IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

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

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

STARPZIŅOJUMS

Rīga, 2012. gada 16. augusts

Pētījuma veicējs:

Baltic Institute of Social Sciences

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**
SAĪSINĀJUMI **7**
IEVADS **8**
METODOLOĢIJAS APRAKSTS **10**
1. VESELĪBAS APRŪPES PERSONĀLA REĢISTRĀCIJA **15**
1.1. Tiesiskais regulējums 15
1.2. Ģimenes ārstu un ārsta palīgu reģistrācija ārstniecības personu reģistrā 16
1.2.1. Ģimenes ārstu pirmreizējā reģistrācija ārstniecības personu reģistrā 16
1.2.2. Ģimenes ārstu reģistrācijas atjaunošana ārstniecības personu reģistrā 17
1.2.3. Ārsta palīgu (feldšeru) reģistrācija un reģistrācijas atjaunošana ārstniecības personu reģistrā 20
1.3. Sekundārās veselības aprūpes personāla reģistrācija ārstniecības personu reģistrā 22
1.4. Ieteikumi ārstniecības personu (pār)reģistrācijas procedūras uzlabošanai ārstniecības personu reģistrā 29
2. VESELĪBAS APRŪPES PERSONĀLA SERTIFIKĀCIJA UN RESERTIFIKĀCIJA **31**
2.1. Tiesiskais regulējums 31
2.2. Ģimenes ārstu sertifikācija un resertifikācija 31
2.2.1. Jauno ģimenes ārstu sertifikācija 31
2.2.2. Ģimenes ārstu resertifikācijas procedūras vērtējums un nepieciešamība 33
2.3. Ambulatoro ārsta palīgu resertifikācija 37
2.3.1. Ambulatoro ārsta palīgu resertifikācijas procedūras vērtējums 37
2.3.2. Ārsta palīgu resertifikācijas procedūras problēmu raksturojums 37
2.4. Ārstu speciālistu sertifikācijas un resertifikācijas procedūras un papildu specialitāšu iegūšanas iespēju vērtējums 40
2.4.1. Jauno ārstu sertifikācija 40
2.4.2. Ārstu speciālistu resertifikācijas procedūras vērtējums 42
2.4.3. Citu specialitāšu vai papildspecialitāšu iegūšanas procesa vērtējums 46
2.5. Māsu sertifikācija un resertifikācija 47
2.6. Laboratorijas ārstu un citu speciālistu sertifikācija un resertifikācija 49
2.7. Rezidentu apmācība 50
2.8. Ieteikumi veselības aprūpes personāla sertifikācijas un resertifikācijas procedūras uzlabošanai 53
3. ĀRSTU PRAKŠU UN ĀRSTNIECĪBAS IESTĀŽU REĢISTRĀCIJA UN SERTIFIKĀCIJA **55**
3.1. Tiesiskais regulējums 55
3.2. Ģimenes ārstu prakšu reģistrācija 57
3.3. Ģimenes ārstu prakšu mantošana 58
3.3.1. „Par” argumenti 58
3.3.2. „Pret” argumenti 60
3.4. Feldšerpunktu reģistrācija un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība Latvijas lauku teritorijās 61
3.5. Sekundārās veselības aprūpes iestādes reģistrēšana un atbilstības novērtējums 63
3.6. Laboratoriju akreditācija 66
3.7. Ieteikumi ārstniecības iestāžu reģistrācijas procedūras uzlabošanai un feldšerpunktu darbības pēctecības nodrošināšanai 68
4. PRASĪBAS ĀRSTNIECĪBAS IESTĀŽU DARBĪBAS NODROŠINĀJUMAM **70**
4.1. Tiesiskais regulējums 70

4.2. Prasības ģimenes ārstu prakšu darbības nodrošinājumam 70
4.2.1. Ģimenes ārsta prakses vietas aprīkošanas finansējuma avoti un to piesaistīšanas prakses 71
4.2.2. Prasības ģimenes ārsta prakses tehniskajam nodrošinājumam: telpas un medicīniskais aprīkojums 73
4.2.3. Prasības par ģimenes ārsta prakses civiltiesiskās atbildības obligāto apdrošināšanu 78
4.2.4. Prasības par ģimenes ārsta darba stundu skaitu un pacientu pieņemšanas laiku 79
4.2.5. Prasības par aizvietotāju ģimenes ārsta prombūtnes laikā 81
4.2.6. Prasības par zāļu iegādi ģimenes ārsta praksē 84
4.2.7. Prasības par vakcinācijas organizēšanas kārtību ģimenes ārstiem 85
4.2.8. Prasības ģimenes ārsta prakses darbinieku kvalifikācijai, skaitam, minimālajam atalgojuma un darba apstākļiem 88
4.3. Prasības feldšerpunktu darbības nodrošinājumam 92
4.3.1. Feldšerpunktu finansēšanas kārtība un prakse 92
4.3.2. Prasības feldšerpunktu tehniskajam nodrošinājumam 95
4.3.3. Prasības feldšera darba laikam un pacientu pieņemšanas stundām 101
4.3.4. Ārsta palīga (feldšera) aizvietošana 102
4.3.5. Zāļu iegādes prakse feldšerpunktos 103
4.3.6. Vakcinācijas organizēšanas kārtība un prakse feldšerpunktos 104
4.4. Prasības sekundārās veselības aprūpes iestāžu darbības nodrošinājumam 106
4.4.1. Vispārējs prasību vērtējums 106
4.4.2. Prasības telpām 107
4.4.3. Prasības materiāli tehniskajam nodrošinājumam 109
4.4.4. Prasības informācijas izvietošanai ārstniecības iestādē 110
4.4.5. Higiēnai un atkritumu savākšanai izvirzītās prasības 111
4.4.6. Darba aizsardzības prasības 112
4.4.7. Citas prasības saistībā ar materiāli tehnisko nodrošinājumu 113
4.4.8. Prasības darbinieku minimālajam atalgojumam un darba apstākļiem 113
4.5. Ieteikumi par ārstniecības iestāžu darbības tehniskā nodrošinājuma prasībām un to izpildes nosacījumiem 115
5. PRASĪBAS MEDICĪNISKAJĀM IERĪCĒM 118
5.1. Tiesiskais regulējums 118
5.2. Medicīnisko ierīču tehniskās uzraudzības kārtības radītā administratīvā sloga vērtējums 118
5.2.1. Medicīnisko ierīču tehniskās uzraudzības prasību vispārējs vērtējums 119
5.2.2. Dažādu medicīnisko ierīču un mērīšanas līdzekļu veidu pārbaužu lietderīguma vērtējums 121
5.2.3. Prasības jonizējošā starojuma iekārtu uzraudzībai 123
5.2.4. Medicīnisko ierīču reģistrēšana LATMED datu bāzē 124
5.3. Ieteikumi medicīnisko ierīču tehniskās uzraudzības un mērīšanas līdzekļu pārbaužu radītā administratīvā sloga samazināšanai 125
6. PRASĪBAS ĀRSTNIECĪBĀ IZMANTOTO MEDICĪNISKO TEHNOLOĢIJU APSTIPRINĀŠANAS UN IEVIEŠANAS KĀRTĪBAI 127
6.1. Tiesiskais regulējums 127
6.2. Medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas procedūras vērtējums 127
6.3. Ieteikumi jaunu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas procedūras pilnveidošanai 130
7. PRASĪBAS MEDICĪNISKĀS UN UZSKAITES DOKUMENTĀCIJAS LIETVEDĪBAS KĀRTOŠANAI 132
7.1. Tiesiskais regulējums 132
7.2. Medicīniskās dokumentācijas lietvedības prasību vērtējums primārās veselības aprūpes jomā 133
7.2.1. Medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtošanas prakses raksturojums 133

7.2.2. Specializēto datorprogrammu lietošana medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības funkciju izpildei 136
7.2.3. Medicīniskā dokumentācija, kas rada administratīvo slogu 138
7.3. Sekundārās veselības aprūpes dokumentācija 143
7.3.1. Pacientu dokumentu kārtošana un uzglabāšana 143
7.3.2. Uzskaites žurnāli un citi lietvedības dokumenti 144
7.3.3. Aizpildīšanai neērtie dokumenti vai veidlapas 145
7.3.4. Reģistru aizpildīšana 146
7.3.5. Datorprogrammu lietošana lietvedības kārtošanai 148
7.4. Ieteikumi medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības samazināšanai un vienkāršošanai 149
8. LĪGUMU SLĒGŠANA UN IZPILDE AR NACIONĀLO VESELĪBAS DIENESTU PAR VALSTS APMAKSĀTO VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU SNIEGŠANU 151
8.1. Tiesiskais regulējums 151
8.2. Primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji 151
8.2.1. Līguma slēgšanas procedūras un līguma nosacījumu vērtējums 151
8.2.2. Ārsta palīgu atalgojums, kas izriet no pašvaldības vai ģimenes ārsta līguma ar NVD 154
8.2.3. Atskaitīšanās par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu 159
8.2.4. Statistisko atskaišu pielietojums un statistisko datu dublēšanās 162
8.2.5. Jauno ģimenes ārstu reģistrācija ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā NVD 163
8.2.6. Kompensējamo medikamentu izrakstīšana 166
8.2.7. Informācijas apmaiņas ar NVD vērtējums 168
8.3. Sekundārās veselības aprūpes iestāžu sadarbība ar NVD 169
8.3.1. Ārstu prakšu un ārstniecības iestāžu atlase līguma noslēgšanai 169
8.3.2. Līguma nosacījumu un līguma slēgšanas procedūras vērtējums 170
8.3.3. Finansēšanas kārtības un tarifu sistēmas vērtējums 172
8.3.4. Finansēšanas noteikumu detalizēts vērtējums 174
8.3.5. Kompensējamo medikamentu izrakstīšana 176
8.3.7. Statistisko atskaišu iesniegšanas biežums un iespējamā pārskatu dublēšanās 178
8.4. Ieteikumi valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un apmaksas uzlabošanai 180
9. UZRAUGOŠO UN KONTROLĒJOŠO INSTITŪCIJU DARBĪBAS VĒRTĒJUMS 183
9.1. Veselības inspekcija 183
9.1.1. Veselības inspekcijas kontroļu nepieciešamība un to lietderības vērtējums 183
9.1.2. Veselības inspekcijas kontroles plānošana un norise veselības aprūpes iestādēs 185
9.1.3. Veselības inspekcijas darbinieku profesionalitātes vērtējums 189
9.1.4. Veselības inspekcijas kontrolēs biežāk konstatēto neatbilstību un pārkāpumu kvalitatīvs raksturojums 190
9.2. Citu uzraugošo institūciju vērtējums 194
9.2.1. Zāļu valsts aģentūra 194
9.2.2. Radiācijas drošības centrs 195
10. ATBILSTĪBU NOVĒRTĒJOŠO, KONTROLĒJOŠO UN UZRAUGOŠO INSTITŪCIJU DARBĪBAS ANALĪZE ATTIECĪBĀ UZ REZULTATĪVAJIEM RĀDĪTĀJIEM UN BUDŽETA IZLIETOJUMU (AUDITS) 196
10.1. Nacionālais veselības dienests 196
10.1.1. Vispārējais iestādes darbības raksturojums 196
10.1.2. Vispārīgs NVD izpildes rādītāju raksturojums 198
10.1.3. NVD darbības rezultatīvie rādītāji statistisko reģionu griezumā 201
10.1.4. NVD darbības analīze NVD reģionālo nodaļu griezumā 206
10.2. Veselības inspekcija 213

10.2.1. Vispārējs iestādes darbības raksturojums 213
10.2.2. Ārstniecības iestāžu kontrole 215
10.2.3. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzība un kontrole 224
10.2.4. Veselības aprūpes kvalitātes un darbspējas ekspertīzes kontrole 227
10.2.5. Ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzturēšana 229
10.2.6. Medicīnisko ierīču izplatīšanas un lietošanas kontrole 231
10.3. Zāļu valsts aģentūra 232
10.4. Radiācijas drošības centrs 234

SAĪSINĀJUMI

ES – Eiropas Savienība
ESF – Eiropas Sociālais fonds
EVAK – Eiropas veselības apdrošināšanas karte
FP - feldšerpunkts
ĢĀ – ģimenes ārsts
KP – Kontroles pārvalde
LADĀPPB - Latvijas ambulatorā dienesta ārstu palīgu profesionālā biedrība
LATMED - Latvijas medicīnisko ierīču datu bāze
LĀB – Latvijas Ārstu biedrība
LĀPPOS - Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība
LĢĀA – Latvijas Ģimenes ārstu asociācija
LLĢĀA – Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija
LM – Labklājības ministrija
LMĀ – Latvijas māsu asociācija
LR – Latvijas Republika
MK – Ministru Kabinets
NMP – Neatliekamā medicīniskā palīdzība
NVD – Nacionālais veselības dienests
PMLP – Pilsonības un migrācijas lietu pārvalde
RDC – Radiācijas drošības centrs
sk. – skatīt
t.i. – tas ir
t.sk. – tai skaitā
u.tml. – un tam līdzīgi
u.c. – un citi
VALPUD – Veselības aprūpes līgumu un pakalpojumu uzraudzības departaments
VI – Veselības inspekcija
VID – Valsts ieņēmumu dienests
VIS – Veselības informācijas sistēma
VIUS – Vienotā informācijas uzraudzības sistēma
VM – Veselības ministrija
ZVA – Zāļu valsts aģentūra

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.

Veicot darba uzdevumu, tika identificētas no regulējuma izrietošās prasības, kas jāievēro, lai veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs varētu uzsākt un tālāk nodrošināt savu darbību, t.sk., izvērtētas administratīvās barjeras, kas kavē veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu. Tādējādi **pētījuma ietvaros normatīvā regulējuma radītais administratīvais slogs tika izvērtēts no mērķa grupu (ārstniecības personu un ārstniecības iestāžu) perspektīvas**. Pētījumā nav atspoguļotas politikas veidotāju un īstenotāju līdzšinējās iniciatīvas administratīvā sloga samazināšanai un pētījumā identificēto problēmu risināšanai.

Lai izpildītu darba uzdevumu, pētījumā tika iegūta un analizēta šāda informācija:

1. no regulējuma izrietošās prasības, lai ārstniecības iestāde uzsāktu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (primārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, zobārsti, laboratorijas);
2. no regulējuma izrietošās prasības personālam (piemēram, nepieciešamie sertifikāti), tai skaitā prasības attiecībā uz personāla piesaisti (piemēram, otrā māsa primārās aprūpes pakalpojumu sniedzējam, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs kā darba devējs);
3. prasības tehniskajam nodrošinājumam pakalpojuma sniegšanas uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas posmā;
4. iespējas un barjeras līguma slēgšanai par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu;
5. administratīvo prasību ietekme uz pašvaldībām kā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem (jeb – uz pašvaldībām kā feldšerpunktu darbības nodrošinātājiem);
6. prasības dokumentācijai, atskaišu un veidlapu apjoms, ko nosaka regulējums veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējiem;
7. valsts iestāžu, kas veic atbilstības novērtējumu, uzrauga un kontrolē veselības aprūpes iestādes (Veselības inspekcija, Nacionālais veselības dienests, Zāļu valsts aģentūra un Valsts vides dienests), veikto kontroļu un administratīvo procedūru apjoma un to lietderības novērtējums.

Lai iegūtu darba uzdevuma izpildei nepieciešamo informāciju, pētījuma 1. aktivitātē tika īstenotas **šādas pētnieciskās aktivitātes**:

1.1. normatīvo aktu analīze attiecībā uz regulējumā noteiktajām prasībām veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai un personāla piesaistīšanai;
1.2. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju primārās veselības aprūpes jomā strukturētās padziļinātās intervijas;
1.3. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sekundārās veselības aprūpes jomā strukturētās padziļinātās intervijas;
1.4. profesionālo biedrību un asociāciju pārstāvju strukturētās padziļinātās intervijas;
1.5. veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gadījumu izpēte;
1.6. kontrolējošo un uzraugošo institūciju darbības analīze (audits).

Katras minētās pētnieciskās aktivitātes detalizēts apraksts ir sniegts 1. aktivitātes metodoloģijas aprakstā (sk. ziņojuma turpinājumā).

Pētījums tika veikts un starpziņojums 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". Pētījuma izpildē piedalījās šādi nodibinājuma „Baltic Institute of Social Sciences" darbinieki un pieaicinātie eksperti:

Darbinieks	**Pozīcija projektā**	**Darba pienākumi**
Prof. Brigita Zepa	Projekta vadītāja	Darba grupas vadība
Mg.soc. Oksana Žabko	Eksperte normatīvo aktu analīzes jautājumos, projekta koordinatore	Darba grupas koordinēšana, līdzdalība instrumentāriju izstrādē, mērķa grupu pārstāvju intervēšana, līdzdalība pētījuma ziņojumu sagatavošanā un pētījuma rezultātu prezentēšanā
Dr.sc.soc. Evija Kļave	Eksperte novērtējuma metodoloģijas izstrādes jautājumos	Līdzdalība instrumentāriju izstrādē, mērķa grupu pārstāvju intervēšana, līdzdalība pētījuma ziņojumu sagatavošanā
Dr.sc.soc. Inese Šūpule	Eksperte novērtējuma metodoloģijas izstrādes jautājumos	Līdzdalība darba grupas koordinēšanā, līdzdalība instrumentāriju izstrādē, mērķa grupu pārstāvju intervēšana, aptieku pārstāvju un iedzīvotāju aptauju lauka darba koordinēšana, līdzdalība pētījuma ziņojumu sagatavošanā
Mg. Evija Dompalma	Eksperte veselības aprūpes pakalpojumu pārvaldības jautājumos	Līdzdalība pētījuma instrumentāriju sagatavošanā
Māris Bergmanis	Eksperts audita jomā	Konsultācijas ar audita veikšanu saistītos jautājumos, indikatoru izstrāde audita veikšanai
Mg.soc. Iveta Bebriša	Eksperte interviju veikšanā par veselības aprūpes jautājumiem	Līdzdalība mērķa grupu rekrutēšanā, intervēšanā un transkripciju sagatavošanā, līdzdalība pētījuma ziņojumu sagatavošanā
Mg.pol. Lelde Jansone	Eksperte interviju veikšanā par veselības aprūpes jautājumiem	Līdzdalība mērķa grupu rekrutēšanā, intervēšanā un transkripciju sagatavošanā
Mg.soc. Elīna Kozule	Eksperte interviju veikšanā par veselības aprūpes jautājumiem	Līdzdalība mērķa grupu rekrutēšanā, intervēšanā un transkripciju sagatavošanā

METODOLOĢIJAS APRAKSTS

Pētījuma metodoloģiskais ietvars (mērķa grupas, pētījuma metode, aplūkotās tēmas un laika ietvars) tika noteikts pakalpojuma iepirkuma tehniskajā specifikācijā, tādējādi pētījuma perspektīva – administratīvā sloga izvērtējums no veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju puses – ir pasūtītāja noteikta un iepirkuma dokumentos nostiprināta. Pētījuma autori ir atbildīgi par detalizētu analizējamo indikatoru un pētījuma instrumentu izstrādi, mērķa grupu pārstāvju rekrutēšanu un intervēšanu, pētījuma rezultātu apkopošanu, izvērtēšanu un ieteikumu vai turpmāk diskutējamo jautājumu izstrādāšanu.

Pētījuma **1. aktivitātes „No regulējuma izrietošo prasību analīze attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības uzsākšanu un tālāku darbības nodrošināšanu"** īstenošanā izmantotā metodoloģija ir raksturota atbilstoši pētījuma tehniskajā specifikācijā un pētījuma autoru piedāvājumā norādītajām pētnieciskajām aktivitātēm.

1.1. aktivitāte: Normatīvo aktu analīze attiecībā uz regulējumā noteiktajām prasībām veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai un personāla piesaistīšanai

Lai identificētu strukturētajās padziļinātajās intervijās ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem izvērtējamās administratīvās procedūras, uzsākot pētījumu, tiek veikta vispārīga normatīvo aktu analīze attiecībā uz regulējumā noteiktajām prasībām veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai un personālam, kā arī personāla piesaistīšanai. Balstoties uz normatīvo aktu izpēti, tiks detalizēti izstrādāti strukturēto padziļināto interviju jautājumi un mērāmie indikatori. 1.1. aktivitātes ietvaros analizētie normatīvie akti ir minēti katras šī starpziņojuma daļas pirmajā nodaļā.

1.2. aktivitāte: Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju primārās veselības aprūpes jomā strukturētās padziļinātās intervijas

Aktivitātes ietvaros tika veiktas **67 (sešdesmit septiņas)** strukturētās padziļinātās intervijas šādās primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju (mērķa) grupās:

Ģimenes ārsti, t.sk., primārās aprūpes pediatri – **30 (trīsdesmit)** intervijas, t.sk.:

- *ģimenes ārsti, kuriem ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu* – 25 (divdesmit piecas) intervijas;
- *ģimenes ārsti, kuri strādā kā maksas ārsti* – 5 (piecas) intervijas;
- no kopā veiktajām 30 intervijām ģimenes ārstu reģionālais sadalījums ir šāds:
    - 16 (sešpadsmit) intervijas Rīgā un Rīgas statistiskajā reģionā (Jūrmala, bijušie Limbažu, Ogres, Rīgas un Tukuma rajonus);
    - 4 (četras) intervijas Kurzemes statistiskajā reģionā;
    - 3 (trīs) intervijas Zemgales statistiskajā reģionā;
    - 3 (trīs) intervijas Vidzemes statistiskajā reģionā;
    - 4 (četras) intervijas Latgales statistiskajā reģionā.
- no kopā veicamajām 30 intervijām 5 (piecas) veiktas ar pediatriem;
- no kopā veicamajām 30 intervijām 6 (sešas) veiktas ar „jaunajiem" ģimenes ārstiem – ģimenes ārsti, kas ārsta darbību/ praksi ir uzsākuši pēdējo piecu gadu laikā (no šīm 6 jauno ģimenes ārstu intervijām 3 (trīs) ir veiktas reģionos);

Feldšerpunkti (ārsta palīga (feldšera) kabineti) **– 37 (trīsdesmit septiņas)** intervijas, t.sk.:

- *pašvaldību finansēti feldšera punkti* – 22 (divdesmit divas) intervijas (Kurzemes reģions - 2 (divas) intervijas; Rīgas reģions (Rīga, Jūrmala) - 1 (viena) intervija; Zemgales reģions - 2 (divas) intervijas; Vidzemes reģions - 7 (septiņas) intervijas; Latgales reģions - 10 (desmit) intervijas);
- *valsts budžeta finansēti feldšera punkti* – 15 (piecpadsmit) intervijas (Kurzemes reģions - 4 (četras) intervijas; Rīgas (pēc NVD dalījuma – Zemgales reģions) reģions - 1 (viena) intervija; Vidzemes reģions - 6 (sešas) intervijas; Latgales reģions - 4 (četras) intervijas).

1.3. aktivitāte: Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sekundārās veselības aprūpes jomā strukturētās padziļinātās intervijas

Aktivitātes ietvaros tika veiktas **54 (piecdesmit četras)** strukturētās padziļinātās intervijas šādās sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju (mērķa) grupās:

Ambulatoro un dienas stacionāra pakalpojumu sniedzēji – 22 (divdesmit divas) intervijas, t.sk.:

- *speciālisti ar līgumu par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu*: ginekologi – 2 (intervijas) intervijas, endokrinologi, psihiatri, narkologi, onkologi, neirologi, rehabilitologi, kardiologi, dermatologi, un ambulatorajās iestādēs strādājošie ķirurgi – kopā **11 (vienpadsmit)** intervijas (viena intervija no katra speciālistu veida, izņemot ginekologus);
- *speciālisti bez līguma par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu*: ginekologi – 2 (intervijas) intervijas, endokrinologi, psihiatri, narkologi, onkologi, neirologi, rehabilitologi, kardiologi, dermatologi, un ambulatorajās iestādēs strādājošie ķirurgi – **11 (vienpadsmit)** intervijas (viena intervija no katra speciālistu veida, izņemot ginekologus). 4 (četriem) speciālistiem, kuri intervēti kā privātpraksu ārsti bez līguma par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu, ir pieredze arī valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanā citā darbavietā.

Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji – 24 (divdesmit četras) intervijas, t.sk.:

- valsts kapitālsabiedrības un valsts iestādes daudzprofilu slimnīcas (t.sk. bērnu slimnīca) – **3 (trīs)** intervijas;
- reģionālās slimnīcas – **3 (trīs)** intervijas;
- pašvaldību sabiedrības ar ierobežotu atbildību ar līgumu par neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu – **9 (deviņas)** intervijas (Rīgas reģionā – 3 (trīs) intervijas, Latgales reģionā – 3 (trīs) intervijas, Vidzemes reģionā – 1 (viena) intervija, Kurzemes reģionā – 1 (viena intervija), Zemgales reģionā – 1 (viena) intervija);
- pašvaldību sabiedrības ar ierobežotu atbildību, kas sniedz aprūpes pakalpojumus – **9 (deviņas)** intervijas (Rīgas reģionā – 3 (trīs) intervijas, Latgales reģionā – 3 (trīs) intervijas, Vidzemes reģionā – 1 (viena) intervija, Kurzemes reģionā – 1 (viena intervija), Zemgales reģionā – 1 (viena) intervija).

Stacionāro pakalpojumu sniedzēju intervijas tika organizētas kā grupu intervija, kurā piedalījās vairākas iestādes amatpersonas – valdes locekļi, galvenie ārsti, galvenās māsas, grāmatveži, medicīnas inženieri u.tml. speciālisti, kas ir kompetenti par pētījumā aplūkotajiem jautājumiem. Vidēji vienā intervijā piedalījās 3 (trīs) cilvēki.

Privātās kapitālsabiedrības, kas sniedz laboratoriju pakalpojumus – 4 (četras) intervijas, t.sk.:

- ar līgumu par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu – 2 (divas) intervijas;
- sniedz arī maksas pakalpojumus – 2 (divas) intervijas.

Zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji – 4 (četras) intervijas:

- ar līgumu par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu – 2 (divas) intervijas;
- bez līguma par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu – 2 (divas) intervijas.

1.4. aktivitāte: Profesionālo biedrību un asociāciju pārstāvju strukturētās padziļinātās intervijas

Aktivitātes ietvaros tika veiktas **9 (deviņas)** strukturētās padziļinātās intervijas ar šādu profesionālo biedrību un asociāciju, kas apvieno veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus, pārstāvjiem (amatpersonām): (1) Latvijas Ārstu biedrība – Sertifikācijas padomes pārstāvis, (2) Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, (3) Latvijas Pediatru asociācija, (4) Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija, (5) Latvijas Zobārstu asociācija, (6) Jauno ārstu biedrība, (7) Latvijas māsu asociācija, (8) Latvijas Laboratorijas speciālistu biedrība, (9) Latvijas Slimnīcu biedrība. Pētījuma 2. aktivitātes un 3. aktivitātes ietvaros intervēta arī (10) Latvijas farmaceitu biedrība.

