajiem reģistra sektoriem un deleģēt funkciju ievadīt kopīgajā sistēmā aktuālos sertifikācijas datus par attiecīgo ārstniecības personu grupu noteiktā termiņā. Nodrošināt automatisku ārstniecības personu reģistrācijas atjaunošanu, ja VI informācijas sistēmā atbilstošajos termiņos tiek ievadīti dati par ārstniecības personas sertifikāta atjaunošanu un ja VI ir iesniegti citi pārreģistrācijai nepieciešamie dokumenti. Pārreģistrācijai nepieciešamos dokumentus – iesniegumu un profesionālās darbības pārskatu pēdējo piecu gadu laikā – iesniegt par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru atbildīgajai institūcijai papīra vai elektroniska dokumenta formā atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu. Tāpat, lai sekmīgi tuvinātu (pār)reģistrācijas un (re)sertifikācijas procedūras, ir ieteicams veikt izmaiņas reģistrācijas apliecību saņemšanas kārtībā, piemēram, nosakot, ka VI sagatavotās un izsniegtās reģistrācijas apliecības tiktu nodotas sertifikācijas institūcijām un atbilstošajām profesionālajām asociācijām, kas tālāk dokumentu izsniegtu ārstniecības personām kopā ar jauno sertifikātu. Vēl viens risinājums, lai atvieglotu reģionos strādājošajām ārstniecības personām atjaunoto reģistrācijas apliecību saņemšanu, ir nodrošināt iespēju ārstniecības personām saņemt atjaunotās reģistrācijas apliecības VI teritoriālajās nodaļās. Tuvinot reģistrācijas un sertifikācijas procedūras, ir svarīgi saglabāt atsevišķi ārstniecības personu un ārstniecības personu atbalsta reģistru kā VI funkciju.

- Ja tiek saglabāta prasība par kvalifikācijas pieredzes apliecināšanu reģistrācijai ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā **profesionālās pilnveides stundu skaita izteiksmē**, pirmkārt, visām ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu grupām profesionālās pilnveides kursu stundu skaitu noteikt tā, lai tas būtu vienāds gan resertifikācijai, gan pārreģistrācijai, par pamatu ņemot resertifikācijas prasības, ko nosaka katras ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu grupas pārstāvošās profesionālās asociācijas; otrkārt, attiecināt ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu resertifikācijas vajadzībām apmeklēto profesionālās pilnveides kursu stundas uz pārreģistrācijai nepieciešamajām profesionālās pilnveides kursu stundām.
- Atvieglot ārstniecības personas **reģistrācijas apliecības izsniegšanu**, izvērtējot šādus priekšlikumus: (a) ārstniecības personas reģistrācijas apliecību izsniegt personai kopā ar atjaunoto sertifikātu attiecīgajā profesionālajā organizācijā vai asociācijā; (b) reģionos strādājošajām ārstniecības personām nodrošināt reģistrācijas apliecību izsniegšanu VI teritoriālajās nodaļās; (c) izdot beztermiņa vai ilgāka derīguma termiņa ārstniecības personas reģistrācijas apliecību, saglabājot pienākumu ārstniecības personai ziņot par izmaiņām savā profesionālajā un nodarbinātības statusā un nosakot papildus kritērijus personas izslēgšanai no reģistra. Šī ieteikuma īstenošanu šobrīd ierobežo fakts, ka, izņemot ārstus, citām ārstniecības personām un ārstniecības atbalsta personām reģistrācijas termiņa pagarināšanai ir jāiesniedz VI profesionālās kvalifikācijas pilnveidi apliecināšanos dokumentus par zināšanu un prasmju apguvi. Tā kā arī šo procedūru sekundārās aprūpes pakalpojumu sniedzēji uzskata par dublēšanos ar citām procedūrām, pieņemot to novēršanai izstrādātos priekšlikumus, būs iespējams izsniegt beztermiņa vai ilgāka derīguma termiņa reģistrācijas apliecības.
- Lai sekmētu **ārstniecības personu reģistra publiski pieejamo datu ticamību**, nepieciešams, pirmkārt, sekmēt ārstniecības personu informētību par viņu pienākumu ziņot reģistram par izmaiņām, kas saistītas ar viņu kvalifikāciju vai profesionālo darbību; otrkārt,

celt VI datu bāzes (reģistra) kapacitāti, lai nodrošinātu publiskās informācijas regulāru aktualizāciju, treškārt, paaugstināt sadarbības kvalitāti ar sertifikācijas institūcijām.

2. Veselības aprūpes personāla sertifikācija un resertifikācija

Saskaņā ar Ārstniecības likuma 29. panta pirmo daļu ārstniecības personu sertifikācijas kārtību nosaka Ministru kabinets. Ārstu sertifikācijas un resertifikācijas procedūru līdz 2000. gada 28. jūnijam regulēja 23.12.1997. MK noteikumi Nr. 431 „Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” (saskaņā ar Veselības ministrijas (VM) 12.03.2012. MK noteikumu projektu „Ārstniecības personu sertifikācija”). Pētījuma veikšanas laikā (16.03.2012.-16.09.2012.) netika apstiprināti jauni MK noteikumi, kas regulē ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas kārtību. VM sadarbībā ar profesionālajām asociācijām, kas saskaņā ar Ārstniecības likumu ir sertifikācijas institūcijas, ir izstrādājusi jaunu MK noteikumu projektu. 23.12.1997. MK noteikumi Nr. 431 „Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” regulēja šādus jautājumus: ārstniecības personu sertifikācijas organizācija, sertifikācijas kārtība, resertifikācijas kārtība un ārstniecības personas sertifikāta anulēšanas kārtība. Spēkā esoša normatīvā akta (MK noteikumu) trūkums, kas regulē sertifikācijas kārtību, ir galvenā problēma ārstniecības personu sertifikāciju un resertifikāciju regulējošā tiesiskā regulējuma jomā. Pētījumā veiktais administratīvo procedūru vērtējums ir balstīts uz 23.12.1997. MK noteikumos Nr. 431 „Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība” noteiktajām prasībām ārstniecības personām.

Pētījumā tika konstatētas šādas galvenās ārstniecības personu sertifikācijas un resertifikācijas procedūru problēmas, kā arī ar ārstniecības personu izglītības un tālākizglītības iegūšanu saistītās problēmas un piedāvāti to risinājuma varianti. Lai iegūtu padziļinātu informāciju par iepriekš identificēto problēmu būtību un mērķa grupu pieredzi, sīkāka informācija meklējama 1. starpziņojumā.

- Veidot dialogu ar rezidentu apmācībā iesaistītajiem ārstiem un iestādēm, lai meklētu risinājumus, vai nepieciešams un kā tiesiskā regulējuma līmenī noteikt pakāpenisku rezidentu atbildības pieaugumu. Saskaņā ar pētījuma īstenošanās brīdī identificētajiem ieguvumiem, šāda pakāpeniski pieaugoša rezidentu atbildība, pirmkārt, samazinātu rezidentu darbu uzraugošā personāla darba slodzi, un tuvinātu normatīvajā regulējumā noteikto normu atbilstību praktiskajai darba organizācijai stacionāros. Otrkārt, rezidenta atbildības noteikšana samazinātu administratīvo slogu, piemēram, vajadzību sertificētam speciālistam ar savu parakstu apstiprināt rezidenta noteikto diagnozi vai nozīmēto ārstēšanu, kas šobrīd ir arī viens no VI konstatētajiem pārkāpumiem šajā jomā.
- Jaunie ārsti atzīmē, ka problēmas, kārtojot teorētisko sertifikācijas eksāmenu, var rasties saistībā ar novecojušiem jautājumiem, kas vairs neatbilst ārstniecības praksei attiecīgajā nozarē. Jaunie ārsti ir arī sastapušies ar gramatiskām vai pārrakstīšanās kļūdām eksāmena jautājumos, kas rada zināmas neērtības, atbildot uz jautājumiem. Kā problēmas iespējamais risinājums būtu noteikums, ka sertifikācijas eksāmena jautājumi ir jāpārskata ne retāk kā reizi 10 gados (atsevišķās nozarēs ārstniecības metožu attīstībai atbilstošāks jautājumu pārskatīšanas termiņš ir pieci gadi, taču iesākumā ir nepieciešams panākt jautājumu regulāru pārskatīšanu).
- Jauno ģimenes ārstu sertifikācijas procedūras kopējais ilgums ir pārāk garš, kas ir saistīts ar rezidentūras beigšanas, sertifikācijas eksāmenu, sertifikāta saņemšanas procedūru

nesaskaņotību. Pozitīvi tiek vērtēta prakse, ka šobrīd rezidentūras beigšanas eksāmens ir apvienots ar sertifikācijas eksāmeni, nodrošinot par ģimenes ārstu sertifikāciju atbildīgās profesionālās organizācijas pārstāvju klātbūtni rezidentūras beigšanas pārbaudījumos. Sertifikātu jaunie ģimenes ārsti var saņemt tikai tad, kad ir saņēmuši rezidentūras beigšanu apliecināšu dokumentu, kas ir jāiesniedz Latvijas Ģimenes ārstu asociācijai, kas tālāk pieņem lēmumu par sertifikāta piešķiršanu. Lai mazinātu šo problēmu, nepieciešams nodrošināt savlaicīgu sertifikātu saņemšanu pēc kvalifikācijas prasību izpildes. Šī ieteikuma sakarā svarīgs faktors ir tas, ka 25.07.2012. stājās spēkā Ārstniecības likuma grozījumi. Saskaņā ar šiem grozījumiem turpmāk lēmumu par sertifikāta piešķiršanu vai atteikumu piešķirt sertifikātu sertifikācijas institūcija pieņem triju mēnešu laikā no iesnieguma saņemšanas dienas (29. panta pirmā daļa). Šī likuma norma var būt būtisks šķērslis sertifikāta saņemšanas procedūras optimizēšanai.

- Viens no dokumentiem, kas tiek izmantots ārstniecības personu profesionālās kvalifikācijas novērtēšanai resertifikācijas mērķiem, ir profesionālās darbības pārskata veidlapa „Praktiskā darba atskaite”. Tā kā praksē ārstniecības personu vērtējumā šīs veidlapas aizpildīšana ir drīzāk formāla, nevis ataino reālo situāciju, ieteicams to pilnveidot vai atcelt. Ārstniecības personu profesionālās darbības pārskata ticamību varētu būtiski uzlabot, izmantojot NVD regulāri iesniegtos datus par katra ārsta apkalpotajiem pacientiem un veiktajām manipulācijām attiecīgajā periodā, kā arī VI datus par kontroļu rezultātiem, pacientu sūdzībām. Šāda risinājuma ieviešanā liela loma ir e-veselības sistēmas ieviešanai, tās atbilstošas kapacitātes nodrošināšanai un efektīvai darbībai.
- Reģionos strādājošajām ārstniecības personām problēmas rada tālākizglītības kursu apmeklēšanai nepieciešamo laika un finanšu resursu nepietiekamība. Reģionu ģimenes ārsti ļoti atzinīgi vērtē VM Eiropas Sociālā fonda projekta „Veselības aprūpes un veselības veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai” ietvaros organizētos tālākizglītības kursus reģionos. Ļoti svarīgi ir sekmēt šī projekta aktivitāšu ilgtspēju, nostiprinot pozitīvo praksi nodrošināt tālākizglītības kursu pieejamību reģionos. Lai to īstenotu, ieteicams normatīvā regulējuma līmenī noteikt prasību nodrošināt tālākizglītības kursus noteiktu stundu apjomā tieši reģionos, ja to norisi līdzfinansē ES fondi.
- Lai uzlabotu ārstniecības personu profesionālās pilnveides iespējas un atvieglotu obligāto tālākizglītību, iesakām izvērtēt vairākus priekšlikumus. Pirmkārt, attīstīt attālinātās tālākizglītības piedāvājumu un iespēju vākt kredītpunktus, apgūstot dažādus kursus un kārtējot testa jautājumus tiešsaistē, vienlaikus nosakot pieļaujamo kredītpunktu skaitu par tiešsaistes tālākizglītības kursiem un kredītpunktu skaitu, kas jāsavāc klātienē tālākizglītības aktivitātēs. Otrkārt, kā papildu risinājumu iesakām izvērtēt iespēju atzīt Latvijā praktizējošām ārstniecības personām ārvalstīs organizēto klātienē un neklātienē tālākizglītības pasākumu kredītpunktus. Treškārt, ierosinām izvērtēt priekšlikumu sertifikācijas institūcijām veikt katras ārstniecības personas tālākizglītību apliecinājošo kredītpunktu elektronisko uzskaiti (veidot datu bāzi), kas ļautu gan ārstniecības personai, gan sertifikācijas institūcijai kontrolēt savākto punktu skaitu, gan optimizēt resertifikācijas procedūru. Šāds priekšlikums paredz, ka ārstniecības personai nebūtu jāiesniedz profesionālās pilnveides kursu apmeklējumu apliecinājošie dokumenti sertifikācijas institūcijai, sertifikācijas komisijai tie nebūtu jāizskata, tā vietā tikai pārbaudot elektroniskās datu bāzes sistēmā attiecīgās ārstniecības personas, kas pretendē uz sertifikāta atjaunošanu, profesionālās pilnveides rezultātus savākto kredītpunktu

izteiksmē. Elektroniskās datu bāzes izveidi un uzturēšanu varētu veikt sertifikācijas institūcijas, kas saņem maksu par sertifikācijas veikšanu.

- Nozīmīgākās problēmas resertifikācijas procedūras kontekstā ārsta palīgiem ir saistītas ar profesionālās kvalifikācijas prasību izpildi – tālākizglītības kursu piedāvājumu, pieejamību un kvalitāti. Kā pētījuma laikā atzina paši ārsta palīgi, ārsta palīgiem atšķirībā no citām ārstniecības personu grupām ir izvirzīta prasība (jāuzsver, ka šī prasība nav definēta ārējos normatīvajos aktos!), ka 80% tālākizglītības kursiem ir jābūt LADĀPPB rīkotajiem kursiem, kas veic ārstu palīgu sertifikāciju un organizē kvalifikāciju uzturošus kursus. Ārsta palīgi nav arī apmierināti ar LADĀPPB rīkoto kursu satura kvalitāti. Saskaņā ar intervijās atklāto pieredzi kursu saturs netiek aktualizēts un lielākā daļa informācijas ir tāda pati kā pirms 15 gadiem, vai arī tā neatbilst feldšeru darbības jomai, piemēram, lekcija ķirurģijā, kurā tiek analizētas ķirurģiskas manipulācijas, kuras iespējams veikt tikai stacionārā. Lai atvieglotu ārstu palīgu tālākizglītības kursu pieejamību, ieteicami šādi iespējamie risinājumi: (a) biežāk organizēt profesionālās pilnveides pasākumus reģionos, nevis Rīgā, tādējādi samazinot kopējās kursu apmeklēšanas izmaksas; (b) attīstīt attālinātās tālākizglītības aktivitātes tiešsaistē, nosakot precīzu kredītpunktu apjomu, ko drīkst iegūt šādā veidā un ko ir obligāti jāiegūst, apmeklējot tālākizglītības kursus klātienē; (c) apzināt feldšeru reālās vajadzības attiecībā uz tālākizglītības kursu saturu, lai tas pilnīgāk atbilstu viņu praktiskajam darbam un profesionālās darbības specifikai.
- Resertifikācijas kopējās izmaksas lielai daļai mūsu un ārsta palīgu ir augstas, ņemot vērā viņu darba algas vidējo līmeni. Māsas vai ārsta palīga resertifikācijas kopējās izmaksas sastāda maksa par tālākizglītības kursiem, resertifikācijas nodeva (ārsta palīga atkārotai resertifikācijai tā ir 18,00 LVL), kā arī ceļa izdevumi nokļūšanai uz Rīgu un atpakaļ. Saskaņā ar sertifikācijas institūciju sniegto informāciju zemākās izmaksas vienas izglītības stundas apguvei ir 1,00-1,50 LVL, kas piecu gadu periodā sastāda vismaz 150,00-225,00 LVL. Šobrīd valsts finansējums sertifikācijas procesa finansēšanai nav plānots, tāpēc resertifikācijas procedūras izmaksas arī turpmāk būs pilnībā jāsedz ārstniecības personai vai tās darba devējam – pašvaldībai. Resertifikācijas procedūras izmaksu sloga samazināšanu ārstniecības personai var īstenot, pirmkārt, tuvinot resertifikācijas un pārreģistrācijas procedūras, tādējādi samazinot to reižu skaitu, kad personai jāierodas Rīgā; otrkārt, izveidojot ārstniecības personas tālākizglītošanos apliecināšo kredītpunktu elektronisko uzskaiti un izstrādājot attālinātās resertifikācijas kārtību, ja ārstniecības personas resertifikācija balstās uz kvalifikācijas pieredzes apliecināšanu un personai nav jākārt atbilstošie pārbaudījumi.
- Stacionāro pakalpojumu sniedzēju kā ārstniecības personu darba devēju skatījumā gan ārstu, gan medicīnas māsu specialitātes ir pārāk sadrumstalotas, kas rada problēmas, pirmkārt, ar noteiktu speciālistu nodrošinājumu vispār attiecīgajā veselības aprūpes iestādē, un, otrkārt, ar iespējām efektīvi nodarbināt personālu. Šobrīd ārstam, lai iegūtu papildspecialitāti, ir no jauna jāstājas rezidentūrā. Problēmas risināšanai ieteicams rast elastīgākus risinājumus personāla pieejamības paaugstināšanai, samazinot specialitāšu sarakstu, un/ vai atvieglojot papildus specialitāšu iegūšanas iespējas, piemēram, būtu jāizvērtē iespējas īstenot ārstu speciālistu un stacionāro pakalpojumu sniedzēju priekšlikumu rīkot speciālu apmācību nepieciešamo teorētisko zināšanu apguvei un ārstu sertificēšanai, uzskatot, ka noteiktas praktiskajā darbā iegūtās iemaņas (ja ārsts ilgstoši strādā tādas specialitātes nodaļā, kurā vēlas sertificēties) ir līdzvērtīgas rezidentūrai.

- Ņemot vērā, ka laboratorijas speciālisti var iegūt izglītību ne tikai medicīnas izglītības iestādēs, bet arī apgūstot biologa vai ķīmiķa specialitāti, šo specialitāšu pārstāvjiem pastāv atšķirīgas iespējas iegūt valsts apmaksātu pēcdiploma izglītību. Līdzīgi kā laboratorijas ārstiem, arī laboratorijas speciālistiem ir nepieciešama pēcdiploma izglītība. Ja ārstiem tā ir pieejama, tad valsts apmaksāta pēcdiploma izglītība laboratorijas speciālistiem ar bioloģijas vai ķīmijas specialitāšu izglītību nav pieejama. Šī izglītība tiek īstenota pašmācības ceļā – laboratorijās praktiskā darba ietvaros, līdz ar to nav uzskatāma par tik mērķtiecīgu un kvalitatīvu, kāda tā būtu rezidentūras ietvaros. Ņemot vērā laboratorijas ārstu specialitātes zemo prestižu jauno speciālistu vidū un no tās izrietošo nozares darbinieku straujo novecošanos, ir jāatbalsta jebkuras atbilstošās nozares speciālistu apmācību profesijā. Tādējādi ieteicams valsts apmaksāto pēcdiploma apmācību izveidot arī laboratorijas speciālistiem.
- Iesakām izvērtēt iespējas iekļaut ārstniecības personu sertifikācijas komisijās valsts deleģētu (vai citādi no sertifikācijas institūcijām neatkarīgu) pārstāvi, tādējādi palielinot valsts kontroli pār sertifikācijas procesu un novēršot risku, kad profesionālo asociāciju amatpersonu rīcība ir pretrunā ar valsts plānoto politiku, specialitātes tiek definētas pārāk šauri, kā rezultātā attiecīgā nozares asociācija ar sertifikācijas instrumenta palīdzību var ierobežot konkurenci nozarē.