1.5. aktivitāte: Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gadījumu izpēte

Aktivitātes ietvaros tika veikta **20 (divdesmit)** gadījumu padziļināta primārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības uzsākšanas, nodrošināšanas un deleģēšanas (ja attiecināms) gadījumu analīze šādā apmērā:

1. Ģimenes ārsti, t.sk. primārās aprūpes pediatri, – **3 (trīs) gadījumi** (abos gadījumos ārstam ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu); 1 (viens) gadījums Rīgā, 1 (viens) gadījums Rīgas reģionā, 1 (viens) gadījums – Latgalē; vismaz vienā no gadījumiem ģimenes ārsts ir iesaistījies brīvprātīgajā novērtēšanas sistēmā;
2. Feldšera punkti (ārsta palīga (feldšera)) kabineti – **4 gadījumi**, no tiem 2 (divi) gadījumi – pašvaldību finansēti feldšera punkti un 2 (divi) gadījumi – valsts budžeta finansēti feldšera punkti; katrā no abiem paveidiem 1 (viens) gadījums feldšera punkts ir Latgales reģionā (kopā 2 gadījumi Latgalē);
3. Ambulatoro un dienas stacionāra pakalpojumu sniedzēji – **5 (pieci) gadījumi**, no tiem 2 (divi) gadījumi – speciālisti ar līgumu par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu un 3 (trīs) gadījumi – speciālisti bez līguma par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu; katrā apakšgrupā vismaz 1 (viens) gadījums tika aplūkots Rīgā vai Rīgai tuvā reģionā (50 km rādiusā ap Rīgu) un viens gadījums – citos reģionos (attālums no Rīgas vismaz 200 km);
4. Stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji – **4 (četri) gadījumi**, no tiem 1 (viens) gadījums – daudzprofilu slimnīca, 1 (viens) gadījums – reģionālā slimnīca, un 2 (divi) gadījumi – pašvaldību sabiedrības ar ierobežotu atbildību, kas sniedz aprūpes pakalpojumus Kurzemes un Vidzemes reģionos;
5. Privātās kapitālsabiedrības, kas sniedz laboratorijas pakalpojumus – **2 (divi) gadījumi**, no kuriem 1 (viens) gadījums – Rīgā un 1 (viens) gadījums – ārpus Rīgas;
6. Zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji – **2 (divi) gadījumi,** no kuriem 1 (viens) gadījums – pakalpojumu sniedzējs ar līgumu par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu ārpus Rīgas un 1 (viens) gadījums – pakalpojumu sniedzējs bez līguma Rīgā.

1.2. – 1.5. aktivitāšu rezultātā iegūtā informācija sistematizētā veidā ir atspoguļota ziņojuma 1. – 9. nodaļā. Lai ilustrētu mērķa grupu pieredzi, uzskatus un skatījumu uz aplūkotajām problēmām, pētījuma rezultātu starpziņojumā ir iekļauti informatīvie logi ar citātiem no intervijām ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem (ģimenes ārstiem, ambulatorajiem ārstu palīgiem (feldšeriem),

ārstiem speciālistiem, stacionāriem, laboratoriju pakalpojumu, zobārstniecības pakalpojumu sniedzējiem un profesionālajām asociācijām), norādot mērķa grupu, kuru pārstāv attiecīgā persona. Informatīvajos logos ievietotie citāti nav uzskatāmi par pētījuma autoru viedokli. Pētījuma autoru nostāja atklājas pētījuma rezultātu analīzē – ziņojuma pamatstruktūrā, raksturojot identificēto problēmu rašanās cēloņus, izvērtējot priekšlikumus un to ieviešanas riskus. Ieteikumi, kurus pētījuma autori iesaka ieviest vai izvērtēt iespēju ieviest, ir apkopoti atsevišķās apakšnodaļās ar atbilstošu virsrakstu katras tematiskās nodaļas noslēgumā.

1.6. aktivitāte: Atbilstības novērtējumu, uzraudzību un kontroli īstenojošo valsts institūciju darbības analīze (audits)

Atbilstības novērtējumu, uzraudzību un kontroli īstenojošo valsts institūciju darbības analīze (audits) ir kompleksa aktivitāte, kas sastāv no vairākām apakšaktivitātēm. Analīzē tika ietvertas **4 (četras)**[1] pieteikuma īstenošanas brīdī darbojošās valsts institūcijas, kas veic atbilstības novērtējumu, uzrauga un kontrolē veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus: Veselības inspekcija, Nacionālais veselības dienests[2], Zāļu valsts aģentūra un Valsts vides dienests. Lai iegūtu analīzei nepieciešamo informāciju, tika veiktas divas pētnieciskās apakšaktivitātes:

1. **Strukturētās padziļinātās intervijas** ar attiecīgo iestāžu darbiniekiem – **16 (sešpadsmit)** intervijas: Veselības inspekcijā 10 (desmit) intervijas; Valsts vides dienestā 3 (trīs) intervijas tika veiktas intervijas ar dažādu nodaļu darbiniekiem; 2 (divas) intervijas Zāļu valsts aģentūrā un 1 (viena) intervija tika veikta Nacionālajā veselības dienestā. Intervijas veiktas, lai iegūtu nepieciešamos dokumentus, statistikas datus un padziļinātus komentārus par veikto pārbaužu prasībām un normatīvajos aktos izvirzīto prasību praktisko īstenošanu.
2. **Dokumentu un statistiskās informācijas vākšana** (saskaņā ar pieteikumu – par 2009. un 2010. gadu; ņemot vērā situācijas izmaiņas pēdējos gados, analizējamais laika posms tika paplašināts, aptverot 2009., 2010., 2011. gadu un 2012. gada I ceturksni) un tās analīze, lai sniegtu veikto pārbaužu aprakstu (biežuma rādītāji, saturs, tiesiskais pamats, patērētie cilvēkresursi – novērtējums stundās un finanšu izlietojumā).

Abas iepriekš minētās aktivitātes ir cieši savstarpēji saistītas – tās tika īstenotas paralēli, veicot intervijas un iegūstot nepieciešamos dokumentus (amatu aprakstus, finanšu izlietojumu, vadības ziņojumus, iekšējos rīkojumus, kvalitātes vadības dokumentus, kontroles aktu paraugus (ja attiecināms) u.tml.) audita veikšanai.

Aktivitātes pirmā posma (strukturēto padziļināto interviju) viens no galvenajiem uzdevumiem bija noteikt veselības aprūpes pakalpojumu jomu kontrolējošo institūciju īstenoto funkciju intensitāti, pārklāšanos un dublēšanos starp iestādēm vai to struktūrvienībām, kas, iespējams, rada nelietderīgas valsts budžeta izmaksas. Otrs nozīmīgākais strukturēto padziļināto interviju uzdevums bija novērtēt veselības aprūpes pakalpojumu jomu kontrolējošo institūciju veikto pasākumu izmaksu efektivitāti, kas tika analizēta, veicot dokumentu un statistikas analīzi.

Aktivitātes otrā posma (dokumentu un statistiskās informācijas vākšanas par 2009. un 2010. gadu un tās analīzes) uzdevums bija izvērtēt iestāžu veiktās kontroles, raksturojot katras institūcijas veikto pārbaužu:

[1] Pētījuma pieteikumā minētas 5 (piecas) institūcijas – Nacionālā veselības dienesta vietā tika norādītas Veselības norēķinu centrs un Veselības ekonomikas centrs.
[2] Nacionālais veselības dienests tika izveidots 2011. gada 1. novembrī, apvienojot Veselības ekonomikas centru un Veselības norēķinu centru.

- skaitu (t.sk., biežumu, saturu, tiesisko pamatu) un aprēķināt veikto pārbaužu biežumu uz vienu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gadā (ja attiecināms);
- to veikšanai nepieciešamo cilvēkresursu un finanšu resursu patēriņu, veicot to katras iestādes funkciju izmaksu aprēķinu, kas saistītas ar kontroli un uzraudzību, lai, izvērtējot priekšlikumus administratīvā sloga samazināšanai, ar fiskāliem argumentiem pamatotu izmaiņu radīto efektu.

Ņemot vērā pētījuma autoru iespējas, pētījumā aplūkotais laika posms tika papildināts ar 2011. gada un 2012. gada I ceturkšņa datu analīzi. Audita veikšanas plāns katrā no iestādēm tika izstrādāts atbilstoši iestādes darbības specifikai.

1. VESELĪBAS APRŪPES PERSONĀLA REĢISTRĀCIJA

1.1. Tiesiskais regulējums

Pētījuma izstrādē ņemti vērā šādi normatīvie akti, kas regulē veselības aprūpes personāla reģistrāciju:

- 12.06.1997. Ārstniecības likums (redakcija uz 25.07.2012.);
- 24.02.2009. MK noteikumi Nr. 192 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība";
- 05.02.2008. MK noteikumi Nr. 76 „Veselības inspekcijas nolikums".

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. Ārstniecības personu reģistrs ir „valsts informācijas sistēma, kuras mērķis ir nodrošināt ārstniecības uzraudzībai nepieciešamās informācijas apriti" (2. punkts). Šis normatīvais akts definē ārstniecības personu grupas, kuras ir jāreģistrē reģistrā, personu kvalifikācijas atbilstības prasības reģistrācijai un pārreģistrācijai, reģistrācijas kārtību, reģistrāciju īstenojošo institūciju funkcijas, reģistrāciju apliecinošā dokumentā iekļaujamo informāciju, kā arī ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu pienākumus sniegt informāciju reģistram par izmaiņām, kas attiecas uz personas datiem, izglītību, kvalifikāciju, darba vietu un valodas prasmēm (MK noteikumu Nr. 192 1. pielikums).

Kā atzina profesionālo organizāciju pārstāvji, 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. Līdz ar to persona, kas vēlas reģistrēties vai pagarināt reģistrāciju nevar iegūt precīzu informāciju par to, kur tieši viņai ir jāvēršas, lai sniegtu informāciju reģistram un iegūtu vai atjaunotu reģistrācijas apliecību. Otrkārt, šajā normatīvajā aktā ir neskaidras kvalifikācijas atbilstības prasības personas pārreģistrācijai. Ir noteikta nevienlīdzīga pieeja pārreģistrācijas prasībās ārstiem un citām ārstniecības personu grupām (sk. 1.2.2. sadaļu). Treškārt, zināms administratīvais slogs veidojas dēļ neatbilstības starp normatīvajos aktos noteiktajām prasībām un reālo praksi attiecībā uz profesionālās pilnveides kursu izvēles prasībām. 24.02.2009. MK noteikumos Nr. 192 attiecībā uz profesionālās pilnveides kursu saturu pārreģistrācijai nav izvirzītas nekādas prasības. Ārstniecības likuma 48. pantā ir noteikts, ka ārstniecības personas pienākums ir regulāri pilnveidot savu profesionālo kvalifikāciju un izglītoties neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanā. Tas nozīmē, ka ārstniecības personai ir brīva izvēle attiecībā uz kursu satura izvēli, ko tiesiskais regulējums neierobežo. Neraugoties uz to, ka normatīvie akti nedefinē profesionālās pilnveides obligātās tēmas, <u>praksē</u>, kā atzina, piemēram, ambulatorie ārsta palīgi (feldšeri), viņi saskaras ar prasībām apmeklēt konkrētas profesionālās organizācijas rīkotos kursus, kas tiek atzīti sertifikācijai. Tā rezultātā praksē veidojas situācijas, ka ne visi apmeklētie kursi un attiecīgi iegūtie kredītpunkti tiek ņemti vērā resertifikācijas vajadzībām, kas savukārt ietekmē šīs ārstniecības personu grupas reģistrācijas pagarināšanu (problēmas izvērstu izklāstu sk. 2.3.2. sadaļā).

Ceturtkārt, 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 intervēto ārstniecības personu atklātā pieredze liecina par atšķirīgām praksēm.

VI apkopotā informācija liecina, ka 2012. gada 1. ceturksnī Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā bija reģistrētas 44548 ārstniecības personas un 1156 ārstniecības atbalsta personas. Nodrošinot ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrāciju un pārreģistrāciju reģistrā, 2011. gadā tika izsniegtas 11073 reģistrācijas apliecības, 2012. gada 1. ceturksnī – 2168 apliecības.

1.2. Ģimenes ārstu un ārsta palīgu reģistrācija ārstniecības personu reģistrā

1.2.1. Ģimenes ārstu pirmreizējā reģistrācija ārstniecības personu reģistrā

Saskaņā ar 04.05.2011. Ārstniecības likuma 26. pantu, lai ārstniecības persona varētu patstāvīgi nodarboties ar ārstniecību attiecīgajā profesijā vai iegūtu tiesības uz ārstniecības personas sertifikātu noteiktā profesijā vai specialitātē, personai ir jābūt reģistrētai ārstniecības personu reģistrā. Saskaņā ar 24.02.2009. MK noteikumiem Nr. 192 ģimenes ārstiem pirmreizējai reģistrācijai ārstniecības personu reģistrā ir jāiesniedz šādi dokumenti: izglītības diploms, personu apliecinošs dokuments un ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzskaites karte, kas ir pieejama arī elektroniski.

Pirmreizējā ārstu reģistrācija tika noteikta 11.10.2005. MK noteikumos Nr.760. Pamatojoties uz šo noteikumu 6.2. punktu, ārstu reģistrācija tika uzsākta 2005. gadā, tāpēc lielākā daļa pētījumā intervēto ģimenes ārstu nevarēja sniegt reģistrācijas procedūras vērtējumu, jo viņiem bija grūtības precīzi komentēt procedūras norisi. Tāpēc pirmreizējās reģistrācijas procedūras analīze ir balstīta uz jauno ģimenes ārstu vērtējumiem un pieredzi, kas iegūta salīdzinoši nesenākā laika periodā.

<u>Problēma</u>: reģistrācijas procedūras pārklāšanās ar citām procedūrām, kas ir saistošas jaunajiem ģimenes ārstiem (sertifikācijas eksāmeniem, sertifikāciju, reģistrāciju ģimenes ārstu gaidīšanas rindā).
Kopumā jaunie ģimenes ārsti atzina, ka pati reģistrācijas procedūra nav sarežģīta. Intervijās atklātā pieredze rāda, ka reģistrācija ārstniecības personu reģistrā tiek veikta gan pirms rezidentūras uzsākšanas, gan pēc ārsta sertifikāta iegūšanas.

Saskaņā ar normatīvo regulējumu jauno ārstu reģistrācija ārstniecības personu reģistrā notiek pirms rezidentūras uzsākšanas pēc diploma par ārsta grādu saņemšanas. Pēc rezidentūras beigšanas (pēc trīs gadiem) ārstam ir jāatjauno informācija par sevi reģistrā, nevis jāveic pārreģistrācija, kā to interpretē intervijās paši jaunie ģimenes ārsti. 24.02.2009 MK noteikumu Nr192 27. punkts nosaka, ka informāciju ārstniecības personu reģistram (VI) par to, ka ārsts ir ieguvis sertifikātu, ir jāsniedz sertifikācijas institūcijām. Vienlaikus šo noteikumu 36. punkts nosaka, ka ārstniecības personai ir pienākums mēneša laikā pēc izmaiņu rašanās sniegt informāciju reģistram par izmaiņām. Tādējādi normatīvā akta līmenī procedūra tiek dublēta.

Šo problēmu atrisinātu pārreģistrācijas un (re)sertifikācijas procedūru tuvināšana, ieviešot automātisko pārreģistrāciju. Jauno ģimenes ārstu gadījumā reģistrācijas procedūru <u>pirms</u> rezidentūras varētu vienkāršot, nosakot īsākus reģistrācijas termiņus, nekā tie ir šobrīd. Savukārt reģistrā iekļautās informācijas atjaunošanu <u>pēc</u> rezidentūras beigšanas, kad ārsts saņem sertifikātu, ieteicams

vienkāršot, ieviešot automātisko pārreģistrāciju, balstoties uz sertifikācijas institūciju sniegto informāciju par ārstniecības personu sertifikātiem.

1.2.1. logs. Jauno ģimenes ārstu reģistrācija ārstniecības personu reģistrā

(..) visvairāk pārsteidz tas, ka nav vienotas sistēmas. Pirmais, tikko beidz sešu gadu izglītību, iegūsti ārsta diplomu, jāiet uz ārstniecības iestāžu reģistru, tad tev jāatnes papīri, tevi iereģistrē. Pēc tam tu stājies rezidentūrā, pēc trīs gadu rezidentūras tu saņem ģimenes ārsta sertifikātu un atkal ir jāiet uz reģistru, un atkal tā kā vēlreiz sevi jāreģistrē. (..) pēc manām domām, kā vajadzētu būt?! Ja studenti beidz, viņi saņem ārsta sertifikātu, jābūt kaut kādai vienotai sistēmai, universitāte nodod tās ziņas ārstniecības personu reģistrā. Jo sanāk tāds liekais darbs gan tiem darbiniekiem, gan arī pašiem absolventiem. Un arī tad, kad tiek saņemti sertifikāti, kāpēc atkārtoti jāiet un jāreģistrējas? Ir tad jābūt kaut kādai vienotai sistēmai, kur asociācijas iesniedz ziņas par speciālistiem un tad tiek iereģistrēts tajā ārstniecības personu reģistrā. (jauns ĢĀ, reģions)

1.2.2. Ģimenes ārstu reģistrācijas atjaunošana ārstniecības personu reģistrā

Pētījuma rezultāti ļauj secināt, ka ģimenes ārstu reģistrācijas atjaunošanas procedūra ik pa pieciem gadiem ārstniecības personu reģistrā kopumā ir vienkārša un ģimenes ārstiem nesagādā nozīmīgas grūtības. Ģimenes ārstu un profesionālo asociāciju pārstāvju vērtējumā pēdējos gados ir ieviesti vairāki būtiski uzlabojumi pārreģistrācijas procedūrā. Pirmkārt, VI organizē izbraukuma pārreģistrācijas uz ārstniecības iestādēm, kurās ir liels skaits ārstniecības personu ar līdzīgu reģistrācijas derīguma termiņu. Šāda izbraukumu pārreģistrācija ir vērtējama kā labā prakse. Otrkārt, pozitīvi vērtējama ir iespēja saņemt reģistrācijas apliecību tajā pašā dienā, kad tiek iesniegti reģistrācijai vai pārreģistrācijai nepieciešamie dokumenti, kas ievērojami atvieglo procedūru, jo īpaši reģionos strādājošajām ārstniecības personām. Ārstiem nav jāmēro ceļš uz Rīgu, lai iesniegtu dokumentus un saņemtu atjaunoto reģistrācijas apliecību. Treškārt, pozitīvi vērtējama arī iespēja aizpildīt ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzskaites karti vai iesniegumu pārreģistrācijai elektroniski.

Neraugoties uz raksturotajiem uzlabojumiem, ģimenes ārstu pieredze atklāja, ka pastāv vairāki administratīvo barjeru riski, kuru novēršana būtiski mazinātu administratīvā sloga attīstību.

<u>Problēma</u>: normatīvajā regulējumā ir neskaidri definētas kvalifikācijas atbilstības prasības ārstniecības personu pārreģistrācijai profesionālās pilnveides kursu stundu skaita izteiksmē. 24.02.2009. MK noteikumi Nr. 192 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība" ārstiem atšķirībā no citām ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu grupām precīzi nenosaka reģistrācijas derīguma ilgumu un profesionālās kvalifikācijas pilnveides kursu apjomu stundās, kas ir nepieciešams, lai veiktu pārreģistrāciju. Attiecībā uz ārstiem ir spēkā šo noteikumu 30. punkts, kas nosaka, ka ārstniecības personai vai ārstniecības atbalsta personai, kas vēlas pagarināt reģistrāciju, ir jāiesniedz „profesionālās kvalifikācijas pilnveidi apliecinoši dokumenti par zināšanu un prasmju apguvi vai pilnveidi reģistrācijas apliecības derīguma laikā". Tas nozīmē, ka, pirmkārt, ir nevienlīdzīga pieeja izvirzītajām prasībām dažādām ārstniecības personu grupām; otrkārt, nav skaidrs, kāds ir minimālais stundu apjoms, lai tiktu veikta ārstniecības personas pārreģistrācija – pastāv plašas normatīvā regulējuma interpretācijas iespējas. Problēmas novēršanai ir divi risinājumi, kuru ieviešanai ir nepieciešams grozīt 24.02.2009. MK noteikumus Nr. 192.

Pirmais variants ir atcelt ārstniecības personām prasību par profesionālas pilnveides kursu apmeklējumu noteiktu stundu apmērā pārreģistrācijai, jo no administratīvā sloga samazināšanas viedokļa kvalifikācijas apliecinājums reģistrējoties un resertificējoties dublējas, tāpēc otrreizēja pieredzes apliecināšana būtu jāatceļ (sk. arī starpziņojuma 1.3. nodaļu par sekundārās veselības aprūpes personāla reģistrāciju un pārreģistrāciju). Ieteicams pārreģistrāciju veikt, pamatojoties uz

profesionālās darbības pārskatu un sertifikācijas institūcijas datiem par ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņu. Noteikt, ka pārreģistrācijai nepieciešamos dokumentus – iesniegumu un profesionālās darbības pārskatu – persona var iesniegt papīra vai elektroniska dokumenta formā atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

Otrais variants ir noteikt visām ārstniecības personu grupām profesionālās pilnveides kursu stundu skaitu pārreģistrācijai, vienlaikus saskaņojot pārreģistrācijai un resertifikācijai nepieciešamo profesionālās pilnveides kursu stundu skaitu, par pamatu ņemot resertifikācijas prasības. Kopējo stundu skaitu katrai ārstniecības personu grupai noteiktu atbildīgās sertifikācijas institūcijas vai profesionālās organizācijas un asociācijas. Paredzēt, ka resertifikācijas vajadzībām apmeklētās tālākizglītības aktivitātes piecu gadu periodā tiek attiecinātas uz pārreģistrācijas prasībām. Šis variants paredz pārreģistrācijas un resertifikācijas procedūru tuvināšanu (sk. nākamo problēmu un priekšlikumus tās risinājumiem).

<u>Problēma</u>: pārreģistrācijas un resertifikācijas termiņu savstarpējā neatbilstība.
<u>Problēma</u>: pārreģistrācijai un resertifikācijai iesniedzamo dokumentu – tālākizglītības kursu apmeklējumu sertifikāti, pārskats par profesionālo darbību - dublēšanās.
Šī problēma attiecas gan uz ģimenes ārstiem, gan ārsta palīgiem (feldšeriem). Lielākajai daļai ģimenes ārstu un feldšeru nesakrīt pārreģistrācijas un resertifikācijas termiņi, lai gan abas procedūras ir jāveic vienu reizi piecos gados. Procedūru nošķirtība laikā (piemēram, ģimenes ārstam vai ārsta palīgam pārreģistrācija jāveic 2012. gadā, bet resertifikācija – 2014. gadā) prasa no ārstiem un feldšeriem lielākus laika un finanšu resursus, lai īstenotu abas procedūras, īpaši tas attiecas uz reģionos praktizējošajiem ģimenes ārstiem un feldšeriem. Reģionu ģimenes ārstiem un ārsta palīgiem pārreģistrācijas procedūrai ir jāatvēl pilna darba diena, atceļot pacientu pieņemšanu šajā dienā. Papildu grūtības rada arvien pieaugošie ceļa izdevumi braucieniem uz Rīgu no reģioniem. Pētījumā iegūtā informācija par jauno ģimenes ārstu reģistrācijas un sertifikācijas procedūru norisi liecina, ka šī problēma – abu procedūru nošķirtība laikā – saglabāsies arī turpmāk, ja netiks veiktas atbilstošas izmaiņas procedūru īstenošanas kārtībā, kas nodrošinās ne tikai to, ka procedūras tiks īstenotas, izmantojot vienotu datu sistēmu, bet arī to, ka pagarināto reģistrācijas apliecību izsniegšana tiktu apvienota ar sertifikāta saņemšanu. Šādas apvienotas pieejas ieviešanai iespējami vairāki risinājumi.

Pirmais risinājums. Ir nepieciešama savstarpēji saskaņota un koordinēta VI un sertifikācijas institūciju darbība, kas paredzētu, ka informācija reģistrā par izsniegtajiem sertifikātiem tiktu atjaunota automātiski, attiecīgi pie resertifikācijas automātiski tiktu veikta arī ārstniecības personas pārreģistrācija. Šobrīd saskaņā ar spēkā esošo regulējumu (24.02.2009. MK noteikumus Nr. 192 27. punkts) sertifikācijas institūcijas nosūta elektroniskā formātā jaunākos datus par sertifikāciju, taču, kā liecina sertifikācijas institūciju pieredze, šie dati tiek novēloti ievadīti VI reģistrā un attiecīgi novēloti aktualizēti NVD datu bāzēs. Tas savukārt rada problēmas gan ārstniecības personai (piemēram, netiek apmaksāti ārstniecības personas sniegtie pakalpojumi), gan darba devējam. Šīs problēmas liecina par nepietiekamo VI resursu kapacitāti reģistra datu aktualizācijai, ko varētu atrisināt, nodrošinot sertifikācijas institūciju pielaidi (tiešsaistes pieeju) attiecīgajiem reģistra sektoriem un deleģējot funkciju ievadīt kopīgajā sistēmā aktuālos sertifikācijas datus par attiecīgo ārstniecības personu grupu noteiktā termiņā (kā pētniekiem norādīja viena no sertifikācijas institūcijām, šāda pielaide dažus gadus atpakaļ ir bijusi nodrošināta un līdz ar to informācija par sertifikāta atjaunošanu reģistrā notikusi savlaicīgi). Pārējos dokumentus, kas nepieciešami pārreģistrācijai – iesniegums, profesionālās darbības apraksts, VI iesniegt papīra vai elektroniska dokumenta formā atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu. Tāpat, lai sekmīgi tuvinātu (pār)reģistrācijas un (re)sertifikācijas procedūras, ir jāizdara izmaiņas reģistrācijas apliecību saņemšanas kārtībā, 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.

Otrais risinājums. Šis variants paredz ārstniecības personu reģistra uzturēšanas funkcijas nodošanu sertifikācijas institūcijām. Taču šis risinājums nebūtu piemērojams, jo ir saistīts ar būtiskiem riskiem, kas izriet no valsts līmeņa reģistra nodošanas nevalstiskajam sektoram. Balstoties uz reģistra datiem, valstī tiek plānots gan nepieciešamo ārstniecības personu skaits dažādās speicālitātēs, atbilstoši kam tiek plānota arī valsts budžeta sadale šo personu apmācībai, gan veselības aprūpes politika kopumā. Šis risinājums ir sarežģītāks arī tāpēc, jo prasa gan valsts finansējuma piešķiršanu asociācijām, gan rada administratīvu konkurenci starp vienas ārstniecības personu grupas vairākām profesionālajām asociācijām (piemēram, Latvijas Ģimenes ārstu asociāciju un Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociāciju), gan rada vienota reģistra tehniskās uzturēšanas risku, kas ir saistīts ar datu sistēmu un programmatūru savietojamības grūtībām starp vairākām profesionālajām asociācijām.

Tuvinot reģistrācijas un sertifikācijas procedūras, profesionālo asociāciju pārstāvju skatījumā ir ļoti svarīgi saglabāt atsevišķi ārstniecības personu reģistru, lai tas nepārklātos ar sertifikācijas datu bāzēm. Ārstniecības personu reģistra nepieciešamību nosaka vairāki faktori. Pirmkārt, ir ārstniecības personu grupas, kas nav sertificējušās, bet ir tiesīgas strādāt specialitātē sertificētu ārstu uzraudzībā (MK noteikumu Nr. 192 6.1.2. punkts nosaka, ka reģistrā tiek iekļauta informācija par ārstiem, kuri „ieguvuši augstāko medicīnisko izglītību, kuriem piešķirts ārsta grāds un kuriem ir tiesības strādāt par ārstu stažieri vai turpināt izglītību rezidentūrā"). Otrkārt, reģistrs pasargā pacientus no personām, kas nelikumīgi nodarbojas ar ārstniecību, radot kaitējuma draudus cilvēka veselībai un pat dzīvībai. Taču arī profesionālo organizāciju pārstāvji uzskata, ka būtu lietderīgi vienkāršot reģistrācijas un sertifikācijas procedūras, padarot tās draudzīgākas ārstniecības personām un samazinot to kopējo administratīvo slogu.

<u>Problēma</u>: izpratnes trūkums ģimenes ārstiem par pārreģistrācijas nepieciešamību un izmaiņu ziņošanu ārstniecības personu reģistrā.

Ģimenes ārsti padziļinātajās intervijās pauda neizpratni par pamatojumu personas pārreģistrācijai ārstniecības personu reģistrā, ņemot vērā, ka galvenais dokuments, kas apliecina ārsta kvalifikāciju un attiecīgi tiesības praktizēt, ir ārsta diploms un sertifikāts. Bez sertifikāta ģimenes ārsts nedrīkst patstāvīgi sniegt veselības aprūpes pakalpojumus. Vairākiem no intervētajiem ģimenes ārstiem nav saprotams, kāpēc ir nepieciešams atsevišķs dokuments – ārsta reģistrācijas apliecība –, kas apliecina personas tiesības strādāt par ārstu. Tas liecina par to, ka daļai ģimenes ārstu nav pilnīgas izpratnes par datiem, kas tiek fiksēti ārstniecības personu reģistrā un reģistra darbības mērķiem. Piemēram, iespēja sekot līdzi ģimenes ārsta darba vietas maiņai, izvērtēt pieejamos cilvēkresursus veselības aprūpes politikas plānošanai u.c. datiem. Saskaņā ar ģimenes ārstu pausto viedokli abas šīs procedūras būtu lietderīgi veikt vienlaicīgi – resertifikācijas procedūras rezultātā automātiski veicot arī pārreģistrāciju, vienlaikus gan nodrošinot (re)sertifikāciju, gan saglabājot ārstniecības personu reģistru.

1.2.2. logs. Ģimenes ārstu reģistrācijas atjaunošanas ārstniecības personu reģistrā procedūra

Man īsti nav skaidrs, ja man ir ārsta diploms un sertifikāts, kāpēc man vēl ir vajadzīgs tāds papīrs, ka esmu tiesīga strādāt par ārstu? (ĢĀ, Rīga, maksas)

(..) vieglāk būtu iedot sertifikātu un automātiski arī reģistrēt, jo tas ir viens un tas pats. (..) sanāk, ka valsts reģistrs neko nedod, jo man prasa diplomu, nevis reģistru. (ĢĀ, Rīga)

Piemēram, es īsti nesaprotu, reģistrs ir tikai tīrais reģistrs, vai reģistrs arī nes, piemēram, ja es izdaru kādu pārkāpumu darbā, tad mani izslēdz no tā reģistra. Tad man ir motivācija palikt reģistrā. Ja ne, tad mani tas īpaši neskar. Ja tā ir tikai tīra papīru lieta. Vai tam reģistram ir kaut kāds spēks? Es nezinu. Es neredzu nekādu atšķirību pašlaik. (ĢĀ, reģions)

(..) kāpēc man jāreģistrējas, ja man ir sava privātā prakse, es esmu jau Veselības inspekcijā reģistrējusies kā pašnodarbināts ārsts, tad man vēl ir jābūt kaut kādai lapai, ka man atļauj specializēt kā ārstniecības personai. Pilnīgi lieka procedūra. Man ir jāsameklē sertifikāts, man ir jāaizbrauc tur pie viņiem, benzīns ir ļoti dārgs, tas man nemaz tik tuvu nav. Pēcpusdienās ielas ar mašīnām pilnas. Tas savas trīs stundas reizi pa pieciem gadiem tomēr atņem no manas dzīves. (pediatrs, Rīga)

<u>Problēma</u>: Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra datu bāzes publiski pieejamās informācijas ticamības līmenis.

24.02.2009. MK noteikumi Nr. 192 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība" uzliek par pienākumu ārstniecības personām ziņot par izmaiņām, kas saistītas ar viņu izglītību, personas datiem, darba vietas maiņu un valodas prasmēm. Pētījumā intervēto ārstu un profesionālo organizāciju pārstāvju pieredze liecina, ka izmaiņas reģistrā ne vienmēr tiek iesniegtas savlaicīgi, jo, pirmkārt, ārstiem trūkst informācijas par nepieciešamību to darīt; otrkārt, izmaiņas ārstniecības personu reģistrācijas datos ne vienmēr atspoguļojas publiski pieejamajā datu bāzē, kas savukārt var maldināt ārstniecības personu esošos vai iespējamos darba devējus, jo personas uzrādītās reģistrācijas apliecības dati var nesakrist ar reģistra datiem. Lai novērstu raksturoto problēmu, 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.

1.2.3. Ārsta palīgu (feldšeru) reģistrācija un reģistrācijas atjaunošana ārstniecības personu reģistrā

Ārsta palīgu reģistrācijas kārtību Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā regulē 24.02.2009. MK noteikumi Nr. 192 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība", nosakot gan reģistrācijas derīguma ilgumu – pieci gadi (14. punkts), gan izvirzītās profesionālās kvalifikācijas prasības – profesionālās pilnveides kursu apmeklējums 150 stundu apjomā pie pirmreizējās reģistrācijas (14.3. punkts) un vismaz 100 stundu apjomā, pagarinot tiesības veikt profesionālo darbību ārsta palīga profesijā (15. punkts). Kopumā reģistrācijas un reģistrācijas atjaunošanas (kā sinonīms tekstā lietots arī vārds „pārreģistrācija") procedūru pētījumā intervētie ārsta palīgi vērtē kā vienkāršu, tā nerada nozīmīgas grūtības. Tomēr pastāv arī vairākas problēmas, kas ir vērtējamas kā administratīvā sloga riska faktori, kas attiecas galvenokārt uz reģistrācijas atjaunošanu. Feldšeri intervijās vairākkārt uzsvēra, ka nesertificēts ārsta palīgs nevar strādāt, tāpēc, viņuprāt, ja tiek īstenota regulāra resertifikācija, pārreģistrācija ir lieka un prasa liekus laika un finanšu resursus. Jāuzsver, ka feldšeru izpratne un tiesiskā regulējuma interpretācija šajā jautājumā neatbilst regulējumā definētajiem nosacījumiem – Ārstniecības likuma 26. pants nosaka, ka ārsta palīgs, kas ir reģistrēts ārstniecības personu reģistrā, ir tiesīgs praktizēt profesijā un veikt pienākumus, kas atbilst viņa kompetencei, kas, savukārt, ir noteiktas 24.03.2012 MK noteikumu 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" 569.punktā.

Vairākas no problēmām, ar kurām saskaras feldšeri un kas rada administratīvo slogu, pārklājas ar ģimenes ārstu pārreģistrācijas problēmām. Attiecīgi šīs problēmas un iespējamie risinājumi izvērsti ir raksturoti starpziņojuma 1.2.2. sadaļā.

Problēma: **pārreģistrācijas un resertifikācijas termiņu savstarpējā neatbilstība.**
Problēmas raksturojumu un iespējamos risinājumus sk. 1.2.2. sadaļā.

Problēma: reģistrācijas atjaunošanai un resertifikācijai iesniedzamo dokumentu – tālākizglītības kursu apmeklējumu sertifikāti, pārskats par profesionālo darbību - dublēšanās.
Problēmas raksturojumu un iespējamos risinājumus sk. 1.2.2. sadaļā.

Problēma: **nevienlīdzīga pieeja dažādām ārstniecības personu grupām attiecībā uz izvirzītajām prasībām reģistrācijas atjaunošanai.**
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. Jāpiebilst, ka ārsta palīgi (feldšeri) šo problēmu intervijās neaktualizē, kas izskaidrojams ar to, ka viņi nav iedziļinājušies citām ārstniecības personu grupām izvirzītajās prasībās pārreģistrācijai. Taču problēmu kā ļoti būtisku vērtē ārstniecības personu profesionālo asociāciju pārstāvji. Atšķirīgs profesionālās kvalifikācijas pasākumu stundu apjoms pārreģistrācijai un resertifikācijai ir būtisks šķērslis abu procedūru saskaņošanai. Problēmas izvērstu raksturojumu un piedāvātos risinājumus sk. pētījuma rezultātu starpziņojuma 1.2.2. sadaļā.

Problēma: reģistrācijas atjaunošanas procedūras īstenošana klātienē.
Ambulatorās ārstniecības iestādes – feldšeru punkti, kuros strādā pētījumā intervētie ārsta palīgi, - atrodas Latvijas lauku teritorijās. Ņemot vērā šīs ārstniecības personu grupas zemo atalgojumu un ierobežotos pašvaldību līdzekļus, kā arī transporta infrastruktūras ierobežojumus, ārsta palīgiem grūtības rada nepieciešamība iesniegt visus nepieciešamos dokumentus klātienē, Rīgā. Vairākās intervijās feldšeri izvirzīja priekšlikumu ieviest attālinātās un/vai elektroniskās pārreģistrācijas kārtību. Jāuzsver, ka atsevišķās intervijās jau šobrīd tika identificēta prakse, kad pārreģistrācija tiek veikta attālināti (sk. 1.2.3.a. logu), kas liecina par to, ka nepastāv būtiski šķēršļi šādas prakses nostiprināšanai un izplatīšanai. Taču, īstenojot ieteikumu tuvināt (re)sertifikācijas un (pār)reģistrācijas procedūras vai atceļot prasību par profesionālās pilnveides stundām pārreģistrācijai, ārstniecības personām nebūtu jāiesniedz VI profesionālo pilnveidi apliecinošie dokumenti. Iesniegumu pārreģistrācijai un pārskatu par profesionālo darbību pēdējo piecu gadu laikā jau šobrīd var iesniegt elektroniska dokumenta formā atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

1.2.3.a. Attālinātā pārreģistrācija ārstniecības personu reģistrā

(..) vajadzēja savākt 100 punktus kursos un nosūtīt papīrus. Man tas nekādas problēmas nesagādāja. Man bija tie punkti savākti, es vienkārši ***aizpildīju anketu, nosūtīju papīrus un man no turienes atsūtīja apliecību, ka esmu pārreģistrējusies****. Problēmu nekādu nebija. (..) Resertifikācijai ir lielākas prasības, jo tur ir vēl obligātie kursi, bet pārreģistrācijai nav noteiktas kursu tēmas. Tur tikai ir jāsavāc 100 punkti, bet tie der arī resertifikācijai. Tas ir ērti, tas ir labi.* (NVD finansēts FP)

Es domāju, ka ***resertifikāciju varētu kaut kā elektroniski****.* ***Tāpat kā reģistru mums tagad veic****. Mēs aizsūtījām dokumentus pa pastu internetā, un mums uzreiz atsūtīja, burtiski pēc divām dienām ieraudzījām, ka mūs ir piereģistrējuši un mums atsūtīja šo reģistru. Viss. Mēs to izdrukājām un viss. Mums sanāk tā - mums šogad vajadzēja reģistru, nākamajā gadā mums vajag resertifikāciju atkal. Paldies Dievam, mums reģistra dēļ nav jābrauc uz Rīgu. Tagad tā izdarīja, bet tāpat jau varētu resertifikāciju veikt.* (pašvaldības finansēts FP)

<u>Problēma</u>: neskaidri definētas prasības par profesionālās pilnveides kursu saturu, kas nepieciešami reģistrācijas atjaunošanai (pārreģistrācijai).

Atšķirībā no ģimenes ārstiem, kā, balstoties uz praktisko pieredzi, atzina intervētie ārsta palīgi un profesionālo organizāciju pārstāvji, feldšeriem tiek noteiktas obligātās tālākizglītības tēmas resertifikācijai (sertifikācijas institūcijas līmenī). Kā liecina veiktā tiesiskā regulējuma un mērķa grupu interviju analīze, profesionālās pilnveides kritēriji pārreģistrācijai normatīvajos aktos ir definēti vāji. Pārreģistrācijai nepieciešamo profesionālās pilnveides kursu obligātās tēmas 24.02.2009. MK noteikumos Nr. 192 nav definētas. Savukārt praksē ārstniecības personām tiek izvirzīta prasība, lai, veicot pārreģistrāciju, tiktu uzrādīts dokuments par neatliekamās medicīniskās palīdzības kursu apguvi. Šī prasība ir vispārīgi definēta Ārstniecības likuma 48. pantā, kas nosaka, ka „ārstniecības personas pienākums ir regulāri pilnveidot savu profesionālo kvalifikāciju un izglītoties neatliekamās palīdzības sniegšanā". Neskaidri definētās profesionālās pilnveides prasības ārējos normatīvajos aktos apgrūtina precīzas informācijas pieejamību ārstniecības personām un attiecīgi rada situācijas, kad pārreģistrācija nav iespējama šī kritērija neizpildīšanas dēļ. Problēmas izvērstu raksturojumu sk. 1.2.3.b. logā.

1.2.3.b. logs. Prasības profesionālās pilnveides kursu saturam ārstniecības personu pārreģistrācijai

Veselības inspekcijā ir grūti ar tālākizglītības programmu ticamību. Proti, ārstniecības personai ir jāpierāda, ka piecu gadu laikā viņa ir pietiekami izglītojusies, un Veselības inspekcijai ir jāizvērtē gan no stundu apjoma viedokļa tās izziņas, kuras iesniedz, gan zināmā mērā no satura viedokļa. Viņiem ne vienmēr to ir viegli izdarīt, tāpēc viņi sadarbojas ar mums, jo ne visi tālākizglītības pasākumu realizētāji ir tik apzinīgi, lai norādītu, cik izglītības stundas tādā vai citādā seminārā ārstniecības persona ir pavadījusi. Līdz ar to rodas tāda spriedze starp personu, kura vēlas pārreģistrēties un ir atnesusi šo izziņu, un to darbinieku, kas to pieņem. Mēs tur tiekam drusku iesaistīti kā eksperti, kas uzliek mums tādu zināmu administratīvu slogu, jo mums ir jāskatās, jāanalizē gan saturiski, gan stundu līmenī tas. Par tiem kritērijiem runājot, ***ir derīga jebkāda veida tālākizglītība pēc normatīvā regulējuma, bet nereti nākas izjust tādus pārsteigumus no ārstniecības personām, kad obligāti tiek pieprasīta neatliekamā medicīniskā palīdzība arī pārreģistrējoties, kas ir vienīgais no lielajiem uzstādījumiem, bez kura ārstniecības persona nevar tikt pārreģistrēta, bet šis kritērijs ir vāji definēts un vāji atrodams ārstniecības personai****. Gadās, kad viņi ierodas bez šī te. Tas ir tāds pastarpināts regulējums, kas noteikts Ārstniecības likumā un tiek transformēts uz reģistra prasībām, bet nav skaidri definēts.* (profesionālā asociācija)

Lai tuvinātu pārreģistrācijas un resertifikācijas procedūras ārsta palīgiem, pirmkārt, ir jāizvērtē nepieciešamība noteikt obligātās tālākizglītības tēmas; otrkārt, ja tiek saglabātas un skaidri definētas obligātās tēmas, tad noteikt, ka pārreģistrācija ir pakārtota resertifikācijai tādā nozīmē, ka resertifikācijas mērķiem apmeklētie profesionālās pilnveides kursi un apgūtais stundu apjoms ir atbilstošs un attiecināms arī pārreģistrācijas prasībām, ja tiek saglabāta prasība par kvalifikācijas pieredzes apliecināšanu reģistrācijai ārstniecības personu reģistrā.

1.3. Sekundārās veselības aprūpes personāla reģistrācija ārstniecības personu reģistrā

Vairākas no grūtībām, ar kurām sastopas sekundārās veselības aprūpes personāls, pirmreizēji vai atkārtoti reģistrējoties ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā, ir līdzīgas tām, kuras bija minējuši primārās veselības aprūpes pārstāvji – ģimenes ārsti un ārstu palīgi (feldšeri). Šīs problēmas ir, pirmkārt, nepieciešamība reģistrācijas vai pārreģistrācijas procedūru kārtot klātienē

(trūkstot informācijai par pēdējā laikā ieviesto iespēju reģistrēties arī elektroniski), otrkārt, uzskats, ka attiecībā uz dažādām ārstniecības personu grupām tiek izvirzītas atšķirīgas (arī nevienlīdzīgas) prasības, kad un pamatojoties uz kādiem dokumentiem notiek personas reģistrācija vai pārreģistrācija, treškārt, izpratnes trūkums par pārreģistrācijas nepieciešamību un izmaiņu paziņošanu ārstniecības personu reģistrā, un, ceturtkārt, reģistrācijas un resertifikācijas termiņu savstarpējā neatbilstība, kas īpašas problēmas rada vidējam veselības aprūpes personālam. Papildus ģimenes ārstu un ārstu palīgu nosauktajām problēmām sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji raksturoja vēl virkni grūtību, ar kurām sastopas, reģistrējoties vai pārreģistrējoties ārstniecības personu reģistrā, kā arī sniedza ieteikumus, kā būtu iespējams uzlabot reģistra darbību, lai šī procedūra pakalpojuma saņēmējiem būtu vienkāršāka.

Visbiežāk minētā problēma izriet no tā, ka lielākajai daļai stacionāro pakalpojumu sniedzējiem trūkst izpratnes par ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra jēgu un pielietojumu (problēmas raksturojumu skatīt 1.3.a. logā). Ja par pirmreizējās reģistrācijas jēgu viedokļi dalās – daļa pakalpojumu sniedzēju uzskata, ka reģistrs kopumā ir vajadzīgs, tad par pārreģistrācijas nozīmi izpratnes trūkums ir lielāks.

<u>Problēma:</u> ārstniecības personām ir jāatjauno reģistrs ik pēc pieciem gadiem.
Sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka, ja ārstniecības persona reiz ir iereģistrējusies reģistrā, tad pārbaudīt, vai tā turpina darbu profesijā, var ar citu instrumentu palīdzību (piemēram, saņemot datus no sertifikācijas institūcijām par nokārtoto sertifikāciju vai resertifikāciju, iedzīvotāju reģistra datiem, Valsts ieņēmumu dienesta (VID) datiem par personas atalgojumu no to izmaksājošām iestādēm). Informācijas saņemšana no profesionālajām asociācijām (Latvijas Ārstu biedrības (LĀB), Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienības (LĀPPOS) un Latvijas Māsu asociācijas (LĀM)) un Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes (PMLP) Iedzīvotāju reģistra kā reģistra uzturētāju funkcija ir noteikta 24.02.2009. MK noteikumos Nr.192 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība" (27. un 38. punkts).

Ieteicams izdod ilgāka par pieciem gadiem 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 (piemēram, ja pierādīti būtiski profesionāli pārkāpumi u.tml.). Šīs rekomendācijas īstenošanas iespēju šobrīd ierobežo fakts, ka, izņemot ārstus, citām ārstniecības personām un ārstniecības atbalsta personām reģistrācijas termiņa pagarināšanai ir jāiesniedz VI profesionālās kvalifikācijas pilnveidi apliecinošos 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 ilgāka termiņa reģistrācijas apliecības.

<u>Problēma:</u> Veselības inspekcija nepietiekami skaidro ārstniecības personas reģistrācijas un pārreģistrācijas nosacījumus.
Lai gan VI mājas lapā ir norādīta informācija par ārstniecības personu reģistrācijas un pārreģistrācijas nosacījumiem, sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju neizpratni par reģistra jēgu un nozīmi vairo arī tas, ka netiek sniegta izsmeļoša informācija uz interesentu individuāli uzdotajiem jautājumiem. Šajā gadījumā uzsvars tiek likts uz informāciju, kas saņemta neformālās komunikācijas laikā starp VI darbiniekiem un ārstniecības personām. Kā piemēru aptaujātie minēja VI uzdoto jautājumu, vai ir kādi īpaši nosacījumi attiecībā uz reģistrēšanu un pārreģistrēšanos ārstam, kas nav sertificējies nevienā specialitātē. Skaidru atbildi uz šo jautājumu tā uzdevējs nav saņēmis.

Problēma: ārstniecības personas, kuras nokārtojusi sertifikāciju vai resertifikāciju, darba devējam atkārtoti jāsūta uz ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru informāciju par savu darbinieku nokārtoto sertifikāciju vai resertifikāciju.
Stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka dublējoša informācija, kuras sniegšana personāldaļai aizņem daudz laika, ir ziņas, kuras viņiem jāsūta ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistram, ja iestādes darbinieks ir nokārtojis sertifikāciju vai resertifikāciju (sk. arī 1.3.a. logu). Saskaņā ar 24.02.2009. MK noteikumu Nr.192 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība" 27. punktu reģistra uzturētājam informāciju par ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas sertifikātu (sertifikāta numuru, piešķiršanas datumu, specialitāti, derīguma termiņu) reizi mēnesī ir jāsniedz sertifikācijas institūcijai – LĀB, LĀPPOS un LĀM, bet saskaņā ar šo pašu noteikumu 36. punktu ziņas par izmaiņu rašanos ārstniecības personas vai ārstniecības atbalsta personas statusā mēneša laikā ir jāpaziņo arī pašai ārstniecības personai vai ārstniecības atbalsta personai. Saskaņā ar noteikumu 31. punktu izmaiņu reģistrācija notiek mēneša laikā kopš informācijas iesniegšanas brīža.

Savukārt darba devēja pienākums sniegt informāciju par darbinieku sertifikāciju vai resertifikāciju netieši izriet no 08.03.2005. MK noteikumu Nr. 170 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru" 15. punkta, kas nosaka, ka ārstniecības iestādei 10 darba dienu laikā pēc izmaiņu rašanās par tām ir jāpaziņo. Saskaņā ar 08.03.2005. MK noteikumu Nr. 170 1. pielikuma „Ārstniecības iestādes reģistrācijas pielikums" II daļas „Iesniegumam pievienotie dokumenti" 1.5.punktu, tās informācijas starpā, par izmaiņā kurā ir jāpaziņo reģistram, ir arī ārstniecības iestādē nodarbināto ārstniecības personu saraksts, norādot personas vārdu, uzvārdu, specialitāti, sertifikāta numuru un derīguma termiņu. Tādējādi, mainoties sertifikāta numuram un derīguma termiņam, kas notiek, personai resertificējoties, šī informācija reģistram ir jāpaziņo arī personas darba devējam.

Saskaņā ar VI sniegto informāciju ārstniecības iestādes izmaiņas darbinieku statusā mēdz paziņot ar 24.02.2009. MK noteikumu Nr.192 3.pielikumā norādītās „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izmaiņu lapas" veidlapas palīdzību. Veselības inspekcija komentē, ka, lai gan pienākums paziņot par izmaiņām ir noteikts ārstniecības personām un profesionālajām organizācijām, praksē ziņu saņemšana un attiecīgi – izmaiņu veikšana, balstoties uz šo kārtību, notiek aptuveni divu mēnešu laikā.

Tā kā ārstniecības iestādes ir ieinteresētas, lai ziņas reģistrā parādītos ātrāk, jo no tā ir atkarīgs, vai NVD un apdrošināšanas sabiedrības apmaksās konkrētās ārstniecības personas, kura statusā notikušas izmaiņas, sniegtos pakalpojumus, ziņas par izmaiņām ārstniecības personu statusā iesniedz arī ārstniecības iestādes. Lai gan 08.03.2005. MK noteikumos Nr. 170 nav minēts, cik ilgā laikā tiek reģistrētas izmaiņas saistībā ar ārstniecības iestādes darbu, taču pirmreizēja ārstniecības iestādes reģistrācija notiek piecu darba dienu laikā kopš dokumentu iesniegšanas. Ja izmaiņu reģistrēšana arī notiek šajā termiņā, tad ziņas par izmaiņām ārstniecības personu statusos izdevīgāk ir sniegt šīs personas darbavietai – ārstniecības iestādei, jo izmaiņu reģistrēšanas termiņš ir ievērojami īsāks.

Iepriekš minētā prakse nozīmē to, ka informācijas laikietilpīgās aprites dēļ datu saņemšanai no LĀB, LĀPPOS un LĀM daļēji zūd jēga, jo šī informācija tiek saņemta un ievadīta novēloti – ievērojami vēlāk nekā ir nepieciešams ārstniecības personām un to darba devējiem. Attiecīgi profesionālo organizāciju sniegtā informācija ir izmantojama tikai datu atkārtotai verifikācijai, nevis dokumentu aprites un administratīvā sloga samazināšanai.

Dublēšanās novērojama arī procedūrā, ka par izmaiņām ārstniecības personas statusā reģistram ir jāziņo gan pašai ārstniecības personai, gan personas darba devējam, un šo nepieciešamību nosaka divi dažādi normatīvie akti. Tā kā atbildību reģistrēt ārstniecības personas statusa izmaiņas nosaka

24.02.2009. MK noteikumi Nr.192, tad 08.03.2005. MK noteikumos Nr. 170 ir jāsvītro nosacījums, ka, iesniedzot darbinieku sarakstu un norādot ārstniecības personas specialitāti, ārstniecības iestādei jānorāda arī specialitātes sertifikāta numuru un derīguma termiņu. Tādējādi, mainoties jau iestādē nodarbinātas ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņiem, darba devējam nebūs par to jāpaziņo reģistram. Pienākums reģistrēt izmaiņas ārstniecības personas specializācijā u.tml. būtu tikai pašai ārstniecības personai, nevis tās darba devējam. Taču, lai ieteikums darbotos, būtu jānosaka īsāks ārstniecības personas iesniegto ziņu reģistrācijas termiņš, jo viens no iemesliem, kāpēc darba devēji aktīvi iesaistās ārstniecības personas statusa izmaiņu paziņošanā, ir iespēja izmaiņas reģistrēt ātrāk. Šis risinājums ir uzskatāms par pirmo soli attiecībā uz administratīvā sloga samazināšanu ārstniecības personām.

Būtiskāka administratīvā sloga samazināšana notiktu tad, ja tiktu atjaunota (panākta) vienošanās ar profesionālajām asociācijām par ātrāku informācijas apriti, kas ļautu izmaiņas ārstniecības personu statusā reģistrēt, tikai balstoties uz sertifikācijas institūciju sniegtajām ziņām (sk. izvērstas rekomendācijas arī 1.2.2. sadaļā). Atsevišķu sertifikācijas institūciju pieredze rāda, ka šāda aktīvāka sadarbība ir pastāvējusi pirms veselības aprūpes jomas uzraugošo institūciju reorganizācijas, kuru rezultātā reģistra uzturēšana tika nodota VI. Pirms reorganizācijas vienai no sertifikācijas institūcijām tika nodrošināta pielaide tam ārstniecības personu reģistra datu bāzes sektoram, kas saistās ar sertifikāciju. Tas ļāva nodrošināt informācijas operatīvu apriti – informācija par ārstniecības personas sertifikāciju parādījās uzreiz reģistra datu bāzē. Šādas prakses iedibināšana (atjaunošana) ļautu samazināt gadījumu skaitu, kad pašai ārstniecības personai vai tās darba devējam jāvēršas reģistrā.

<u>Problēma</u>: ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra informācija tiek aktualizēta lēni.

Sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka informācija ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā tiek aktualizēta pārāk lēni. Saskaņā ar 24.02.2009. MK noteikumu Nr. 192 31. punktu gan personas pirmreizējā reģistrācija, gan reģistrācijas pagarināšana notiek mēneša laikā pēc informācijas iesniegšanas reģistram, kas kavē ārstniecības personu pieņemšanu darbā – kamēr reģistrā nav aktualizēta informācija, personas sniegtos pakalpojumus neapmaksā ne NVD, ne apdrošināšanas sabiedrības. Papildus grūtības rodas tad, ja informācija VI reģistrā ir aktualizēta, bet izmaiņas savos reģistros, balstoties uz ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra informāciju, nav vēl veicis NVD. Lai gan NVD norāda, ka informāciju aktualizē atbilstoši līguma nosacījumiem, savukārt ārstniecības iestāde iesniedz informāciju par ārstniecības personāliju izmaiņām līdz katra mēneša 1. datumam, sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji norāda, ka ir spiesti paši aktīvi sekot līdzi, vai informācija ir aktualizēta, vai tās atjaunošanā ir radušās kādas grūtības u.tml. aktīvi iesaistās procesā, lai informācija tiktu reģistrēta.

Lai risinātu šo problēmu, ir jāceļ VI kapacitāte apstrādāt informāciju, kas ļautu reģistrēt ārstniecības personas īsākos termiņos, nekā noteikts līdz šim. Pirmreizējās ārstniecības personu reģistrācijas datumu ieteicams tuvināt diploma par ārstniecības iestādes beigšanu saņemšanai. Lai izsniegtu ārstniecības personas reģistrācijas apliecību pēc iespējas īsākā laikā pēc diploma saņemšanas, ieteicams saīsināt reģistrācijas ilgumu. Pirmreizēja reģistrācija un vēlāka izmaiņu reģistrēšana ārstniecības personas statusā būtu jāveic piecu darba dienu laikā līdzīgi nosacījumam, ka ārstniecības iestādes tiek reģistrētas piecu darba dienu laikā.