3. Ārstu prakšu un ārstniecības iestāžu reģistrācija un sertifikācija

Ārstu prakšu un ārstniecības iestāžu reģistrāciju regulējošais tiešais normatīvais akts ir 08.03.2005. MK noteikumi Nr. 170 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru”, kas nosaka ārstniecības iestāžu reģistrācijas organizāciju un kārtību. Būtisks vairāku administratīvo barjeru iemesls ir tas, ka šis normatīvais akts nav aktualizēts atbilstoši citu normatīvo aktu izmaiņām un ārstniecības iestāžu reģistrācijas institūciju strukturālajām izmaiņām. MK noteikumu Nr. 170 1. pielikumā „Ārstniecības iestādes reģistrācijas iesniegums” ir norādīts, kādas ziņas ir jāsniedz par ārstniecības iestādi (I daļa) un kādi ir iesniegumam pievienojamie dokumenti (II daļa) ārstniecības iestādes reģistrācijai. Atkarībā no ārstniecības iestādes uzņēmējdarbības veida – ārstniecības iestāde, kura ir reģistrēta komercreģistrā, ārsta prakse, individuālā darba veicējs, pašnodarbinātais – atšķiras pievienojamie dokumenti. Kā normatīvā akta trūkums jānorāda neprecīzā 1. pielikuma informācija. 08.03.2005. MK noteikumu Nr. 170 1. pielikums nav aktualizēts atbilstoši citu normatīvo aktu grozījumiem, kas rada administratīvo slogu personām, kas vēlas reģistrēt ārstniecības iestādi, jo atbilstošajā normatīvajā aktā par ārstniecības iestādes reģistrācijas kārtību definētās prasības nesaskan ar citiem saistītajiem spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem un publiski pieejamo informāciju par ārstniecības iestādes reģistrācijas prasībām un procedūru, piemēram, VI mājas lapā.

Iesakām veikt šādas izmaiņas 08.03.2005. MK noteikumos Nr. 170 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru”:

- aktualizēt institūcijas definējumu, kas ir atbildīga par reģistra izveidi, papildināšanu un uzturēšanu; grozīt šo noteikumu 3. punktu – Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūru nomainīt ar pašreizējo ārstniecības iestāžu reģistra pārzini un turētāju – VI (personas, kas vēlas reģistrēt ārstniecības iestādi, primāri iepazīstas ar tiešajiem normatīvajiem aktiem);
- grozīt šo noteikumu 18. punktu par ārstniecības iestāžu reģistra datu salīdzināšanu ar citiem reģistriem, svītrojot Latvijas Ārstu biedrības (LĀB) ārstu prakses reģistru, kas vairs nepastāv;

- grozīt šo noteikumu 1. pielikumu – precizēt ārstniecības iestādes reģistrācijas iesnieguma veidlapu un rediģēt nepieciešamo dokumentu sarakstu, kas iesniedzami ārstniecības iestādes reģistrācijai, svītrojot LĀB ārstu prakses reģistrācijas apliecību.

Saistībā ar ārstniecības iestāžu reģistra šī brīža darbību, jāatzīmē divas problēmas, kuras piemin ārstniecības pakalpojumu sniedzēji un kuras ir fiksējuši arī pētījuma veicēji. Pirmkārt, jaunas ārstniecības iestādes ierakstīšana reģistrā ir vienkārša procedūra – reģistrējamās ārstniecības iestādes atbildīgā amatpersona paziņo par iestādes atbilstību 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”, taču VI neveic sniegto ziņu atbilstības novērtējumu pirms iestādes reģistrācijas. Tā vietā VI pusgada laikā kopš reģistrācijas brīža cenšas veikt attiecīgajā ārstniecības iestādē plānveida kontroli. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka šāda pārbaude būtu jāveic pirms ārstniecības iestādes reģistrācijas tāpēc, ka ārstniecības iestādes svītrosana no reģistra ir komplicēta procedūra. Visbiežāk šo aspektu akcentē stacionāro pakalpojumu sniedzēji, uzskatot, ka savstarpēji nesamērotās prasības attiecībā uz ierakstīšanu reģistrā un svītrosanu no tā var novest pie veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes pazemināšanās.

- Iesakām atcelt prasību ārstniecības iestādei publiskā vietā izvietot tās atbilstības obligātajām prasībām novērtējuma sertifikātu, norādi par tās atbilstību iekļaujot ārstniecības iestādes reģistrācijas apliecībā. Ja tiek saglabāta prasība, ka ārstniecības iestādēm ir jāuzrāda reģistrācijas apliecība un/vai sertifikāts, tā ir jāizsniedz ar beztermiņa darbības ilgumu, un visām iestādēm, kurām šobrīd ir sertifikāti ar noslēgušos derīguma termiņu, ir jāizsniedz jaunas, beztermiņa ilguma reģistrācijas apliecības.
- Pētījuma īstenošanas brīdī aktuāls jautājums bija 20.01.2009. MK noteikumu Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” 185. punktā izvirzītās prasības pamatotība. Šī prasība nosaka, ka daudzprofilu slimnīca līdz 2013. gada 31. decembrim nodrošina laboratorijas akreditāciju atbilstoši standartam LVS EN ISO 15189 „Medicīnas laboratorijas. Īpašās prasības attiecībā uz kvalitāti un kompetenci”. Vairums stacionāro pakalpojumu sniedzēju norādīja, ka šī brīža apstākļos prasība nodrošināt laboratorijas akreditāciju rada papildu administratīvo slogu, jo akreditācijas process ir saistīts ar apjomīgu dokumentu sagatavošanu, kas ir vienlaikus gan finanšu, gan cilvēkresursu ietilpīga. Viens no būtiskākajiem argumentiem pret obligātu daudzprofilu slimnīcu laboratoriju akreditāciju ir fakts, ka šobrīd lielākajā daļā Eiropas Savienības valstu tas ir brīvprātīgs process (obligāta tā ir tikai Francijā un Beļģijā). Arī Latvijā līdz šim laboratoriju akreditācija ir bijusi brīvprātīga. Kaut arī stacionāro un laboratorijas pakalpojumu sniedzēji nenoliedz, ka laboratoriju novērtējums ir lietderīgs process un ka lielākie stacionāri (klīniskās universitātes slimnīcas, reģionālās daudzprofilu slimnīcas) pakāpeniski gatavojas akreditācijai neatkarīgi no normatīvā regulējuma prasībām, tomēr šobrīd noteiktais akreditācijas termiņš (2013. gada 31. decembris) tiek uzskatīts par pārāk īsu. Ņemot vērā laboratoriju akreditācijas radīto administratīvo slogu stacionāro pakalpojumu sniedzējiem, ir ieteicams (a) atcelt daudzprofilu slimnīcām noteikto obligātās akreditācijas prasību vai (b) pagarināt 20.01.2009. MK noteikumu Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” 185. punktā noteikto akreditācijas termiņu līdz aptuveni 2016. gadam.

Balstoties uz pētījumā veikto ārstniecības personu un ārstniecības iestāžu praktisko pieredzi, īstenojot ārstniecības iestāžu reģistrāciju, secināms, ka **informācijas pieejamība un kvalitāte par ārsta prakses reģistrācijas un atbilstības atzišanas prasībām ir neapmierinoša**. Tāpēc iesakām

nodrošināt augstāku informācijas pieejamību ārstniecības personu vidū par ārstniecības iestādes reģistrācijas procedūras kārtību, izmantojot arī citus informācijas kanālus, piemēram, profesionālās asociācijas un veselības aprūpes personālu izglītojošās augstskolas. Ieteicams vienkāršot, aprakstīt lietotājam draudzīgā formā pieejamo informāciju VI un ievietot pārskatāmu informāciju LĀB mājas lapā par ārsta prakses reģistrāciju un apliecinājuma par tās atbilstību obligātajām prasībām nozīmi.

Pētījumā tika apzināti ģimenes ārstu viedokļi par priekšlikumu par **ģimenes ārstu prakšu mantošanas tiesībām**. Šīs tiesības paredzētu, ka ģimenes ārstu prakses var nodot trešajām personām, tās mantojot, pārdodot vai dāvinot. Ģimenes ārstu nostāja šajā jautājumā nav viennozīmīga – tika sniegti argumenti gan par, gan pret šādu priekšlikumu:

- Pirmā atbalstošo argumentu grupa ir saistīta ar finansiālo aspektu. Proti, šī argumenta aizstāvji uzsver, ka ir ieguldījuši lielus personīgos finanšu līdzekļus prakses vietas izveidē un tehniskā aprīkojuma sagādāšanā. Turklāt arī NVD piešķirto finansējumu šiem mērķiem ārsti uztver kā savu finansējumu, kuru valsts viņiem ir piešķirusi, lai viņi varētu ar to rīkoties. Ārstu izpratnē viņi var šo naudu novirzīt kā savam atalgojumam, tā prakses uzturēšanai.
- Otra argumentu grupa ir saistīta ar ģimenes ārstu paaudžu nomaiņas sekmēšanu. Pastāv viedoklis, ka iespēja pārdot savu praksi un tādējādi uzlabot, stabilizēt vai ilgtermiņā nodrošināt savu finansiālo stāvokli iedrošinātu pensijas vecuma ārstus pārtraukt savu profesionālo darbību un dot iespēju strādāt jaunajiem ģimenes ārstiem. Pašreizējā pensionēšanās sistēma un pensiju apmērs liek daudziem ģimenes ārstiem izšķirties par labu strādāšanai arī pensijas gados, nevis saņemt pensiju un nestrādāt. Savukārt jaunajiem ģimenes ārstiem nebūtu jāsaskaras ar grūtībām iekārtot obligātajām prasībām atbilstošu praksi. Taču minētie argumenti attiecas tikai uz prakses materiālajām vērtībām – telpām, mēbelēm, aprīkojumu, medicīnas instrumentiem un iekārtām.
- Viens no galvenajiem pretargumentiem ir pacientu „pārdošana”. Pirmkārt, likumā „Par prakses ārstiem” (24.04.1997.) ārsta prakse ir definēta kā „īpaši iekārtota darbavieta, kur prakses ārsts veic ārstniecības darbību” (1. panta trešā daļa). Tātad, izvērtējot prakses mantošanas iespējas, runa ir par ārsta darbavietas mantiskajām vērtībām, nevis pacientiem. Otrkārt, jau šobrīd pastāv kārtība, kādā pacienti tiek atreģistrēti no viena ģimenes ārsta un pārreģistrēti pie cita. Saskaņā ar spēkā esošo tiesisko regulējumu gadījumos, kad ārsts pārtrauc savu darbību un līgumattiecības ar NVD, t.sk. ārsta nāves gadījumā, pacienti tiek informēti par iespēju pārreģistrēties pie NVD noteiktā ārsta vai jebkura cita ģimenes ārsta, kuram ir līgums ar NVD un kas praktizē attiecīgajā teritorijā. Ja patients sešu mēnešu laikā pats neizvēlas sev jaunu ģimenes ārstu un nenokārto pārreģistrāciju, viņš tiek automātiski pārreģistrēts pie NVD izvēlēta ģimenes ārsta. Līdz ar to profesionāļu un tiesību speciālistu vidū būtu jādiskutē par kārtību, kādā notiek masveida pacientu pārreģistrācija, ja tiek pārtrauktas ģimenes ārsta un NVD līgumattiecības, jo šo kārtību var attiecināt arī uz gadījumiem, kad prakses tiek nodotas mantojumā, dāvinātas vai pārdotas, vienlaikus pārtraucot arī līgumattiecības ar NVD. Kaut arī šis jautājums netika padziļināti pētīts, pētījums parādīja, ka tas nav līdz galam sakārtots, jo vairākos gadījumos ir bijušas administratīvas un ētiskas problēmas ar pacientu pārreģistrāciju.

Pētījuma rezultātā rosinām aktualizēt iesaistīto pušu institucionālo diskusiju par ģimenes ārstu prakšu mantošanas tiesībām. Izstrādājot ģimenes ārstu prakšu mantošanas (t.sk. pārdošanas un dāvināšanas) kārtību, iesakām paredzēt gan ģimenes ārsta darbavietas (prakses) mantisko vērtību nodošanas

kārtību, gan ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu atreģistrācijas un pārreģistrācijas kārtību, ievērojot pacientu tiesības brīvi izvēlēties savu ģimenes ārstu.

Feldšerpunktu kā ārstniecības iestāžu reģistrācijas kontekstā pētījumā ir izvērtēta šo ārstniecības iestāžu loma veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un to darbības sociālā nozīme Latvijas lauku teritorijās. Pētījuma galvenie secinājumi ir šādi:

- (a) Feldšerpunkti ir ļoti vajadzīgi gan no pirmās palīdzības sniegšanas viedokļa, gan no primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas pēc iespējas tuvāk iedzīvotāju dzīves vietai viedokļa, gan sociālā viedokļa. Šīs ārstniecības iestādes nodrošina nozīmīgu profilaktisko darbu (sekojot līdzi vakcinācijas kalendāram, katra pacienta individuāli noteiktajām dažādu speciālistu profilaktiskajām pārbaudēm, veicot skolas vecuma bērnu profilaktiskās apskates u.c.), ko varētu vēl paplašināt, izmantojot feldšerpunktu aprīkojumu un organizējot dažādu speciālistu profilaktiskās apskates šajās lauku ārstniecības iestādēs. Tas ir īpaši svarīgi sarežģītajos sociāli ekonomiskajos apstākļos, kad laukos ir augsts bezdarba līmenis, attiecīgi zemi ienākumi, problēmas ar sabiedriskā transporta infrastruktūru.
- (b) 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 74. punkts ierobežo feldšerpunktu atvēršanu un darbību gadījumos, ja pašvaldība nevar atvēlēt tiem nepieciešamos finanšu resursus, nodrošinot ne tikai punktu saimnieciskās uzturēšanas izmaksas, apmaksājot feldšera sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus, bet arī ievērojot un nodrošinot visas obligātās prasības, kas ir izvirzītas ārstniecības iestādēm.
- (c) Izvērtējot feldšeru vecuma struktūru, secināms, ka lielākā daļa ārsta palīgu ir pirmspensijas vai jau pensijas vecumā. Ņemot vērā ārsta palīgu vidējā atalgojuma apmēru un dzīves apstākļus laukos, kopējo sociāli ekonomisko situāciju, sociālo klimatu, transporta infrastruktūras ierobežojumus, pastāv pamatots risks, ka nebūs, kas pārņem un turpina šo feldšeru darbu.

Lai sekmētu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību visiem valsts iedzīvotājiem neatkarīgi no viņu dzīves vietas, ieteicams nodrošinātu feldšerpunktu darbību un tās pēctecību Latvijas reģionos. Šim nolūkam pētījuma autori **piedāvā** atbildīgajām valsts un pašvaldību institūcijām **izvērtēšanai šādus priekšlikumus:**

- Nodrošināt finansējumu feldšerpunktu darbībai, izskatot divus iespējamus risinājumus un to īstenošanas ieguvumus un riskus. Pirmais risinājums ir veidot feldšerpunktus kā neatkarīgu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanas apakšsistēmu, un otrs risinājums – integrēt feldšerpunktus primārās veselības aprūpes sistēmā, nosakot, ka visiem feldšeriem līgumattiecību veidā jābūt piesaistītiem viņu darbības teritorijā dzīvojošo pacientu ģimenes ārstam(iem). Pirmā risinājuma īstenošana paredz valsts finansējuma piešķiršanu (atļaujot pašvaldībām slēgt līgumu ar NVD par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem) visiem feldšerpunktiem neatkarīgi no to attāluma līdz tuvākajai ģimenes ārsta praksei. Šādas pieejas īstenošana palielinātu kopējo valsts finansējumu feldšerpunktu uzturēšanai un feldšeru darba atalgojumam (aptuveni par 200 000 LVL gadā). Otrā risinājuma īstenošana paredz visu feldšerpunktu piesaisti ģimenes ārstiem, to darbības finansēšanu nodrošinot caur ģimenes ārstu finansējumu (prakses uzturēšanai un ģimenes ārsta algotā personāla izmaksām). Šis risinājums rada risku, ka feldšerpunktu darbības uzturēšana ir atkarīga no ģimenes ārsta lēmuma. Savukārt ģimenes ārstu pieredze liecina, ka nepieciešams mainīt nosacījumus, kādos viņi var pieņemt darbā otro māsu, kas šobrīd ir viens

no šķēršļiem, kāpēc ģimenes ārsti mēdz izvairīties slēgt līgumus ar feldšerpunktos strādājošiem ārstu palīgiem (feldšeriem).

- Izveidot starpinstitucionālu darba grupu ar mērķi izstrādāt feldšerpunktu atbalsta un veselības aprūpes personāla piesaistes programmu feldšerpunktos, tādējādi nodrošinot feldšerpunktu darbības pēctecību Latvijas lauku teritorijās, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību pēc iespējas tuvāk iedzīvotāju dzīves vietai, kā arī saglabājot feldšerpunktu sociālā atbalsta funkcijas vietējās kopienās. Darbā grupā iekļaut pārstāvjus no vismaz šādām institūcijām – VM, LM, atbilstošās profesionālās asociācijas un organizācijas, veselības aprūpes personālu izglītojošās augstskolas, Pašvaldību savienības.

Vēl viens no iespējamajiem risinājumiem ir noteikt kā obligātu prasību jaunajiem ārsta palīgiem, kas ir ieguvuši valsts finansētu izglītību, praktizēt noteiktu laika periodu, piemēram, trīs līdz piecus gadus, kādā no Latvijas feldšerpunktiem ar tiesībām pēc tam turpināt darbu šajā vietā. Šāda pieeja ļautu nodrošināt valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību pagastos, kur trūkst nepieciešamo cilvēkresursu – atbilstošas kvalifikācijas veselības aprūpes darbinieku.

4. Prasības ārstniecības iestāžu darbības nodrošinājumam

Ārstniecības iestāžu darbības tehniskā nodrošinājuma (prasības telpām, medicīniskajam aprīkojumam) prasības regulē 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”. Ārstu praksi tehniskā nodrošinājuma prasības izriet arī no ārstniecības personu kompetenču prasībām, kuras nosaka 24.03.2012. MK noteikumi 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”. Sīkāka informācija par turpmāk identificēto problēmu būtību un mērķa grupu pieredzi meklējama 1. starpziņojumā.

4.1. Prasības ārstniecības iestāžu tehniskajam nodrošinājumam: telpas un medicīniskais aprīkojums

Balstoties uz ārstniecības personu un ārstniecības iestāžu vērtējumiem, kā arī normatīvo aktu analīzi, pētījumā tika identificētas šādas galvenās problēmas, kas saistītas ar ārstniecības iestāžu tehnisko nodrošinājumu:

- (a) būvnormatīvu, darba aizsardzības prasību un prasību ārstniecības iestādēm savstarpējās saskaņotības trūkums, kas apgrūtina jaunu ārstniecības iestāžu vai to korpusu būvniecību;
- (b) normatīvo prasību zināšanu trūkums ārstniecības personām par aktuālajām obligātajām prasībām ģimenes ārstu praksēm un feldšerpunktiem;
- (c) vienotas tehniskā nodrošinājuma (medicīniskā aprīkojuma) prasības ambulatorajām ārstniecības iestādēm neatkarīgi no to atrašanās vietas;
- (d) prasības nodrošināt feldšerpunktā arī tādu medicīnisko aprīkojumu, kas reāli netiek izmantots, jo manipulācijas, kuru veikšanai šis aprīkojums ir nepieciešams, neatbilst normatīvajos aktos noteiktajām ārsta palīga kompetencēm;
- (e) neatliekamās medicīniskās palīdzības nepieciešamība arī šauri specializētu ārstu praksēs un dzemdību komplektu nodrošināšanas nepieciešamība apstākļos, kad dzemdību palīdzība var tikt nodrošināta arī citādi (piemēram, ambulatorajās ārstniecības iestādēs, kas izvietotas blakus stacionāriem; šauri specializētās ārstu koppraksēs);

- (f) ārstniecības iestādes vides pieejamības prasību ievērošana personām ar ierobežotām funkcionālām spējām.

Šo problēmu risināšanai iesakām izvērtēt šādus priekšlikumus:

- Lai mazinātu zināšanu trūkumu un sekmētu ārstniecības personu informētību par aktualitātēm ārstniecības iestādēm izvirzītajās obligātajās prasībās, balstoties uz esošo labo praksi (Latvijas Ģimenes ārstu asociācija ir izstrādājusi ģimenes ārsta prakses iekārtošanas vadlīnijas, kas atbilst spēkā esošajām obligātajām prasībām), iesakām informācijas izplatīšanā iesaistīt ārstniecības personu profesionālās organizācijas.
- Ieteicams izvērtēt iespēju diferencēt medicīniskā aprīkojuma prasības ārstniecības iestādēm atkarībā no ārstniecības iestādes atrašanās vietas. Piemēram, ģimenes ārstu praksēm, kuru telpas atrodas veselības centros vai ir kopprakses (vairāku ģimenes ārstu prakses vienās telpās, doktorāti), ieteicams precizēt prasību, ka noteiktas medicīniskās ierīces ir jānodrošina vienā eksemplārā, nevis katram ārstam sava vienība. Zināma prasību diferenciācija ieteicama arī attiecībā uz pilsētu un lauku teritoriju praksēm atkarībā no attāluma līdz tuvākajam stacionāram vai veselības centram, kurā var saņemt sekundāro medicīnisko palīdzību. Tā kā šāda diferencēta pieeja ietver zināmus riskus, ka pacientiem netiks sniegta nepieciešamā medicīniskā palīdzība, iespējams paredzēt iekšējo normatīvo aktu vai savstarpējo vienošanos starp ārstniecības personām vai ārstniecības personu un ārstniecības iestādi par noteikta medicīniskā aprīkojuma lietošanu. No vienas puses, šāda dokumenta ieviešana vērtējama kā papildu administratīvais slogs, no otras puses, risinājums ir finansiāli izdevīgāks ārstniecības personām. Tāpēc ieteicams izskatīt iespēju ļaut ārstniecības personām izvēlēties - sastādīt iekšēju normatīvo aktu par noteikta medicīniskā aprīkojuma kopīgu izmantošanu vai nodrošināt šo aprīkojumu katrā ārsta praksē.
- Attiecībā uz feldšerpunktiem kā ārstniecības iestādēm precizēt normatīvajā regulējumā noteiktās prasības, nosakot, ka feldšerpunktā ir jābūt tām medicīniskajām ierīcēm, kuru izmantošana atbilst ārsta palīgu kvalifikācijai un atļautajām manipulācijām. Diferencēt izvirzītās obligātās prasības par medicīnisko ierīču nodrošinājumu atkarībā no tā, vai konkrētais feldšerpunkts ir reģistrēts arī kā ģimenes ārsta (otrās vai nākamās) prakses vieta vai tikai kā ambulatorā ārstniecības iestāde, kurā tiek sniegti primārās veselības aprūpes pakalpojumi. Diferencētas prasības varētu būt arī atkarībā no tā, vai pagastā ir vai nav izglītības iestādes, kuru audzēkņiem ir jānodrošina primārā veselības aprūpe un obligātās profilaktiskās apskates.
- Pamatojoties uz ārstu pieredzi, ieteicams normatīvajā regulējumā noteikt **izņēmuma situācijas**, kad ārsta speciālista praksē neatliekamās medicīniskās palīdzības komplekts nav nepieciešams (piemēram, noteikta veida ārstu speciālistu prakses un/vai tādas, kurām nav līgums ar NVD) un kad ambulatorā ārstniecības iestādē nav nepieciešams atsevišķs dzemdību komplekts (piemēram, ja ambulatorā iestāde faktiski atrodas vienā ēkā vai blakus ēkās ar stacionāru). Lai novērstu riskus, ka izņēmuma situāciju piemērošanas gadījumos neatliekamā vai dzemdību palīdzība netiek sniegta, iespējamais papildus nosacījums ir prakses vadītāja atbildības noteikšana par spēju sniegt kvalificētu neatliekamo medicīnisko vai dzemdību palīdzību – ārsta praksē jābūt pieejamai instrukcijai, kā tiek nodrošināta palīdzība, taču atbilstošā aprīkojuma iegāde ir brīva izvēle atkarībā no ārsta prakses specifikas.

- Ņemot vērā, ka ārstu speciālistu prakses tiek izvietotas dažādās ēkās ar atšķirīgām iespējām nodrošināt vides pieejamības prasības, tās ir ieteicams mīkstināt (piemēram, to nodrošināšana ir ārsta izvēle), ja izpildās šādi nosacījumi: (a) ja ārsts sniedz tikai maksas pakalpojumus (nav noslēgts līgums ar NVD), uzskatot, ka šādā situācijā ārsta un pacienta (klienta) attiecības tiek risinātas civilā kārtā, vai (b) ja ārsta praksei ir noslēgts līgums ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, tad vides pieejamības nodrošināšana ir obligāta tur, kur vienā ēkā izvietotas vairāk par trīs ārstniecības vai diagnostikas kabinetiem (piemērojot līdzīgu formulējumu kā prasībām par dzemdību kompleksa nepieciešamību).
- Lai gan 20.01.2009. MK noteikumos Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām” ir noteikts, kādām telpām ir jābūt viena vai otra tipa ārstniecības iestādē, grūtības rodas, kad, būvējot jaunus stacionāru korpusus, ir jāsalāgo prasības ārstniecības iestādēm un būvnormatīvi, kā arī jānodrošina 28.04.2009. MK noteikumu Nr. 359 „Darba aizsardzības prasības darba vietās” prasības. Šīs problēmas risināšanai ieteicams izvērtēt divus priekšlikumus. Pirmkārt, izstrādāt būvnormatīvus tieši ārstniecības iestādēm, taču tas rada papildu administratīvā sloga risku. Otrkārt, izstrādāt būvniecības vadlīnijas (piemēram, balstoties uz ārvalstu pieredzi), kuras kalpotu kā orientieris tām ārstniecības iestādēm, kuras kādas ēkas būvētu no jauna.
- Lai gan zobārstniecības pakalpojumu pieejamības lauku apvidos nodrošināšanai ir pieejami mobilā zobārstniecības kabineta pakalpojumi, tomēr pētījuma rezultāti liecina, ka, pirmkārt, trūkst informācijas par šāda pakalpojuma pieejamību, otrkārt, tā izmantošanas intensitāte būtiski atpaliek no iedzīvotāju vajadzībām. Šī pieredze liecina, ka paralēli mobilajiem zobārstniecības kabinetiem ir jāmeklē arī citi ātri un efektīvi problēmas risinājumi. Lai paaugstinātu zobārstniecības pakalpojuma pieejamību lauku apvidos, kā viena no risinājuma iespējām ir ieteikums papildināt 20.01.2009. MK noteikumu Nr. 60 35.3. punktā minētos izņēmuma gadījumus, nosakot, ka zobu rentgendiagnostikas aparāts nav nepieciešams tad, ja kabinets piedāvā tikai profesionālo zobu higiēnu un kariesa ārstēšanas pakalpojumus.

4.2. Ārstniecības iestāžu darbības finansēšanas kārtība

Izvērtējot ārstniecības iestāžu darbības nodrošinājuma finansēšanas kārtību, pētījumā tika konstatētas vairākas problēmu grupas:

- (a) ģimenes ārsta prakses aprīkošanai nepieciešamā finansējuma lielais apjoms;
- (b) valsts finansējuma saņemšana jaunatvērto ģimenes ārstu prakšu aprīkošanai;
- (c) jaunatvērtas ģimenes ārsta prakses iekārtošana atbilstoši obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām.

Saskaņā ar 19.12.2006. MK noteikumiem Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” valsts var piešķirt dotāciju jaunatvērtaim ģimenes ārstu praksēm. Pastāv nopietns apgrūtinājums izpildīt visas prasības, kas izvirzītas ģimenes ārstu prakšu tehniskajam nodrošinājumam, ja prakse ir jāiekārto no nulles. Ņemot vērā pieejamo valsts finansējumu un tā piešķiršanas procedūru, izplatīta prakse ģimenes ārstu vidū šādās situācijās ir ņemt aizņēmumu bankā. Taču, kā norādīja ģimenes ārsti, pašreizējās veselības aprūpes pakalpojumu finansējuma sistēmas ietvaros tas ir nozīmīgs risks. Šajā kontekstā kā viens no iespējamiem risinājumiem ir ģimenes ārstu prakšu mantošanas (t.sk. pārdošanas) kārtības izstrāde, kas atvieglotu jaunajiem ģimenes ārstiem prakses aprīkošanu. Lai ģimenes ārsta prakses mantošana būtu reāls problēmas

risinājums, ir nepieciešams arī izstrādāt valsts aizdevuma piešķiršanas kārtību jaunajiem ģimenes ārstiem, kas pārņem cita ģimenes ārsta praksi.

- (d) feldšerpunktu finansēšanas shēmu daudzveidība, kas rada vairākus riskus – pirmkārt, dubults valsts finansējuma piešķirums; otrkārt, nevienlīdzīga pieeja feldšerpunktu finansēšanā, lai gan šajās ārstniecības iestādēs tiek sniegti valsts apmaksātie primārās veselības aprūpes pakalpojumi;
- (e) nepietiekams valsts piešķirtais finansējums 100,00 LVL apmērā par valsts apmaksājamiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas rada administratīvo slogu feldšeru nelikumīgu darbību formā.

Šobrīd feldšerpunktu kā ārstniecības iestāžu uzturēšana notiek, izmantojot divus galvenos feldšerpunktu finansēšanas avotus – valsts finansējums (NVD) un pašvaldību, taču naudas plūsmas organizēšanas shēmas ir ļoti dažādas. Tas savukārt ir atkarīgs no vairākiem faktoriem: feldšerpunkta atrašanās vietas, pašvaldības līgumiskajām attiecībām ar NVD, feldšera līgumiskajām attiecībām ar ģimenes ārstu. Lai varētu nodrošināt feldšerpunktu kā ārstniecības iestāžu darbību atbilstoši noteiktajām prasībām, ja tās ir izveidotas un pastāv atbilstoši 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 74. punkta nosacījumiem (lai pagastā atvērtu feldšerpunktu, attālumam līdz tuvākajai ģimenes ārsta prakses vietai jābūt lielākam par 10 kilometriem vai tā apkalpes zonā jābūt deklarētiem ne mazāk kā 500 iedzīvotājiem), visu izmaksu segšanai ir nepieciešams gan valsts finansējums (100,00 LVL), gan pašvaldības finansējums. Ja neizpildās 74. punkta nosacījumi, pašvaldība var pilnībā pati uzņemties atbildību par šādas ārstniecības iestādes darbības nodrošināšanu. Pašvaldības, kuras apzinās un atzīst feldšerpunktu nepieciešamību veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā, daudzkārt saskaras ar grūtībām nodrošināt feldšerpunkta darbību nepietiekama budžeta apstākļos, jo tās nevar pretendēt uz valsts finansējumu. Lielākas grūtības ir tām pašvaldībām, kuru administratīvajā teritorijā atrodas vairāki feldšerpunkti, to skaits var pat pārsniegt desmit punktus. NVD finansējumu feldšerpunktam var novirzīt vismaz divos veidos. Pirmkārt, pamatojoties uz līgumu starp pašvaldību un NVD, ja izpildās 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 74. punkts, pašvaldībai tiek piešķirts maksājums 100,00 LVL apmērā par primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu. Otrkārt, līdzekļi feldšerpunktu uzturēšanai no valsts budžeta tiek piešķirti, pamatojoties uz līgumu starp ģimenes ārstu un NVD, ja ģimenes ārstam attiecīgais feldšerpunkts ir reģistrēts kā otrā vai trešā prakses vieta. Arī šajā gadījumā feldšerpunkta uzturēšanai tiek novirzīti 100,00 LVL mēnesī, kas atkal var notikt vismaz divējādi – līdzekļi no NVD tiek piešķirti ģimenes ārstam, kas pēc tam tos pārskaita pašvaldībai, ja pašvaldībai ir līgums par to ar ģimenes ārstu; vai arī – ģimenes ārsts pats sedz visas nepieciešamās izmaksas punkta darbības nodrošināšanai. Šajā kombinētajā pieejā pastāv administratīvā sloga risks – valsts finansējuma novirzīšana dubultā apmērā. Pētījumā tika konstatēti gadījumi, kad feldšerpunkta darbības nodrošināšanai tiek piešķirts finansējums no valsts budžeta gan pašvaldībai 100,00 LVL apmērā, gan ģimenes ārstam kā otrās prakses vietas uzturēšanai 100,00 LVL apmērā. Ja ģimenes ārsts šo naudu pārskaita pašvaldībai, pašvaldība saņem valsts finansējumu dubultā apmērā; ja ģimenes ārsts šo naudu nepārskaita pašvaldībai vai neizmanto feldšerpunkta uzturēšanas un tehniskā nodrošinājuma izmaksu segšanai, ģimenes ārsts iegūst papildu līdzekļus savas darbības nodrošināšanai.

Otra problēma ir tā, ka valsts piešķirtais finansējums 100,00 LVL apmērā nesedz reālās feldšerpunkta uzturēšanas un darbības nodrošināšanas izmaksas tādā apmērā, lai ievērotu visas ārstniecības iestādēm izvirzītās obligātās prasības atbilstoši 20.01.2009. MK noteikumiem Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām”. Būtisks šīs problēmas aspekts, kas raksturo šajā jomā pastāvošo administratīvo slogu, ir nelikumīgi ieturēta nauda no pacientiem par feldšera sniegtajiem pakalpojumiem.

Abu raksturoto feldšerpunktu finansēšanas kārtības problēmu iespējama risinājums ir izvērtēt iespēju piešķirt finansējumu feldšerpunktu darbībai, izskatot šī ziņojuma 3. nodaļa 14.lpp. minētos divus iespējamus risinājumus un to īstenošanas ieguvumus un riskus. Pirmais risinājums ir veidot feldšerpunktus kā neatkarīgu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanas apakšsistēmu, un otrais risinājums – integrēt feldšerpunktus primārās veselības aprūpes sistēmā, nosakot, ka visiem feldšeriem līgumattiecību veidā jābūt piesaistītiem viņu darbības teritorijā dzīvojošo pacientu ģimenes ārstam(iem). Papildus tam ieteicams izvērtēt iespēju īstenot šādus papildus ieteikumus, kas ļautu uzlabot sadarbības kārtību starp feldšerpunktiem, ģimenes ārstiem un NVD: (a) izveidot vienotu feldšerpunktu darbības, proti, feldšerpunktu telpu uzturēšanas un tehniskā aprīkojuma nodrošinājuma, finansēšanas kārtību, ja tajos tiek sniegti valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi attiecīgajā teritorijā dzīvojošajiem iedzīvotājiem; (b) precizēt valsts piešķirtā finansējuma izlietojuma mērķus; (c) noteikt ģimenes ārstiem piešķirtā ikmēneša maksājuma otrajai un katrai nākamajai prakses vietai izlietojuma kārtību, lai novērstu situācijas, kad ģimenes ārsti šos finanšu līdzekļus nenovirza feldšerpunktam kā savai pieņemšanas vietai, bet izlieto savas darbības vai pamata prakses darbības nodrošināšanai.

4.3. Prasības par ģimenes ārstu un ārsta palīgu darba stundu skaitu un pacientu pieņemšanas laiku

Ģimenes ārstu darba laika un pacientu pieņemšanas prasības nosaka 19.12.2006.MK noteikumu Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” 44. punkts. Ģimenes ārstiem ir jānodrošina pieņemšana gan no rīta (laikā no plkst.8.00 līdz plkst.13.00), gan vakarā (laikā no plkst.13.00 līdz plkst.19.00), katru dienu ir jābūt vismaz vienai stundai, kuras laikā tiek pieņemti akūtie pacienti bez pieraksta. Kopējam prakses darba laikam nedēļā ir jābūt 40 stundām, nodrošinot šajā laikā prakses vietā ģimenes ārsta, māsas vai ārsta palīga pieejamību. Papildus jāņem vērā, ka Ārstniecības likuma 53.¹ panta 3. daļa nosaka – „Lai nodrošinātu ārstniecības pieejamību, pēc ārstniecības personas vai ārstniecības iestādes iniciatīvas ārstniecības personai var noteikt pagarinātu normālo darba laiku, kas nepārsniedz 60 stundas nedēļā un 240 stundas mēnesī”. Taču pētījumā iegūtie dati liecina, ka ģimenes ārsti šī likuma normu praksē neizmanto, par darba laika pagarinājumu neinformē VI, kā to nosaka 53.¹ panta 6. daļa, un attiecīgi arī neveic virsstundu uzskaiti, lai varētu pretendēt uz šī darba apmaksu saskaņā ar citiem normatīvajiem aktiem.

Ārsta palīga, kura sniegtos primārās veselības aprūpes pakalpojumus līdzfinansē valsts, darba laika prasības regulē 19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”. Atbilstoši tiesiskajam regulējumam feldšeru, kuri ir piesaistīti konkrētiem ģimenes ārstiem, darba laiku lielā mērā nosaka šo ģimenes ārstu darba laiks. Tajos gadījumos, kad pašvaldībai ir līgums ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, feldšera darba laiks ir noteikts līgumā. Gadījumu izpētes rezultāti parādīja, ka ne vienmēr līgumā minētais slodzes apmērs atbilst līgumā norādītajam darba laikam. Piemēram, atalgojums atbilst 0,25 slodzei, bet feldšera darba laiks līgumā ir septiņas stundas dienā. Feldšeriem, kuru pakalpojumus pilnībā apmaksā pašvaldība, darba laiku nosaka pašvaldība. Feldšeru gadījumā regulāra ir prakse, ka medicīniskā palīdzība vai konsultācija pacientiem ir jāsniedz ārpus darba laika un arī ārpus darbavietas – pacienta mājās vai savās mājās. Tā tas ir tāpēc, ka lauku teritorijās dzīvojošās kopienas ir mazas, iedzīvotāji viens otru ļoti labi pazīst un pacienti neievēro feldšera pieņemšanas laiku, ja rodas nepieciešamība pēc medicīniskas palīdzības – dodas gan uz feldšerpunktu, gan pie feldšera uz mājām vai arī zvina feldšerim jebkurā diennakts laikā.

Lai ievērotu ārsta palīgu, kas strādā patstāvīgi, darba laika specifiku (tiešo pieejamību vietējiem iedzīvotājiem-pacientiem ārpus normētā darba laika), tiesiskajā regulējumā un attiecīgi pašvaldības

vai ģimenes ārsta līgumā ar NVD par feldšera sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem ieteicams definēt kopējo ārsta palīga darba laiku un slodzes apjomu un ļaut feldšeriem pašiem noteikt sava darba laika sadalījumu atbilstoši pacientu plūsmai un vajadzībām, vienlaikus saskaņojot to ar ģimenes ārsta pieņemšanas stundām un kopējo darba laiku, kā to nosaka 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 44.2. punkts un 15. pielikuma 2.¹ punkts.

4.4. Prasības par aizvietotāju ģimenes ārsta prombūtnes laikā

Atsevišķs administratīvo barjeru loks ir saistīts ar ģimenes ārstiem izvirzītajām prasībām par **aizvietošanu ģimenes ārsta prombūtnes laikā**. Šīs prasības ir noteiktas 19.12.2006. MK noteikumos Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (48., 49., 50., 51. punkts), kā arī 24.04.1997. likumā „Par prakses ārstiem” (VI nodaļa). Gan MK noteikumi Nr. 1046, gan likums „Par prakses ārstiem” nosaka, ka ģimenes ārstam ir jānodrošina sev aizvietotājs, ja viņa prombūtne ir ilgāka par piecām dienām. Normatīvie akti paredz, ka ģimenes ārstam par to ir jāinformē gan ārstniecības iestāžu reģistrs, gan NVD, ja ģimenes ārstam ir līgumattiecības ar dienestu. Galvenās pētījumā konstatētās problēmas, balstoties uz ārstniecības personu pieredzi, ir:

- (a) atrast ģimenes ārsta prakses aizvietotāju gadījumos, ja ģimenes ārsts nav darba ņēmējs lielākā ārstniecības iestādē (veselības aprūpes centrā), nestrādā ģimenes ārstu koppraksē (vietā, kurā atrodas vairākas ģimenes ārstu prakses), bet savā praksē strādā viens pats.
- (b) ģimenes ārstu aizvietotāju darba apmaksas kārtība.