1.3.a. logs. Ārstniecības personas reģistrācijas lietderības vērtējums un reģistra informācijas aktualizēšanas grūtības

Vienīgais, kas nevienam, man tā liekas, nav skaidrs. Pirms kaut kādiem gadiem pieciem, sešiem parādījās prasība, ka ir vajadzīgs dokuments, kas saucās ārstniecības personas apliecība, kuras jēga īsti nav skaidra. Ja es esmu beigusi medicīnas augstskolu, man ir ārsta diploms un, ja es esmu neirologs, tas nozīmē, ka man ir neirologa sertifikāts. Vēl ir apliecība, kas apliecina to, ka es esmu ārstniecības persona. Viņa ir ik pa pieciem gadiem jāatjauno, tur gan nav nekas jāiesniedz, bet viņa ir jāatjauno. (..) Tā kā tas tāds dokuments, īsti nav skaidrs priekš kam. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Manā uztverē droši vien, ka viņš nav nepieciešams. ***Ko nozīmē ārstu reģistrs, ja mums Latvijas Republikā ārsti diplomi tiek saņemti tikai divās augstskolās.*** *Abas šīs augstskolas izsniedz stingrus uzskaites diplomus, un taisīt pēc tam pilnīgi kaut kādu nesaprotamu, muļķīgu reģistru, kas īstenībā ievada tos pašu datus, kas ir saņēmuši diplomu, ir nevajadzīgi. Tad vienīgā šī reģistra jēga acīmredzot ir pateikt, kurš vispār par ārstu it kā nav piereģistrējies. Pie tam būtiska nozīme nav. Līdz ar to es uzskatu, ka tāds reģistrs šādā veidā nav vajadzīgs.* ***Tas varētu būt automātiski, kam izsniedz diplomu, tas ir ārsta reģistrā.*** *Vienīgais, kam šāds reģistrs būtu vajadzīgs papildus, ir tiem ārstiem, kas ierodas no citām valstīm, kuri nav pabeiguši mūsu divas augstskolas. (..) Viņam automātiski jāstrādā, kā valsts pārvaldē daudzām lietām. Tu pabeidz, dabū diplomu un tavi dati automātiski aiziet uz šo reģistru. Un šī reģistra funkcija ir kādu izslēgt par kaut kādiem konkrētiem kritērijiem, kāpēc kādu izslēdz no šī reģistra. (..) Jautājums par to, kuri Latvijā ir tie ārsti, kas reģistrēti vai sertificēti, to var tikpat viegli apkopot caur tām institūcijām, kas izdod sertifikātus.* (stacionārs, Rīga)

Mums kā darba devējiem tas papīrs neizsaka neko. Ja sertifikāts izsaka [ietekmi] *uz algu vēl, uz amata algu, tad šis te papīrs būtībā neko. Bet tikko ir Darba inspekcija vai Veselības inspekcija, tas papīrs ir primārais, ko ir nepieciešams viņiem parādīt.* (stacionārs, reģions)

Pirmo reizi labi, pārbaudīja. Braucām ar visiem diplomiem, laulības apliecībām, un es neatceros ko tur vēl, pasēm. Piereģistrēja. Pārprasīja katram pašam. Palika vecie radītāji, nepalika, viss. ***Tagad ir pagājuši tie pieci gadi, es pasaku elektroniski vai telefoniski, ka viss ir tas pats. Nē, obligāti vēl vienu reizi viss ir obligāti jāuzrāda.*** *(..) bet tad viņas atbrauca šeit. Bet arī tad te visi nāca, te nesa tos papīrus. Ievilka ķeksīti, iedeva ielaminētu apliecību, ka ir reģistrējies. Nu, īsti jēgu neredzu.* (stacionārs, reģions)

Problēma ir tā, ka, pirmkārt, nav kopīgas datu bāzes. Mēģina caur šim darba vietām, kuras ir ārkārtīgi daudz. Veselības inspekcija grib uzzināt no katras šīs darbavietas par šī cilvēka, teiksim sertificēšanos vai nesertificēšanos, vai resertificēšanos. Es domāju, ka tai saiknei ir jābūt, apejot vispār šīs te darbavietas. (..) Tā nebūtu jādara, bet dotajā brīdī tā nav. Ja cilvēks ir ieguvis sertifikātu, viņš atnāk darbavietā, viņš ir tagad dabūjis sertifikātu, tālāk kadru darbinieks ņem un tagad sūta visām atbilstošām instancēm sertifikāta numuru, derīguma termiņu, kad nu viņš ir iegūts. Šai te saiknei būtu jābūt tieši no sertifikācijas, resertifikācijas komisijām ir jāievada attiecīgās datu bāzēs iekšā un tad ņem no tās datu bāzes un pēti, ja tev vajag. Ne jau tagad katra darbavietā! Sarēķini pa Latviju visas šis te vietas, kur kadru darbinieki tagad ņem un sūta šos te dokumentus, tad kopā tur sanāk tiešām diezgan daudz noteikti cilvēkstundas, kas ir bezjēdzīgi izlietotas. (stacionārs, Rīga)

Un arī par ārstiem - tiklīdz kāds ārsts saņem jaunu sertifikātu tai pašā jomā pēc 5 gadiem, viņiem jau tā reģistrācija iet un viņi to redz, jo paši arī izsniedz, bet man ir no šejienes jāsūta speciāla veidlapa, ka ārsts ir ar tādu sertifikāciju un tad viņi liek tajā reģistrā. Attiecīgi arī NVD atkal skatās, vai viņiem viņš ir atzīmēts, un tad tikai viņi viņu apmaksā. Ja kaut kas nesakrīt savā starpā, tad tos talonus neapmaksā. Tur var pa vidu mocīties un nekad netikt pie taisnības. Man ir jāsaskaņo ar vienu galu un otru, un tad tikai beigās tiek apmaksāti tie taloni. Man ir jāseko, vai viņu datu bāzes saskan. Man visu laiku ir jāsniedz ziņas, jo tagad arī nesakrita (..). Es to kodu dienestam nosūtīju, bet Veselības inspekcija to nebija ievadījusi. Viņi jau neatzina to un neko nepateica. Visu laiku ir jāseko līdzi. (stacionārs, reģions)

Man arī nav skaidrs, ja ārstam nav sertifikāta, kuru viņš negrib un nekārto, vai viņam reģistrs saglabājas, jo tikko mums te atkal bija Veselības inspekcija, un es viņiem šo uzdevu. Viņi teica, ka nevar jau visu mūžu uzraudzībā strādāt! Viņi man tā arī konkrēti neatbildēja, vai pēc tiem 5 gadiem arī reģistru neatjauno. Es skaidrībā netiku, kas tas ir. Es saprotu, ka, ja nav sertifikāta, tad var strādāt uzraudzībā, bet cik ilgi tā var strādāt. Viņa atbild, ka visu mūžu nevar. Bet cik ilgi var? Kur tas ir rakstīts? (stacionārs, reģions)

Šobrīd mēs esam saskārušies ar tādu problēmu, ka jaunās māsas, kuras ir pabeigušas koledžu, un viņām tātad tiek veikta šī te reģistrācija. Darbinieks vēlētos sākt strādāt, jau ir diploms, bet šobrīd ir mazlietiņ aizkavēšanās tāpēc, ka šis te reģistrs nevar tik ātri veikt. (stacionārs, Rīga)

Kamēr desmit reizes sūta vienu un to pašu un skatās internetā, vēl nav izmaiņas. Zvani vēlreiz. Nē, mēs neko neesam saņēmuši. Tad jau ar datumiem nokonstatē, kad ir aizsūtīts e-pasts, kad tu esi runājis pa telefonu. Nu tad tūdaļ nomainīsim. Nē, paiet divas nedēļas, vēl mēs neko neesam, kamēr viņi tai sistēmā nav ielikuši, mēs nedrīkstam to

cilvēku izmantot un aiziet laiks vienkārši nevajadzīgi. Tur vajadzētu kaut kā elastīgāk tās ziņas. (stacionārs, reģions)

Reizēm mēs sūtām Veselības inspekcijas reģistram, un viņi tālāk nodod Veselības dienestam vai slimokasei. Tad reizēm, es esmu to talonu aizsūtījusi, tiešie maksātāji, Veselības dienests, vēl nezina. Nav aizvadītas tās ziņas. Kaut kad jau tiek aizvadītas, bet reizēm ir bijušas problēmas. Tiek atbrīvots ārsts, kaut gan vienalga kāds ārstniecības personāls, pieņemts, izmainās specialitāte, tiek pārcelts citā darbā, tas viss ir jāziņo. Viņš jau varbūt strādā tajā savā specialitātē. Viņš ir, piemēram, dabūjis sertifikātu, jau sāk strādāt tajā specialitātē, un viņam jau ir talons, bet tas Veselības dienests vēl nav saņēmis tās ziņas, un viņš neapmaksā. (..) Un talonu nevar nemaz ievadīt sistēmā. Vienkārši neļauj ievadīt, jo nav tas uzvārds. Tā jau kas mums, kad gribi, maini, bet, ja tas atsaucas uz darbu, ko nevar uzrādīt. (stacionārs, reģions)

Mēs strādājam ar savu datu bāzi un veidojam savu datu bāzi. Katru mēnesi mēs sūtām Veselības inspekcijai elektroniski parastā Excel formā informāciju par tām personām, kuras mēs esam resertificējuši vai no jauna sertificējuši. Mēs sagatavojam šo te copy-paste variantā, bet man ļoti žēl, ka Veselības inspekcijas darbinieki to tīri tehniski ievada, papildinot katras ārstniecības personas failu, kas prasa lielu kapacitāti un darbu no viņiem, ko varētu izdarīt labāk un ātrāk elektroniskās saziņas un elektronisko parakstu pieejas kodu pasaulē. Mēs esam piešķīruši māsai sertifikātu jau 7. maijā, dati par to, ka mēs šo sertifikātu piešķīrām, mums ir jānosūta Veselības inspekcijai līdz 15. jūnijam, bet vai līdz 1. jūlijam Veselības inspekcija paspēs tos datus ievadīt par 450 personām, kuras mēs esam apkalpojuši maijā, grūti pateikt. Jautājums, kā šī persona, kas 7. maijā ir saņēmusi sertifikātu, aizies stāties darbā 20. jūnijā pie darba devēja kā sertificēta persona, jo darba devējs paskatīsies bāzē, ka nav datu par to, ka sertifikāts ir pagarināts vai piešķirts. (profesionālā asociācija)

<u>Problēma</u>: ārstniecības personai izsniegto apliecību (sertifikātu) nav iespējams saņemt pa pastu u.tml., ir jādodas atkārtoti uz VI saņemt apliecību.

Lielāku apgrūtinājumu nepieciešamība pēc reģistrācijas dokumentu iesniegšanas atkārtoti doties uz VI, lai saņemtu reģistrācijas apliecību, ir ārstniecības personām, kas strādā ārpus Rīgas, jo saistīti ar lielāku laika un finanšu resursu patēriņu. Vairāki stacionāro pakalpojumu sniedzēji šo problēmu ir risinājuši, izmantojot VI piedāvāto iespēju, kad reģistra darbinieki izbrauc uz attiecīgo iestādi un vienas dienas laikā pieņem dokumentus, veic nepieciešamās procedūras ārstniecības personas pārreģistrācijai un izsniedz reģistrācijas apliecībustacionārā strādājošajam personālam. Atsevišķi ārsti speciālisti bija dzirdējuši par iespēju, ka dokumentus iespējams iesniegt elektroniski. Neskatoties uz šīm labajām sadarbības praksēm, ieteicams radīt vēl citas iespējas, kā atvieglot ārstniecības personas reģistrācijas apliecības saņemšanu.

Šī problēma tiktu risināta, ja tiktu pieņemti divi iepriekš minētie priekšlikumi, t.i., pirmkārt, ārstniecības personas reģistrācijas apliecībai ilgāks derīguma termiņš, otrkārt, ārstniecības personas reģistrācijas apliecības izsniegšana tiktu tuvināta diploma saņemšanas laikam. Cits iespējamais problēmas risinājums varētu būt iespējas saņemt reģistrācijas apliecību VI reģionālajā nodaļā radīšana, lai samazinātu ārstniecības personas patērēto laiku nokļūšanai līdz VI.

<u>Problēma</u>: nevienlīdzīga pieeja dažādām ārstniecības personu grupām attiecībā uz izvirzītajām prasībām reģistrācijas pagarināšanai.

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. māsām (medicīnas māsām), savukārt ārstiem obligātais stundu skaits pārreģistrācijai nav norādīts (sk. līdzīgu problēmu saistībā ar ārstu palīgumu (feldšeru) pārreģistrāciju 1.2.3. sadaļā). Saskaņā ar 24.02.2009. MK noteikumiem Nr. 192 māsām, pagarinot tiesības veikt profesionālo darbību māsas profesijā turpmākos piecus gadus, novērtē ārstniecības personas atbilstību noteikumos minētajām prasībām, pamatojoties uz profesionālās kvalifikācijas pilnveidi apliecinošiem dokumentiem par zināšanu un prasmju apguvi vai pilnveidi vismaz 150 stundu apjomā attiecīgās kvalifikācijas atbilstības pārbaudi.

Stacionāro pakalpojumu sniedzēji – māsu darba devēji – uzsvēra minēto prasību kā nevienlīdzīgu pieeju attiecībā pret sertificētām māsām un ieteica atcelt ārstniecības personām prasību par profesionālas pilnveides kursu apmeklējumu noteiktu stundu apmērā pārreģistrācijai. Lai gan

sertificētas māsas pārreģistrācijai vai izmantot tos pašus dokumentus par zināšanu un prasmju apguvi, kurus izmantoja resertifikācijai, resertifikācijas un pārreģistrācijas termiņu nesakritības dēļ konkrētā laika posmā iegūtais profesionālās kvalifikācijas pilnveides stundu apjoms var būt nepietiekams vienai vai otrai procedūrai. Līdzīgi kā ārstiem, sertificētām māsām ieteicams pārreģistrāciju veikt, pamatojoties uz sertifikācijas institūcijas datiem par ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņu.

Jāatzīmē, ka medicīnas māsas var tikt nodarbinātas arī tad, ja tās nav sertificējušās, un jautājumā, kādas prasības, pagarinot reģistrāciju, būtu jāizvirza nesertificētām māsām, dalās. Viens no risinājumiem varētu būt visu medicīnas māsu sertifikācijas veicināšana, kurā ir ieinteresēti darba devēji. Atbalstot šo pieeju aktualizējas māsu specializāciju jautājums, kurš šobrīd arī ir viens no administratīvo slogu veicinošajiem aspektiem (sk. turpinājumā). Piemērojot šo risinājumu, saglabājas diskusija, vai nepieciešama profesionālās kvalifikācijas pilnveide nesertificētām māsām, vai arī tā būtu atceļama.

1.3.b. logs. Prasību māsu pārreģistrācijai vērtējums

Par to māsu reģistru ir vēl trakāk. Ja tas ārstu reģistrs vēl salīdzinoši vienkāršs – tur aizved diploma kopiju un kaut kādas elementāras lietas, un tevi piereģistrē, tad tajā māsu reģistrā viņas vēl tur spīdzina ar kaut kādiem kredītpunktiem un nezin ko, kas ir pilnīgās glupības. Pilnīgi pietiktu ar māsas sertifikāciju. Māsu reģistram faktiski vajadzētu funkcionēt ļoti līdzīgi. (stacionārs, Rīga)

Ārstiem ir specialitātes sertifikāts un ārstu reģistrs. Tur tu aiznes dokumentus un tas notiek automātiski. Medmāsām ir jāsavāc punktus māsu reģistram un vēl ir jāsavāc punkti specialitātē. Divreiz jāsavāc. Tās ir divas dažādas organizācijas, kur katra pieprasa, lai tos punktus aiznes. Šo to var pārnest, šo to atsevišķi vajag, bet tas dublējas. Ja viņa ir specialitātes māsa, tad loģiski, ka viņa ir sertificēta, bet kāpēc vēl reģistram vajag tos punktus? Tur iznāk nepārtraukti stiept tos visus punktus. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Ja sertifikāts ir iedots, tad vienkārši māsām ir tāda vēlme to pieturēt. Iznāk dubultā – viņām vajag kredītpunktus, lai reģistrētos, kur ir obligātas stundas, un lai sertificētos, tad atkal. Un ja tie termiņi nav vienādi – ja reģistrs nav kopā ar sertifikāciju, tad ir grūtības tās stundas savākt, jo stundas vajag abos. (..) Ārsti līdz ar sertifikāciju iziet arī reģistru. Viņi atnes sertifikātu un arī reģistra izziņu, bet, ja māsa sertifikātu ir ieguvusi maijā/aprīlī, viņai tie termiņi nesakritīs, jo reģistrs būs ātrāk vai vēlāk. Un uz katru ir savas stundas. Ja vienas stundas derēs vienā termiņā, otrā viņas var nederēt, jo gadi arī ir savādāki. Viņām iznāk gan dubulti kursi, gan dubulta samaksa. Tas naudas ziņā arī ir daudz. Vajadzētu būt, ka viens no viņiem ir obligāts. (stacionārs, reģions)

Māsām šis process ir nedaudz sarežģītāks. Māsām ir reģistrs katrus 5 gadus, kur ir jāsakrāj 150 kredītstundas, un vēl sertifikācija, kur arī ir jāsakrāj 150 kredītstundas. Respektīvi, ja man pagājušogad beidzās reģistrs, man bija jāsakrāj 150 stundas, lai es varētu pārreģistrēties, bet šogad man beidzas sertifikāts un tie paši punkti man der arī sertifikācijai, tad kāpēc šo procesu vispār nevar apvienot!? Kāpēc ir jāiziet divi procesi ar vienu un to pašu dokumentāciju? (stacionārs, reģions)

<u>Problēma</u>: ārstniecības personu reģistrācija un darba dokumentēšana notiek, izmantojot personas kodu.

Atsevišķi stacionāro pakalpojumu sniedzēji aktualizēja jautājumu par ārstniecības personas datu publisku pieejamību, kas var radīt draudus personas drošībai. Šie aptaujātie vēlās, lai katram ārstam tiktu piešķirts atsevišķs identifikators, kas būtu jānorāda ārsta dokumentos.

1.3.c. logs. Ārstniecības personas reģistrācijas un identificēšanas ar personas koda palīdzību riski

Visas ārstniecības personas tur reģistrētas ar savu personas kodu, kurš ir jāekspresē uz visiem zīmogiem kā personas saistīti dati. Tajā reģistrā pat bija slinkums sanumurēt tos cilvēkus pēc kārtas un iedot katrai ārstniecības personai unikālu identifikatoru, kas nebūtu viņa personas kods. (stacionārs, Rīga)

Ja tas pacients manu izrakstīto recepti, kur ir mans kods virsū, vārds un uzvārds pilns, izmet miskastē, un kāds paņem, viņam visi dati ir priekšā. Viņš ar to var iet kādreiz, es nezinu, uzdoties policistam vai vienalga kam. Tā kā es uzskatu, ka tur bišķiņ jāpaskatās, ko mēs atspoguļojam, jo pacienta datus mēs tā kā ļoti aizsargājam, neko nedrīkst, bet ārsta dati tad iznāk jebkuram ir priekšā. (stacionārs, reģions)

1.4. Ieteikumi ārstniecības personu (pār)reģistrācijas procedūras uzlabošanai ārstniecības personu reģistrā[3]

Ieteikumi ārstniecības personu (pār)reģistrācijas procedūras uzlabošanai izriet no iepriekšējās nodaļās veiktās situācijas analīzes. Vērtējot ieteikumus, jāņem vērā, ka politikas veidotāju un īstenotāju līdzšinējās aktivitātes nodaļā aplūkoto problēmu novēršanai raksturotas nav – lai gan šādas iniciatīvas ir bijušas, tās pētījuma īstenošanas laikā nav noslēgušās un kā normatīvo aktu grozījumu projekti nav iesniegti izskatīšanai Ministru kabinetā. Tādējādi pētījuma autori uzskata, ka iepriekšējās nodaļās apkopotās problēmas ir būtiskas, un politikas veidotājiem ir jāturpina uzsāktās iniciatīvas to atrisināšanai.

- 24.02.2009. MK noteikumos Nr. 192 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība" definēt institūciju, kas ir atbildīga par reģistra izveidi, papildināšanu un uzturēšanu.
- 24.02.2009. MK noteikumos Nr. 192 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība" 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.
- 24.02.2009. MK noteikumos Nr. 192 „Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība" 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.
- Tuvināt ārstniecības personas reģistrācijas un reģistrācijas atjaunošanas ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā procedūru ar resertifikācijas procedūru, nodrošinot sertifikācijas institūcijām pieeju VI datu bāzei un nosakot atbildību sniegt VI ziņas par sertifikācijas pagarināšanu. Nodrošināt automātisku ārstniecības personu reģistrācijas atjaunošanu, ja VI informācijas sistēmā atbilstošajos termiņos tiek ievadīti dati par ārstniecības personas sertifikāta atjaunošanu un ja VI ir iesniegti (elektroniski vai papīra formā) citi pārreģistrācijas dokumenti – iesniegumi par pārreģistrāciju un profesionālās darbības pārskats.
- Ja tiek saglabāta prasība par kvalifikācijas pieredzes apliecināšanu reģistrācijai ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā profesionālās pilnveides stundu skaita izteiksmē, 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.
- Ja tiek saglabāta prasība par kvalifikācijas pieredzes apliecināšanu reģistrācijai ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā profesionālās pilnveides stundu skaita izteiksmē, attiecināt ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu resertifikācijas vajadzībām apmeklēto profesionālās pilnveides kursu stundas uz pārreģistrācijai

[3] Šī pētījuma 1. aktivitātes starpziņojuma ieteikumu nodaļās (1.4., 2.8., 3.7., 4.5., 5.3., 6.3., 7.4., 8.5.) ir iekļauti nozīmīgāko vai izplatītāko problēmu risinājumu varianti. Pārējie ieteikumi ir raksturoti konkrētās problēmas izklāsta tekstā.

nepieciešamajām profesionālās pilnveides kursu stundām, saskaņojot gan kursu obligāto saturu (ja ir attiecināms), gan stundu skaitu resertifikācijai un pārreģistrācijai.

- 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.
- Atvieglot ārstniecības personas reģistrācijas apliecības izsniegšanu. Ieteicams izvērtēt iespēju ārstniecības personas reģistrācijas apliecību izsniegt personai kopā ar atjaunoto sertifikātu attiecīgajā profesionālajā organizācijā vai asociācijā. Izvērtēt iespēju reģionos strādājošajām ārstniecības personām nodrošināt reģistrācijas apliecību izsniegšanu VI teritoriālajās nodaļās.
- Ieteicams izvērtēt iespēju izdot 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 apliecinošos dokumentus par zināšanu un prasmju apguvi.
- Pirmreizējo ārstniecības personu reģistrāciju ieteicams tuvināt diploma par ārstniecības iestādes beigšanu saņemšanai, saīsinot reģistrācijas termiņu.
- Ieteicams meklēt risinājumus, lai saīsinātu ārstniecības personas un ārstniecības personas reģistrēšanas termiņu, piemēram, tā būtu jāveic piecu darba dienu laikā līdzīgi nosacījumam, ka ārstniecības iestādes tiek reģistrētas piecu darba dienu laikā.
- Ja ārstniecības persona ir sertificēta, atcelt ārstniecības personām prasību par profesionālas pilnveides kursu apmeklējumu noteiktu stundu apmērā personas pārreģistrācijai. Šī pieeja šobrīd darbojas tikai ārstu gadījumā, savukārt māsām joprojām jāpierāda kvalifikācijas pilnveides kursu apmeklējums gan resertificējoties, gan pārreģistrējoties. Ieteikuma ieviešana vienādotu prasības, kas izvirzītas visu sertificēto ārstniecības personu pārreģistrācijai ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā. Profesionālās pilnveides kursu apmeklējums noteiktu stundu apmērā saglabātos obligāts tām ārstniecības personām un ārstniecības personām, kuras nav sertificējušās.
- Sekmēt ģimenes ārstu un ārsta palīgu informētību par viņu pienākumu ziņot ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistram par izmaiņām, kas saistītas ar viņu kvalifikāciju vai profesionālo darbību.
- Celt VI datu bāzes (reģistra) kapacitāti, lai nodrošinātu ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra datu bāzes publiskās informācijas regulāru aktualizāciju un ticamību.

2. VESELĪBAS APRŪPES PERSONĀLA SERTIFIKĀCIJA UN RESERTIFIKĀCIJA

2.1. Tiesiskais regulējums

Pētījuma izstrādē ņemti vērā šādi normatīvie akti, kas regulē veselības aprūpes personāla sertifikāciju un resertifikāciju:

- 12.06.1997. Ārstniecības likums (redakcija uz 25.07.2012.);
- 23.12.1997. MK noteikumi Nr. 431 „Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība" (zaudējuši spēku 28.06.2000.);
- 24.03.2009. 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";
- 12.03.2012. MK noteikumu projekts „Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība";
- 05.02.2008. MK noteikumi Nr.76 „Veselības inspekcijas nolikums".

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.

Ārstniecības personu sertifikāciju atbilstoši Ārstniecības likuma 29. panta otrajā daļā noteiktajam veic trīs institūcijas: Latvijas Ārstu biedrība (LĀB) (sertificē ārstus un zobārstus), Latvijas Māsu asociācija (LĀM) (sertificē māsas, zobārstniecības māsas, vecmātes un zobu higiēnistus) un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība (LĀPPOS) (sertificē funkcionālos speciālistus, funkcionālā speciālista asistentus, ārsta palīgus, kosmētiķus, laborantus un zobu tehniķus). Sertifikācijas institūcijas šīs funkcijas nodrošināšanā ir iesaistījušas profesionālās sabiedriskās organizācijas un asociācijas, t.sk. Latvijas Ģimenes ārstu asociāciju, Latvijas ambulatorā dienesta ārstu palīgu profesionālā biedrību sertifikācijai u.c.

2.2. Ģimenes ārstu sertifikācija un resertifikācija

2.2.1. Jauno ģimenes ārstu sertifikācija

Jaunie ģimenes ārsti sertifikācijas eksāmenu kārto pēc rezidentūras beigšanas. Attiecībā uz iesniedzamajiem dokumentiem netika konstatētas būtiskas problēmas, tāpat nav informācijas pieejamības grūtību par sertifikācijas prasībām un kārtību. Nozīmīgākā pētījumā identificētā problēma ir sertifikācijas procedūras kopējais ilgums, kas ir saistīts ar rezidentūras beigšanas,

sertifikācijas eksāmenu un sertifikāta saņemšanas procedūru nesaskaņotību un starpinstitucionālās sadarbības vājumu starp augstskolām, ģimenes ārstu profesionālajām asociācijām un sertifikācijas institūciju (Latvijas Ārstu biedrību). Šīs problēmas risinājumu paredz 12.03.2012. MK noteikumu projekts „Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība".

Problēma: jauno ģimenes ārstu sertifikācijas procedūras ilgums, kas ir saistīts ar rezidentūras beigšanas, sertifikācijas eksāmenu, sertifikāta saņemšanas procedūru nesaskaņotību.
Intervētie jaunie ģimenes ārsti atzina, ka viņiem būtisks apgrūtinājums ir pirmreizējās sertifikācijas procedūras kopējais ilgums. Sertifikācijas eksāmenus jaunie ārsti kārto pēc rezidentūras beigšanas, kas parasti notiek jūnija mēnesī, taču diplomu – rezidentūras beigšanu apliecinošu dokumentu – jaunie ģimenes ārsti saņem tikai augusta beigās, kad viņiem beidzas līgumattiecības ar augstskolu. Pozitīvi tiek vērtēta prakse, ka šobrīd rezidentūras beigšanas eksāmens ir apvienots ar sertifikācijas eksāmeniem, 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 apliecinošu dokumentu, kas ir jāiesniedz Latvijas Ģimenes ārstu asociācijai, kas tālāk pieņem lēmumu par sertifikāta piešķiršanu. Taču jau minēto līgumattiecību ar augstskolu dēļ izglītības dokumentu jaunie ārsti var iesniegt tikai septembra sākumā. Pēc tam ir nepieciešams laiks sertifikācijas komisijas sēdes sasaukšanai, sertifikātu izgatavošanai. Rezultātā, kā stāstīja jaunie ģimenes ārsti, savus sertifikātus viņi reāli saņem tikai oktobra sākumā, neraugoties uz to, ka kvalifikācijas prasības izpilda jūnija beigās. Šāds sertifikācijas ilgums būtiski kavē jauno ārstu patstāvīgas profesionālās darbības uzsākšanu.