Minētās problēmas, kas saistītas ar ģimenes ārstu aizvietošanu viņu prombūtnes laikā iesakām risināt, izvērtējot šādus priekšlikumus:

- Pilnveidot ģimenes ārstu aizvietotāju darba apmaksas kārtību, paredzot arī virsstundu darba apmaksu, kas ir neizbēgams, ja ģimenes ārsts izpilda gan prasības par savu darba laiku un pacientu pieņemšanas laiku, gan apkalpo cita ģimenes ārsta pacientus. 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 49. punkts nosaka, ka ģimenes ārstam sava prombūtne ir jāaskaņo ar NVD un jāiesniedz aizvietotāja rakstiski akceptēta informācija par aizvietošanu un tās nosacījumiem – tātad ģimenes ārsti paši savstarpēji vienojas par aizvietotāja darba apmaksas kārtību. Normatīvais akts regulē ģimenes ārsta aizvietotāja darba apmaksas kārtību tikai tajos gadījumos, ja ģimenes ārsta prombūtne ir ilgāka par diviem mēnešiem un ar aizvietotāju tiek slēgts terminētais līgums (MK noteikumi Nr. 1046, 49., 60.7. punkts). Pētījums parādīja, ka ģimenes ārsti nav pietiekami informēti par šo kārtību un dokumentāciju, un viņiem nav skaidra kārtība, kādā likumiski notiek aizvietotāja darba apmaksā neatkarīgi no prombūtnes ilguma.
- Izstrādāt kārtību, kādā ģimenes ārstu aizvietotāju jānodrošina ģimenes ārstiem, kas strādā vieni, nevis kā darbinieki ārstniecības iestādēs vai koppraksēs. No vienas puses, likums „Par prakses ārstiem” jau nosaka kārtību, kā jārikojas šajā gadījumā (ārstniecības iestāžu reģistra informēšana un publiskas informācijas nodrošināšana prakses vietā par veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām citā ārstniecības iestādē); no otras puses, saskaņā ar 20.01.2009. MK noteikumiem Nr. 60 ģimenes ārstiem, kuriem ir līgums ar NVD, ir saistoša arī prasība par aizvietotāja nodrošināšanu, ne tikai likumā „Par prakses ārstiem” noteiktā prasība par atbilstošas informācijas izvietošanu. Viens no iespējamiem risinājumiem šo ģimenes ārstu aizvietošanai ir plašāk izmantot dežūrārstu darbu republikas nozīmes pilsētās. Vēl viens risinājums, kas aptvertu gan republikas nozīmes pilsētās, gan citās administratīvajās teritorijās strādājošos ģimenes ārstus, ir grozīt prasības par aizvietotāja atrašanu, piemēram, nosakot, ka ģimenes ārstam, kuram ir līgums ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes

pakalpojumu sniegšanu, atvaļinājums bez pārtraukuma nedrīkst būt ilgāks par 10 darbdienām, kura laikā pacientu pieņemšana tiek organizēta tuvākajā ārstniecības iestādē, nosakot šīs iestādes sniegto pakalpojumu apmaksas nosacījumus un kārtību.

4.5. Prasības par vakcinācijas organizēšanas kārtību

Vakcinācijas organizēšanas kārtību regulē 26.09.2000. MK noteikumi Nr. 330 „Vakcinācijas noteikumi”. Ģimenes ārsti intervijās minēja virkni jau ieviestu uzlabojumu vakcinācijas organizēšanas kārtībā, piemēram, iespēja pasūtīt vakcīnas elektroniski, vakcīnu piegāde uz ārstniecības iestādēm (t.sk. ģimenes ārstu praksēm). Izvirzītās prasības vakcīnu pasūtīšanai un uzglabāšanai ģimenes ārsti kopumā vērtē kā atbilstošas un tādas, kas nerada nozīmīgus administratīvos slogus. Neraugoties uz to, pētījumā tika identificētas sekojošas vakcinācijas organizēšanas problēmas, kuru novēršanai iesakām pētījumā balstītus risinājumu variantus.

- (a) Vakcinācijas kārtību regulējošais normatīvais akts (26.09.2012. MK noteikumi Nr. 330) neatbilst veiktajām institucionālajām izmaiņām, kas nosaka Latvijas Infektoloģijas centra funkciju daļēju nodošanu Slimību profilakses un kontroles centram. Saskaņā ar 21.02.2012. MK rīkojumu Nr. 101 „Par Slimību profilakses un kontroles centra izveidošanu un Veselības ministrijas un Zemkopības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju” no 2012. gada 1. aprīļa Latvijas Infektoloģijas centra funkcijas daļēji pārņēma Slimību profilakses un kontroles centrs, t.sk. „plānot, koordinēt un kontrolēt imunizācijas programmas izpildi, plānot iedzīvotāju vakcināciju, apkopot vakcinācijas iestāžu vakcīnu pasūtījumus un gatavot vakcīnu pasūtījumus zāļu lieltirgotavām” (MK rīkojuma Nr. 101 3.1.2. punkts). Neraugoties uz notikušajām strukturālajām izmaiņām, līdz pētījuma rezultātu ziņojuma iesniegšanas brīdim nav veikti atbilstošie grozījumi 26.09.2000. MK noteikumos Nr. 330 „Vakcinācijas noteikumi”.
- (b) Valsts apmaksāto vakcīnu piegādes kavējumi, kas saistīts ar to, ka vakcinācijas plānošanas un organizēšanas ķēde, kurā ir iesaistītas vairākas institūcijas (vakcinācijas iestāde (ģimenes ārsta prakse), Latvijas Infektoloģijas centrs, Latvijas Infektoloģijas centra reģionālie epidemiologi, Nacionālais veselības dienests un zāļu lieltirgotavas), ir ļoti sarežģīta un prasa precīzi organizētu iesaistīto pušu sadarbību. Ja kādā no ķēdes posmiem dažādu iemeslu dēļ notiek aizkavēšanās, pastāv reāls risks, ka ģimenes ārstu praksēm kā vakcinācijas iestādēm pasūtītās vakcīnas netiek piegādātas laikā un pacients nesaņem attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu.
- Lai mazinātu šīs problēmas radītā administratīvā sloga risku, iesakām izvērtēt iespēju samazināt vakcīnu pasūtīšanas un piegādes ķēdi. Tā kā saskaņā ar 2012. gada 21. februāra MK rīkojumu Nr.101 Latvijas Infektoloģijas centra funkcijas attiecībā uz vakcinācijas organizēšanu ir nodotas Slimību profilakses un kontroles centram, pirmkārt, ir nepieciešams veikt atbilstošus grozījumus MK noteikumos Nr. 330, precizējot institūcijas, kas ir atbildīgas par vakcinācijas organizēšanu; otrkārt, izvērtēt vakcīnu pasūtīšanas un piegādes ķēdes garumu un iespējas to samazināt, izslēdzot tos posmus (iesaistītās puses), kuru funkcijas dublējas, kā tas līdz šim bijis starp Latvijas Infektoloģijas centra reģionālajiem epidemiologiem un Latvijas Infektoloģijas centru.
- (c) Ģimenes ārsti, kas veic bērnu vakcināciju, saskaras ar bērnu vakcīnu derīguma termiņu ievērošanas problēmu. Bērni ir iedzīvotāju grupa, kurai ir visintensīvākais vakcinācijas kalendārs, vienlaikus tieši šīs grupas pacientiem nākas atlikt vakcināciju neatbilstoša

veselības stāvokļa dēļ. Veidojas situācijas, kad ģimenes ārsts nedrīkst veikt vakcināciju attiecīgajā mēnesī vai pat vairākkārt ir spiests atlikt vakcināciju, kā rezultātā beidzas piegādātās vakcīnas derīguma termiņš un tā nav lietojama. Ģimenes ārstam ir jāpasūta jauna vakcīna, taču neizlietotās vakcīnas ir vērtējamās kā papildu izdevumi valstij. 26.09.2000. MK noteikumi Nr. 330 nosaka, ka visus izdevumus, kas ir saistīti ar valsts noteikto obligāto vakcināciju (t.sk. ērcu encefalīta vakcināciju bērniem līdz 18 gadu vecumam), „tās organizēšanu, pārraudzību un kontroli, arī ar vakcīnu iegādi, medicīniskās dokumentācijas noformēšanu, vakcīnu ievadīšanu, kā arī ar vakcinācijas izraisīto komplikāciju (blakusparādību) ārstēšanu, kas ietilpst normatīvajos aktos noteiktajā iedzīvotājiem sniedzamo ārstniecisko pakalpojumu minimumā, finansē no valsts pamatbudžeta” (6. punkts). **Ģimenes ārstu vērtējumā** problēma rodas tajā apstākļī, ka tiek piegādātas bērnu vakcīnas ar ļoti īsiem derīguma termiņiem, kas attiecīgi rada valstij administratīvo slogu papildu pasūtījumu (tātad informācijas sagatavošanas, pasūtījumu veikšanas utt.) un izmaksu par papildu vakcīnām izteiksmē. Savukārt saskaņā ar **Veselības ministrijas sniegto skaidrojumu** NVD, veicot vakcīnu iepirkumu, pirkuma līgumā norāda, ka vakcīnai piegādes brīdī derīguma termiņš ir ne mazāk kā $\frac{3}{4}$ no ražotāja noteiktā vakcīnas derīguma termiņa. Līdz ar to iespējama problēmas cēlonis ir ārstniecības personu nepietiekamā kompetence vakcīnu izlietojuma organizēšanā. Attiecīgi problēmas iespējama risinājums ir saistīts ar ārstniecības personu kompetences celšanu šajā jomā.

(d) Vakcinācijas veikšanas apmaksā feldšeriem. 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 14. pielikumā „Ģimenes ārstam apmaksājamās manipulācijas” ir noteikts, ka tādas manipulācijas kā apskate pirms vakcinācijas, vakcīnas ievadīšana ādā, zemādā un muskulī, kā arī vakcīnas ievadīšana perorāli drīkst veikt ģimenes ārsts, internists un pediatrs. Pētījumā apzinātā feldšeru pieredze vakcinācijas īstenošanā liecina, ka ārsta palīgi ģimenes ārstu uzdevumā patstāvīgi veic gan valsts apmaksāto, gan maksas vakcināciju. Savukārt valsts apmaksāto vakcināciju un apskatu veikšana pirms vakcinācijas tiek apmaksāta ģimenes ārstiem, nevis šo manipulāciju reālajiem veicējiem – feldšeriem. Ģimenes ārsts savukārt veic feldšera darba apmaksu no NVD piešķirtajiem līdzekļiem, taču tā kā šī finansējuma sadale ir ģimenes ārsta ziņā, ne vienmēr feldšeri ir apmierināti ar to. Lai risinātu šo problēmu, ieteikums izvērtēt vairākus priekšlikumus:

- Pirmkārt, iespēju slēgt līgumus ar patstāvīgi strādājošiem ārsta palīgiem (tādiem, kas nestrādā ģimenes ārstu prakses vietās, bet pašvaldības feldšerpunktos) par noteiktu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.
- Otrkārt, noteikt, ka iepriekš minētās manipulācijas – pirms vakcinācijas apskati un vakcināciju – apmaksāt arī ārsta palīgiem, ja viņi patstāvīgi veic šīs manipulācijas un attiecīgi uzņemas atbildību par savu profesionālo darbību. Pētījumā apzinātā prakse rāda, ka feldšeri jau šobrīd patstāvīgi veic šīs manipulācijas, bet atbilstošajā dokumentācijā (pacienta ambulatorajā talonā u.c. medicīniskajos ierakstos) ar savu parakstu atbildību uzņemas ģimenes ārsts.

(e) Grūtības ievērot prasības par obligātās vakcinācijas nodrošināšanu bērniem un pieaugušajiem. Saskaņā ar tiesisko regulējumu viens no ārsta palīga pamatuzdevumiem ir sadarbībā ar ģimenes ārstu sastādīt un īstenot vakcinācijas kalendāru. Feldšeri uzsver, ka agrākā kārtība, kad dzīves vietā tika potēti visi deklarētie iedzīvotāji, bija ērtāka, salīdzinot ar pašreizējo, kad par vakcināciju ir atbildīgs ģimenes ārsts, jo feldšera darbības teritorijā dzīvojošie iedzīvotāji ir reģistrēti pie dažādiem ģimenes ārstiem, nereti to skaits ir lielāks par desmit. Tos pacientus,

kas ir reģistrēti pie ģimenes ārstiem, kuru līgumā ar NVD ir iekļauta sadarbība ar konkrēto ārsta palīgu, feldšeris vakcinē. Pārējo iedzīvotāju vakcinācijas kalendāra kontroli feldšerim ir grūtības veikt, tas paliek tikai ģimenes ārsta ziņā. Situāciju vēl vairāk sarežģī arvien pieaugošā iedzīvotāju iekšējā un ārējā migrācija. Problēmas novēršanai ir iesakām vairākus risinājumu variantus vai izvērtēt iespējas tos savstarpējas integrēšanas iespējas:

- E-veselības sistēmas ieviešana, kas ļautu izveidot vakcinācijas informācijas bāzi, kas būtu pieejama kā ģimenes ārstiem, tā arī feldšeriem, un ļautu sekot līdzi katra attiecīgajā teritorijā deklarētā iedzīvotāja vakcinācijas kalendāra ievērošanai.
- Noteikt, ka visiem feldšeriem līgumattiecību veidā jābūt piesaistītiem viņu darbības teritorijā dzīvojošo pacientu ģimenes ārstiem, kas ļautu sistēmiski pārraudzīt iedzīvotāju obligātās vakcinācijas kalendāra ievērošanu. Taču šī risinājuma ieviešanu apgrūtina feldšeru darba apmaksas kārtība gadījumos, kad viņu atalgojuma plūsma tiek organizēta caur ģimenes ārstiem.
- Trešais risinājumu variants ir slēgt tiešos līgumus starp feldšeriem un NVD par noteiktu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, t.sk. obligāto vakcināciju bērniem un/vai pieaugušajiem.

4.6. Prasības par zāļu iegādi ģimenes ārsta praksē

Ģimenes ārstiem ir saistoši 27.03.2007. MK noteikumi Nr. 220 „Zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās”, kas regulē zāļu apriti ārstniecības iestādēs, t.sk., ģimenes ārstu praksēs. Ar zāļu iegādi profesionālām vajadzībām saskaras tie ģimenes ārsti, kuriem ir savas prakses un kuriem zāļu iegāde nepieciešama prakses darba nodrošināšanai. Šajos gadījumos ģimenes ārsti ir atbildīgi par zāļu iegādi, uzglabāšanu, lietošanu un iznīcināšanu atbilstoši normatīvajām prasībām. Pētījumā apzinātās ģimenes ārstu zāļu iegādes prakses liecina, ka lielākā daļa ārstu, kas strādā individuāli savās praksēs, zāles iegādājas aptiekās, noformējot nepieciešamos attaisnojuma dokumentus. Kaut arī aptiekās zāles ir dārgākas nekā lieltirgotavās, ģimenes ārstu vērtējumā zāļu iegādes atļauja viņiem rada papildu administratīvo slogu un papildu kontroles iespēju no VI puses.

Nozīmīgāka problēma par zāļu iegādi ģimenes ārstiem ir prasību ievērošana par medikamentu iegādes, uzglabāšanas, lietošanas un iznīcināšanas dokumentēšanu. Šīs prasības ir arguments, kāpēc virkni medikamentus, kas var būt noderīgi ģimenes ārsta praksē, ārsti neiegādājas, vienlaikus apzinoties risku, ko tas rada pacientiem. Praksē ģimenes ārsti izmanto it kā personīgām vajadzībām iegādātus medikamentus, lai ārkārtas situācijā varētu palīdzēt saviem pacientiem, tādējādi pārkāpjot tiesisko regulējumu. Šādi pārkāpumi liecina par administratīvo slogu, kura novēršanai nepieciešami risinājumi, pilnveidojot zāļu iegādes, uzglabāšanas, lietošanas un iznīcināšanas prasības tieši ģimenes ārstu praksēm, kuru darbība atšķiras no tādām ārstniecības iestādēm kā veselības centri un stacionāri. Šobrīd visām ārstniecības iestādēm ir izvirzītas vienotas prasības. Ieteicams izvērtēt šo prasību diferenciācijas iespējas, piemēram, atkarībā no iegādāto zāļu daudzuma un citiem rādītājiem.

4.7. Higiēnai un atkritumu savākšanai izvirzītās prasības

Ārstniecības iestādēs radušos atkritumu, t.sk. bīstamo atkritumu, aso atkritumu un infekciozo atkritumu uzglabāšanas, pārstrādes un savākšanas kārtību nosaka 11.07.2006. MK noteikumi Nr. 574 „Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē” (VII nodaļa) un 22.05.2012. MK noteikumi Nr. 353 „Ārstniecības iestādēs radušos atkritumu apsaimniekošanas prasības”. medicīnisko atkritumu šķirošana šobrīd nav saskaņota ar tās pārstrādes praksi. Saistībā ar šo regulējumu ārstniecības pakalpojumu sniedzēji norāda, ka noteikumi prasa pārāk detalizētu atkritumu šķirošanu, savukārt utilizēti tie tiek visi kopā, kā rezultātā iepriekš veiktajai šķirošanai zūd jēga.

Šajā jomā pētījumā ir konstatēti medicīnisko atkritumu pārstrādes un savākšanas prasību pārkāpumi mazās ārstniecības iestādēs (biežāk – feldšerpunktos), kas var radīt **veselības un dzīvības apdraudējuma risku gan pašai ārstniecības personai, gan sabiedrībai, gan apkārtējai videi**. Feldšerpunktos salīdzinoši ar cita veida ārstniecības iestādēm ir zems kopējo apmeklējumu un attiecīgi medicīnisko procedūru skaits, kā rezultātā rodas ievērojami mazāki medicīnisko atkritumu apjomi. Vienlaikus prasības visām ārstniecības iestādēm attiecībā uz atkritumu apsaimniekošanu ir vienotas. 22.05.2012. MK noteikumu Nr. 353 7. punkts nosaka, ka ārstniecības iestādei ir jāslēdz līgums par bīstamo atkritumu apsaimniekošanu. Kā liecina feldšeru atklātā pieredze, vairākos gadījumos šādi līgumi netiek slēgti, jo atkritumu apsaimniekotāju pakalpojumu izmaksas feldšerpunktiem ir pārāk augstas, ņemot vērā salīdzinoši mazo atkritumu apjomu un to savākšanas nepieciešamības regularitāti. Kaut arī problēmas izplatības noteikšana nebija pētnieku uzdevums, konstatētos gadījumus nevar ignorēt, jo šobrīd feldšeru izmantotie risinājumi, piemēram, aso atkritumu (šļircu u.c.) iznīcināšana, ir nelikumīgi un rada veselības un dzīvības apdraudējuma risku gan pašai ārstniecības personai, gan sabiedrībai, gan apkārtējai videi.

Lai mazinātu šo risku un mudinātu feldšerus ievērot normatīvā regulējuma prasības par medicīnisko atkritumu apsaimniekošanu ir nepieciešams:

- veicināt feldšeru informētību un zināšanas par bīstamo atkritumu apsaimniekošanas nepieciešamību atbilstoši noteiktajām prasībām;
- sekmēt feldšeru un vietējo pašvaldību informētību par ārstniecības iestāžu tiesībām pašām noteikt atkritumu savākšanas regularitāti, lai bīstamo atkritumu apsaimniekotāju pakalpojumus saņemtu atbilstoši feldšerpunkta darbības vajadzībām, nevis atbilstoši pakalpojuma sniedzēju interesēm.

4.8. Prasības darbinieku minimālajam atalgojumam un darba apstākļiem

Prasības ārstniecības personu minimālajam atalgojumam, ko nosaka 29.06.2010. MK noteikumi Nr. 595 „Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām” piemērojamas pašvaldību iestādēs, valsts un pašvaldību kapitālsabiedrībās vai publiski privātajās kapitālsabiedrībās, kas noslēgušas līgumu par sniedzamo veselības aprūpes pakalpojumu, t.i., visiem aptaujajamiem stacionāriem. Balstoties uz stacionāru intervijām, konstatētas šādas problēmas:

- (a) medicīnas darbinieku atalgojums netiek pietiekami diferencēts – atšķirības starp dažādām profesiju grupām ir salīdzinoši niecīgas;

- (b) piemērojot 29.06.2010. MK noteikumus Nr. 595 praksē, stacionāro pakalpojumu sniedzēji nav izpratuši, kā pareizi aprēķināt noteikumu 5. punktā noteiktos atalgojuma paaugstinājumus, kā rezultātā to piemērošana praksē notiek atšķirīgi;
- (c) ārstniecības iestādes vadītājs nevar kontrolēt savu darbinieku nodarbināšanu citās ārstniecības iestādēs, kas var novest pie nekontrolējamas darbinieku pārslodzes. Šobrīd saskaņā ar Ārstniecības likuma 53.¹ panta 3. daļu ārstniecības personālu vienā darbavietā drīkst nodarbināt līdz 240 stundām mēnesī, taču šī prasība netiek piemērota summāri, ja darbinieks strādā vairākās iestādēs. Lai gan šī problēma drīzāk attiecas uz veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, nevis konkrēta normatīvā akta administratīvo slogu, tā ir uzskatāma par pietiekami būtisku, lai tai pievērstu politikas veidotāju uzmanību. Stacionāro pakalpojumu sniedzēji norāda, ka viņiem kā darba devējiem nav nekādu iespēju ietekmēt savus darbiniekus attiecībā uz to, cik un kādās darbavietās viņi paralēli strādā. Reģionālās ārstniecības iestādes izmanto šo iespēju, lai algotu maz izplatītu, šauru specialitāšu ārstus. Tomēr šāda vairāku darbavietu prakse var radīt risku, ka, ārstniecības persona, strādājot vairākās veselības aprūpes iestādēs, pārstrādājas, kā rezultātā var nopietni ciest sniegto pakalpojumu kvalitāte, kā arī paša darbinieka veselība (piemēram, radioloģijas speciālistiem, saņemot lielākas starojuma dozas).

Lai gan konkrētus minēto problēmu risinājumus vairumam no problēmām šobrīd nav iespējams piedāvāt, ir ieteicams:

- izvērtēt nepieciešamību veikt grozījumus 29.06.2010. MK noteikumos Nr. 595 vai nodrošināt to pielietošanas skaidrošanu;
- izvērtēt iespējas ierobežot pārmērīgu augstu ārstniecības personu darba stundu skaitu, lai novērstu ārstniecības pakalpojumu kvalitātes krišanos.

5. Prasības medicīniskajām ierīcēm

Medicīnisko ierīču ekspluatāciju un tehnisko uzraudzību nosaka 02.08.2005. MK noteikumi Nr. 581 „Medicīnisko ierīču reģistrācijas, atbilstības novērtēšanas, izplatīšanas, ekspluatācijas un tehniskās uzraudzības kārtība”. Papildus tam uz ierīcēm, kas ir jonizējošā starojuma avoti, attiecas likums „Par radiācijas drošību un kodoldrošību”. Tā kā daļa medicīnisko ierīču tiek izmantotas kā mērierīces, tām jāveic metroloģiskās kontroles vai kalibrēšana, ko savukārt nosaka atbilstoši iepriekš minētie normatīvie akti.

Pētījumā aptaujātie ārstniecības iestāžu vadītāji uzskata, ka 02.08.2005. MK noteikumi Nr. 581 „Medicīnisko ierīču reģistrācijas, atbilstības novērtēšanas, izplatīšanas, ekspluatācijas un tehniskās uzraudzības kārtība” šobrīd ir uzskatāmi par novecojušiem – to sākotnējā redakcija ir izstrādāta apstākļos, kad Latvijas veselības aprūpē tika izmantotas galvenokārt padomju laikā ražotas medicīniskās ierīces, kurām nebija CE marķējuma, un noteikumu uzdevums bija aizsargāt Latvijas tirgu no nekvalitatīvām medicīniskajām ierīcēm. Šobrīd situācija ir būtiski mainījies – izņemot rehabilitāciju, citās ārstniecības jomās tiek izmantotas jaunas, modernas ierīces, kuru ražošanas un izplatīšanas prasības regulē ES normatīvie akti. Regulējumā noteikta ļoti augsta ražotāja atbildība par ierīces drošumu, un, ņemot vērā medicīnisko ierīču komplicētību, šobrīd ražotājs vai izplatītājs ir tas, kas vislabāk spēj novērtēt ierīces atbilstību plānotajiem darbības parametriem. Tas praksē arī tiek īstenots, slēdzot apkalpošanas („servisa”) līgumus starp medicīniskās ierīces izplatītāju un ārstniecības iestādi. Līdz ar to nozīmīgākā problēma, par kuru runā vairums ārstniecības

pakalpojumu sniedzēju saistībā ar medicīnisko ierīču tehnisko uzraudzību, ir tās formālais raksturs – trešo pušu (ne izplatītāja) veiktās tehniskās uzraudzības lietderība ir zema, salīdzinot ar pakalpojuma izmaksām.

Ņemot vērā moderno medicīnisko ierīču komplicētību, visaugstākās iespējas pārbaudīt tās tehnisko stāvokli ir tās ražotājam (ražotāja pārstāvim vai izplatītājam), savukārt trešajai pusei – iestādei vai uzņēmumam, kas veic elektrodrošības un tehnisko uzraudzību – ievērojami zemāka. Tas tāpēc, ka trešās puses rīcībā nav tādu cilvēkresursu, kas detalizēti pārzinātu daudzveidīgo ierīču tehniskos parametrus, un atbilstošu mērinstrumentu, kas ļautu pārbaudīt ne tikai ierīces atbilstību elektrodrošības prasībām, bet arī funkcionalitāti, t.i., vai ierīce darbojas tieši tādā veidā (nodrošina stiprumu, dozas u.tml.), kā to ir noteicis ražotājs un kā tas būtu nepieciešams ārstniecībai. Tā rezultātā, kā novērojuši stacionāro pakalpojumu sniedzēju pārstāvji, trešā puse koncentrējas uz formālu elektrodrošības pārbaudīšanu, funkcionālo ierīču pārbaudi praktiski neveicot. Ārstniecības iestāžu pārstāvji uzsver, ka tieši funkcionālās pārbaudes veikšana ir būtiskāka par elektrodrošības pārbaudēm. Tādējādi var uzskatīt, ka praksē 02.08.2005. MK noteikumu Nr. 581 prasības attiecībā uz medicīnisko ierīču tehnisko uzraudzību tiek pildītas nepilnīgi, un tāpēc nevar uzskatīt, ka, īstenojot uzraudzību, tiek paaugstināta pacientu drošība. Lai risinātu šo problēmu un ievērojot tendenci, ka Eiropas Savienības (ES) ietvaros tiek paaugstināta ražotāja atbildība, ieteicams izvērtēt iespējas:

- atbildību par uzraudzības veikšanu nodod ārstniecības iestādes vadībai, kura sadarbībā ar ražotāju vai izplatītāju nosaka tehniskā uzraudzības biežumu, ņemot vērā medicīniskās ierīces drošības grupu, konkrētās medicīniskās ierīces nepieciešamo apkalpošanas biežumu, ražotāja noteiktās prasības u.tml.;
- noteikt, ka ārējās pārbaudes būtu nepieciešams veikt tikai tādām ierīcēm, kuru ražotājs, tā pārstāvis vai izplatītājs apkalpošanu nenodrošina;
- atbildību par elektrodrošības pārbaudīšanu biežumu nodot ārstniecības iestādes vadībai, kura nosaka pārbaudes biežumu nosakot valdītājam, un to ir atļauts veikt ne tikai ārējai kompetentai institūcijai, bet arī ārstniecības iestādes elektrīķim ar pietiekošu kompetenci.

Līdzīgi kā medicīnisko ierīču gadījumā, ārstniecības pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka mērīšanas līdzekļu (svaru, auguma mēru, termometru, mērtrauku u.tml.) metroloģiskās pārbaudes un kalibrēšana ir formāla un dārga procedūra, it sevišķi, ka kalibrētie mērīšanas instrumenti var zaudēt savu precizitāti, tos transportējot no ārstniecības iestādes līdz pārbaudes veicējam. Noteiktu mērīšanas līdzekļu gadījumā mērīšanas līdzekļa pārbaude izmaksā vairāk nekā tā iegāde.

Līdzīgi kā daudzu citu medicīnisko ierīču un mērīšanas līdzekļu pārbaudīšanu gadījumā, ārstniecības pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka nepamatota un dublējoša prasība ir veikt autoklāva sterilitātes bioloģisko testēšanu. Daļa ārstniecības pakalpojumu sniedzēju norāda, ka autoklāva bioloģisko testēšanu viņi šobrīd veic retāk, nekā nosaka normatīvais regulējums, un ka VI kontroļu laikā pieļauj šādu praksi. Līdz ar to pakalpojumu sniedzējiem rodas priekšstats, ka attiecīgā kontroles norma ir pārspīlēta, tāpēc ieteicams:

- izvērtēt iespēju diferencēt autoklāva bioloģiskās testēšanas biežumu atkarībā no tā noslodzes, vai

- kopumā pārskatīt bioloģiskās testēšanas biežumu, sabalansējot to ar VI kontroļu veikšanas praksi.

Izvērtējot metroloģisko pārbauzu normatīvo bāzi, ārstniecības pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka būtu ieteicams izveidot atsevišķus, ārstniecības iestādēs lietoto mērīšanas līdzekļu metroloģisko pārbauzu un kalibrēšanas noteikumus, taču to veidošana ir jābalsta uz administratīvā sloga samazināšanu. Tas nozīmē, ka pārbaudēm un kalibrēšanai būtu jāpakļauj tikai tādi mērīšanas līdzekļi, kuru mērījumu precizitātei ir ļoti būtiska nozīme ārstniecībā, piemēram, kalibrēšana jāveic zīdaiņu svāriem (līdz 10 kg), hematoloģijā un ķīmijterapijā izmantotie svāri, jāpārbauda temperatūras mērīšanas ierīces laboratorijās, asins nodaļās, kur ir būtiska noteikta temperatūra glabāšanas apstākļiem u.tml. Citu mērīšanas līdzekļu pārbaudes nepieciešamību varētu noteikt ārstniecības iestādes vadītājs atbilstoši mērīšanas līdzekļa ekspluatācijas intensitātei. Šādi noteikumi atceltu svāru, mērleņu u.tml. plaši izplatītu mērīšanas līdzekļu pārbaudīšanas nepieciešamību.

6. Prasības ārstniecībā izmantoto medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un ieviešanas kārtībai

28.05.2005. MK noteikumi Nr. 468 „Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un jaunu medicīnisko tehnoloģiju ieviešanas kārtība” nosaka iesniedzamo dokumentu sarakstu medicīniskās tehnoloģijas apstiprināšanai, medicīniskās tehnoloģijas apstiprināšanas gaitu, kā arī apstiprinājuma anulēšanas procedūras gaitu. Šie MK noteikumi nav grozīti kopš 2009. gada 3. novembra, kad tika veiktas būtiskākās veselības aprūpes jomas uzraugošo institūciju reorganizācijas, tāpēc 28.05.2005. MK noteikumu Nr. 468 2. punktā joprojām minēts, ka medicīniskās tehnoloģijas novērtē un apstiprina Veselības ekonomikas centrs, lai gan kopš 2011. gada 1. novembra šo funkciju veic Nacionālais veselības dienests (NVD). Šāda noteikumu redakcija rada potenciālajam iesniedzējam papildu administratīvo slogu ar to, ka prasa zināt un spēt izsekot iestāžu reorganizācijas gaitā notikušajām institucionālajām izmaiņām. Vienlaikus tas rada arī šaubas, vai NVD ir tiesisks pamats apstiprināt jaunas medicīniskās tehnoloģijas. Lai novērstu minētās pretrunas, jāveic atbilstošie MK noteikumu Nr. 468 grozījumi, norādot par medicīnisko tehnoloģiju atbildīgo institūciju.

Saskaņā ar aptaujāto pieredzi jaunu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas procedūrā administratīvo slogu rada:

- (a) nepieciešamo dokumentu sagatavošanas process, kas uzskatāms par laikietilpīgu – vislielākās grūtības sagādā medicīniskās tehnoloģijas ieviešanas nepieciešamības pamatošana (t.sk. paredzamo rezultātu aprakstīšana) un tehnoloģijas efektivitāti apliecinājošo klīnisko pētījumu rezultātu apkopojums. Šo dokumentu sagatavošanas personāla izmaksas ir jāsedz iesniedzējam (ārstniecības personai, ārstniecības iestādei vai profesionālajai asociācijai) no saviem līdzekļiem.
- (b) informācijas par medicīniskās tehnoloģijas realizācijai izmantojamām medicīniskajām ierīcēm sniegšana, jo ietver ne tikai ārstniecības iestādes aprīkojuma atbilstības izvērtējumu, bet arī trešās puses – ierīču kalibrēšanu un verifikāciju nodrošinošo uzņēmumu – atbilstības novērtējumu.
- (c) nepastāv atvieglojumi tādu jaunu medicīnisko tehnoloģiju reģistrēšanai Latvijā, kas ES ir apstiprināta un tiek veiksmīgi izmantota vairākus gadus.

Izvērtējot identificētās problēmas attiecībā uz jaunu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu, **administratīvo slogu ir ieteicams samazināt divos gadījumos**, pirmkārt, lai atvieglotu tādu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu Latvijā, kuras jau ir reģistrētas kādā citā ES dalībvalstī (vai

Eiropas Ekonomiskajā zonā), vai, otrkārt, samazinātu dublējošos dokumentu skaitu tām iestādēm vai organizācijām, kuras pieteikumus jaunu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanai par vienu un to pašu profilu (specialitāti) iesniedz biežāk nekā reizi piecos gados. Pārējos gadījumos pētījuma autori iesaka saglabāt līdzšinējo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas kārtību.

Atvieglojot jaunu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu (un veicot atbilstošus grozījumus 28.06.2005. MK noteikumos Nr. 468), ja tehnoloģija ir reģistrēta kādā citā ES (vai Eiropas ekonomiskās zonas) dalībvalstī, ārstniecības iestādes iesaka samazināt prasības attiecībā uz apstiprināmās tehnoloģijas efektivitāti apliecinājošo klīnisko pētījumu rezultātu apkopojumu. To var veikt divējādi: (a) samazināt dokumentu skaitu vai (b) aizvietojo ar klīnisko pētījumu rezultātu apkopojumu ar attiecīgās specialitātes profesionālās organizācijas atzinumu.

Atvieglojot jaunu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu tām iestādēm, kuras pieteikumus iesniedz vismaz vienu reizi piecos gados par to pašu profilu (specialitāti), ieteicams grozīt 28.06.2005. MK noteikumos Nr. 468 tā, lai:

- Atceltu prasību katru reizi iesniegt informāciju par ārstniecības personām un viņu kvalifikāciju un papildu kvalifikāciju, kas nepieciešama konkrētās medicīniskās tehnoloģijas realizācijai. Šāda prasība ir uzskatāma par dublējošos, ja iesniegumu jaunas medicīniskās tehnoloģijas apstiprināšanai iesniedz ārstniecības iestāde, kas, pirmkārt, ir veikusi šādas procedūras iepriekš, iesniedzot tehnoloģiju apstiprināšanas pieteikumus tajā pašā darbības profilā, un, otrkārt, sniedz noteiktus pakalpojumus (un, ja ir līgumus ar NVD par valsts apmaksātu pakalpojumu sniegšanu noteiktā specialitātē/ jomā, tad ir arī apstiprinājums, ka iestādei ir nepieciešamā kapacitāte un cilvēkresursi). Šobrīd minētie dokumenti (ārstniecības personu izglītību apliecinājošie dokumenti un sertifikāti) ir jāiesniedz katru reizi, kad tiek sagatavots iesniegums medicīniskās tehnoloģijas apstiprināšanai. Ārstniecības iestādes uzskata, ka šādu dokumentu sagatavošana katru reizi ir dokumentu dublēšanās. Būtu pietiekami, ja ārstniecības personu kvalifikāciju apstiprinošie dokumenti tiktu iesniegti vienu reizi noteiktā laika posmā (piemēram, vienu reizi piecos gados atbilstoši ārstniecības personu resertifikācijas termiņam) vai arī šie dokumenti nebūtu jāiesniedz vispār, pamatojoties uz to, ka iestāde ir akreditēta noteiktā apakšnozarē (specialitātē).
- Akreditētām iestādēm atceltu prasību katru reizi iesniegt informāciju par medicīniskās tehnoloģijas realizācijai izmantojamām medicīniskām ierīcēm, to raksturojumiem, atbilstoši medicīnisko ierīču un medicīnisko preču reģistrāciju, izplatīšanu, realizāciju, ekspluatāciju un tehnisko uzraudzību regulējošiem normatīvajiem aktiem; medicīnisko ierīču un zāļu aprakstus, lietošanas instrukcijas, informāciju speciālistam. Ārstniecības iestādes norāda, ka, veicot akreditācijas procedūru, tiek veikta tāda pati dokumentu pārbaude par tās rīcībā esošo personālu un materiāli tehnisko nodrošinājumu, kāda – apstiprinot jaunu medicīnisko tehnoloģiju. Ārstniecības iestādes uzskata, ka, ja tās ir izgājušas akreditāciju, tad noteiktā laika posmā reģistrējot jaunu medicīnisko tehnoloģiju, šie dokumenti arī vairs nebūtu jāuzrāda. Atbilstības apliecināšanai pietiktu tikai ar akreditāciju apstiprinošiem dokumentiem.

Tā kā testēšanas un aprobācijas izmaksas pirms dokumentu iesniegšanas jaunas medicīniskās tehnoloģijas apstiprināšanai (t.sk. dokumentu sagatavošana) ir ievērojamas, potenciālie medicīnisko tehnoloģiju pieteikumu iesniedzēji uzskata, ka būtu jāizvērtē iespējas veidot atsevišķu medicīniskās tehnoloģijas ieviešanas un aprakstīšanas budžetu – līdzekļi, kurus saņem medicīnisko tehnoloģiju ieviešēji par konkrētu dokumentu (bet ne klīnisko pētījumu!) sagatavošanas darbu.

7. Prasības medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtībai

Prasības par medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtību veselības aprūpes darbinieku vidū tiek uzskatītas par vienām no sarežģītākajām, neraugoties uz to, ka tās pakāpeniski tiek vienkāršotas un arvien vairāk tiek izmantotas specializētās datorprogrammas, kas atvieglo šo darbu. Pētījumā ir analizēti pētījuma mērķa grupu viedokļi par medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtības prasībām, ņemot vērā gan tās prasības, kas attiecas uz pacientu un ārstniecības procesa dokumentēšanu (medicīniskajiem ierakstiem), gan tās prasības, kas attiecas uz ārstniecības iestāžu administratīvās un tehniskās darbības dokumentēšanu.