Lai mazinātu šo problēmu, ir nepieciešami vairāki risinājumi. Pirmkārt, rezidentūras beigšanu apliecinošu dokumentu izsniegt uzreiz pēc rezidentūras pabeigšanas, izskatīt rezidentu un augstskolu savstarpējā līguma termiņus. Otrkārt, nodrošināt savlaicīgu sertifikātu saņemšanu pēc kvalifikācijas prasību izpildes. Pēdējā 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 augstāk raksturotajam ieteikumam optimizēt sertifikāta saņemšanas procedūru.

2.2.1. logs. Jauno ģimenes ārstu sertifikācijas problēmas

Tur bija drausmīgi neskaidrs man arī jautājums par to, ka mēs beidzam rezidentūru un kārtojam valsts eksāmenus asociācijā jūnija sākumā. Faktiski mēs rezidentūru esam pabeiguši, eksāmens ir nokārtots, mums vairs nekā nav, savukārt, sertifikātu vari tikai tad iegūt, kad esi beidzis rezidentūru un ir izsniegts diploms. Tas ir pēc diviem trim mēnešiem. Tos mēnešus nekas nenotiek. Tu esi pabeidzis, bet tu nevari meklēt darbu, jo tev nav sertifikāts. Tas ir diezgan nesaprotams periods. Kāpēc to nevar ātrāk visu paātrināt? (..) Tagad ir apvienoti. Ir valsts eksāmens rezidentūras programmas beigšanai kopā ar asociāciju. Pagājušogad tas bija pirmo gadu, ja nemaldos. Tie ir apvienoti, bet tas periods vienalga paliek tāds tukšs. Diezgan liela neskaidrība bija. Zvanījos, interesējos, bet neviens neko nesaprot un nemāk atbildēt. Tur kaut kāds robs ir tai sadarbībā starp asociāciju, Ārstu biedrību un akadēmiju. (jauns ĢĀ, Rīga)

Bija diezgan daudz apgrūtinājumu. (..) Praktisko eksāmena daļu neļāva likt pirms nav diploma no universitātes, bet laiki jau atšķiras. Noliec teorētisko, bet praktisko nevari, jo tev nav universitātes diploma, ko tu dabū pēc mēneša. Tad tu gaidi, kad sarunā praktisko eksāmenu. Tās ir divas nedēļas. Tad gaidi, kad sanāks kopā [Latvijas] *Ģimenes ārstu asociācija, lai tevi nosertificētu, kas atkal ir mēnesis. Pēc tam tu atkal gaidi, kamēr Latvijas Ārstu biedrība uztaisa sertifikātu. Rezultātā es trīs mēnešus to visu kārtoju. Pa to laiku es reāli neko nevaru darīt.* (jauns ĢĀ, Rīga)

Izrādās, ka mūsu MK noteikumi par sertifikāciju jau nav spēkā no 2003. gada. Jaunie vēl nav tapuši. Tie ir steidzamības kārtā. Viss, ko esam darījuši līdz šim laikam, nav bijis atbilstošs likuma normatīvajiem aktiem. Ārstniecības likums nosaka, ka Ārstu biedrība ir galvenā institūcija, bet MK noteikumi šai laikā par sertifikāciju nav eksistējuši. Īstenībā nekas nav bijis pareizi. Sertifikācijas procesā lielākās problēmas ir ar to, ka sertifikācija ģimenes medicīnā nenotiek reizē ar šīs rezidentūras beigšanu augustā vai jūlijā. Šim rezidentūras eksāmenam vajadzētu būt vienlaicīgi ar sertifikācijas eksāmenu, lai cilvēks var dabūt diplomu tāpat kā citās specialitātēs pēc rezidentūras beigšanas, nevis gaidīt vēl 2-3 mēnešus, un viņam nav iespēju ieiet laikā un vietā darba tirgū. Viņiem ir jāgaida formāla lieta – sertifikācijas

komisijas sēde, kura notiek tikai pēc diploma iegūšanas. Diplomu iegūst augustā, bet rezidentūra jau beidzas jūnijā/jūlijā. Ja arī cilvēki sarunā sev darba vietu, tad viņi vienalga nevar normāli iekļūt darba tirgū, jo viņiem ir jāgaida šis formālais dokuments, un ir jānotiek atsevišķi vēl vienam formālam eksāmenam. Tas nav normāli. Otrkārt, ja viņi jūnijā/jūlijā kārto rezidentūras beigšanas eksāmenu, tad tam būtu jābūt reizē ar sertifikācijas eksāmenu. Tas būtu normāli. (profesionālā asociācija)

2.2.2. Ģimenes ārstu resertifikācijas procedūras vērtējums un nepieciešamība

Pētījuma 1. aktivitātē ir izmantotas galvenokārt kvalitatīvās datu ieguves un apstrādes metodes, tomēr, veicot padziļinātās intervijas ar primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, ir apkopoti arī atsevišķi kvantitatīvie rādītāji, t.sk., par sertifikācijas un resertifikācijas procedūru, kas atspoguļo pētījumā iegūto viedokļu un pieredzes kontekstu, kas ļauj izvirzīt pieņēmumus par tendencēm attiecīgajos veselības aprūpes nodrošināšanas aspektos.

Kopumā tika intervēti 30 ģimenes ārsti. Lielākā daļa aptaujāto ģimenes ārstu (21) pēdējo divu gadu laikā ir izgājuši resertifikāciju, 6 respondenti ir sertificējušies, bet 3 ģimenes ārsti nav nedz sertificējušies, nedz resertificējušies. Ārstniecības personas resertifikācijas procedūru puse no ģimenes ārstiem (11), kas to izgājuši pēdējo divu gadu laikā, vērtē kā drīzāk vienkāršu, kas nesagādāja nozīmīgas grūtības, bet mazliet mazāk kā puse (8) vērtē kā vienkāršu. Tikai viens respondents resertifikācijas procedūru vērtē kā sarežģītu, kas sagādājusi nozīmīgas grūtības, un vienam respondentam bija grūti novērtēt procedūru. Savukārt 4 no 6 ģimenes ārstiem, kas pēdējo divu gadu laikā izgājuši sertifikāciju, procedūru vērtē kā drīzāk sarežģītu, kas ir sagādājusi nelielas grūtības, bet pārējiem 2 respondentiem šī procedūra ir bijusi drīzāk vienkārša.

Visbiežāk respondenti (8) kā problēmu, ar kuru saskārās ārstniecības personas sertifikācijas vai resertifikācijas laikā, minēja neapmierinātību ar sertifikācijas/resertifikācijas ilgumu, tā kā tā bija pārāk gara. Trim ģimenes ārstiem tā ir bijusi vidēja apjoma problēma, diviem respondentiem liela un vēl diviem maza problēma, bet vienam respondentam bija grūti novērtēt, cik liela šī problēma viņam ir bijusi.

Otra visbiežāk minētā problēma ir grūtības ar nepieciešamo dokumentu savākšanu vai sagatavošanu, ko atzīmēja pieci ģimenes ārsti. Divi respondenti to raksturo kā mazu problēmu, bet tikpat lielam respondentu skaitam tā ir bijusi liela problēma, savukārt viens respondents grūtības ar nepieciešamo dokumentu savākšanu un sagatavošanu uzskatu par vidēju problēmu.

Nākamās divas biežāk minētās problēmas, ko atzīmēja vienāds respondentu skaits – četri un četri – ir grūtības ar informācijas saņemšanu par sertifikācijas/resertifikācijas kārtību un nodevu apmērs par sertifikāciju/resertifikāciju. No aptaujātajiem, kuriem problēmas sagādāja informācijas saņemšana, trīs respondentiem tā bija vidēja apjoma problēma, bet vienam tā bijusi maza problēma. Identisks respondentu sadalījums ir problēmas par nodevu apmēru apjoma vērtējumā. Ar katru no divām problēmām – neapmierinātība ar sertifikācijas komisijas prasmi sniegt pakalpojumu un grūtības saistībā ar valsts nodevas maksājuma veikšanas kārtību – saskārās pa vienam ģimenes ārstam. Respondents, kurš atzīmēja pirmo iepriekš minēto problēmu, to vērtē kā vidēja apjoma problēmu, bet otrā problēma uztverta kā maza. Savukārt visiem respondentiem, kas pēdējo divu gadu laikā izgājuši sertifikāciju vai resertifikāciju, bija skaidrs, kādi dokumenti ir jāiesniedz, kā arī ģimenes ārsti atzīst, ka sertifikācijas komisijas locekļi bijuši laipni un atsaucīgi.

Uz jautājumu, vai būtu nepieciešams uzlabot ārstniecības personu sertifikācijas/resertifikācijas procedūru/kārtību, atbildēja 25 ģimenes ārsti, no kuriem 15 atbildēja apstiprinoši, bet pārējie noraidoši.

Izvērtējot arī **kvalitatīvos datus**, secināms, ka praktizējošie ģimenes ārsti resertifikācijas procedūru, kas ir jākārto ik pēc pieciem gadiem, kopumā vērtē kā vienkāršu, tā viņiem nesagādā nozīmīgas grūtības. Šajā sadaļā ir apkopoti intervēto ģimenes ārstu viedokļi par resertifikācijas procedūru un ar to saistītās iespējamās problēmas, kā arī pašu ģimenes ārstu izvirzītie priekšlikumi resertifikācijas procedūras uzlabošanai. Daļa no problēmām, kas skar arī ģimenes ārstu pārreģistrāciju ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā, ir analizētas starpziņojuma 1.2. nodaļā.

Lielākā daļa ģimenes ārstu atzina, ka viņiem nav sagādājušas grūtības tādi resertifikācijas aspekti kā informācijas pieejamība par nepieciešamajiem dokumentiem resertifikācijai, dokumentu savākšana un sagatavošana, informācijas pieejamība par resertifikācijas kārtību, sertifikācijas komisijas locekļu attieksme vai prasmes sniegt šo pakalpojumu. Tāpat nozīmīgas grūtības nav radījis valsts nodevas apmērs par resertifikāciju un maksājuma veikšanas kārtība. Ģimenes ārstu vērtējumā resertifikācijas nodevas apmērs, attiecinot to uz piecu gadu periodu, ir samērīgs. Pētījuma veikšanas laikā VM izstrādāja MK noteikumu projektu par ārstniecības personu profesionālo zināšanu pārbaudes, sertifikāta noformēšanas, reģistrēšanas un tā dublikāta izgatavošanas maksas pakalpojumu cenrādi.

2.2.2.a. logs. Ģimenes ārstu profesionālās pilnveides un resertifikācijas motivācija

(..) cilvēks nav tik disciplinēts, viņš var arī iesūnot un nesekot laikam līdz. Tas stimulē. Man pret to nekad nav bijuši iebildumi. Savai izaugsmei, tā ir zināma sava veida kontrole. (pediatrs maksas, Rīga)

Tā pati reanimācija – es pa šiem 10 gadiem nevienu neesmu reanimējis, bet nav garantijas, ka man tāda „laime" šovakar negadās. Tas nav paredzams un tev ir jābūt tam gatavam. Kādu laiku jau tas galvā paliek. Tas vienmēr ir labi. (ĢĀ, reģions)

Ģimenes ārsta specialitātei tie kursi vispār nevar būt par daudz, jo viņiem praktiski ir jāzina viss. (ĢĀ, Rīga, maksas)

Principā neredzu jēgu, kāpēc nepieciešama resertifikācija. Tai būtu jābūt tikai tad, ja pastāv šaubas par ārsta kvalifikāciju un darbu. Ja nopietnu sūdzību par ārsta darbu nav un nav konstatēti būtiski pārkāpumi, tad resertifikācija notiktu automātiski, bez dokumentu iesniegšanas. (ĢĀ, reģions)

Es vispār uzskatu, ja es strādāju un man nav būtiskas medicīniskas kļūdas darbā, tad kāpēc ir vajadzīga papīru resertifikācija. Droši vien, ka vajag, jo citādi tad cilvēks varbūt vispār neko nelasa un nemācās. Vispār tie kursi ir gauži formāli pa lielākai tiesai. Ko tur jaunu daudz var pateikt? Jaunam ārstam vēl, bet, ja kolēģiem, kas ir vecāki par mani, ir jāklausās, ko viņiem tur kāds 40-gadīgs stāsta, tas tā drusku dīvaini izskatās. (ĢĀ, reģions)

Kā jau augstāk norādīts, daļai no intervētajiem ģimenes ārstiem problēmas ir sagādājis resertifikācijas procedūras ilgums, taču tās ievilkšanās iemesli ir bijuši dažādi un tie neliecina par administratīvās barjeras attīstību. Pozitīvi ģimenes ārsti vērtē to, ka ir atceltas pārrunas ar sertifikācijas komisiju, jo viņu līdzšinējā pieredze liecina, ka šajās pārrunās neko būtisku konstatēt nav iespējams, tajās nevar novērtēt ārstniecības personas profesionalitāti. Tajā pašā laikā pastāv viedoklis, ka šobrīd resertifikācija balstās tikai uz ārstniecības personas iesniegtajiem dokumentiem par apmeklētajiem tālākizglītības kursiem un citiem pasākumiem, kas nenodrošina ģimenes ārstu iegūto, atjaunoto vai nostiprināto zināšanu pārbaudi. Kā viens no papildu risinājumiem ārstu profesionālo zināšanu un prasmju regulārai pārbaudei ir izvērtēt veidlapas „Praktiskā darba atskaite" lietderību, jo, kā liecina ārstu viedoklis, šīs veidlapas tiek aizpildītas samērā formāli. Tā vietā ģimenes ārstu (un citu ārstu-speciālistu) profesionālo prasmju un zināšanu izvērtējumu balstīt uz ārsta profesionālās darbības padziļinātu analīzi, izmantojot gan NVD regulāri iesniegtos datus par apkalpotajiem pacientiem, veiktajām manipulācijām utt., 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.

Galvenais resertifikācijas procedūras aspekts ģimenes ārstu vērtējumā ir nepieciešamo kredītpunktu savākšana par tālākizglītības un profesionālās pilnveides aktivitātēm. Lielākā daļa intervēto ārstu atzina - ja tālākizglītības kursi tiek savlaicīgi un regulāri apmeklēti, tad nav problēmu savākt

nepieciešamo kredītpunktu skaitu un nokārtot resertifikāciju. Ģimenes ārstu dominējošā nostāja ir tāda, ka dažādu tālākizglītības kursu apmeklēšana ģimenes ārstiem ir pamatota prasība, jo ģimenes ārstam ir jābūt ļoti plašām profesionālajām zināšanām. Ar tālākizglītības kursu kvalitāti un brīvas izvēles iespējām ģimenes ārsti ir apmierināti. Ģimenes ārstu vidū pastāv viedoklis, ja šādas tālākizglītošanās prasības nebūtu obligātas, liela daļa ģimenes ārstu neapmeklētu tālākizglītības kursus. Turklāt ir prasmes un zināšanas, kuras ir svarīgi regulāri atjaunot, jo, nepielietojot šīs prasmes ikdienā, tās pilnībā var pazust. Vienlaikus pastāv arī alternatīvais viedoklis, ka resertifikācijai būtu jānotiek automātiski, ja par ārstniecības personu nav saņemtas sūdzības, nav konstatēti būtiski profesionālās darbības pārkāpumi.

2.2.2.b. logs. Ģimenes ārstu raksturoto resertifikācijas procedūras problēmu piemēri

Lai gan, ja tā rēķina summāri, tas maksā ļoti daudz. Es ar mašīnu aizbraucu uz Rīgu, stāvvieta, jāatbrauc atpakaļ. Laika ziņā, protams. Ja es aizbraucu uz kursiem, tad sanāk, ka es maksāju par kursiem mazāk nekā par autostāvvietu. Tas nav pilnīgi samērojams. Ģimenes ārstu asociācijā visbiežāk notiek šie kursi, teorētiskās mācības, tad par autostāvvietu es maksāju vairāk. Ja godīgi, tos 250 kredītpunktus ir diezgan grūti savākt. Arī tad, ja esi aktīvs braucējs, un ja tu tālu nedzīvo no galvaspilsētas. Kā brauc tie, kas dzīvo 200 km no Rīgas? Neiedomājami! Ja nav reģionālie kursi. Es esmu runājusi ar kolēģiem. Tas maksā diezgan dārgi šobrīd. (ĢĀ, reģions)

Tās grūtības pieaug to iemeslu dēļ, ka pieaug darba intensitāte, lai varētu sekmīgi savest visus galus kopā ir visiem intensīvi jāstrādā. Lai es visās specialitātes apmeklētu atbilstošus kursus – tas man sagādā grūtības. Ja tas netiks mainīts, tad nākotnē tas sagādās vēl lielākas grūtības. (ĢĀ, reģions)

Vēl viena lieta, kas man liekas ārkārtīgi neizdevīgi, ir ārstam, kuram ir vairāki sertifikāti. Man ir prakse reģistrēta kā ģimenes ārsta, dermatologa-venerologa un arodārsta prakse. Man ir trīs sertifikāti. Katrs sertifikāts ir izdots savā gadā. Līdz ko viens beidzas, man beidzas prakses reģistrācijas laiks! Tas nozīmē, ka man ik pēc viena vai trīs gadiem ir jāpārreģistrē prakse. Jautājums, kāpēc? Ko tad man reģistrēt 3 atsevišķas prakses!? Kāpēc es nevarētu to reģistrēt kā vienkāršu ārsta praksi, nesaucot to par ģimenes ārsta u.c. praksi. Protams, es varbūt šai periodā izdomāšu, ka man nevajag vairs arodārsta sertifikātu un es viņu vairs neresertificēšu un nepagarināšu, bet man paliks ģimenes ārsta sertifikāts kā pamatsertifikāts. Kāpēc man ik pēc diviem gadiem ir jāmaksā nauda par to un atkal jābrauc ar visiem papīriem uz to iestādi un jāpierāda, ka man tie visi papīri ir? Tas ir baigais čakars un laika patēriņš. Šī sistēma ir absolūti nenormāla. (ĢĀ, Rīga, maksas)

<u>Problēma</u>: tālākizglītības kursu apmeklēšanai nepieciešamie laika un finanšu resursi.

Lielākā daļa profesionālās pilnveides kursu un pasākumu ģimenes ārstiem notiek Rīgā. Kursu pieejamība sagādā grūtības reģionos praktizējošajiem ārstiem, jo viņiem ir jāatceļ pacientu pieņemšana kursu norises dienā, atsevišķos gadījumos jāatrod prakses aizvietotājs. Attālāko reģionu ģimenes ārstiem šķērslis ir arī ceļa un uzturēšanās izmaksas galvaspilsētā, kas ir jāsedz pašiem papildus samaksai par kursiem. Šajā kontekstā reģionu ģimenes ārsti ļoti atzinīgi vērtē VM Eiropas Sociālā fonda (turpmāk – ESF) 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.

2.2.2.c. logs. Ģimenes ārstu ieteikumi profesionālās pilnveides aktivitātēm un resertifikācijas procedūras uzlabošanai

Varbūt varētu kaut kā ***elektroniski visu kārtot****, bet varbūt viņi daudziem ārstiem neuzticas, kuriem to sertifikātu nav. (..) Man būtu daudz vienkāršāk, ja es, neizejot no mājām, varētu visu elektroniski nokārtot. Ārzemēs jau ir tā, ka var krāt tos kredītpunktus elektroniski. Tur var mācīties tiešsaistē un krāt punktus. Man arī nāk tā informācija, bet tie punkti, ko es tur varētu nopelnīt, netiek akceptēti Latvijā. Kāpēc mēs nevarētu pildīt kādus uzdevumus vai lasīt informāciju elektroniski, kas mums ļauj savākt kredītpunktus? Tādējādi tā ģimenes ārstu vai jebkura cita asociācija varētu izkontrolēt, ko tas ārsts pa šo laiku ir reāli darījis.* (ĢĀ, Rīga, maksas)

(..) pienāk jauns raksts, kurš ir jāizlasa, bet pēc tam ir tests par to, kā tu esi apguvis to informāciju. Un tad tev piešķir

tos punktus. Pēc tam tas tiek apkopots. Var jau aiziet uz kādu semināru, par kuru tev iedod kredītpunktus, nogulēt tur, neko neiegūt, bet tev būs sertifikāts. Ja tu mācies šādā veidā, tad tev ir tests, kuru ir jāaizpilda, un tad ir tie kredītpunkti. Tā varbūt tās ārstu zināšanas tiek reāli uzlabotas. (ĢĀ, Rīga, maksas)

Būtu labi, ja ***tie sertifikāti uzreiz parādītos elektroniski kādā datu bāzē, kad savāc tos kredītpunktus****. Krāj punktus un viss. Tie krājas un tu zini, ka tev 100 vai 150 punkti. Tas ir, manuprāt, nemūsdienīgi.* (ĢĀ, Rīga)

Cits jautājums, ***vai resertifikāciju vajag, ja esi nostrādājis 30 un vairāk gadus?*** *Kad es paskatos uz kolēģiem, kuriem ir pāri par 60 un pāri par 70 gadiem, un es paskatos, kā viņi nervozē pirms tās resertifikācijas, pilnīgi, ka viņi nav ar mieru vairs strādāt. (..) Varēja pieņemt arī tādu nosacījumu, ka, ja tu esi nostrādājis kaut kādu gadu skaitu un tev nav aizrādījumu ne no tām pārbaudošām iestādēm, vai kaut kādi fatāli notikumi, kuru dēļ vajadzētu apgūt kaut ko.* (ĢĀ, reģions)

(..) domāju, ka visiem ***resertifikācijas dokumentiem vajadzētu iet caur e-vidi****. Mēs jau sen runājam, ja Ārstu biedrība ir atbildīga par sertifikāciju, tad Ārstu biedrības mājas lapā ir jābūt katra speciālista un ģimenes ārsta iegūto* ***kredītpunktu uzskaitījumam pa dažādiem kursiem****, jo Ārstu biedrība ir tā, kas apstiprina visus kursus. Ja ģimenes ārsts tos ir apmeklējis, tad viņš automātiski ieiet tai sarakstā. Tad Ārstu biedrība varētu saskaitīt, kādus kursus ārsti ir apmeklējuši, un redzēt šo unificēto 250 punktu skaitu šo piecu gadu laikā. Ja tas ir atbilstoši specialitātei, tad viss ir kārtībā. Tad caur komisiju varētu dabūt* ***darba aprakstu, kas neapšaubāmi ir gana formāls, jo, ja mums nav e-vides, un mēs visas manipulācijas nerakstām caur taloniem e-vidē NVD dienestam, tad arī sava darba aprakstā mēs no galvas ierakstām apmēram, cik esam ausis skalojuši*** *utt.. Kurš to var atcerēties pa šiem pieciem gadiem!? E-vidē es pie manipulācijām varētu apskatīt, cik ir bijušas ausu skalošanas, cik ginekoloģiskās apskates vai elektrokardiogrammas, jo ir atsevišķi manipulāciju kodi, bet tas, kā mēs rakstām tagad, ir tikai tā.* (profesionālā asociācija)

Pētījumā veiktajās intervijās ģimenes ārsti izvirzīja vairākus ieteikumus tālākizglītības un resertifikācijas procedūras uzlabošanai (sk. arī 2.2.2.c. logu):

- Pilnveidot vai atcelt profesionālās darbības pārskata veidlapu „Praktiskā darba atskaite", kuras aizpildīšana ģimenes ārstu vērtējumā ir drīzāk formāla, nevis ataino reālo situāciju. Profesionālās darbības pārskata ticamību varētu būtiski uzlabot, attīstot elektroniskās datu bāzes (e-veselības sistēmu) un izmantojot NVD datus par katra ārsta veiktajām manipulācijām attiecīgajā periodā.
- Balstoties uz ārvalstu pieredzi, apsvērt iespēju attīstīt attālinātās tālākizglītības piedāvājumu un iespēju vākt kredītpunktus, apgūstot dažādus kursus un kārtojot testa jautājumus tiešsaistē. Tāpat izvērtēt iespēju atzīt Latvijā praktizējošām ārstniecības personām ārvalstīs organizēto klātienes un neklātienes tālākizglītības pasākumu kredītpunktus.
- Izvērtēt iespēju atcelt prasību iesniegt ģimenes ārsta apmeklēto tālākizglītības kursu un pasākumu uzskaitījuma sarakstu, ja tiek iesniegti visu kursu apmeklējumu apliecinošie dokumenti. Izvērtēt iespēju atcelt prasību iesniegt ģimenes ārsta profesionālo pilnveidi apliecinošo dokumentu kopijas un uzrādīt to oriģinālus, izveidojot tālākizglītības pasākumu apmeklējumu elektronisko datu bāzi, par kuru izveidi un uzturēšanu būtu atbildīgas sertifikācijas institūcijas.
- Veikt katras ārstniecības personas tālākizglītību apliecinošo kredītpunktu elektronisko uzskaiti, kas ļautu gan ārstniecības personai, gan sertifikācijas institūcijai kontrolēt savākto punktu skaitu, gan optimizēt resertifikācijas procedūru, jo nebūtu jāiesniedz profesionālās pilnveides kursu apmeklējumu apliecinošie dokumenti, 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.

2.3. Ambulatoro ārsta palīgu resertifikācija

2.3.1. Ambulatoro ārsta palīgu resertifikācijas procedūras vērtējums

Ārsta palīgu sertifikācijas un resertifikācijas funkciju Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība (LĀPPOS) deleģējumā veic Latvijas ambulatorā dienesta ārstu palīgu profesionālā biedrība (LADĀPPB). Tāpat kā ģimenes ārstiem arī ārsta palīgiem (feldšeriem) resertifikācijas procedūra ir jākārto ik pēc pieciem gadiem un galvenā prasība ir profesionālās pilnveides kursu apmeklējums 150 kredītpunktu apjomā, kas ārstu palīgu vērtējumā ir atbilstoša un izpildāma prasība. Ārsta palīgi pozitīvi vērtē praksi, ka resertifikācijas procedūras ietvaros ir atceltas pārrunas ar sertifikācijas komisiju, kas bija ne vien formālas, bet veidoja arī garas rindas sertifikācijas komisijas sēdes dienā.

Kopumā pētījumā tika apmeklēti 37 feldšerpunkti visā Latvijas teritorijā. Lielākā daļa intervēto ārsta palīgu (26) pēdējo divu gadu laikā nav nedz sertificējušies, nedz resertificējušies, bet pārējie 11 feldšeri ir izgājuši resertifikāciju. Puse no tiem (seši respondenti), kas ir izgājuši resertifikāciju pēdējo divu gadu laikā, procedūru vērtē kā vienkāršu, kas nesagādāja nekādas grūtības. Savukārt drīzāk vienkārša šī procedūra bija diviem respondentiem, un tikpat lielam respondentu skaitam tā ir bijusi drīzāk sarežģīta, sagādājot nelielas grūtības. Tikai viens respondents atzina, ka ārstniecības personas resertifikācijas procedūra bija sarežģīta, sagādājot nozīmīgas grūtības.

Visbiežāk minētā problēma (četri respondenti), ar kuru saskārās ārsta palīgi ārstniecības personas resertifikācijas laikā, ir neapmierinātība ar resertifikācijas procedūras ilgumu, jo tā ir bijusi pārāk gara. Kā maza apjoma problēmu to raksturoja divi respondenti, vienam respondentam tā bija vidēja problēma un vēl vienam ārsta palīgam tā bija liela problēma. Otra biežāk minētā problēma ir neapmierinātība ar nodevu apmēru par resertifikāciju (divi respondenti), tā kā samaksa ir bijusi pārāk augsta, tomēr šīs problēmas apmērs ir vērtēts kā mazs. Ar grūtībām saistībā ar valsts nodevas maksājuma veikšanas kārtību saskārās viens respondents (maza problēma), tāpat arī vienam respondentam bija grūtības ar nepieciešamo dokumentu savākšanu vai sagatavošanu (vidēja problēma). Neviens no respondentiem nebija minējis, ka resertifikācijas laikā bija saskāries ar tādām problēmām kā skaidrības trūkums, kādi dokumenti ir jāiesniedz, grūtības ar informācijas saņemšanu par resertifikācijas kārtību, neapmierinātība ar sertifikācijas komisijas prasmi sniegt šo pakalpojumu, kā arī feldšeri nebija saskārušies ar nelaipniem un neatsaucīgiem komisijas locekļiem.