Vispārējās medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības prakses izpētes rezultātā ģimenes ārstu praksēs un feldšerpunktos, ir izvirzīti šādi galvenie secinājumi, kas satur gan problēmu, gan to iespējamo risinājumu variantu raksturojumu:

- Ģimenes ārstu un feldšeru vidū ir **augsts pieprasījums pēc regulāras tiesiskā regulējuma normu aktualizācijas**. No vienas puses, respondenti atzina, ka informācija tiek sniegta, no otras puses, viņus neapmierina šīs informācijas forma – tā tiek pasniegta normatīvo aktu izrakstu formā vai izklāstīta juridiskā valodā, kas primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem apgrūtina tās uztveri un attiecīgi jauno vai grozīto prasību ievērošanu.
- **Laika trūkums ģimenes ārstiem medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtībai** un attiecīgi **medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtības funkciju deleģēšana māsām un ārsta palīgiem**, kas rada ierobežojumus šo ārstniecības personu grupu profesionālā potenciāla izmantošanai. Lai veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji varētu vairāk laika veltīt pacientiem un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai, ir ieteicams apsvērt šādus risinājumu veidus:
 - Turpināt kopējās medicīniskās un uzskaites dokumentācijas samazināšanu, vienkāršošanu un/vai optimizēšanu.
 - Vērtējot iespēju **daļu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedību veikt elektroniski**, tika identificēti vairāki vērā ņemami riski. Pirmkārt, **pastāv ierobežojumi specializēto datorprogrammu izmantošanai** – ierobežota interneta pieejamība, atbilstošu zināšanu un prasmju trūkums, dažādu informācijas datu bāzu nesavietojamība, personas datu aizsardzības noteikumu ievērošana. Otrkārt, datorprogrammu izmantošana, no vienas puses, atvieglo ārstniecības personu darbu, no otras puses, esošās prasības **liek dublēt elektroniskos dokumentus papīra formā**. Interneta pieejamības un tehniskā nodrošinājuma ierobežojumi daļā ārstniecības iestāžu (īpaši feldšerpunktos) jāvērtē kā vērā ņemams riska faktors sekmīgai e-veselības sistēmas ieviešanai valstī. Ņemot vērā ģimenes ārstu sniegtos viedokļus, ieteicams izvērtēt šādus problēmas risinājuma aspektus:
 - Noteikt, kura veida medicīniskā dokumentācija būtu obligāti jāpilda papīra formā un kura drīkst būt tikai elektroniski, un attiecīgi noteikt, ka tā ir ārsta izvēle, vai šī dokumentācija tiek vesta gan elektroniski, gan papīra formā vai tikai papīra formā.
 - Kā papildu risinājumu gadījumos, kad informācija tiek atzīta par tādu, kas obligāti ir fiksējama abos formātos, noteikt samazinātu informācijas apjomu papīra formā, nosakot, ka detalizētai informācijai jābūt fiksētai elektroniskajā dokumentā (tādējādi elektroniski tiktu

fiksēta pilna informācija, bet papīra formā tikai tās nozīmīgākie aspekti, kuru nozaudēšana radītu būtisku risku pacienta ārstēšanas procesam, veselības aprūpes pakalpojuma kvalitātes izvērtēšanas iespējām vai medicīniskās uzskaites datu saglabāšanai).

- Izvērtēt **ambulatorā pacienta medicīniskajā kartē** iekļaujamo obligātās informācijas saturu un apjomu. Šis ieteikums vērtējams kontekstā ar pāreju uz elektronisko medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedību. Jāuzsver, ka ambulatorā pacienta medicīniskā karte papīra formā var būt nozīmīgs kontroles dokuments sistēmā, kad lielākā daļa medicīniskās un uzskaites dokumentācija tiktu sagatavota elektroniski.
- Profilaktiskās **vakcinācijas veikšanas fiksēšana četros dažādos dokumentos** – potēšanas pasē, ambulatorā pacienta medicīniskajā kartē, profilaktiskās potēšanas kartē un profilaktiskās potēšanas uzskaites žurnālā – ir vērtējama kā administratīvais slogs ārstniecības personām, kas veic vakcināciju. Ieteicams izvērtēt iespēju atteikties no vakcinācijas ierakstu izdarīšanas profilaktiskās potēšanas uzskaites žurnālā (veidlapa Nr. 064/u). Ambulatorā pacienta medicīniskajā kartē šo informāciju ieteicams rakstīt tikai apkopojumā (kartes pirmajā lapā, nevis arī vietā, kur tiek veikti ieraksti par konkrēto pieņemšanu un tajā veiktajām manipulācijām).
- Medicīniskie dokumenti, kas ģimenes ārstu un feldšeru vērtējumā ir **formāli un lieki**. Pirmā lieko dokumentu grupa, ko intervijās minēja ģimenes ārsti un feldšeri, ir **medicīniskās uzskaites reģistrācijas žurnāli** – nederīgo recepšu veidlapu un recepšu reģistrācijas žurnāls, profilaktiskās potēšanas uzskaites žurnāls, darbnespējas lapu reģistrācijas žurnāls, procedūru uzskaites žurnāls. visa žurnālos reģistrējamā informācija ir jānorāda arī ambulatorā pacienta medicīniskajā kartiņā, un līdz ar to notiek informācijas dublēšana. Otrā lieko dokumentu grupu primārās veselības aprūpes personāla vērtējumā ir **dokumenti, kuros tiek aprakstītas noteiktas ārstniecības personu darbības**. Trešā lieko dokumentu grupa ir dažādi **rikojumi, ar kuriem tiek norīkota atbildīgā persona par noteiktu darbību veikšanu ārstniecības iestādē**. Formālas šīs prasības ir tajos gadījumos, kad ārstniecības iestādē reāli strādā tikai viens cilvēks, kā tas visbiežāk ir feldšerpunktu gadījumā.

Lai risinātu problēmu par formālajiem un liekajiem medicīniskajiem dokumentiem primārajā veselības aprūpes jomā, ir nepieciešami vairāki soļi:

- Celt ārstniecības personu informētības līmeni par viņām izvirzītajām prasībām medicīniskajai dokumentācijai un atbilstošo normatīvo aktu aktualizāciju.
- Izvērtēt iespēju atteikties no atlikušajiem reģistrācijas žurnāliem (piemēram, procedūru žurnāls), nosakot kā obligātu prasību attiecīgās darbības dokumentēt ambulatorā pacienta medicīniskajā kartē un potēšanas kartē. Ieteikuma pamatā ir pieeja, ka visas darbības, kas saistītas ar pacienta ārstēšanas vai profilakses nodrošināšanas procesu, reģistrēt dokumentā, kas ir piesaistīts pacientam.
- Atvieglot bojāto, nederīgo vai kļūdaino recepšu iznīcināšanas un uzskaites kārtību ģimenes ārstu praksēs, kā arī noteikt, ka neizlietotās receptes ārstniecības iestādes vadītājam ir jāatgriež institūcijai, kas ir atbildīga par recepšu izplatīšanu.
- Tiesiskā regulējuma līmenī noteikt, ka gadījumos, kad ambulatorajā ārstniecības iestādē strādā viena ārstniecības persona, par visām darbībām, kas ir jāveic ārstniecības iestādē, un

visu ārstniecības iestādēm izvirzīto obligāto prasību izpildi un ievērošanu ir atbildīga šī persona. Visi personas pienākumi un atbildības ir jāiekļauj ārstniecības iestādes iekšējos normatīvajos aktos – darba līgumā un amata aprakstā. Tādējādi būtiski tiktu samazināts kopējais darba organizācijas lietvedības dokumentācijas apjoms feldšerpunktos.

- Lai gan lielākā daļa medicīniskās un uzskaites dokumentācijas veidlapu ir izstrādātas sadarbībā ar profesionālajām asociācijām un kārtējā veidlapu maiņa radītu papildu administratīvo slogu, ieteicams izstrādāt tādu normatīvo regulējumu attiecībā uz visa veida medicīnisko dokumentu lietvedību, kurā tiek nosaukta informācija, kas obligāti jāiekļauj dokumentā, taču tās izkārtojums veidlapā definēts netiek. Šāds regulējums jau darbojas attiecībā uz daļu no medicīniskās lietvedības dokumentiem, taču to jāturpina ieviest attiecībā uz vairumu dokumentu.

8. Līgumu slēgšana un izpilde ar Nacionālo veselības dienestu par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu

Pētījumā tika identificētas šādas problēmas primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju galvenās problēmas saistībā ar līguma slēgšanu un izpildi ar Nacionālo veselības dienestu (NVD) par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu:

- (a) ierobežots valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu klāsts, kas tiek apmaksāts ģimenes ārstiem, kaut gan ģimenes ārstam ir gan nepieciešamā kvalifikācija, gan arī iegādātas atbilstošas medicīniskās ierīces šo pakalpojumu sniegšanai;
- (b) līgums starp ārstniecības pakalpojumu sniedzēju un NVD tiek slēgts novēloti ar atpakaļejošu datumu;
- (c) ģimenes ārsti nav ieinteresēti iekļaut savos līgumos ar NVD ārsta palīgus (feldšerus), pastāv konflikts starp pašvaldību, feldšeriem un ģimenes ārstiem par feldšeru darbības apmaksas nodrošinājumu;
- (d) aprēķinātā sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvota neatbilst reālajam attiecīgā ārsta speciālista pacientu skaitam un pakalpojuma pieprasījumam;
- (e) ārsta palīgi nav apmierināti ar slodzes un atalgojuma aprēķināšanas kārtību par valsts apmaksāto primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (ārsta palīgu veikto manipulāciju un ārstniecības darbību uzskaitē neatspoguļo reālo ārsta palīgu darbību);
- (f) ambulatoro pacientu talonu sagatavošana rakstiski, ievadīšana elektroniski un nodošana papīra formā rada apgrūtinājumu ārstniecības personām;
- (g) ārsti speciālisti vienam pacientam 30 dienu laikā drīkst izrakstīt tikai vienu ambulatoro talonu;
- (h) pacienta ambulatorā apmeklējuma talonu neapmaksā, ja viņš apmeklējuma brīdī bijis stacionārs;
- (i) vienotas izpratnes trūkums, kādas ārstnieciskās darbības uzskatāmas par vienu manipulāciju un kuros gadījumos tās ir divas atsevišķas manipulācijas;
- (j) NVD vienotajā informācijas sistēmā iestrādātas maz datu loģisko pārbaužu;
- (k) ģimenes ārstu gaidīšanas rindas kārtības organizēšana un darbība, pirmkārt, kavē personas iespējas uzsākt ģimenes ārsta valsts apmaksāto profesionālo darbību, otrkārt, ierobežo jauno ģimenes ārstu patstāvīgas profesionālās darbības uzsākšanu;
- (l) rezidentūras beigšanas laiks nesakrīt ar sertifikācijas īstenošanas laiku un ģimenes ārsta sertifikāta iegūšanas brīdi, kā rezultātā tiek kavēta reģistrācija ģimenes ārstu gaidīšanas rindā;
- (m) ģimenes ārstiem nav skaidrs statistikas pārskatu par valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārsta praksē pielietojums;

- (n) prasīto statistisko rādītāju dublēšanās, t.sk. starp dažādām institūcijām;
- (o) informācijas apkopojumu un izziņu sniegšana citām institūcijām rada nozīmīgu administratīvo slogu.

Problēmu izvērsts raksturojums ir sniegts pētījuma 1.starpziņojuma 8.2. un 8.3. nodaļā. Uzskaitīto problēmu risināšanai iesakām izvērtēt šādus priekšlikumus:

- Viens no iespējamajiem risinājumiem, lai novērstu problēmu, ka līgums starp primārās veselības aprūpes ārstu un NVD tiek slēgts novēloti ar atpakaļejošu datumu, ņemot vērā valsts budžeta pieņemšanas termiņus, ir apmaksāt kārtējā gada janvāra mēnesī (vai līdz brīdim, kad reāli iespējams parakstīt līgumu par nākamo gadu) sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus 70 – 80% apmērā no iepriekšējā gada līguma summas vienam mēnesim (1/12 daļa līguma summas). Nepilnais priekšapmaksas apmērs, salīdzinot ar iepriekšējo gadu, noteikts, ņemot vērā veselības aprūpes budžeta samazināšanas riskus.
- Lai risinātu problēmas, kas saistītas ar ģimenes ārstu un feldšeru institucionālajām attiecībām NVD līgumu darbības ietvaros, nepieciešams komplekss risinājumu kopums. Pirmkārt, ir jābūt skaidrai valsts politikajai nostādnei attiecībā uz feldšerpunktu nepieciešamību ne tikai tajos gadījumos, kad ir spēkā 19.12.2006. MK noteikumu Nr.1046 74. punkta nosacījumi, bet arī tajos gadījumos, kad feldšerpunkta nepieciešamību atzīst pašvaldība, neraugoties uz to, ka neizpildās 74. punkta nosacījumi. Otrkārt, ja feldšerpunktu pastāvēšanas nepieciešamība tiek atzīta, tad ir ieteicams izstrādāt skaidrāku šo ārstniecības iestāžu darbinieku atalgojuma noteikšanas sistēmu, kas šobrīd ir ļoti sarežģīta, pastāv ļoti daudz iespējamo modeļu, kombināciju un shēmu, kā feldšeri saņem savu atalgojumu, t.sk. par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Tā kā ārsta palīgu darbības atalgojums no valsts budžeta tiek noteikts pēc apmeklētāju skaita, nepieciešams pilnveidot kārtību, kādā tiek veikta patstāvīgi strādājošo feldšeru pieņemto apmeklētāju uzskaitē tā, lai tā nebalstītos tikai uz ambulatoro pacientu talonu datiem.
- Diskutēt visām iesaistītajām pusēm (NVD, ārsta palīgiem, pašvaldībām u.c.) par iespēju slēgt tiešos līgumus starp NVD un ārsta palīgiem, kā arī māsām par konkrētu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (piemēram, diabēta slimnieku aprūpi vai slimnieku ar hroniskām brūcēm aprūpi, profilaktiskās vakcinācijas veikšanu u.c.).
- Lai ārstniecības personām un NVD mazinātu administratīvo slogu, kas saistīts ar ambulatoro pacientu talonu dublēšanu papīra un elektroniskā formā, ieteicams izvērtēt iespēju atcelt prasību par rakstveida ambulatorā pacienta talona papīra formu un turpmāk sagatavot tos tikai elektroniskā formā atbilstoši drošu elektronisko dokumentu sagatavošanas prasībām. Pāreja tikai uz elektroniskajiem taloniem, pirmkārt, paredzētu, ka datu ievade pilnībā jāuzņemas pašai ārstniecības personai, kas ievadīto informāciju apstiprinātu ar savu elektronisko parakstu, tādējādi uzņemoties atbildību par sniegto datu precizitāti un patiesumu. Otrkārt, šādas sistēmas ieviešanas priekšnosacījums ir primārās veselības aprūpes iestāžu pilnīga datorizācija, kas, kā rāda pētījums, vēl nav notikusi, tāpēc nepieciešami arī pārejas noteikumi. Treškārt, šo ieteikumu nepieciešams skatīt kompleksi ar jautājumu par to, kādi dokumenti, pārejot uz e-veselības sistēmu, ir jā saglabā arī papīra formā. Šajā gadījumā dokuments, kuram būtu jābūt arī papīra formā un kas vienlaikus varētu kalpot par kontroles dokumentu elektronisko dokumentu kļūdu vai nozaudēšanas gadījumā, ir ambulatorā pacienta medicīniskā karte un tajā veiktie ieraksti. Medicīniskās un uzskaites dokumentācijas formu izmaiņas (no papīra uz elektronisko) ir nepieciešams savstarpēji saskaņot.

- Izstrādāt kvalitātes kritērijus, pēc kuriem tiek dota priekšroka reģistrācijai ģimenes ārstu gaidīšanas rindā, ja iesniegumu par reģistrāciju gada laikā pēc rezidentūras beigšanas iesniedz vairāki ģimenes ārsti. Atcelt nosacījumu, ka šie ģimenes ārsti tiek reģistrēti rindā iesniegumu iesniegšanas secībā pirms pārējiem ģimenes ārstu gaidīšanas rindā esošajiem ārstiem.
- Pārskatīt ģimenes ārstu gaidīšanas rindas organizēšanas kārtību. Noteikt, ka priekšroka rindā jaunajiem ģimenes ārstiem (tikko rezidentūru beigušajiem ārstiem) ir vienu gadu, pēc kura viņi nonāk rindas galā, kas vienlaikus gan radītu labvēlīgākus nosacījumus jaunajiem ģimenes ārstiem slēgt līgumu ar NVD un ļautu saglabāt reālas iespējas ikvienam rindā reģistrētajam ģimenes ārstam sagaidīt savu kārtu.
- Nostiprināt saskaņotu augstskolu un profesionālo asociāciju darbību, pēc iespējas satuvinot laikā rezidentūras beigšanu, sertifikācijas eksāmenus, sertifikācijas komisijas sēdes norisi un sertifikātu izsniegšanu. Novēršot šo procedūru nošķirtību laikā (savstarpējo nobīdi par vairākiem mēnešiem), tiek būtiski samazinātas barjeras savlaicīgai reģistrācijai ģimenes ārstu gaidīšanas rindā un attiecīgi līguma slēgšanai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.
- Normatīvajā regulējumā noteikt, ka priekšroka slēgt līgumu ar NVD konkrētā reģionā vai teritorijā ir tiem ģimenes ārstiem, kas ir jaunāki par 65 gadiem (tātad vecumā, kas atbilst nākotnē plānotajam pensionēšanās vecumam Latvijā) un atrodas ģimenes ārstu gaidīšanas rindā ilgāk kā vienu gadu. Ja līgums tiek slēgts ar ambulatoro veselības aprūpes iestādi vai stacionāru (kā ārstniecības personu darba devēju), saskaņojot ārstniecības personu sarakstu, kurām ir tiesības sniegt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, ārstus, dot priekšroku jaunajiem ārstiem (ja tādi konkrētajā reģionā pieejami un gatavi strādāt). Ja ārsts, sasniedzot 65 gadu vecumu, joprojām ir kompetents savā specialitātē, viņam ir tiesības dibināt privātpraksi vai tikt algotam kā maksas konsultantam.
- Radīt iespēju maksas ģimenes ārstiem iesaistīties valsts apmaksātās primārās veselības aprūpes sistēmā. Izvērtēt iespēju grozīt normatīvo regulējumu un periodiski rīkotu konkursu rezultātā atļaut ģimenes ārstam slēgt līgumu ar NVD, ja viņam ir reģistrēti vismaz 600 pacienti, neraugoties uz ģimenes ārstu prakšu skaitu attiecīgajā teritorijā.
- Izvērtēt ģimenes ārstu prakšu mantošanas un/vai pārdošanas sistēmas ieviešanas lietderību, īpašu uzmanību pievēršot pacientu pārreģistrācijas principiem un kārtībai.
- Pilnveidot NVD VIS sistēmu, iestrādājot vairāk datu loģisko pārbaužu, nekā tas ir šobrīd. Loģiskās pārbaudes nepieciešamas gan uz manipulāciju noteiktu diagnožu gadījumā savietojamību, gan uz kontroli, vai stacionāra pacients nav vienlaikus saņēmis ar pakalpojumus ambulatori.
- Pilnveidot NVD vienoto informācijas sistēmu tā, ka, ievadot ambulatoros talonus, sistēma automātiski atlasītu un neļautu ievadīt tos, kur pacienta ambulatorā apmeklējuma laiks sakrīt ar stacionēšanās laiku, vai
- Noteikt 19.12.2006. MK noteikumos Nr.1046 izņēmuma situācijas un diagnozes, kad ambulatorais apmeklējums ir iespējams vienlaikus ar pacienta atrašanos stacionārā.

- Normatīvajā regulējumā ir ieteicams precīzi atrunāt kārtību, vai un kādā veidā tiek kompensētas ārsta speciālista darba izmaksas, ja viņš ir pārsniedzis līgumā noteikto apjomu (kvotu). Šiem nosacījumiem ir jābūt skaidri ietvertiem arī ārstu speciālistu līgumos ar NVD, atrunājot ne tikai ārsta pienākumu ziņot par līdzekļu pārtēriņu NVD, bet arī NVD pienākumus attiecībā pret ārstu.
- Pilnveidot NVD informatīvi konsultatīvos pakalpojumus līgumpartneriem, īpašu uzmanību pievēršot atbilstošā tiesiskā regulējuma aktualizēšanai un skaidrošanai.
- Lai samazinātu izsniedzamo izziņu radīto administratīvo slogu ārstniecības iestādēm, izvērtēt iespēju noteikt, kurām institūcijām ārstniecības iestādēm informācija jādod bez maksas, bet no kurām institūcijām pieprasīto informāciju ārstniecības iestādes ir tiesīgas sniegt par maksu (pēc iestādes izvēles) noteikta tarifa ietvaros (vēlams noteikt tarifa maksimālo apmēru, lai ierobežotu iespējamo neadekvāti augstas samaksas pieprasījumu). Šāda prakse būtu arī godīga attieksme pret pakalpojumu sniedzējiem, kuriem ir jāalgo darbinieki statistisko atskaišu sagatavošanai.

9. Uzraugošo un kontrolējošo institūciju darbības vērtējums

Pētījumā ir apzināta un analizēta primārās un sekundārās veselības aprūpes ārstniecības iestāžu vadības pieredze un viedokļi par valsts iestāžu, kuras veic atbilstības novērtējumu, uzrauga un kontrolē veselības aprūpes iestādes, darbību – Veselības inspekcija (VI), Zāļu valsts aģentūra (ZVA) un Valsts vides dienesta Radiācijas drošības centrs (RDC). Visplašākā pieredze un komentāri ārstniecības iestādēm ir saistībā ar VI veiktajām kontrolēm, citu iestāžu īstenoto atbilstības novērtējumu vai uzraudzību veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji raksturoja visai maz. Gala ziņojumā ir iekļauti galvenie secinājumi par iepriekš minēto institūciju darbību.