Uz jautājumu, vai būtu nepieciešams uzlabot ārstniecības personu sertifikācijas/resertifikācijas kārtību, deviņi respondenti atbildēja apstiprinoši un tikai divi uzskata pretēji.

Apkopojot feldšeru sniegtos vērtējumus, secināms, ka kopumā šī ārstniecības personu grupa resertifikācijas procedūru vērtē kā vienkāršu un tā nesagādā nozīmīgas grūtības. Turpinājumā ir apkopoti intervēto feldšeru viedokļi par resertifikācijas procedūru un ar to saistītās iespējamās problēmas.

2.3.2. Ārsta palīgu resertifikācijas procedūras problēmu raksturojums

<u>Problēma</u>: resertifikācijas kopējās izmaksas lielai daļai ārsta palīgu ir augstas, ņemot vērā viņu darba algas vidējo līmeni.
Ārsta palīga resertifikācijas kopējās izmaksas sastāda maksa par tālākizglītības kursiem, resertifikācijas nodeva (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. Pētījumā apzinātā pieredze liecina, ka daļai feldšeru valsts nodevu par resertifikācijas pakalpojumu sedz pašvaldības, tāpēc šiem feldšeriem valsts nodevas apmērs nesagādā nekādas grūtības. Parasti tas ir tiem feldšeriem, kuru darba devējs ir pašvaldība, kurai nav līguma ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Pētījums rāda, ka šīs pašvaldības ir ļoti motivētas nodrošināt savā administratīvajā teritorijā dzīvojošajiem iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Retāki ir tie gadījumi, kad pašvaldība sedz arī tālākizglītošanās procesa izmaksas. Tas ir atkarīgs no pašvaldības finansiālajām iespējām kopumā. Savukārt tie ārsta palīgi, kuriem pašiem ir jāmaksā valsts nodeva par resertifikāciju, uzskata, ka viņiem tas ir zināms apgrūtinājums, ņemot vērā zemās feldšeru darba algas. 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 (sk. 1.2. sadaļu), tādējādi samazinot to reižu skaitu, kad personai jāierodas Rīgā; otrkārt, izveidojot ārstniecības personas tālākizglītošanos apliecinošo kredītpunktu elektronisko uzskaiti un izstrādājot attālinātās resertifikācijas kārtību, ja ārstniecības personas resertifikācija balstās uz kvalifikācijas pieredzes apliecināšanu un personai nav jākārto atbilstošie pārbaudījumi.

<u>Problēma</u>: resertifikācijas procedūras īstenošana Rīgā.
Šī problēma lielā mērā sasaucas ar augstāk raksturoto problēmu par resertifikācijas izmaksu radīto slogu. Attālāko reģionu feldšeri kā problēmu vērtē to, ka resertifikācija ir jāveic Rīgā klātienē, jo tas prasa gan pacientu pieņemšanas atcelšanu attiecīgajā dienā, gan nozīmīgus laika un finanšu resursus, lai nokļūtu uz Rīgu, ņemot vērā sabiedriskā transporta pakalpojumu cenu pieaugumu pēdējos gados. Īpaši grūti tas ir rudens un ziemas mēnešos. Arī šīs izmaksas galvenokārt sedz paši feldšeri, retāk – pašvaldības. Tāpēc pozitīvi tiek vērtēta iespēja iesniegt visus nepieciešamos dokumentus elektroniski un veikt resertifikāciju attālināti. Tā kā tā ir jauna prakse, tad pētījuma dalībnieku vidū bija vērojams informētības trūkums par šādu iespēju. Šajā kontekstā ļoti pozitīvas ir atsauksmes par VM ESF projekta „Veselības aprūpes un veselības veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai" ietvaros organizētajām tālākizglītības aktivitātēm reģionos. Visai skaidri iezīmējas feldšeru viedoklis attiecībā pret ESF kursiem, uzsverot gan kursu kvalitatīvo saturu, gan faktu, ka tie ir bezmaksas, gan ģeogrāfisko pieejamību reģionālajos centros.

Šo problēmu – resertifikācijas procedūras īstenošanu Rīgā – un attiecīgi tās radīto administratīvo slogu būtiski mazinātu resertifikācijas un pārreģistrācijas procedūru tuvināšanu (ieteikuma izvērstu izklāstu sk. 1.2. nodaļā).

<u>Problēma</u>: ambulatoro un neatliekamās medicīniskās palīdzības (NMP) feldšeru profesionālās kvalifikācijas prasību atšķirības.
Pētījumā piedalījās ārsta palīgi, kuri ir sertificēti gan kā ambulatorie feldšeri, gan kā NMP feldšeri. Šādas prakses pamatā – sertifikācija divās specialitātes – ir zemais ārsta palīgu atalgojums, kā rezultātā viņi ir spiesti meklēt papildu darba iespējas. Šiem ārsta palīgiem problēmas sagādā tas, ka ir atšķirīgas kvalifikācijas prasības un attiecīgi atsevišķas sertifikācijas un resertifikācijas procedūras abām specialitātēm, lai gan NMP feldšeru kvalifikācijas prasības ir plašākas un aptver ambulatoro feldšeru kvalifikācijas prasības. Saskaņā ar intervēto feldšeru viedokli ir iespējami divi šīs problēmas risinājumi – NMP feldšeriem pēc sertifikācijas un resertifikācijas automātiski izsniegt arī ambulatoro feldšeru sertifikātu vai noteikt vienotas kvalifikācijas prasības tām ārstniecības personām, kas vēlas iegūt sertifikātu gan kā NMP feldšeri, gan kā ambulatorie ārsta palīgi.

Problēma: LADĀPPB tālākizglītības kursu izvēles ierobežojumi, kursu kvalitāte un pieejamība.

Nozīmīgākās problēmas resertifikācijas procedūras kontekstā ārsta palīgiem ir saistītas ar profesionālās kvalifikācijas prasību izpildi – tālākizglītības kursu piedāvājumu, pieejamību un kvalitāti. Kā intervijās 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 (sk. 2.3.3. logā izcēlumus). No vienas puses, feldšeri apzinās, ka viņiem ir svarīgi aptvert LADĀPPB obligāti noteiktās tālākizglītības tēmas resertifikācijai – diagnostika, diferencāldiagnostika un ārstēšana šādās specialitātēs: neiroloģija, infekciju slimības, ginekoloģija, pediatrija, ķirurģija, kardioloģija, neatliekamā palīdzība un katastrofu medicīna. No otras puses, šo prasību – apmeklēt tikai konkrētas organizācijas rīkotos kursus – viņi vērtē kā tādu, kas ierobežo profesionālās pilnveides kursu izvēli, īpaši situācijā, kad ir pieejami ESF projekta „Veselības aprūpes un veselības veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai" ietvaros organizētie kursi reģionos. ESF kursu apmeklējums, protams, netiek ierobežots un iegūtie punkti ir attiecināmi, taču tie var sastādīt ne vairāk kā 20% no kopējā kursu apjoma resertifikācijai. Feldšeri vēlētos lielāku izvēles brīvību, kādus kursus apmeklēt, lai savāktu nepieciešamos punktus kvalifikācijas uzturēšanai un celšanai.

Ārsta palīgi nav arī apmierināti ar LADĀPPB rīkoto kursu satura kvalitāti. Saskaņā ar intervijās stāstīto 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.

2.3.3. Ārsta palīgu (feldšeru) tālākizglītības kursu kvalitātes un pieejamības vērtējums

15 gadi pagājuši, es ar pirkstu varu vilkt saviem pierakstiem līdzi, ko pasniedzēji mums tur stāsta. Jo mums māca pilnīgi vienu un to pašu gadu no gada, pasniedzēji runā vienu un to pašu. (pašvaldības finansēts FP)

Mums ir tādi obligātie kursi sestdienās vai svētdienās, kas notiek Zinātņu Akadēmijā, un tur ir desmit stundas dotas, (..) un, kur (..) kaut kādas arhaiskas [lekcijas]*, nolasa tā kā skolas kladīti.* (NVD finansēts FP)

Ne vienmēr apmierina tas, ka mūsu kursi ir sestdienās, svētdienās. Tad pēc tās piecu dienu darba dienas, ja, vēl sestdienu vai svētdienu veltīt kursiem. (..) Tāpat visiem ģimenes ir un piekusuši jau arī pa to nedēļu. (pašvaldības finansēts FP)

(..) es izjutu lielas grūtības. Es ierados pus vienpadsmitos mājās, un pirmdien pie darba. Lielākā grūtības bija – nokļūt tur. Un otrs, (..) paņem no slimnīcām, viņa mīļākā tēma, mums laukos galīgi nav [nepieciešama]*, kaut kādi operāciju apraksti un tādā garā. (..) lai varētu aizbraukt, tas ir tā, pus četros uz Rīgu un desmitos atpakaļ, un pirmdien uz darbu.* (NVD finansēts FP)

Personīgi mani ne īpaši apmierina tas, ka resertifikācijai prasa, lai mēs izietu Feldšeru asociācijas kursus tieši Rīgā. (..) Mums tas ir sarežģīti, jo mēs dzīvojam vairāk nekā 300 km no Rīgas. Lai aizbrauktu uz turieni, tas ir liels laika patēriņš. Man vajag izbraukt 4 naktī un atgriezties jau kaut kur nakti tajā pašā dienā, ja tie ir vienas dienas kursi. (NVD finansēts FP)

Gribētos iziet kursus, kas notiek tuvāk mums. Tai pašā Daugavpilī, kur arī sagatavo feldšerus un kur notiek kursi, bet mūsu asociācija tam nepiekrīt. (NVD finansēts FP)

Varbūt mani vairāk tas [neapmierina]*, ka mēs aizbraucam uz to Rīgu, tērējam gan laiku, gan naudu gribas saņemt tiešām nevis to pašu, ko pirms pieciem gadiem klausījāmies, burtiski to pašu lekciju, bet gribētu varbūt kaut ko jaunāku, savādāku, bet te gandrīz vai tā gadās, ka tu esi aizbraucis, noguris un viss, un klausies to, kas bija identiski pirms pieciem gadiem.* (pašvaldības finansēts FP)

Eiropas kursi tikko bija ļoti brīnišķīgi (..) tikko bija ļoti labi Kuldīgā, pieaugušo izglītības centrā, visas specialitātes izgājām cauri. (..) kvalitatīvi un ļoti labi lektori bija, un nebija jābrauc uz Rīgu, un tas bija ļoti patīkami. (NVD finansēts FP)

Redziet par kursiem, mums tāpat kā visiem ir katram sava asociācija. Mums ir arī Ārstu palīgu asociācija. Protams, dēļ sertifikācijas kursiem, reģistram ir gluži vienalga kādi man ir tie kursi, bet ***sertifikācijai asociācija man prasa, lai 80%***

no visiem noteiktiem kursiem būtu asociācijā apmeklētie. (pašvaldības finansēts FP)

Pārsvarā ir tā, ka ***80 procentiem ir jābūt asociācijas organizētajiem*** **[kursiem]** ***un pārējiem jābūt tādiem, kurus atbalsta*** *asociācija. Nevar, kā pats iedomājas un iziet, kuri vērtīgāki. Vienkārši tā ir tāda naudas savākšana. Zināšanās daudz nekas nemainās.* (NVD finansēts FP)

(..) ***feldšeru ambulatoro ārstu asociācija, piemēram, nelaiž iziet kursus citur, teiksim, citās mācību iestādēs. 80% jāiziet tie kursi, ko organizē tieši ambulatorais dienests.*** (pašvaldības finansēts FP)

Vēl viens aspekts, kas neapmierina feldšerus, ir tas, ka LADĀPPB rīkotie kursi parasti notiek sestdienās, svētdienās, kas neapmierina kursu apmeklētājus, jo tā viņiem ir papildu slodze attiecīgajā nedēļā. Ņemot vērā tālo ceļu uz kursiem, kas jāmēro uz Rīgu un atpakaļ, feldšeri ierodas mājās no kursiem vēlā svētdienas vakarā, lai pirmdienas rītā dotos uz darbu bez atpūtas. Feldšeri norāda uz neatbilstību starp savu ieguldījumu, lai kursus apmeklētu (ceļa izdevumi, maksa par kursiem, patērētais laiks), un pretī saņemto labumu.

No daļas feldšeru teiktā izriet, ka viņus neapmierina arī informācijas pieejamība par LADĀPPB kursiem, kas ir novēlota un neprecīza, tiek atsūtīta elektroniski vai izvietota biedrības mājas lapā tikai dažas dienas pirms kursu norises, kas apgrūtina feldšeru laika plānošanu. Vienlaikus gan jānorāda, ka intervijās izskanēja arī pozitīvi vērtējumi par kursu norises informāciju – tā ir savlaicīga un precīza.

Lai atvieglotu ārstu palīgu tālākizglītības kursu pieejamību, feldšeri izvirzīja priekšlikumu biežāk organizēt profesionālās pilnveides pasākumus reģionos, nevis Rīgā, tādējādi samazinot kopējās kursu apmeklēšanas izmaksas. Otrs ārsta palīgu ieteikums ir attīstīt attālinātās tālākizglītības aktivitātes tiešsaistē, nosakot precīzu kredītpunktu apjomu, ko drīkst iegūt šādā veidā un ko ir obligāti jāiegūst, apmeklējot tālākizglītības kursus klātienē. Treškārt, ņemot vērā obligāto tālākizglītības kursu satura kvalitātes vērtējumu, nepieciešams apzināt feldšeru vajadzības attiecībā uz tālākizglītības kursu saturu, lai tas pilnīgāk atbilstu viņu praktiskajam darbam un profesionālās darbības specifikai.

2.4. Ārstu speciālistu sertifikācijas un resertifikācijas procedūras un papildu specialitāšu iegūšanas iespēju vērtējums

2.4.1. Jauno ārstu sertifikācija

Kopumā ārsti speciālisti un stacionāro pakalpojumu sniedzēji ir vienisprātis, ka pirmreizējā ārstu sertifikācija ir nepieciešama procedūra. Aptaujātie minēja divas sistēmiska rakstura problēmas, kas saistītas ar sertifikāciju, un trīs organizatoriskās problēmas, kas saistītas ar procedūras norisi.

Kā sistēmiska rakstura problēmu atsevišķi stacionāro pakalpojumu sniedzēji min apstākļus, kas radušies saistībā ar ārstu sertifikācijas nodošanu nevalstiskajam sektoram – LĀB, kura tālāk deleģējusi šo procedūru specialitāšu profesionālajām asociācijām (sk. arī 2.4.1.a. logu). Aptaujātie uzskata, ka funkcijas deleģēšanas rezultātā valsts ir zaudējusi kontroli pār procesu un ir spiesta paļauties uz profesionālo asociāciju vēlēšanos sadarboties. Tomēr praksē var izveidoties situācijas, 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, un valsts institūciju rīcībā nav efektīvu līdzekļu, lai ātri reaģētu un novērstu radušās pretrunas. Tā rezultātā stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka valsts rīcībā būtu jābūt instrumentiem, kā uzraudzīt sertifikācijas procedūru un efektīvi ierobežot profesionālo asociāciju rīcību, ja tā ir pretrunā ar valsts īstenoto politiku. Kā viens no risinājumiem ir valsts deleģēta pārstāvja klātbūtne ārstniecības personu sertifikācijas komisijā.

Kā otro sistēmiska rakstura problēmu aptaujātie minēja zobārstniecības pakalpojumu sniedzēju sertifikācijas kārtību. Ja citi ārsti speciālisti pēc medicīniskās izglītības diploma iegūšanas turpina mācības rezidentūrā, kuru finansē valsts, tad zobārstniecības speciālistiem jāmeklē prakses vieta un divus gadus jāstrādā sertificēta ārsta vadībā, un tikai tad tiek kārtots sertifikācijas eksāmens. Nozares speciālisti uzskata, ka, ja normatīvais regulējums nosaka, ka pirms sertifikāta iegūšanas zobārstniecības speciālistam ir jānostrādā divus gadus cita speciālista uzraudzībā, tad tam ir jāpiešķir valsts finansējums (jābūt valsts apmaksātai rezidentūra). Ja valsts finansēta pēcdiploma apmācība zobārstniecībā netiek nodrošināta, tad zobārstiem būtu jāļauj sertificēties uzreiz pēc diploma iegūšanas (līdzīgi kā tas šobrīd notiek Igaunijā).

2.4.1.a. logs. Sertifikācijas sistēmiskā rakstura problēmas

Es ļoti pozitīvi vērtēju to, kas tas ir sagājis kopā vienā eksāmenā ar rezidentūras beigšanas eksāmenu tāpēc, ka tas ir solis pretim birokrātijas mazināšanai. (..) Jautājums ir par to, vai tur nebūtu vajadzīgs bišķi vairāk, ka viena kāja ir arī tomēr valstiskām institūcijām vai valsts pārstāvniecībai šajās sertifikācijās. Dotā brīdī brīžiem ministrijai ir ļoti grūti tikt galā ar dažām asociācijām, kuras dažādu personāliju, personīgu ambīciju dēļ čakarē valsts sistēmu. Valstij ir ļoti grūti kaut ko regulēt, ja valsts šo funkciju ar likumu ir nodevusi Ārstu biedrībai un tai tur otrai biedrībai. Un tāpēc, lai tā nebūtu, varbūt ir jēga pārdomāt, ka tomēr tajās sertifikācijās ir jābūt vienai kājai arī no valsts institūcijām. (..) [Vajadzētu būt] *pārstāvim no Veselības ministrijas, ne gluži ministrija pat, bet kaut kādas ministrijas pārraudzības iestādes, kuram ir kaut kādas tiesības tur kaut ko darīt. (..) Pretējā gadījumā viena asociācija iestājās šķērsguļā: mēs tagad (..) ārstiem darām šitā. Valsts neko tur nevar izdarīt.* (stacionārs, Rīga)

Ārstu biedrība, godīgi sakot, mums to veselības aizsardzību arī sačakarēja ar visām savām n-tajām sertifikācijām. (..) Tagad, ja nav mazā ķirurga sertifikāta, tu nevari strādāt. Šī te sertifikācija ir tā sadrumstalojusi mūsu medicīnu, ka urologs nevar būt ķirurgs un viņš nevar dežurēt. (..) Tagad ir sataisītas asociācijas līdz absurdam. (..) Un viņiem ir norādes, ko Ārstu biedrība ir pieņēmusi un MK apstiprinājis, ka ir jābūt šim sertifikātam. (stacionārs, reģions)

Šobrīd ir uzsaukti uz apspriešanu jauni sertifikācijas noteikumi, kas ir diezgan tādi drastiski un smagi, jo tik ilgi gatavot speciālistus un pēc tam necik nemaksāt, kā tas ir šai zemē, tas arī ir problemātiski. Tur ir garāks laiks jāpavada mācībās un konkrētajās darbavietās/specialitātēs, kas, protams, atkal ir saistīts ar izmaksām, naudu un sertificējošā maksāšanu. (stacionārs, reģions)

Ir zemes kā Lielbritānija, Nīderlande, kur valsts maksā. Visi cilvēki, kas pabeidz, strādā klīnikā, kur viņiem maksā labu algu, un viņi mācās, un ir uzraugs, kuram viņi var paprasīt un pakonsultēties, ja kaut kas ir vajadzīgs. Te mums pēc piecu gadu studijām visi izklīst pa visu zemi, (..) un pēc tiem diviem gadiem viņi nāk atkal likt klāt [sertifikācijas eksāmenu]. *(..) Ideālā situācija būtu tāda, ja būtu šī te naudas summa un varētu gadu atrast visiem tiem cilvēkiem darbu, kā tas ir Nīderlandē. (..) Sliktākā gadījumā šie divi gadi vispār būtu jānoņem nost, un tad mums būtu identiska situācija ar igauņiem. Jūs pabeidzat un jums ir gan diploms, gan sertifikāts, un tagad dzīve jūs mācīs.* (profesionālā asociācija)

Saistībā ar sertifikācijas procedūras norisi jaunie ārsti speciālisti, kas bija sertificējušies pēdējo divu gadu laikā, minēja trīs problēmas (sk. 2.4.1.b. logu). Viena no problēmām sakrīt ar to, ar kuru ir saskārušies jaunie ģimenes ārsti – tā ir rezidentūras beigšanas, sertifikācijas eksāmenu, sertifikāta saņemšanas procedūru nesaskaņotība (sk. arī 2.2.1. sadaļu).

<u>Problēma</u>: sertifikācijas eksāmena jautājumi specialitātē var būt novecojuši vai gramatiski kļūdaini.

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). Lai gan profesionālās asociācijas norāda, ka sertifikācijas eksāmena

jautājumu sagatavošana prasa cilvēkresursu ieguldījumu, un tām nav līdzekļu, lai atlīdzinātu speciālistu darbu, jāatzīmē, ka, ja profesionālās asociācijas ir uzņēmušās sertifikācijas funkcijas, tām būtu arī jāgarantē procesa kvalitāte. Ja šobrīd procesa kvalitātes kontrole netiek īstenota vēlamā mērā, šis process ir jāiniciē ar normatīvā regulējuma palīdzību.

Gan par sertifikācijas, gan par resertifikācijas procesu ārstiem ir jāmaksā maksa par sertifikācijas procedūru, taču daļa profesionālo asociāciju norāda, ka nesaņem šo maksājumu, proti, ka to saņem LĀB, bet sertifikācijas komisijai nesaņem savu daļu par darbu. Ņemot vērā sertifikācijas un resertifikācijas funkcijas deleģējumu profesionālajām asociācijām (sertifikācijas institūcijām), normatīvi noteikta prasība veikt sertifikācijas eksāmena jautājumu korekciju ļautu aktualizēt jautājumu ar samaksas par sertifikācijas veikšanu izlietojumu.

<u>Problēma</u>: sertifikācijas teorētiskais un praktiskais eksāmens notiek atšķirīgās dienās.
Tā kā sertifikācijas eksāmena teorētiskā un praktiskā daļa norit atšķirīgās dienās, lai būtu laiks pārbaudīt jauno ārstu atbildes uz sertifikācijas eksāmena teorētiskās daļas jautājumiem, reģionos dzīvojošiem jaunajiem ārstiem rodas grūtības ar uzturēšanās vietu Rīgā – nepieciešama naktsmītne, kas saistīta ar papildu izdevumiem.

2.4.1.b. logs. Problēmas sertifikācijas eksāmena organizācijā

Šobrīd diezgan daudzās specialitātēs sertifikācija ir apvienota ar beigu pārbaudes laiku, kad faktiski viņus tikai eksmatrikulē augustā, bet viņi jau sertificējas jūnijā. Faktiski jūnijā, jūlijā un augustā viņi principā pēc dokumenta varētu būt gandrīz sertificēti ārsti, bet sanāk tā, ka sertifikācijas komisija notiek tikai tad, un viņiem pasūta sertifikātu ar derīguma termiņu no 1. septembra. Tas varbūt arī ir labākais risinājums, kādu varēja atrast esošajai situācijai. Vienkārši vajadzētu piemērot sertifikācijas komisijas sēdes [mācību] *gada beigām. Ja tas process notiek augustā, tad augustā. Tas ir atkarīgs no augstskolām, jo viņiem vajag eksmatrikulēt konkrētā laikā. Īsāk sakot, tas viss ir dīvaini, jo izlaidumi ir pārsvarā jūnijā. Varbūt rezidentūras gads ir jāsāk jūlijā, piemēram. Ir miljons lietas, kuras varētu drusku labāk salaist kopā. Šobrīd ir atrasts labākais kompromiss.* (profesionālā asociācija)

Aplami ir tas – mēs gatavojies, to [jautājumu] *ir daudz, ap 700, bet jautājumi nav mainījušies laikam 20 gadus. Tāpēc daži tiek drukāti ar kļūdām, tu lasi un saproti, ka pareizā atbilde ir šī, bet tas neatbilst – jautājums ir viens, bet tu saproti, kas tika ar to domāts – ir augšējais žoklis, bet viņi raksta apakšējais, pareizā ir šī atbilde, bet tāpēc, ka citas atbildes nav. Tātad ir drukas kļūdas. Tās netiek pārskatītas, jo jautājumi ir 700 gabali – ir grūti.* (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, reģions)

Acīmredzot ir vajadzīgs finansējums, lai šos jautājumus atjauninātu. Ja tas finansējums nav, tad uz labdarības pasākumiem. Visu laiku sēdēt un šos jautājumus atjauninināt, visi gribēja 92-tajā gadā. Bet nu ir 2012. gads, kur cilvēki, vakariem sēdēt un šos jautājumus pārtaisīt, negrib. Dabīgi, ka medicīna mainās, jautājumi mainās. Ir asociācijas, kur šie jautājumi ir novecojuši, bet globāli, tik liela katastrofa nav. (stacionārs, Rīga)

Nezinu, varbūt to visu izdarīt vienā dienā, jo to sadalīja uz divām dienām. Pirmajā dienā bija teorija, bet otrajā dienā prakse. Mēs saprotam – pa šo dienu uzrakstījām teoriju, uz otro dienu jau pārbaudīja un mums pateica, kas nokārtojis un kas nav nokārtojis. Bet šis tests.. Testu var pārbaudīt cilvēks, kas nav saistīts ar medicīnu, vienkārši pārbaudīt, vai pareizi ir otrais jautājums A vai B, tas ir, izdarīt to kaut kā kompaktāk. Uz divām dienām nācās braukt un palikt Rīgā. (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, reģions)

2.4.2. Ārstu speciālistu resertifikācijas procedūras vērtējums

Kopumā no 26 ārstiem speciālistiem (t.sk., četriem zobārstniecības pakalpojumu sniedzējiem), lielākā daļa ārstu (20 respondenti) pēdējo divu gadu laikā ir izgājuši resertifikāciju, divi respondenti izgāja sertifikāciju, savukārt četriem nav nedz sertificējušies, nedz resertificējušies.

Līdzīgi kā ģimenes ārsti, praktizējošie ārsti speciālisti resertifikācijas procedūru, kas ir jākārto ik pēc pieciem gadiem, kopumā vērtē kā vienkāršu, tā viņiem nesagādā nozīmīgas grūtības. Vairāk kā puse (11 respondenti) no tiem, kas pēdējo divu gadu laikā ir resertificējušies, šo procedūru vērtē kā vienkāršu un mazāk kā puse (8 respondenti) par drīzāk vienkāršu, tā kā tā nesagādāja nozīmīgas

grūtības. Šajā sadaļā ir apkopoti intervēto ārstu speciālistu viedokļi par resertifikācijas procedūru un ar to saistītās iespējamās problēmas, kā arī ārstu speciālistu darba devēju – stacionāro pakalpojumu sniedzēju – identificētās problēmas saistībā ar personāla resertifikāciju. Problēmas, kas skar arī ārstu speciālistu pārreģistrāciju ārstniecības personu reģistrā, ir analizētas starpziņojuma 1.3. nodaļā. Atsevišķas problēmas, ar kurām saskārušies ārsti speciālisti, kārtojot resertifikāciju, ir līdzīgas ģimenes ārstu nosauktajām problēmām (sk. sīkāk 2.2.2. sadaļu), tomēr dažādu specialitāšu ārsti sastopas arī ar citām, ģimenes ārstu neminētām grūtībām.

Ja ārstu pirmreizējo sertifikāciju aptaujātie ārsti speciālisti un stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzskatīja par nepieciešamu procedūru, tad par jautājumu, vai nepieciešama ir ārstniecības personu resertifikācija, pastāvēja divi viedokļi. Daļa aptaujāto uzskatīja, ka resertifikācija palīdz kontrolēt ārsta tālāku izglītošanos un kalpo par zināmu garantu viņa darba kvalitātei, savukārt otra aptaujāto daļa uzskatīja, ka resertifikācija būtu jāatceļ. Otrā viedokļa atbalstītāji savu uzskatu pamatoja ar to, ka ārsta profesija pati par sevi prasa tālāku izglītošanos, taču šobrīd tālākizglītība ir formāla, tāpēc negarantē, ka ārstam piemīt kāds noteikts zināšanu līmenis, tāpēc resertifikācija būtu nepieciešama tikai tad, ja par ārsta kvalifikāciju rodas būtiskas šaubas (tad resertifikācija ietvertu atkārtotu sertifikācijas eksāmena kārtošanu). Aptaujāto argumentus, kas pamato vai noraida resertifikācijas nepieciešamību, var aplūkot 2.4.2.a. logā. Līdzīgi kā ģimenes ārsti, ārsti speciālisti un viņu darba devēji atzīst, ka profesionālās pilnveidošanas kursu apmeklējums prasa ievērojamus laika un finanšu resursus, kuri attiecībā pret ārstniecības personu atalgojumu uzskatāmi par ievērojamiem.