9.1. Veselības inspekcija

- Dominējošā veselības aprūpes speciālistu nostāja ir – **VI kontroles neietekmē viņu tiešo kā ārstniecības personu darbību un veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti.** VI īstenotās plānveida kontroles ļauj ārstniecības personām aktualizēt zināšanas par tām saistošo normatīvo regulējumu, identificēt trūkumus un neatbilstības attiecībā uz savas iestādes tehniskā nodrošinājuma prasību ievērošanu, medicīnas dokumentācijas kārtību, higiēniskā un pretepidēmiskā režīma dokumentāciju, zāļu aprites prasību ievērošanu un citām ārstniecības personām un ārstniecības iestādēm saistošām prasībām. Viens no būtiskākajiem ārstniecības personu kritiskajiem argumentiem ir tas, ka VI kontrolēs ārstniecības iestādes darbība, kā arī tehnisko prasību izpilde tiek vērtēta, **balstoties uz dokumentāciju, kurā tiek atspoguļota tiesiskajā regulējumā definēto prasību izpildes kārtība vai process, nevis reālās situācijas analīzi ārsta prakses vietā vai ārstniecības iestādē.** Ārstniecības personu vērtējumā, veicot kontroli pēc šādas metodikas, inspektoru profesionalitāti raksturo tiesiskā regulējuma un lietvedības zināšanas, nevis kompetence ārstniecības jomā.
- Ārstniecības personas uzskata, ka kontrolei būtu jābūt tādai, kas pēc būtības izvērtē, vai konkrētās prasības neievērošana vai nepilnības prasību izpildē rada risku pacientiem, negatīvi ietekmē veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti vai pieejamību. Šeit veidojas zināma pretruna, jo VI kontrolē izmantotajās veidlapās vērtējumu skala ir balstīta tieši uz šādu principu. Tas nozīmē, ka, pirmkārt, ir nepieciešams palielināt VI kapacitāti, lai kontroles

netiktu balstītas tikai uz dokumentācijas pārbaudi; otrkārt, padziļināt ārstniecības personu izpratni par VI kontroļu metodiku un mērķiem.

- VI darbinieku profesionalitātes kritiskais vērtējums ir saistīts ar to, ka VI inspektoriem ir atšķirīgas tiesiskajā regulējumā definēto prasību interpretācijas, attiecīgi atšķiras arī prasību ievērošanas vērtējumi. Šāda neviennozīmīga izpratne un interpretācija ir ne tikai maldinoša, bet arī dažkārt raisa domstarpības un konflikta situācijas ārstniecības personu un VI darbinieku starpā. Negatīvi VI kontroles vērtējumi balstās arī abu iesaistīto pušu atšķirīgajā izpratnē un viedoklī par kontroles mērķi un būtību, vēlamu pieeju un metodiku.
- Ģimenes ārsti un feldšeri pozitīvi vērtē to, ka tiek **savlaicīgi informēti par plānveida VI kontrolēm**. Parasti tas ir vairākas dienas, nedēļu vai pat divas pirms kontroles. Šo laiku ārstniecības personas izmanto galvenokārt, lai sakārtotu medicīnisko dokumentāciju, kam ikdienā bieži pietrūkst laika.
- Vērtējot VI kontroles darbu, ģimenes ārsti un feldšeri atzīst, ka **kontroles norise ir lietišķa, saskarsmes emocionālais konteksts apmierinošs**. VI inspektoru saskarsmes kultūra pēdējos gados ir uzlabojusies, vairāki ģimenes ārsti un feldšeri atzina, ka inspektoru attieksme ir bijusi pozitīva.
- Ļoti svarīgi respondentu vērtējumā ir tas, ka **VI kontroļu rezultātā tiek sniegtas rekomendācijas** neatbilstību novēršanai, nevis uzreiz noteiktas soda sankcijas. Tāpat atzinīgi tiek vērtēta kārtība, ka ārstniecības iestādei tiek dots noteikts laiks, lai trūkumus un neatbilstības novērstu pirms atkārtotās VI kontroles, ja tāda ir nepieciešama.
- Lielākās diskusijas ģimenes ārstu un feldšeru vidū ir saistītas ar **dažāda veida un satura informācijas izvietošana redzamās vietās ģimenes ārsta prakses vietā vai feldšerpunktā**. Prasības par ārstniecības iestādē publiski izvietojamo informāciju ir definētas vairākos normatīvajos aktos un arī valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja līgumā ar NVD. Problēmas būtība ir liels informācijas apjoms un tās apgrūtinātā uztvere tās galvenajiem lietotājiem – veselības aprūpes pakalpojumu saņēmējiem. Lai mazinātu šo problēmu un atvieglotu informācijas uztveramību pacientiem, nepieciešams izvērtēt publiski izvietojamās informācijas apjomu un izklāsta veidu. Pirmkārt, ieteicams noteikt to informāciju, kuras pieejamība ārstniecības personai ir jānodrošina obligāti (piemēram, ārsta darba laiks, ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis, neatliekamās medicīniskās palīdzības tālrunis, norādi, kur var saņemt detalizētāku informāciju, u.tml.). Otrkārt, cita informācija nav obligāti izvietojama redzamā vietā (piemēram, informācija par primārās aprūpes ārsta darbības pamatteritoriju; informācija par pievienošanos ģimenes ārsta darbības kvalitātes brīvprātīgajam novērtējumam), taču jābūt sniegtai norādei, kur tāda ir pieejama. Treškārt, ieteicams formulēt normatīvo aktu izrakstus, kas satur pacientiem nozīmīgu informāciju, kā arī NVD sagatavoto informāciju pacientiem, ikvienai personai saprotamā veidā, ņemot vērā iedzīvotāju atšķirīgo vecumu, izglītības līmeni, kognitīvās uztveres spējas.
- Tā kā daļa pārkāpumu un nepilnību rodas no tā, ka **ārstniecības personas nav pietiekami labi informētas un ziņošanas par tiesiskā regulējuma izmaiņām un atbilstošajām prasībām**, nepieciešams izvērtēt šīs problēmas risinājuma variantus. Pirmkārt, ģimenes ārsti ieteica izstrādāt un regulāri aktualizēt VI kontroles vadlīnijas atbilstoši tiesiskā regulējuma prasībām, kas ļautu ārstiem labāk sekot līdzi izmaiņām regulējumā un veidot ar VI inspektoriem vienotu izpratni par konkrēto normu izpildi. Otrkārt, pilnveidot VI konsultatīvo

dienestu vai tālruni profesionāļiem, kur ārsti var zvanīt neskaidros jautājumos par ārstniecības personām un ārstniecības iestādēm noteikto obligāto prasību izpildi, ņemot vērā VI uzkrātās zināšanas ne tikai tiesiskā regulējuma jomā, bet arī praktisko pieredzi, veicot kontroles ārstniecības iestādēs.

9.2. Citas atbilstības novērtējumu vai uzraudzību īstenojošās institūcijas

- Tā kā ZVA un RDC veiktās uzraudzības procedūras ir specifiskas, ar tām ir saskārušies tikai stacionāro pakalpojumu sniedzēji vai arī zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji (RDC gadījumā). Abu iestāžu veikto atbilstības novērtējumu vai uzraudzības pamatotība netiek apšaubīta, jo tā ir vērsta uz specifiskiem un ar augstu riska pakāpi apveltītiem procesiem.
- Attiecībā uz ZVA darbu, jāatzīmē, ka audu un orgānu ieguves un uzglabāšanas centru, ārstniecības iestāžu asins kabinetu un asins sagatavošanas nodaļu atbilstības novērtēšana ir viens no retajiem šāda veida maksas pakalpojumiem ārstniecības iestādēm – saskaņā ar 17.01.2006. MK noteikumiem Nr. 61 „Noteikumi par Zāļu valsts aģentūras publisko maksas pakalpojumu cenrādi” šāda procedūra vienai iestādei izmaksā 450 LVL. Šādas izmaksas var kļūt par šķērslī audu un orgānu ieguves un uzglabāšanas centru, asins kabinetu un asins sagatavošanas nodaļu izveidošanai ārstniecības iestādēs.

No regulējuma izrietošo prasību analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu, kā arī aptiekas kontrolējošo un uzraugošo institūciju darbības analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu

1. No regulējuma izrietošo prasību analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu

- 1) Vairāk kā divas trešdaļas aptieku vadītāju (68%) uzskata, ka pastāvošais regulējums, kas nosaka aptieku un aptieku filiāļu izvietojuma kritērijus, ir jāsaglabā (tos nosaka 02.08.2011. MK noteikumi Nr. 610 „Aptieku un aptieku filiāļu izvietojuma kritēriji”), jo aptiekām, lai nodrošinātu pienācīgu farmaceitisko aprūpi un tās spētu funkcionēt kā komercuzņēmumi, ir nepieciešams noteikts klientu daudzums. Aptieku skaits pilsētās jau šobrīd kopumā ir pārāk liels. Atceļot šos kritērijus un palielinot konkurenci aptieku vidū, aptiekas būs ieinteresētas pārdot pēc iespējas vairāk noteikta tipa medikamentus (kuriem ir izdevīgi pārdošanas nosacījumi), nevis konsultēt klientu un piedāvāt viņam nepieciešamākos vai cenu ziņā pieejamākos medikamentus, tādējādi apdraudot farmaceitiskās aprūpes kvalitāti un pacientu intereses.
- 2) Kopumā aptieku vadītāji atzīst, ka licencēšanas procedūra pēdējo gadu laikā ir būtiski vienkāršota un administratīvais slogs saistībā ar šo procedūru ir būtiski samazinājies. Tomēr aptieku vadītāji sūdzas, ka licences pārreģistrācijai izmaiņu gadījumā nepamatoti tiek prasīts iesniegt visu dokumentu paketi un aizpildīt visu garo veidlapu (5. pielikums) vēlreiz. Pamatojoties uz aptieku vadītāju viedokli, iesakām ZVA ievērot normatīvajā regulējumā iestrādāto normu (19.10.2011. MK noteikumi Nr. 800. 41. un 42. punkts), ka licences pārreģistrācijai izmaiņu gadījumā jāiesniedz tikai tie dokumenti, kas attiecas uz izmaiņām.
- 3) Saistībā ar farmaceitu profesionālo pilnveidi un resertifikāciju, iesakām strādāt pie apmācības kursu kvalitātes un ietvertu prasību pilnveides, katra apmācību kursa/ semināra noslēgumā paredzot zināšanu testu par apmācību tēmu. Saistībā ar iniciatīvu ieviest prasību profesionāli pilnveidoties visiem aptieku darbiniekiem – farmaceitiem vai farmaceitu asistentiem, ne tikai aptieku vadītājiem, iesakām attīstīt tālmācības kursu piedāvājumu iespējas, kā arī pilnveidot kursu nodrošinājumu reģionāli. Profesionālās pilnveides kursu piedāvājuma attīstīšanai iesakām izvērtēt iespējas vairāk piesaistīt papildu valsts vai ES finansējumu, lai samazinātu farmaceitu līdzmaksājumu apjomu.
- 4) Pētījums parāda, ka aptieku filiālēm laukos ir grūtības nodrošināt telpas atbilstoši 23.03.2010. MK noteikumiem Nr. 288, un aptieku vadītāji nav ekonomiski ieinteresēti investēt līdzekļus aptieku filiāļu laukos telpu atbilstības uzlabošanā. Tajā pašā laikā filiāļu darbība no zāļu pieejamības viedokļa laukos ir ļoti svarīga. Tādēļ iesakām izvērtēt iespējas atvieglot prasības attiecībā uz aptieku filiālēm 23.03.2010. MK noteikumos Nr. 288 šādos aspektos:
8.8. punkts. Darbinieku tualete ar izlietni.

Iesakām papildināt: Aptiekas filiālē, kas atrodas vienā ēkā ar pašvaldības vai valsts iestādi, tualetes var nebūt, ja aptiekas filiāles darbiniekiem pieejama attiecīgās iestādes darbinieku tualete.

12. Apmeklētāju apkalpošanas zāles daļas platība, kurā uzturas apmeklētāji, nav mazāka par 10 kvadrātmetriem.

Iesakām papildināt: Aptiekas filiālē apmeklētāju apkalpošanas zāles daļas platība, kurā uzturas apmeklētāji, nav mazāka par 6 kvadrātmetriem.

- 5) Aptieku vadītāju vērtējumā viena no aktuālākajām prasībām attiecībā uz aptieku darbu Latvijā ir vides pieejamības nodrošināšana, ko šobrīd pastiprināti kontrolē VI. Pētījums parāda, ka tās gan aptieku vadītāju, gan citu farmācijas jomas speciālistu vērtējumā šobrīd ir nesamērīgas un Latvijas situācijai neadekvātas. Iesakām vides pieejamības prasības aptiekām samērot ar vides pieejamības prasībām ārstniecības iestādēm, pielīdzinot aptiekas veselības aprūpes iestādēm, nevis izdalot tās kā atsevišķu komercuzņēmumu grupu. Līdz ar to aptiekām būtu vairāk laika risināt jautājumu par vides pieejamības cilvēkiem ratiņkrēslos tehnisko nodrošinājumu un tas būtu adekvāti gadījumos, kad aptieka atrodas ārstniecības iestādē. Tajā pašā laikā uzskatām, ka kopumā vides pieejamības prasības, kas noteiktas atbilstošajos noteikumos un VI vadlīnijās „Inspicēšanas vadlīnijas aptieku pieejamības kontrolei” ir pamatotas, tādēļ aptieku pienākums ir sakārtot aptieku vides pieejamību līdz 2014.gada 1.janvārim. Pārejas periodā iesakām pieļaut alternatīvos risinājumus vides pieejamības nodrošināšanai, kā to paredz 19.10.2011. MK noteikumu Nr. 800 81.12.1. un 81.12.2. punkts.
- 6) Pētījums parāda, ka lielākā daļa aptieku vadītāju nav apmierināti ar jauno kompensējamo zāļu izplatīšanas kārtību, kas stājās spēkā 2012.gadā. 57% aptieku vadītāju kompensējamo zāļu izplatīšanas procedūru vērtē kā sarežģītu, 76% aptieku vadītāju uzskata, ka kompensējamo zāļu izplatīšanas kārtību būtu nepieciešams uzlabot. Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtības biežās izmaiņas (zāļu sarakstā un cenās) ir galvenais cēlonis, kas rada administratīvo slogu aptieku vadītājiem un sarežģī viņu darbu. Tāpēc aptieku vadītāji vēlētos, lai kompensējamo zāļu cenas mainītu ne biežāk kā divas reizes gadā (kā tas arī ir paredzēts normatīvajā regulējumā), šīs izmaiņas būtu pārdomātas un laicīgi izziņotas un lai visi zāļu aprītē iesaistītie laicīgi varētu sagatavoties šīm izmaiņām. Vērtējot jauno kompensējamo zāļu izplatīšanas kārtību no pacientu viedokļa, aptieku vadītāji to kritizē, norādot, ka jaunā kārtība ir pirmreizējam pacientam daudz nedraudzīgāka un ierobežo viņa tiesības. Iesakām izvērtēt iespējas atgriezties pie normatīvā regulējuma, kad pacients var izvēlēties un piemaksāt par kompensējamo zāļu sarakstā esošajiem nerefērences medikamentiem. Tas būtiski samazinās administratīvo slogu aptiekām, radīs nosacījumus, ka pacients var turpināt lietot tos medikamentus, kurus ārstējošais ārsts uzskata par piemērotākajiem un nerada papildu izmaksas valstij. Kopumā šādas izmaiņas novērsīs spriedzi, ko radīja biežās kompensējamo zāļu saraksta maiņas un references medikamentu pieejamības nenodrošināšana.
- 7) Saistībā ar 08.03.2005. MK noteikumiem Nr. 175 „Recepšu veidlapu izgatavošanas un uzglabāšanas, kā arī recepšu izrakstīšanas noteikumi” pētījumā tika identificēta problēma, ka dārgu kompensējamo medikamentu gadījumā pacientiem ir grūtības iegādāties zāles ārstēšanās kursam 3 mēnešiem viena mēneša laikā (uz vienas receptes veidlapas atļauts izrakstīt zāles ārstēšanās kursam līdz 3 mēnešiem, bet pašas receptes derīguma termiņš ir 30 dienas). Iesakām izvērtēt iespēju normatīvajā regulējumā paredzēt, ka īpašās receptes kompensējamajiem medikamentiem arī var būt vairākkārt izmantojamās receptes un to

derīguma termiņš var tikt pagarināts līdz 90 dienām, ja pirmais pirkums par zālēm ārstēšanās kursam 3 mēnešiem, ir veikts receptes derīguma termiņa – 30 dienu laikā.

- 8) Slēgta tipa aptiekām lielāko administratīvo slogu rada nepieciešamība gatavot medikamentu un medicīnas preču iepirkuma specifikāciju, kā arī, salīdzinot ar centralizētajiem iepirkumiem, slimnīcu individuālie iepirkumi aptieku vadītāju vērtējumā nav finansiāli izdevīgi. Tādēļ iesakām pilnveidot elektroniskā iepirkuma sistēmu, nodrošinot elektronisko iepirkumu visās medikamentu grupās un attiecībā uz visām slimnīcās nepieciešamajām medicīnas precēm.
- 9) Gandrīz divas trešdaļas aptieku vadītāju (65%) uzskata, ka prasība par sanitārajām grāmatiņām aptiekās, kurās neizgatavo zāles, ir jāatceļ, jo tā ir formāla procedūra un nenodrošina to, ka darbinieki ir veseli 12 mēnešus gadā. Iesakām izvērtēt 27.11.2001. MK noteikumu Nr. 494 nepieciešamību un iespēju tos atcelt. Iesakām izvērtēt iespēju aptieku darbinieku veselības kontroli īstenot saskaņā ar 10.03.2009. MK noteikumiem Nr. 219 „Kārtība, kādā veicama obligātā veselības pārbaude”, kuri nosaka kārtību, kādā veicama obligātā veselības pārbaude tiem nodarbinātajiem, kuru veselības stāvokli ietekmē vai var ietekmēt veselībai kaitīgie darba vides faktori, jo aptieku darbiniekiem var būt ciešāka saskarsme ar slimiem cilvēkiem, salīdzinot ar citās profesijās strādājošajiem.
- 10) Attiecībā uz prasībām par statistiskās informācijas sniegšanu, vairāki aptieku vadītāji atzīst, ka veidlapu „Informācija par aptiekas darbību 2011. gadā” aizpilda aptuveni (minēta iedaļa B, attiecībā uz medicīnas ierīcēm). Līdz ar to iegūtā statistiskā informācija ir nepilnīga, Iesakām izvērtēt un uzlabot veidlapas aizpildīšanas prasības **un/vai** atbalstīt aptiekas datorprogrammu izmantošanā, lai novērstu situāciju, ka iegūtā statistiskā informācija ir nepilnīga un aptuvena. Uzlabojumi ir jāizvērtē visām pusēm, galveno uzmanību pievēršot tam, kādiem mērķiem šī statistika tiek izmantota un cik būtiskas problēmas rada tas, ka iegūtā informācija ir aptuvena.
- 11) Pētījums parāda, ka 23.03.2010. MK noteikumu Nr. 288 „Aptieku darbības noteikumi” 20., 21., 22., 23., 24. un 25. punktu prasības aptieku filiālēs vai mazās aptiekās, kurās strādā tikai viens pats darbinieks – aptiekas vadītājs – veicina nepamatotu lietvedības dokumentu dublēšanu, kurās aptiekas vadītājs daudzas reizes norīko sevi un parakstās par to, ka ir iepazinies ar priekšrakstiem, ko pats ir izstrādājis. Lai samazinātu nevajadzīgu dokumentu dublēšanu, iesakām 23.03.2010. MK noteikumu Nr. 288 „Aptieku darbības noteikumi” 24. punktā iekļaut papildinošu teikumu: Aptiekās vai aptieku filiālēs, kurās ir nodarbināta tikai viena persona – aptiekas vadītājs, par šo noteikumu 21. punktā minēto priekšrakstu ievērošanu atbild aptiekas vadītājs.
- 12) Pamatojoties uz aptieku vadītāju ieteikumiem, iesakām VI attīstīt konsultējošo pieeju gan attiecībā uz informāciju, kas pieejama VI mājas lapā, gan tiešā komunikācijā ar aptiekām, gan arī aptieku kontroļu laikā. Aptieku vadītāju vērtējumā VI mājas lapā varētu būt sadaļa par biežāk konstatētajiem pārkāpumiem aptieku darbā un norādījumiem/paraugiem, kā pareizi kārtot savu lietvedību un vadīt aptieku.

2. Aptiekas kontrolējošo un uzraugošo institūciju darbības analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu

VI, ZVA un NVD darbības analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu parāda, ka funkciju dublēšanās vai nepamatota aptieku kontrole kopumā nav vērojama. Tomēr tika identificēti daži aspekti, kuros aplūkoto iestāžu darbs vai ar to darbību saistītais normatīvais regulējums būtu pilnveidojams:

- 1) Lai novērstu dubultu kontroles aktu aizpildīšanu (papīra formātā un pēc tam to ievadi elektroniskā sistēmā), kā arī atvieglotu aptieku vadītājiem kontroles aktu uztveri (nebūtu jālasa dokumenti, kas uzrakstīti ar roku), iesakām Veselības inspekcijai attīstīt elektronisku kontroles aktu aizpildīšanu uz vietas aptiekā, izmantojot mobilo internetu un portatīvo datoru;
- 2) Saistībā ar Veselības inspekcijas pastiprināti kontrolēto vides pieejamību aptiekās iesakām paredzēt pārejas periodu līdz 2014.gadam, kura laikā aptiekām būtu jāsakārto vides pieejamības nodrošinājums atbilstoši 21.07.2008. MK noteikumi Nr. 567 „Noteikumi par Latvijas būvnormatīvu LBN 208-08 „Publiskas ēkas un būves””. Šis ieteikums ir spēkā tikai gadījumā, ja atbilstoši iepriekš minētajiem ieteikumiem tiek mainīti 23.03.2010. MK noteikumi Nr. 288 un tiek paredzēts pārejas periods vides pieejamības nodrošināšanai aptiekās līdz 2014.gada 1.janvārim;
- 3) Aicinām Veselības ministriju un NVD izvērtēt iespējas mainīt ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas jauno kārtību (skat. 1.3.3. nodaļu), kā arī lielāku uzmanību pievērst laicīgai izmaiņu sagatavošanai un visu iesaistīto grupu (farmācijas nozares pārstāvju, ārstniecības personu un pacientu) informēšanai par izmaiņām;
- 4) Saistībā ar speciālās darbības nosacījumu – veterināro zāļu izplatīšana – iesakām papildināt 04.10.2011. MK noteikumu Nr.758 „Kārtība, kādā izsniedz, anulē un pagarina derīguma termiņu sertifikātam veterināro zāļu izplatīšanai un reģistrē sertificēto personu” 2. punktu ar normu, ka sertifikātu ir tiesīga saņemt persona ar farmaceita profesionālo vidējo izglītību (Jaunais formulējums: 2. Sertifikātu ir tiesīga saņemt persona, kas ieguvusi valsts akreditētajām studiju programmām atbilstošu augstāko izglītību veterinārmedicīnā vai farmācijā vai veterinārfeldšera **vai farmaceita** profesionālo vidējo izglītību).

Aptieku sniegto pakalpojumu pieejamības un kvalitātes, tajā skaitā aptieku iespējas iesaistīties primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā (pakalpojumu klāsta attīstīšana papildus esošajiem pakalpojumiem) analīze

1. Iedzīvotāju sniegtais aptieku pakalpojumu, to pieejamības un kvalitātes vērtējums

Pētījuma rezultāti liecina, ka iedzīvotāji biežāk apmeklē dzīvesvietai tuvāko aptieku vai to aptieku, kas ir pa ceļam, veicot citas aktivitātes, piemēram, ejot uz veikalu, dodoties pie ārsta u.tml. Kopumā katrs otrais Latvijas iedzīvotājs, ejot ar kājām vai braucot ar vieglo automašīnu vai ar sabiedrisko transportu, dzīvesvietai tuvāko aptieku sasniedz nepilnu desmit minūšu laikā. Īsāks laiks periods, lai sasniegtu tuvāko aptieku, ir nepieciešams pilsētās dzīvojošiem iedzīvotājiem. Laukos dzīvojošie iedzīvotāji nereti līdz tuvākajai aptiekai dodas vairāk nekā 15 minūtes vai vairāk kā 30 minūtes; arī sabiedriskā transporta kursēšanas grafiks ietekmē aptiekas sasniedzamību.

Iedzīvotāji lielākoties ir apmierināti ar aptieku darba laiku. Ja cilvēks apmeklē konkrētu aptieku un zina tās darba laiku, tad viņš pielāgojas tam. Savukārt gadījumos, kad ir radusies akūta nepieciešamība iegādāties konkrētus medikamentus vēlākās vakara stundās, cilvēki zina, ka to var izdarīt aptiekās, kuras ir izvietotas lielveikalos un kuru darba laiks ir vismaz līdz plkst. 22:00. Pētījuma rezultāti liecina, ka biežāk aptieku darba laikam pielāgojas iedzīvotāji pirmspensijas un pensijas vecumā, kā arī laukos dzīvojošie iedzīvotāji – viņi cenšas medikamentus iegādāties savlaicīgi. Savukārt pilsētās dzīvojošie iedzīvotāji paļaujas uz to, ka tuvākajā apkārtnē ir vairākas aptiekas ar atšķirīgiem darba laikiem.

Pētījuma rezultāti parāda, ka diennakts aptieku pēdējā gada laikā apmeklējuši vien 15% iedzīvotāju – galvenokārt ekonomiski aktīvie pilsētu iedzīvotāji. Nav bijusi tāda nepieciešamība – tas ir biežāk minētais iemesls tam, kādēļ iedzīvotāji diennakts aptieku neapmeklē. Tomēr, neizslēdzot iespēju, ka šāda nepieciešamība varētu rasties, daļa iedzīvotāju – pārsvarā jaunākās un vidējās paaudzes iedzīvotāji un tie, kuriem ir mazi bērni, – pauda neapmierinātību par to, ka viņu dzīvesvieta (piemēram, tādās pilsētās kā Jelgava vai Liepāja) vairs neviena no aptiekām nestrādā visu diennakti.

Aptiekā rindā iedzīvotāji stāv reti vai arī tās ir tik nelielas – divi, trīs cilvēki – , ka nav uzskatāmas par būtisku ierobežojumu aptiekas apmeklēšanai un pakalpojumu saņemšanai. Aptiekā ilgāk nākas gaidīt rindā tajos gadījumos, ja klientus apkalpo tikai viens aptiekas darbinieks un ja visas preces ir izvietotas aiz letes, kā arī ja klients vēlas iegādāties recepšu medikamentus. Ilgāka apkalpošana ir arī tajās aptiekās, kurās gatavo zāles, jo zāļu pasūtīšanas un pasūtījuma reģistrēšanas procedūra salīdzinoši aizņem vairāk laika.

Rindas organizēšanu ar numuriņu palīdzību līdzīgi kā bankās par lietderīgu atzīst vien 13% iedzīvotāju. Pēc iedzīvotāju domām, šāda sistēma nav nepieciešama aptiekās, kuru vienlaikus apmeklē vien daži cilvēki, jo mākslīga rindas uzturēšana tikai paildzina klientu apkalpošanu. Tāpat tā nav nepieciešama aptiekās, kuru telpas ir nelielas – ja aptiekas apmeklētāji stāv tuvu viens pie otra, tad šāda sistēma negarantēs iespēju saņemt individuālas farmaceitu konsultācijas.

Attiecībā uz aptieku telpām iedzīvotāji nosauc divas problēmas. Pirmkārt, ne vienmēr aptiekās nopērkamie produkti, piemēram, higiēnas preces un uztura bagātinātāji, ir izvietoti tā, lai tos varētu apskatīt tuvāk un nesteidzīgi izvēlēties. Pēc jaunākās un vidējās paaudzes iedzīvotāju domām, nepieciešamība jautāt farmaceitam pēc konkrēta produkta aizkavē citu aptiekas klientu apkalpošanu. Otrkārt, aptiekas mēdz būt izvietotas tā, ka tajās nav iespējams iebruukt ar bērnu ratiņiem vai ar ratiņkrēslu, piemēram, ēku otrajos stāvos vai vecās ēkās, kur ir grūti nodrošināt pieejamību.

Kopumā Latvijas iedzīvotāji ir apmierināti ar aptieku sniegtajiem pamatpakalpojumiem. Pētījuma rezultāti liecina, ka iedzīvotāji lielākoties vienmēr saņem farmaceitu konsultācijas par medikamentu lietošanu (94%). Tāpat iedzīvotāji atzīst, ka gandrīz vienmēr biežāk apmeklētajā aptiekā ir bijis iespējams iegādāties visus ārstu izrakstītos medikamentus. Gadījumos, kad to nav bijis iespējams izdarīt, iedzīvotāji visbiežāk izvēlas farmaceitu piedāvāto iespēju medikamentus pasūtīt un saņemt dienas vai divu dienu laikā.

Iedzīvotājiem saskarsmē ar farmaceitu ir svarīga uzticēšanās, laipna un atsaucīga attieksme, kā arī kompetence. Iedzīvotāji pozitīvi novērtē, ja farmaceits iesaka citu alternatīvu kādam medikamentam, jo īpaši, ja tas ir iedarbīgāks un lētāks, un ja iesaka konkrēto veselības problēmu gadījumā vērsties pie ārsta vai gadījumos, kad rodas šaubas par ārsta izrakstīto medikamentu lietošanas nepieciešamību, sazinās ar šo ārstu. Katrs piektais Latvijas iedzīvotājs (21%) atzīst, ka biežāk apmeklētajā aptiekā izvēlas konsultēties ar vienu konkrētu farmaceitu – to biežāk norāda laukos dzīvojošie iedzīvotāji.

Pētījuma rezultāti parāda, ka pēdējo 12 mēnešu laikā aptieku piedāvātos veselības aprūpes pakalpojumus izmantojis katrs ceturtais Latvijas iedzīvotājs (25%) – visbiežāk iedzīvotāji izvēlas aptiekā veikt asinsspiediena mērījumus. Kopumā aktīvāk aptieku piedāvātos veselības aprūpes pakalpojumus izmanto pirmspensijas un pensijas vecuma iedzīvotāji, kā arī pilsētās dzīvojošie iedzīvotāji.

Iedzīvotāju viedoklis par to, kādi papildu pakalpojumi būtu jāattīsta aptiekām saistībā ar primārās veselības aprūpes jomu, atšķiras. Daļa iedzīvotāju uzskata, ka aptiekās piedāvāto veselības aprūpes pakalpojumu klāsts ir pietiekams un ka pēc cita veida medicīniskās palīdzības ir jāvēršas veselības aprūpes iestādēs. Savukārt citi aptiekās vēlas saņemt no farmaceita ne vien plašāku informāciju par medikamentiem un to iegādes veidiem, bet arī sava veselības stāvokļa novērtējumu, lai tādējādi būtu retāk jāgriežas pie ārsta. Atsevišķi iedzīvotāji vēlas, lai aptiekā atkal konsultācijas sniegtu noteikti veselības aprūpes speciālisti, piemēram, otolaringologs.

No aptaujātajiem Latvijas iedzīvotājiem tikai 3% atzina, ka jebkad ir iegādājušies medikamentus internetā vai citā veidā ārpus aptiekas. Internetā iedzīvotāji visbiežāk iegādājas dažādus vitamīnus vai zāļu tējas, un tas tiek darīts tāpēc, ka aptiekā konkrētie produkti nav nopērkami vai arī tāpēc, ka internetā tas ir izdarāms lētāk un ērtāk. Tie iedzīvotāji, kuri nekad nav iegādājušies medikamentus internetā vai citā veidā ārpus aptiekas, to skaidro ar nevēlēšanos riskēt ar savu veselību.

2. Aptieku pakalpojumu sniedzēju viedoklis par iespējām iesaistīties primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā

Pētījums parāda, ka aptieku vadītāji kopumā ir norūpējušies par farmaceitiskās aprūpes kvalitāti Latvijā un uzskata, ka Veselības ministrijai būtu vairāk jādomā par to, kā to paaugstināt un motivēt farmaceitus un aptiekas nodrošināt kvalitatīvas farmakoterapeitiskās konsultācijas. Aptieku vadītāji kā iespējamus virzienus, kā to īstenot, iesaka apsvērt veikt šādas politikas izmaiņas farmācijas

nozārē: (1) atgriezties pie normatīvā regulējuma, ka viena aptieka var piederēt vienam farmaceitam, kurš atbild par farmaceitiskās aprūpes kvalitāti savā uzņēmumā; (2) aktualizēt Farmaceutiskās aprūpes likuma projektu, kas noteiktu, ka aptieka ir farmaceitiskās aprūpes iestāde, nevis mazumtirdzniecības iestāde, un kurā precīzāk tiek definēti farmaceitiskās aprūpes standarti; (3) pilnveidot farmaceita profesionālās izglītības prasības un profesionālās izglītības kursu kvalitāti. Atbilstoši aptieku vadītāju vidū paustajiem viedokļiem ir formulēti arī ieteikumi.

Gan iedzīvotāju aptauja, gan aptieku vadītāju aptauja parāda, ka vispārēja apkalpošanas maiņa un numuriņu sistēmas ieviešana šobrīd aptiekās nav aktuāla un nebūtu lietderīga. Lai uzlabotu farmakoterapeitisko konsultāciju sniegšanas apstākļus un novērstu situāciju, ka rindas dēļ konsultācijas netiek sniegtas, katrai aptiekai ir jādomā savi, tai piemērotākie risinājumi. Aptiekās, kurās ir plašas telpas un apmeklētājiem ir pieejami stendi ar medicīnas precēm un uztura bagātinātājiem, viens no risinājumiem ir ieviest noteiktas klientu apkalpošanas un gaidīšanas zonas, paredzot, ka klienta apkalpošana notiek noteiktā iezīmētā laukumā/ zonā, kurā farmaceits pie letes var apkalpot klientu, citiem klientiem nenoklausoties viņu sarunu.

Ekspresdiagnostikas pakalpojumu sniegšana aptiekās nav viennozīmīgi vērtējama, jo Veselības inspekcijas interpretācijā tā nav aptiekās atļauta nodarbošanās un „ar ārstniecību (tajā skaitā - diagnostiku, kas ir ārstniecības sastāvdaļa) drīkst nodarboties tikai ārstniecības iestādē”¹. Tajā pašā laikā 85% aptaujāto aptieku vadītāju norāda, ka pēdējo divu gadu laikā viņu aptiekās ir bijis pieejams pakalpojums – asinsspiediena mērīšana, bet 29% norāda, ka pie viņiem ir bijis pieejams pakalpojums - cukura līmeņa noteikšana, un 28% - kaulu blīvumu mērījumi, kas ļauj savlaicīgi noteikt osteoporozes attīstību. Aptieku vadītāju vidū arī nav vienotas nostājas par šādu pakalpojumus sniegšanu aptiekās – daži uzskata, ka tas ir ļoti labi, ka minētie pakalpojumi tiek sniegti, jo aptiekās tie ir pieejamāki un lētāki, daži kritizē aptiekās sniegto pakalpojumu kvalitāti un uzskata tos par mārketinga aktivitātēm, lai pievilinātu klientus.

Aptieku vadītāju atbildes uz jautājumu, vai ir pamatoti aptiekas iesaistīt primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā vairāk, nekā tas jau šobrīd notiek, parāda, ka tikai viena trešdaļa aptieku vadītāju (34%) būtu gatavi vairāk iesaistīties primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā. 58% aptieku vadītāji pauda negatīvu viedokli par aptieku iesaistīšanu primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā vairāk, nekā tas jau šobrīd notiek. Salīdzinoši nedaudz biežāk pozitīvu viedokli šajā jautājumā pauda lielo un vidējo ķēžu aptiekas, bet negatīvu viedokli – lauku aptiekas. Skeptiskāki ir arī tie aptieku vadītāji, kuru vadītās aptiekas atrodas ārstniecības iestādē vai vienā ēkā ar ārstniecības iestādi, kur primārās veselības aprūpes pakalpojumi jau tiek nodrošināti un nav nepieciešams tos sniegt aptiekā. Tie aptieku vadītāji, kas saredz iespējas paplašināt aptiekas darbu un iesaistīties primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, uzskata, ka viņu aptiekas varētu sniegt šādus pakalpojumus:

- 1) No to pakalpojumu loka, kas jau tagad noteiktās aptiekās regulāri vai kampaņveidīgi tiek sniegti: cukura līmeņa noteikšana, holesterīna līmeņa noteikšana, kaulu blīvumu mērījumi, optimālā svara noteikšana, zāļu piegāde uz mājām, informēt iedzīvotājus par veselīgu dzīvesveidu, klientu konsultēšana ārstnieciskas kosmētikas jautājumos.
- 2) No to pakalpojumu loka, kas šobrīd netiek piedāvāti: vakcinācija, intramuskulārās injekcijas, sekot līdz hronisko pacientu zāļu lietošanas laikiem.

Vienlaicīgi aptieku vadītāji uzsver, ka, lai attīstītu ekspresdiagnostikas vai kādus citus pakalpojumus aptiekās, pirmkārt, ir nepieciešams izstrādāt un apstiprināt noteiktus kvalitātes standartus vai

¹ Veselības inspekcijas mājas lapa. <http://www.vi.gov.lv/lv/farmacija/zalu-izplatisana/za/mediciniskie-pakalpojumi-aptiekas> Skatīts 10.08.2012.

nosacījumus, kā šie pakalpojumi var tikt veikti; otrkārt, ir jādomā, kā motivēt aptiekas nodarboties ar konkrēto pakalpojumu sniegšanu, jo šobrīd aptiekas sniegt papildus pakalpojumus ierobežo to finansiālā situācija.

Ieteikumi:

- 1) Iesakām aktualizēt Farmaceutiskās aprūpes likuma projektu, kurā būtu noteikts, ka aptieka ir farmaceitiskās aprūpes iestāde, nevis mazumtirdzniecības iestāde, kas dotu iespējas arī aptiekām īstenot ES finansētus projektus veselības veicināšanai un slimību profilaksei, profesionālajai pilnveidei vai vides pieejamības uzlabošanai aptiekās;
- 2) Pilnveidot tālākizglītības vai profesionālās pilnveides kursus, lai tie būtu vērsti uz farmaceitiskās aprūpes paaugstināšanu, pievēršot lielāku uzmanību klientu konsultēšanai;
- 3) Turpināt attīstīt e-receptes projektu un, paredzot atbilstošu tehnisko risinājumu, nodrošināt ārstiem un farmaceitiem labākas iespējas novērst zāļu nepamatotu dublēšanos vai nesaderīgu zāļu lietošanu, kā arī radīt priekšnoteikumus tam, lai farmaceiti seko līdzī hronisko pacientu zāļu lietošanas laikiem, samazinot pacientiem nepieciešamību tik bieži apmeklēt ārstu;
- 4) Lai aptiekas iesaistītu atsevišķu primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā, nepieciešams izstrādāt nosacījumus, kā šos pakalpojumus drīkst sniegt. Tas attiecas gan uz pakalpojumiem, kas šobrīd aptiekās jau tiek piedāvāti (asinsspiediena, cukura līmeņa holesterīna mērīšana u.c.), gan arī uz pakalpojumiem, ko aptiekas potenciāli varētu piedāvāt (vakcinācija, intramuskulārās injekcijas, sekošana līdzī hronisko pacientu zāļu lietošanas laikiem u.c.).
- 5) Lai motivētu aptiekas sniegt noteiktus primārās veselības aprūpes pakalpojumus, normatīvajā regulējumā ir jāparedz veids, kā aptieku personāls tiek atalgots par šādu pakalpojumu sniegšanu.