Stacionāro pakalpojumu sniedzēji kā ārstniecības personu darba devēji īsteno atšķirīgu politiku attiecībā uz to, vai un cik lielā mērā kompensēt personāla tālākizglītības izmaksas. Nepieciešamos profesionālās kvalifikācijas pilnveidošanas pasākumus organizē profesionālās organizācijas un privāti uzņēmumi, kā rezultātā atsevišķās nozarēs ir ļoti grūti iegūt nepieciešamo tālākizglītības stundu skaitu resertifikācijai, un valsts nedod alternatīvas iespējas, kā uzturēt ārstniecības personu kvalifikāciju (lai gan kopš 2009. gada gan pieejama ESF finansēta tālākizglītība, aptaujātie to uzskata par īslaicīgu valsts intervenci, kas nav padarīta par sistēmu). Atsevišķi aptaujātie izskata, ka LĀB atrodas zināmā interešu konfliktā, jo tā vienlaikus gan nodrošina profesionālās kvalifikācijas pilnveidošanas iespējas, gan veic tās atzīšanu (sertifikāciju vai resertifikāciju).

2.4.2.a. logs. Argumenti 'par' un 'pret' ārstu resertifikācijas nepieciešamību

Pasaulē daudzās valstīs nav resertifikācijas. Ja jau ārsts iegūst sertifikātu, viņš jau to iegūst uz mūžu. *Var likt iziet kaut kādu noteiktu stundu skaitu gadā, kas ir obligāti jānoklausās kā kvalifikācijas celšanas lekcijas vai kursi, bet taisīt piecos gados resertifikāciju un vēl maksāt naudu par to. (..) To vajadzētu atcelt, bet tas jau ir naudas jautājums. Tur Ārstu biedrība un visi citi iekasē. Īstenībā tas ir ļoti muļķīgi, jo iegūtais specialitātes sertifikāts tiek iegūts uz mūžu. To var atņemt par kļūdām un pie kaut kādām tiesvedībām, bet ne jau tā – ja piecos gados neesi izgājis kādas lekcijas, tad tev ir jāliek eksāmens.* (ārsts speciālists, reģions)

Var strīdēties par sertifikācijas un resertifikācijas kritērijiem, bet ***principiāli tādai funkcijai ir, protams, jāpaliek.*** *Ja ķirurgs, piemēram, nestrādā ķirurģijā, bet tikai intervējas žurnālos, tad dabīgi, ka viņš nevar skaitīties ķirurgs, un pacientam ir jābūt drošībai, pie kā viņš iet operēties. Un šī drošība ir šis dokuments, ko sauc par sertifikātu. Šeit nu gan sertifikācijai, resertifikācijai būtu jābūt.* (stacionārs, Rīga)

Resertifikācijā netiek prasīta ne kompetences pārbaude vai zināšanu pārbaude, bet vienkārši viss resertifikācijas process ir papīri. *Kā Jūs zināt – papīrs pacieš visu. (..) Es domāju, ka resertifikācijas jēga ir pavisam elementāra – ja mēs to patiešām saucam par resertifikāciju, ir kaut kāds zināšanu apjoms, tieši tāpat kā uz primāro sertifikāciju. Ja es jūtos, ka es varu bez jebkādiem kursiem un bez jebkādām asociāciju sēdēm aiziet jebkurā brīdī, es zinu programmu, es atbildu* [uz eksāmena jautājumiem] *un savu kompetenci pierādu, varbūt man nemaz nevajadzētu sēdēt un tērēt naudu kursos.* (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Papīrus, sertifikātus un kredītpunktus dabūt par to, ka mēs vienkārši esam samaksājuši dalības maksu. *Viss. Vai mēs tur gulējām, vai mēs tur ēdām, vai vienkārši samaksājām dalības maksu, lai nopirktu sev kredītpunktus. Atgriezeniskās saites nav. Nav jēdziens „viņš pabeidza šos kursus un nokārtoja eksāmenus". Par kursos atsēdēšanu tu saņem 10 punktus, bet, ja tu kursa beigās nokārto eksāmenu, tu saņem uzreiz 50 punktus – tāda sistēma neeksistē. Ja būtu šāda*

sistēma, resertifikācijai būtu jēga. Cilvēki ietu uz kursiem, mācītos, gribētu uzņemt to informāciju, būtu kompetenti nokārtot eksāmenu, un tad mēs runātu par kompetenci. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Burti ir jāpazīst, tad arī ārstam būtu jāpazīst asins analīzes pamatrādītājus. Varbūt nav vajadzīgi kaut kādi imunoloģiskie, ļoti specifiskie marķieri, kurus Latvijā saprot trīs vai četri speciālisti, bet visiem ārstiem vajadzētu runāt vienā valodā par pamatizmeklēšanas jautājumiem (..). Tad mums nebūtu putra savā starpā. Par to ir runa, ka šeit ir resertifikācijas jēga. (..) Resertifikācijai nav jābūt super sarežģītai, bet ir jābūt varbūt ļoti plašam jautājumu lokam, kur katram ārstam vajadzētu būt kompetentam, un katra specialitāte uzdod vēl kaut kādu papildus kompetences un zināšanu apjomu, kas būtu jānoskaidro. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Izejot attiecīgas prasības, asociācija izdod attiecīgu sertifikātu, un atkal nav nekāda pamata to apšaubīt, bet ļoti bieži reālajā dzīvē sastopies ar situāciju, ka ne vienā, ne otrā sadaļā tās kompetences un prasmes iet kopā un atbilst vajadzīgajai situācijai. *Diemžēl vienīgais instruments, kas regulē, ir Veselības inspekcija vai juridiskās organizācijas (tiesa utt.), kas attiecīgi asociācijai var pajautāt, vai tiešām šī cilvēka zināšanas un prasmes atbilst tiem dokumentiem. Tas lauciņš varētu būt drusku plašāks. Piemēram, arī ārstniecības iestādes varētu vērsties pie asociācijām ar lūgumu to izvērtēt, ja visi dokumenti it kā ir OK, bet cilvēks neizpilda tos pienākumus, ko viņam vajadzētu pildīt.* (stacionārs, reģions)

Vērtējot iespējas iegūt nepieciešamo profesionālās kvalifikācijas pilnveides punktu skaitu, ārsti speciālisti norāda, ka šobrīd sistēma ir izveidota tādā veidā, ka vienkāršam praktizējošam ārstam jāiegulda daudz resursu. Tā kā visvairāk punktu tiek piešķirti par promocijas darba aizstāvēšanu (disertāciju) doktora grāda iegūšanai, zinātnisko darbu u.tml., tad nepieciešamos tālākizglītības punktus vieglāk ir savākt apmācīt tiesīgiem ārstiem un abu universitāšu mācībspēkiem. Daudz punktu piešķir arī par ārvalstu konferenču apmeklējumu, kurus biežāk apmeklē ārsti, kuriem ir lielāks maksas pacientu skaits. Par citiem tālākizglītības pasākumiem piešķirtais punktu skaits ir ievērojami mazāks, tāpēc pārējiem praktizējošiem ārstiem ir jāapmeklē daudz pasākumu, lai izpildītu tālākizglītībai izvirzītās prasības. Šī iemesla pēc var rasties situācija, ka ārsti atkārtoti apmeklē lekcijas par vienu un to pašu tēmu, jo nozarē netiek nodrošināta tik plaša lekciju tēmu dažādība, lai iegūtu visu nepieciešamo punktu skaitu.

Lai risinātu iepriekš minētās problēmas, ārsti speciālisti iesaka attīstīt attālinātās tālākizglītības piedāvājumu un iespēju vākt kredītpunktus, apgūstot dažādus kursus un kārtojot testa jautājumus tiešsaistē, un atzīt Latvijā praktizējošām ārstniecības personām ārvalstīs organizēto klātienes un neklātienes tālākizglītības pasākumu kredītpunktus.

Tālākizglītības vajadzībām reizi piecos gados ārstniecības personām obligāti ir jāiziet kursi neatliekamajā medicīniskajā palīdzībā un atsevišķām profesijām – radiācijas drošībā, taču, tā kā šo kursu obligāto apmeklējumu nosaka normatīvais regulējums, aptaujātie uzskata, ka šai apmācībai būtu jābūt bez maksas (vai valsts apmaksātiem) un ka to saturs ir jāpilnveido – šobrīd mācību saturs būtiski nemainās un vairāk teorētiskas, nekā praktiskas (sk. sīkāk arī 4.4.3. sadaļu par neatliekamās palīdzības komplekta nepieciešamības vērtējumu).

2.4.2.b. logs. Ārstu profesionālās kvalifikācijas pilnveides iegūšanas grūtību raksturojums

Ir, kas pārklājas, un ir lekcijas, kuras viens lektors nolasa desmit reizes viena gada laikā dažādos iestādījumos zem dažādiem nosaukumiem, bet tas ir reti. (ārsts speciālists, Rīga)

Tagad, par cik mums nav kaut vai akadēmiskās bāzes Latvijā, līdz ar to mums arī ir maz iespējas veidot kvalitatīvas apmācības, lekcijas šeit pat uz vietas. Nonākot pie tās situācijas, ka, lai iegūtu šo sertifikātu, mēs trešo, ceturto, piekto reizi klausāmies tieši to pašu lekciju kursu. Tas ir tikai ķeksis. (profesionālā asociācija)

Tā punktu sistēma ir diezgan neadekvāta. Ja es tur nosēžu kādas piecas stundas un par to saņemu 3 vai 2,5 kredītpunktus, tad tas ir tā… (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Mēs bijām diezgan sašutuši par to, ka tika, varētu teikt, pazemināta šī punkta vērtība. Iegūt šo vajadzīgo punktu skaitu resertifikācijai ***mums likās, ka tas ir orientēts uz akadēmisko profesūru, kuriem automātiski bieži vien ir ķekši ievilkti, ka viņi kaut kur ļoti aktīvi darbojas, bet uz ierindas ārstu gan tas ir diezgan grūti.*** (profesionālā asociācija)

Tās konferences ir ar salīdzinoši ļoti mazu punktu skaitu, līdz ar to, manuprāt, ja neesi ārsts ar tiesībām apmācīt, tad šos punktus savākt nav nemaz viegli. Man liekas, ka tā punktu vākšana pārvēršas drusku par tādu biežu konferenču apmeklēšanu, kas arī visas nav vienādi kvalitatīvas. *(..) Kolēģiem, kas brauc 100 km un daudz tālāk, tas ir arī tāds sitiens pa naudas maku ārstam, jo tai dienā, ja tā konference vidēji sākas 12, tad ārsts, kas brauc, piemēram, no Balviem, izbrauc jau noteikti kādos 8:30 no savas dzīvesvietas, kamēr tiek līdz Rīgai. Līdz ar to šai dienā viņam nav darbadienas. Tas punktu skaits, ko viņš iegūst, visu dienu veltot šīs konferences apmeklējumam, ir salīdzinoši ļoti niecīgs. Manuprāt, tās konferences varētu būt ar lielāku punktu skaitu.* (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Piecu gadu laikā to var [savākt nepieciešamos punktus]*, un, ja vēl pats ārsts reģionos piedalās kaut vai sabiedriski aktīvā dzīvē, varbūt viņš kādas intervijas sniedz, varbūt kādu lekciju nolasa vai iesaistās vēl kādās apmācībās, tie 250 punkti nav kaut kas nesasniedzams. Ja ārsts kaut ko dara, izņemot savu darbu, bet tas arī palīdz viņa darbam, viņš tos 250 punktus var savākt.* (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Punktu sistēma, es domāju tā, protams, vajadzīga. Vienīgais, ka diezgan brīžam sarežģīti, ja man ir trīs specialitātes, sakarā ar to daudzumu punktus sakrāt – viņi tomēr, nu kaut kas tur var pārklāties laikam vienam un otram, bet tur it kā specialitāte prasa tikai 10%. Citam varbūt tas nav īsti sarežģītāk. Un ne jau visās specialitātēs tik ļoti daudz tās apmācības tiek veiktas, kur var piedalīties. Man nebija problēmas, es tiešām daudz ko apmeklēju, mācījos, tas bija piespiedu kārtā. Bet es zinu, ka kolēģi sūdzas, ka nemaz nevar savākt tos punktus uz to daudzumu, tos specialitātes punktus, lai varētu iziet resertifikāciju. Un lai kāds tur eksāmens pēc tam nebūtu jāliek, citādāk jau tikai pa kursiem vien braukāt, kurš tad strādās pa to laiku. (ārsts speciālists, reģions)

Un tur ir arī kādreiz domstarpības, asociācijai sertifikātā ir viens punktu skaits, viņi [komisija] *pielīdzina mazliet citam punktu skaitam. (..) Ne uz katra sertifikāta ir konkrēti norādīts, cik punktus saņem par šo semināru, kas ir apmeklēts, un līdz ar to iespaido tos nosacījumus, cik pa ko jāsaņem, mēs varam kļūdīties* [saskaitot punktus un novērtējot to atbilstību prasībām]. (ārsts speciālists, Rīga)

Varbūt vairāk kaut kādi iespējamie, kā lai pasaka, ne pakalpojumi, bet nu tās lietas, ko nokārtot elektroniski, gan elektroniskā kredītpunktu vākšana nu kas ir ārzemēs tagad attīstās, ka iespēja, nu tur apgūt informāciju, aizpildīt testus tagad pamazām arī laikam ienāk Latvijā, es nezinu kā tas uz neiroloģiju attiecās. Bet nu elektroniski aizpildot testus, zināšanu pārbaudes iegūt starptautisko tos kredītpunktus un izmantot viņus teiksim arī Latvijā, teiksim resertifikācijai. Par cik tie pasākumi, kurus var apmeklēt ir maz salīdzinoši, tādā veidā papildināt zināšanas. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

<u>Problēma</u>: profesionālo asociāciju izvirzītās prasības profesionālās kvalifikācijas pilnveidošanai atšķiras.

LĀB, kas veic ārstu sertificēšanu vai resertificēšanu, šo funkciju ir tālāk deleģējusi nozaru asociācijām. Aptaujātie norāda, ka profesionālo asociāciju prasības, kas līdz šim ir pastāvējušas attiecībā uz ārstu resertifikāciju, ir bijušas atšķirīgas. Ja viena asociācija prasīja, lai ārsts speciālists tiešām izietu kvalifikācijas pilnveides apmācību, tad citās asociācijās nepieciešamo punktu skaitu bija iespējams iegūt, apmeklējot asociācijas sēdes. Līdzīgas atšķirības pastāvēja pašā resertifikācijas procedūrā – daļā asociāciju resertifikācija tiek veikta neklātienē, balstoties uz ārsta iesniegtajiem dokumentiem, tad citās specialitātēs notiek arī klātienes tikšanās un saruna ar ārstu. Ārsti norāda, ka dažādām asociācijām ir arī atšķirīga attieksme pret to, vai kvalifikācijas pilnveidošanas ietvaros apmeklēti kursi radniecīgās nozarēs tiek vai netiek ieskaitīti resertifikācijai nepieciešamajos 250 punktos.

Visbiežāk minētā problēma (minējuši trīs respondenti), ar kuru saskārās ārsti speciālisti ārstniecības personas sertifikācijas vai resertifikācijas laikā, bija neapmierinātība ar samaksas apmēru par sertifikāciju/resertifikāciju, jo tā bija pārāk augsta. Nākamās minētās problēmas, ar kurām sertifikācijas vai resertifikācijas laikā saskārās respondenti, bija grūtības ar nepieciešamo dokumentu savākšanu vai sagatavošanu, neapmierinātība ar procedūras ilgumu (pārāk gara) un grūtības saistībā ar maksājuma par (re)sertifikāciju veikšanas kārtību. Ar katru no šīm trim minētām problēmām saskārās pa diviem ārstiem speciālistiem.

Kārtojot dokumentus resertifikācijai, ārsti speciālisti uzskata, ka lieka administratīvā procedūra ir diploma kopijas atkārtota iesniegšana, jo dokuments reiz ir uzrādīts sertificējoties un, vienreiz iegūts,

tas nemainās. Citas grūtības ar dokumentu sagatavošanu sertifikācijai saistās ar sertifikātu kopiju sagatavošanu un veidlapas „Praktiskā darba atskaite" aizpildīšanu. Ārsti, kuriem ir līgums ar NVD, uzskata, ka tā ir dublējoša informācija, jo ievērojami pilnīgāku pārskatu par ārsta darbu var iegūt, analizējot NVD sistēmā ievadītos pacientu talonus, kā arī ikgadējās statistikas atskaites u.c. dokumentus. Aptaujātie uzskata, ka „Praktiskā darba atskaite" ir lieks dokuments arī no tā viedokļa, ka profesionālās asociācijas neveic ne statistikas apkopošanu, ne analīzi, uz iesniegto dokumentu pamata netiek izstrādāti ieteikumi ārstu apmācībai u.tml. Ārsti iesaka atcelt šī dokumenta iesniegšanu, nepieciešamības gadījumā izmantojot NVD datus par katra ārsta veiktajām manipulācijām attiecīgajā laika posmā.

2.4.2.c. logs. Ārstu speciālistu raksturoto resertifikācijas procedūras problēmu piemēri un ieteikumi procedūras uzlabošanai

Es domāju, ka ***ilgstoša un laikietilpīga ir semināru, kongresu, nodarbību un visu materiālu apkopošana, kas prasa punktu pierādījumu****. Vienkāršāk, varbūt būtu vienkārši iesniegt tos sertifikātus un dokumentus. Ir ļoti ilgstoši, kamēr pārraksta un saskaita.* (ārsts speciālists, Rīga)

Bija elektroniska veidlapa, kuru jau tagad pēdējā reizē var aizpildīt elektroniski, nevajadzēja ar roku rakstīt, tad līdz ar to ir iespēja tur labot, pārbīdīt, papildināt un tā. Tādā ziņā nē, informācijas trūkums nebija, vienkārši jāatrod bija pareizā instrukcija. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Tā atskaite iesniedzamā gan ir tikai papīra pildīšana, kas nemainās. Tur ir jāsaskaita, cik man pacientu ir bijuši katru dienu, kas ir arī statistikā un pārklājas. Ja grib, to var paskatīties, bet tas nav absolūti nepieciešams speciāli sertifikācijai taisīt. Piekrītu, ka ir jāiesniedz papīri par papildus mācībām, kredītpunktiem, kursiem un kongresiem, bet ***darba atskaite par to, cik ir pacienti pieņemti, cik izoperēti utt., ir pastulbi. Statistikas atskaites tiek reizi gadā nodotas, un tur viss ir apkopots. Plus, ja sadarbojas ar Nacionālo veselības dienestu, tad datus ievada pēc taloniem, kā viņus apmaksā, un tur jau diagnozes uzrādās.*** *Ja grib, tad var saskaitīt. Kāpēc tas ir vajadzīgs sertifikācijai?* (ārsts speciālists, Rīga)

Arī prasība veikt darba atskaiti, manuprāt, ir vērtīga, jo, ja neko neprasītu, arī pašam nerodas skaidrība par to, kas ir padarīts, līdz ar to bišķiņ piespiedu mehānisms ārstam veikt kaut kādu apkopojumu savam darbam. Dažreiz arī rodas iebildumi par to, cik gara ir šī darba atskaite, jo tādas speciāls noteikts apjoms nav. (..) Par tām pacientu grupām, par pielietotām metodēm, varbūt par rezultātiem. Diezgan brīvā formā, bet ne gluži vienas lapas apmērā. Tas varbūt dažiem kolēģiem arī rada tādu kādu pretestību. (..) Tikai, kur pēc tam paliek tās atskaites. It kā asociācijai vai ārstu biedrībām būtu tās jātur, bet tas laikam cits jautājums, kā tas notiek. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Bija jautājums, kam ir nauda jāpārskaita par sertifikācijas procesu – vai Ārstu biedrības kontā vai asociācijas kontā. Dažādi kolēģi dažādi šīs te lietas izprot. Īstenībā, iepazīstoties ar sertifikācijas ārstu biedrības nolikumu, tik tiešām nav ļoti precīzi uzrakstīts šis formulējums, kur tai naudiņai ir jāpaliek. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Domājot par laika ietaupīšanu, iespējams varētu ieviest online iesniegšanu. Tas būtu loģiski, jo tīri fiziski braukt un iesniegt tos dokumentus tagad pie mūsdienu interneta vides… Tā varbūt varētu būt kā opcija arī, kas to vēlas. (ārsts speciālists, reģions, maksas)

Vienīgais, kas bija nepatīkami, ka bija jābrauc uz Ārstu biedrību pēc sertifikāta. Tā bija pilnīgi sveša vieta. Labāk būtu bijis turpat uz vietas saņemt, bet nekas. (ārsts speciālists, reģions)

2.4.3. Citu specialitāšu vai papildspecialitāšu iegūšanas procesa vērtējums

Stacionārie pakalpojumu sniedzēji reģionos kā vienu būtisku savas darbības apgrūtinājumu minēja darbaspēka novecošanos un pārāk šaurās ārstu specializācijas (sk. arī 2.4.1. sadaļu), kā rezultātā stacionāram trūkst noteiktu specialitāšu ārstu. Viens no problēmas risinājumiem ir ārstu papildu specialitāšu un citu specialitāšu iegūšana, it sevišķi tad, ja ārsts ir sertificēts radniecīgā specialitātē vai ir darba gaitā apguvis noteiktas iemaņas. Tomēr stacionāri atzīmē, ka šobrīd šādas prakses īstenošanu apgrūtina nesenā pagātnē īstenotās normatīvā regulējuma izmaiņas (pieņemot 24.03.2009. MK noteikumus 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"), kā rezultātā tika skaidri noteikts, ka ārstam, lai iegūtu papildspecialitāti, ir no jauna jāstājas rezidentūrā (sk. 2.4.3. logu). Ārsti speciālisti un

stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka adekvātāka pieeja būtu speciālu apmācību rīkošana nepieciešamo teorētisko zināšanu apguvei un ārstu sertificēšana, uzskatot, ka noteiktas praktiskajā darbā iegūtās iemaņas ir līdzvērtīgas rezidentūrai.

Ārstu specialitāšu apvienošana un nosaukumu maiņa arī ir process, kas rada administratīvo slogu attiecīgo nozaru speciālistiem. Tas ir saistīts, pirmkārt, ar bažām, kā notiks sertificēšanās un resertificēšanās jaunajā profesijā, kādi tālākizglītības kursi tiks atzīti par atbilstošiem u.tml., un, otrkārt, ar nepieciešamību iziet papildu apmācību apvienotās profesijas iemaņu apguvei. Vairākos gadījumos ārsti iebilst pret plānoto (vai jau notikušo) specialitāšu apvienošanu, uzskatot, ka šaurāka specializācija tomēr ir nepieciešama (piemēram, psihiatrijā un narkoloģijā).

2.4.3. logs. Citu specialitāšu un papildspecialitāšu iegūšanas procesa vērtējums un radītā sloga piemēri

Es ielecu pēdējā vagonā, jo bija vienošanās ar narkologu un psihiatru asociāciju, ka narkologi varēs tā kā uz atvieglotiem noteikumiem iziet to sertifikāciju. Vajadzēja iziet kursus, apmācības kursus pusgada laikā un nolikt eksāmenu. (..) Tā iespēja laikam nebūs vairāk. Tas bija kaut kāda tāda vienošanās uz kaut kādu laika periodu, ka jāpilda. (..) Jo citiem [citām specialitātēm] *laikam ir prasības iet rezidentūru, un tas ir diezgan sarežģīti, piemēram, man ir kolēģis, kas strādā šeit, narkoloģijas nodaļā, par ārstu ordinatoru, viņš to narkologa sertifikātu laikam nekad mūžā nedabūs, jo viņam jāstudē rezidentūrā tagad, lai izmācītos. Viņš nevar nemaz. Arī rezidentūru psihiatrijā, kaut viņš strādā jau ilgus gadus, viņš (..) nevar dabūt.* (ārsts speciālists, reģions)

Ministrija principā ir deleģējusi profesionālajām asociācijām pārāk lielas tiesības. Mums ir viena daktere anestezeologs (..), viņa ir veikusi šajos gadus (..) dialīzes, ar mākslīgo nieri strādājot, viņai nav sertifikāta. Strādājot akūtos gadījumos, nieri drīkst pieslēgt jebkurš anestezeologs, bet [ja ir] *hroniskie pacienti, kas galvenokārt ir tam nefrologam,* [to pašu manipulāciju citos apstākļos] *viņš to nedrīkst* [darīt] *bez sertifikāta. Principā mums jāalgo rīdzinieki, lai strādātu rīdzinieku vadībā. (..) Tas ir kaut kāds absurds. Vecos laikos, kā eksterni varēja nolikt.* (stacionārs, reģions)

Sertifikācijām, atkarībā no asociācijām, ir kur ir sakarīgas prasības, ļoti pretimnākoši un saprotoši, un ir kur, piemēram, es nezinu, kāpēc tiek likti kaut kādi mākslīgi šķēršļi. Tāda sajūta, ka negrib, lai būtu konkurence. (stacionārs, reģions)

Viņam jāstājas rezidentūrā pēc pašreizējiem noteikumiem. Kurš tad to var izdarīt? Viņam jāmācās. Mums te vajadzēja nefrologu varbūt, kaut kam tur piedāvāja, bet tas jau nav iespējams. Viņam jāstājas rezidentūrā un jāmācās tie gadi, lai viņš iegūtu nefroloģijas ārsta sertifikātu. ***Nepietiek ar metodes apmācību. Neviens nevar pārkvalificēties uz šo dienu, neejot rezidentūrā.*** (stacionārs, reģions)

Es tagad izgāju ķīmijterapijas kursu, jo mūs te pēkšņi pārtaisīja par ķīmijterapeitiem. Motīvs ir tāds, ka Eiropā nav klīniskie onkologi, kaut gan tās ir muļķības. Viņi ir un viņi visur strādā. Mēs dabūjām iziet Eiropas četru mēnešu kursus. Šo to jaunu uzzināju, bet reāli, ja es strādāju privāti, es te ķīmijterapiju nepielietošu. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

2.5. Māsu sertifikācija un resertifikācija

Tā kā medicīnas māsas nebija definēta kā pētījuma tiešā mērķa grupa, māsu sertifikācijas un resertifikācijas procedūru radītā administratīvā sloga vērtējums balstīts uz māsu darba devēju – ārstu speciālistu un stacionāro pakalpojumu sniedzēju – un profesionālo asociāciju viedokli.

Daļa problēmu, ar kurām sastopas māsas, kārtojot administratīvās procedūras saistībā ar sertifikāciju un resertifikāciju, ir līdzīgas ārstu palīgu (feldšeru) identificētajām grūtībām (sk. arī 2.3.2. sadaļu). Tās ir, pirmkārt, resertifikācijas kopējās izmaksas, kas lielai daļai māsu ir augstas attiecībā pret viņu darba algas vidējo līmeni, otrkārt, laika resursu patēriņš kursu apmeklēšanai, un, treškārt, nepieciešamība procedūras kārtot Rīgā, kas rada papildu slogu reģionos strādājošām māsām. Darba devēji uzskata, ka administratīvo slogu rada arī noteiktais kredītpunktu skaits, kas māsām jāiegūst resertifikācijai, ir par augstu, kā rezultātā māsa ir spiesta apmeklēt kursus par tādām tēmām, kas uz viņas darbu neattiecas un kurās iegūtās zināšanas viņai nebūs nepieciešamas. Kā atsevišķu ļoti būtisku apgrūtinājumu darba devēji min normatīvā regulējuma grozījumus 2009. gadā, kuras būtiski

mainīja māsu izglītības iegūšanas kārtību, kas radījis virkni problēmu medicīnas māsu sertifikācijai (sk. 2.5.a. logu).

<u>Problēma</u>: 24.03.2009. MK noteikumi Nr. 268 ir piemēroti vienādi māsām ar pieredzi nozarē un jaunajām māsām.
<u>Problēma</u>: māsu izglītības dokumentos lietotās terminoloģijas tieši tulkojumi rada pārpratumus attiecībā uz māsas kvalifikāciju, uzsākot darbu pie ārvalstu darba devēja.
<u>Problēma</u>: māsu specializācija kādā apakšnozarē liedz iegūt sertifikātu, kamēr nav iegūta specializācija pamatnozarē, kam ir nepieciešama papildu apmācība.
Administratīvā sloga piemēri, kas radušies, stājoties spēkā 24.03.2009. MK noteikumiem Nr. 268 „Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu", ir raksturoti 2.5.a. logā. Lai gan darba devēji norāda, ka māsu apmācība notiek ar ESF projekta „Veselības aprūpes un veselības veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai" palīdzību, tomēr kritiski tiek vērtēts gan mācību saturs, gan to garums – lai māsas izietu piedāvāto apmācību, tām ir jāvelta daudz laika.

2.5.a. logs. Problēmu piemēri saistībā ar māsu izglītības iegūšanu un sertifikāciju

Ja pirms 2009. gada sertifikātu varēja iegūt, izglītojoties dažādos neformālās izglītības pasākumos, tad no 2009. gada sertificēties var tikai pēc specialitātes izglītības programmas un formālās izglītības apgūšanas vienā vai otrā augstskolā. Tas nereti ir no ārstniecības personām uzskatīts kā liela grūtība un šķērslis, lai gan šī izglītība tiek finansēta, un tas ārstniecības personai ir pašreiz bez maksas. (profesionālā asociācija)

Problēma ar to, ka ne visas māsas tagad var dabūt sertifikātu (..). Man liekas tur pilnīgi neadekvāta kaut kāda situācija ar to, ka ***māsas nevar resertificēties vai sertificēties savā specialitātē bez kaut kādas atkal papildu izglītības, uz kurieni tur jāiet kaut kāda tur cita līmeņa izglītība, lai dabūtu vispār sertifikātu tagad****. Nu, piemēram, man viena medicīnas māsa, viņa pabeidza māsu skolu, tad viņai tas termiņš kādi trīs gadi jākrāj punktus utt., tur viņa reģistrēja, bet tad viņai atkal visa tā sertifikācija, tad viņa bišku pavilka tur garumā, bija slims bērns, beidzot viņa nobrieda, ka viņa sertificēsies, tad nomainījās likumi, ka viņa nemaz nevar sertifikātu dabūt. Tā kā viņai jāiet mācīties tagad. (..) Vēlreiz uz medicīnas skolu veselu gadu. It kā pagaidām pa brīvu, jo ir Eiropas kaut kādas programmas, bet viņa nemaz nevarēja pagājušogad, jo nemaz nebija tās garīgas aprūpes māsas – (..) tur vienkārši nebija tāda grupa.* (ārsts speciālists, reģions)

Kādreiz nostrādāja attiecīgo gadu skaitu, bija jautājumi, kārtoja eksāmenu un varēja iegūt sertifikātu. Šodien pirmreizējo sertifikātu var iegūt tikai tad, ja cilvēks ir beidzis attiecīgu programmu – vai tā ir internās terapijas māsa vai ķirurģijas māsa, kas specialitāti iegūst. Ja esi beidzis Medicīnas koledžu, esi nostrādājis attiecīgo gadu skaitu nodaļā, tad priekš kam ir vēl jāiet šie specializācijas kursi!? ***Rīgas māsām varbūt nav problemātiski, bet māsām, kuras dzīvo rajonos, izbraukāt un izmācīties to gadu garumā ir gan materiālā ziņā apgrūtinoši, gan ar darbu ir grūti savienot.*** *Es uzskatu, ka tā ir arī kārtējā birokrātija, kas to neļauj vienkāršot. Ārstiem jau nav tāda lieta – viņi aizbrauc, noliek eksāmenu un viss, bet māsām ir atkal kaut kas, nezin' pēc kādiem mērogiem. (..) šobrīd tas, kas notiek mūsu valstī, ka māsiņām, kuras ir beigušas Medicīnas skolu līdz 1995. gadam, tagad liek pārmācīties vēlreiz koledžā, lai iegūtu vēlreiz to pašu diplomu, bet tagad kā koledžu beigušām. Tā ir pilnīgi nepamatota prasība. Tagad ir daudzas māsas, kuras ir spiestas mācīties. Lai arī tas ir par Eiropas līdzekļiem, bet vienalga ir jābrauc uz Rīgu.* (stacionārs, reģions)

Māsiņai apsola darbu Vācijā (..). Viņa iegūst izglītību, kur ir rakstīts internās aprūpes māsa. Aizsūtot dokumentus uz Vācijas darbavietu, kur sarunāta darbavieta, viņa aizsūta savus dokumentus „internās aprūpes māsa", kas parāda, ka viņai ir koledžas izglītība. Bet viņa vēl pieliek veco krievu laikā pabeigto medicīnas skolu. Aizsūta arī to diplomu. Labi, ka viņa aizsūtīja, jo cilvēks, kurš tur pieņems viņu darbā, ko nozīmē internās aprūpes māsa, aprūpes māsa. Viņi saprot to, kad tas ir sanitārs. Jo tāpēc, ka tas ir aprūpētājs. Viņu izpratnē - Eiropā aprūpētājs. Labi, ka viņai bija tā vecā skola, ko viņa aizsūtīja, uz tāda dokumenta bāzes viņa dabūja darbu tajā Vācijā. Tad man ir jautājums, kādā veidā dezinformē tās māsiņas. Jūs pabeigsiet, varēsiet braukt uz ārzemēm strādāt. Nē, viņas var par aprūpētājiem strādāt. Un tad viņas nomācās tos divus gadus, un tad viņas tālāk var iet studēt, lai gan sākotnēji viņām solīja bakalauru. Ļoti daudz tur ir nesaprotamas lietas. (stacionārs, reģions)

Podologa māsa, kas strādā pie diabēta kabineta, kopj pēdas, ***ar nākamo gadu viņai obligāts ir sertifikāts. Un lai iegūtu sertifikātu jāmācās divi gadi. Ja tā māsa jau strādā padsmit gadus un dara savu darbu labi, kur tad viņa tos divus gadus atkal mācīsies pa jaunu?*** *Pēkšņi uzrodas kaut kāds sertifikāts. Manuprāt, uz tiem kadriem, kas jau strādā,*

būtu jāpieiet izvērtējot, un viņa sertifikātu varētu dabūt, ka viņai tas darbs ir bijis, sūdzības nav bijušas. (..) ***Tas ir ar atpakaļejošu datumu.*** *Tad lai nākošie mācās, tad viņi jau laicīgi zina tos spēles noteikumus, kad viņiem būs jāmācās, lai viņi iegūtu šo te sertifikātu.* (stacionārs, reģions)

Māsiņa speciāli mācās divus gadus par podiatrijas māsiņu, par kāju aprūpi. Izrādās, ka viņa šajā sfērā nevar kaut kādu apsvērumu dēļ, neviens neizsniedz viņai sertifikātu, kaut arī viņa ir apguvusi šo profesiju un strādā viņā un ar atzīstamām sekmēm. Jo lūk ***viņai to nevar iedot tāpēc, ka viņa nav pamatā endokrinoloģijas māsa. Un, lai viņa būtu endokrinoloģijas māsa, tad viņai kas atkal jāmācās no jauna?*** *Jāiet no jauna māsu skolā. Nu bet tas taču ir pilnīgi, nu tas ir absurdi. Viņa nevar tagad strādāt uz savu vārdu, jo lūk viņai nav tā sertifikāta, kaut arī viņa ir speciālu apmācību izgājusi.* (stacionārs, reģions)

<u>Problēma</u>: māsu iedalījums specializācijas apgrūtina elastīgu darba organizāciju stacionāros. Māsu iedalījums un sertifikācija šaurākās specializācijās apgrūtina viņu nodarbināšanas iespējas stacionāros, kuru darba specifika nosaka, ka noteiktos brīžos ir nepieciešams nekavējošs personāla papildinājums vienā vai otrā nodaļā. Tas nozīmē, ka attiecībā uz māsām stacionāri ir ieinteresēti tādos nodarbināšanas nosacījumos, kas ļauj efektīvi reaģēt neparedzētos gadījumos, piemēram, nozīmēt vienā nodaļā strādājošās māsas uz citu nodaļu, ja vienā no tām darba slodze ir pārāk liela un citā – nepietiekama. Šobrīd šādas elastīgas pieejas lietošanu apgrūtina ārstniecības personāla nodarbinātības nosacījumi – pastāvīgi strādāt specialitātē ārstniecības persona var tikai tad, ja tā ir sertificēta attiecīgajā nozarē (sk. 2.5.b. logu). Tāpēc stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka lietderīgāk būtu apvienot māsas plašākās specialitātēs, kas ļautu elastīgāk izmantot pieejamo darbaspēku. Stacionāro pakalpojumu sniedzēji norāda, ka darba specifika ārstniecības iestādēs prasa atsevišķi nodalīt tikai atsevišķu specialitāšu māsas (piemēram, reanimācijā, dzemdniecībā, anesteziología).

2.5.b. logs. Māsu specializāciju radītās nodarbinātības grūtības

Ar māsām mums ir drusku savādāk. Nezinu, kādēļ pašā sākumā, veidojot šo valsti un šīs lietas, ***māsas tika tik šausmīgi saskaldītas. Nu ir katrā specialitātē.*** *Ir endokrinoloģijas māsa, neiroloģijas māsa, ķirurģijas māsa, hemolīzes māsa... Un tā tālāk. Visas specialitātes cik ir, tik viņas ir. Vairāk kā 30.* ***Un vienkārši arī iestādes vadībai ir ļoti grūti izmantot šo darbaspēku.*** *Kaut vai ņemot, es zinu drusku Zviedrijas pieredzi, ja kādā nodaļā nav slimnieku, bet citā nodaļā ir pārpildīts ar slimniekiem, tad ir ļoti vienkārši, attiecīgi dežūrmāsa tiek pārcelta uz to* [noslogoto] *nodaļu, un viņa strādā. Dotajā brīdī, tas viss ir sasaistīts. Nevar šīs lietas, kad māsai ir tāda un tāda specializācija, hemolīzes māsu pārcelt uz ķirurģiju. Protams, atsevišķas* [nodalītas] *nozares varētu būt. Tā ir reanimācijas māsa, vidējam med-darbiniekam tās ir vecmātes. Tas ir skaidrs. Bet visām citām specialitātēm jau nu vajadzētu būt praktiski...* [vairāk apvienotām specialitātēm]. (stacionārs, reģions)

2.6. Laboratorijas ārstu un citu speciālistu sertifikācija un resertifikācija

Laboratorijās strādājošo darbinieku sertifikāciju un resertifikāciju veic divas profesionālās organizācijas – LĀB un Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība (LĀPPOS). Šāds dalījums ir ieviests tāpēc, ka laboratorijās strādā gan darbinieki, kuri ieguvuši ārsta izglītību un ir tiesīgi arī konsultēt pacientu, gan biomedicīnas laboranti (ar koledžas izglītību), gan darbinieki, kuri ieguvuši bioloģa vai ķīmiķa izglītību. Līdz ar to laboratorijas ārsti sertificējas un resertificējas LĀB, bet citi laboratorijas speciālisti ar augstāko izglītību un biomedicīnas laboranti – LĀPPOS. Atbilstoši šim speciālistu nošķīrumam laboratorijas ārsti tiek reģistrēti ārstniecības personu reģistrā, bet citi speciālisti – ārstniecības personu atbalsta reģistrā. Laboratoriju vadītāji uzskata, ka šāds nošķīrums ir formāls, jo praksē ir ļoti maz funkciju, ko drīkst veikt tikai laboratorijas ārsts.

Laboratorijas ārstu sertifikācijas un resertifikācijas gadījumā administratīvo slogu rada grūtības, ar kurām sastopas visi ārsti speciālisti (sk. 2.4.2. sadaļu). Savukārt laboratorijas speciālisti, kas ieguvuši augstāko izglītību citā, ne ārsta specialitātē sastopas ar citām grūtībām, kuras rada tieši tas apstāklis, ka viņi nav ieguvuši ārsta 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.

2.7. Rezidentu apmācība

Stacionāro pakalpojumu sniedzēji, kuri ir iesaistījušies rezidentu apmācība, norāda uz administratīvo slogu, kas veidojas saistībā ar noteikumiem, kas regulē rezidentu apmācību. Slogu, pirmkārt, veido samērā biežā finansēšanas un rezidentu apmācības organizācijas noteikumu maiņa, otrkārt, rezidentu apmācību ietekmē virkne citu noteikumu, kas nav saskaņoti savā starpā.

Finansēšanas un rezidentu apmācības organizācijas noteikumu maiņa stacionāro pakalpojumu sniedzējiem rada nozīmīgu administratīvo slogu tāpēc, ka atbilstoši grozījumiem ir jāpārstrādā visi sadarbības līgumi ar citām rezidentu apmācībā iesaistītajām iestādēm un rezidentiem. Administratīvais slogs šī iemesla dēļ pieaug proporcionāli stacionārā apmācīto rezidentu un sadarbības iestāžu skaitam.

Ņemot vērā speciālistu trūkumu, reģionālo stacionāro pakalpojumu sniedzēji vēlas iesaistīties rezidentu apmācībā un atbalsta t.s. rezidentu „sadales" principu, kad jaunie speciālisti tiek nozīmēti konkrētā darbavietā uz noteiktu laiku. Rezidentu un jauno speciālistu piesaistīšanai reģionālie stacionāro pakalpojumu sniedzēji paši vai sadarbībā ar pašvaldību piedāvāja stipendijas un materiālo atbalstu, slēdzot līgumus ar saistībām jaunajam speciālistam pēc rezidentūras beigām nostrādāt attiecīgajā vietā noteiktu laiku, tomēr šādas inicitatīvas īsteno tikai atsevišķi lielāko Latvijas pilsētu stacionāro pakalpojumu sniedzēji. Mazākās apdzīvotajās vietās izvietotie stacionāri šādu praksi neīsteno un atbalsta t.s. rezidentu „sadales" principa ieviešanu, kas ļautu nodrošināt jauno speciālistu pieejamību vismaz kādu laiku.

Tomēr 2011. gada vasarā Satversmes tiesā tika apstrīdēts 13.03.2001. MK noteikumu Nr. 120 „Rezidentu sadales un rezidentūras finansēšanas noteikumi" un 25.08.2009. MK noteikumu Nr. 972 „Rezidentu sadales un rezidentūras finansēšanas noteikumi" vienotais regulējums (zaudējuši spēku 07.09.2011., stājoties spēkā 30.08.2011. MK noteikumiem Nr. 685 „Rezidentu sadales un rezidentūras finansēšanas noteikumi"). Tas bija pamats gan stacionāru praksei slēgt līgumus, gan arī prasīja, lai pēc rezidentūras beigšanas apmācītā persona turpmākos trīs gadus strādā Latvijas Republikas teritorijā ārstniecības iestādē, kurai ir noslēgts līgums ar Veselības norēķinu centru (šobrīd – NVD) vai kura veselības aprūpes pakalpojumus sniedz ārpus Rīgas, atbilstība tiesību normām[4]. 2012. gada 3. maijā Satversmes tiesa ir pieņēmusi spriedumu minētajā lietā, kurā atzina apstrīdētajās normās ietverto regulējumu par atbilstošu Latvijas Republikas Satversmes 91. un 106. pantam. Jāatzīmē, ka stacionāro pakalpojumu sniedzēji ir saņēmuši pretēju informāciju par Satversmes tiesas lēmumu, proti, ka apstrīdētās normas neatbilst Satversmei, kas vēl vairāk pastiprina spriedzi saistībā ar jauno ārstu speciālistu piesaistīšanas iespējām reģionālajos stacionāros.

[4] Lieta Nr. 2011-14-03. Par Ministru kabineta 2001. gada 13. marta noteikumu 3.1 5. apakšpunkta un 11. punkta un Ministru kabineta 2009. gada 25. augusta noteikumu Nr. 972 „Rezidentu sadales un rezidentūras finansēšanas noteikumi" 11. punkta atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 91. un 106. pantam. Sprieduma teksts lietā pieejams: http://www.satv.tiesa.gov.lv/upload/2011-14-03_spriedums_lv.pdf

Neskatoties uz šo Satversmes tiesas lēmumu, tika izstrādāti un šobrīd ir spēkā 30.08.2011. MK noteikumiem Nr. 685 „Rezidentu sadales un rezidentūras finansēšanas noteikumi", kuri iepriekšējo redakciju padara vispārīgāku un plašāk interpretējamu, proti, šobrīd ir noteikts, ka persona, kuras apmācība rezidentūrā finansēta no valsts budžeta līdzekļiem, vismaz 36 kalendāra mēnešus piecu gadu laikā pēc rezidentūras beigšanas gūst ienākumus Latvijas Republikā un ir iedzīvotāju ienākuma nodokļa maksātāja no darba algas vai saimnieciskās darbības (28. punkts), savukārt 29. punkts nosaka minimālo iedzīvotāju ienākuma nodokļa aprēķināto apmēru – vismaz 30% no valsts budžeta izmaksām par personas apmācību. Ja persona pēc rezidentūras beigšanas nepilda minētos nosacījumus vai arī pārtrauc apmācības rezidentūrā, Veselības ministrija pieņem lēmumu par rezidenta apmācībai izlietoto valsts budžeta līdzekļu atmaksu. Būtiskākais princips, kas ir mainīts jaunajos noteikumos, ir nosacījums par ārsta, kas beidzis rezidentūru, darbavietu. Ja iepriekš spēkā esošajos noteikumos bija noteikts, ka ārsts strādā tikai tādā ārstniecības iestādē, kura ir noslēgusi līgumu ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, tad, stājoties spēkā 30.08.2011. MK noteikumiem Nr. 685, prasība tika mīkstināta. Šobrīd, neskatoties uz valsts finansētu rezidenta apmācību, jaunais ārsts var strādāt gan iestādē, kurai ir līgums ar NVD, gan sniegt tikai maksas veselības aprūpes pakalpojumus.

<u>Problēma</u>: 30.08.2011. MK noteikumu Nr. 685 „Rezidentu sadales un rezidentūras finansēšanas noteikumi" radījuši papildu administratīvo slogu rezidentu apmācībā iesaistītajiem stacionāro pakalpojumu sniedzējiem.
2011. gadā pieņemtie jaunie noteikumi stacionāriem, kas veic rezidentu apmācību, radījuši papildu administratīvo slogu, kurš saistīts ar slimnīcām izvirzītajām prasībām un ar apmācību saistīto izpildāmo dokumentu skaita pieaugumu. Turklāt noteikumu pieņemšanas jaunā mācību gada sākumā radīja arī steigu, kā arī no augstskolām saņemtās informācijas neatbilstību jaunajiem 30.08.2011. MK noteikumu Nr. 685.

<u>Problēma</u>: normatīvajā regulējumā nav noteikti rezidentu kvalifikācijai atbilstoša atbildība, kuras ietvaros rezidents varētu pieņemt lēmumus patstāvīgi.
Stacionāro pakalpojumu sniedzēji un profesionālās asociācijas uzskata, ka normatīvajā regulējumā ir nepieciešams ieviest dažādas atbildības pakāpes, kuras apmācības gaitā sasniedz rezidents un kuras atļautu viņam noteiktās situācijās pieņemt lēmumus patstāvīgi. Pilnu atbildību par savu darba ārsts uzņemtos, iegūstot sertifikātu, taču, tā kā ārstu apmācība līdz sertifikāta iegūšanai ir pietiekami ilga un tās laikā tiek apgūtas noteiktas kompetences, kuru ietvaros lēmumus varētu pieņemt pastāvīgi, šī prakse būtu jānostiprina arī normatīvi. Ņemot vērā šī brīža situāciju, politikas veidotājiem – Veselības ministrijai – jāveido dialogs ar stacionāriem, kas iesaistījušies rezidentu apmācībā, un/vai apmācīt tiesīgajiem ārstiem, lai izvērtētu iespējamos risinājumus rezidentu atbildības pieaugumam mācību procesa laikā. Dialoga rezultātā jāizvērtē visi ar rezidentu apmācību saistītie jautājumi – gan apmācības finansēšana (piemēram, pieaugot rezidentu patstāvībai, pieaug viņa atalgojums, bet samazinās par viņu atbildīgā ārsta atalgojums), gan grozījumu radītais administratīvais slogs, gan iespējamie ieguvumi un riski.

Rezidentu pakāpeniskas atbildības pieauguma noteikšana normatīvi palīdzētu risināt vairākas, t.sk., administratīvo slogu radošas, problēmas. Pirmkārt, šāda pakāpeniski pieaugoša rezidentu atbildība 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.

2.7. logs. Rezidentu apmācības organizēšanas grūtību piemēri

Faktiski jāsaka tā, ka tā ir bijusi visu laiku politiskā cīņa. Galvenā, kas menedžēs rezidentu naudu. (..) Un tāpēc ir cīņa starp ārstniecības iestādēm un attiecīgi augstskolām par to kas to naudu dabūs. Tāpēc ir viļņveidīgi. Tad slimnīcām iedod naudu, viņas slēdz līgumu ar ārstniecības iestādēm. (..) Manā uztverē pareizais variants tas, ka visu naudu dotu universitātes slimnīcām, un tās menedžētu tālāk ar augstskolām tos līgumus, jo (..) pamatā rezidents ir slimnīcas darbinieks un viņš strādā slimnīcā, viņš ārstē pacientus, tai skaitā kopā ar mācību procesu, nevis otrādi, viņš pamatā ir mācību procesā un tā, starp citu, paskatās uz slimniekiem. Pagājušogad jaunie MK noteikumi ļoti labi to izlaboja. (..) Globālais finansu sadalījums ir ļoti labs un to mainīt nedrīkst. To, ko tur atkal grib mainīt. Tagad vairāk naudu augstskolām. Augstskolas cīnās par savu naudu, kas viņām īsti nepienākas. (stacionārs, Rīga)

Šajos Ministru kabineta noteikumos iespēra iekšā ***tādas prasības un izmaiņas, kuras prasa citu normatīvo aktu izmaiņas, kuras neattiecas uz šo normatīvo aktu****. Proti, ka piemēram, kardiologi, onkologi, onkoķīmijterapija kā specialitātes, tur man liekas bija vēl viena, ir terapijas apakšspecialitātes. Nu nevar pēkšņi vienos MK noteikumos šādi iestrādāt, ja nav citu noteikumu, kas to noregulē, ja vispār šādas programmas nav. Tad mēs kaut ko liekam darīt ar programmu, kura vispār vēl neeksistē. (..) Un trešā lieta, ko iestrādāja iekšā, tās obligātās dežūras. Galīgi nepaskatoties uz to, ka mācību programmās tam nav vietas. (..) Un vēl viena lieta, kas tajos MK noteikumos un trūkst un netika iestrādāts iekšā, bija finansējums. Es saprot, ka finansējums ir maz, tad varbūt vajag mazāk to rezidentus ņemt. Mums rezidenti ir totāli sociāli neaizsargāti. Viņam nav nekāda apdrošināšana medicīniskā. Tur nav absolūti paredzēts finansējums arī virkni citām aktivitātēm un iznāk tā, ka tas ir viens no iemesliem, kāpēc rezidenti no Latvijas brauc projām.* (stacionārs, Rīga)

Mēs gribam, lai šis jaunais ārsts, arī rezidents, pa gadiem darītu arvien vairāk pats. Visi to grib. Mēs gribam politiski un īstenībā mēs to gribam arī reāli, lai mēs slimnīcā atļauti to darītu un lai mums nebūtu ar Veselības inspekciju problēmas, mums ir jābūt legālam pamatam. Legālais pamats ir apstiprinājums šim kompetencēm. Lai mēs viņas pārbaudītu slimnīcā un apstiprinātu, un kādam kaut ko ļautu vai neļautu darīt, mums ir jābūt šim kompetenču uzskaitījumam. Ja mums būtu korekts MK noteikumu specialitāšu uzskaitījums, kur pirmā gada rezidents māk un dara to, otrā gada māk un dara to, trešā dara to, tad balstoties uz to, mēs, attiecīgi šīs kompetences pārbaudot, varētu šiem ārstiem legāli ļaut kaut ko darīt. (..) ***Piecus gadus neatbild ne par ko un pēkšņi sestajā uzreiz par visu, pēc tās rezidentūras. Tas nav pareizi pēc būtības un tas arī to ārstu, kas viņu apmāca lomu padara tādu...*** *(..)* ***viņš tiek pazemots****. No sava viedokļa, viņš jau pat nevar īsti tur pumpu nogriezt, ja viņš ir ķirurgs, ceturtā gada rezidents. Un savukārt ārstniecības iestādēm tas ir ļoti slikti, jo tad galu galā mēs jau tiem ārstiem nevaram ļaut strādāt, kā ārzemēs viņiem ļauj strādāt.* (stacionārs, Rīga)

Stacionārā uzņemšanā strādā vairāki rezidenti un galvenais ārsts. Tai brīdī galvenais ārsts ir nokrāvies ar darbiem, un pat, ja rezidents viņam izstāsta, ka tur tam un tam sāpēja tas un tas, viņš pamāj ar galvu un pieņem zināšanai. Viņš neaiziet viņu pētīt, ja rezidents pasniedz ziņu, ka viss ir skaidrs un diagnoze ir tāda un tāda, un vienojas, ka laiž viņu mājās. Notiek mutiska komunikācija, bet nē – dokumentos ir jāparakstās šim atbildību nesošajam ārstam par viņu jauko komunikāciju, jo viņam fiziski nav laika aiziet uz to pacientu vēlreiz paskatīties un visu kārtīgi izskatīt cauri, izdiskutēt, akadēmiski apspriesties un tad parakstīt. (..) Reāli normatīvo aktu prasība ir, ka ir jābūt atbildību nesošajam ārstam parakstījušam rezidenta veikumu. (..) Vienkārši principiāli piekasīties pie tā, ka tur nav divu cilvēku paraksti, nav pēc jēgas. Vai tad, ja cilvēks ir atnācis ar pārsistu lūpu, ir vajadzīgs vēl sertificēts ārsts, kurš uz viņu vēlreiz paskatīsies, lai konstatētu, ka tiešam ir pārsista lūpa? Es domāju, ka nē. Ir kaut kādi kompetences līmeņi, kas ir izvērtējami. (profesionālā asociācija)

Neizdodas piesaistīt pietiekošā skaitā rezidentus no abām divām augstākām iestādēm, kas gatavo ārstus. (..) Tur vairāk vai mazāk ir slavenās asociācijas un katedras, kuras tad attiecīgi arī sertificē speciālistus, it kā šis cilvēks varētu gribēt turpināt mācīties (..) [pie respondenta], *un mēs viņam to varam darīt, bet viņam* [tiek izteikta] *tāda maza piebilde: „Atceries to, ka tev sertifikāts būs jāiegūst pie mums."* (stacionārs, reģions)

Ministru kabineta noteikumi, kas tagad reglamentē šo te rezidentu kārtību ir pilnīgi ačgārni, neērti lietojami slimnīcai. Ja agrāk rezidents varēja staigāt, tad šobrīd viņš mācās (..) [vienas ārstniecības iestādes nosaukums], *pēc tam viņš mācās (..)* [citas ārstniecības iestādes nosaukums], *tad vēl kaut kur. Universitāte ar katru slēdza līgumu, tad šobrīd Universitāte piesaista rezidentu vienai slimnīcai, piemēram, mūsu slimnīcai un tad viņam vienalga šī te apmācība, ko mēs šeit nevaram nodrošināt uz vietas, ir jāiet tajā pašā (..) vai vēl kaut kur citur. Mums ir jāslēdz sadarbības līgumi ar slimnīcu, ar ārstiem, kuri apmāca, kurā mirklī, tad izsekot līdzi, kurā mirklī, kurā nedēļā, pie kura speciālista viņš ir mācījies, un tad vēl samaksāt tam, kurš viņu ir mācījis. Tas ir milzīgs slogs grāmatvežiem, juristiem, ārstiem, tur ir anketēšanas sistēmas – apmācītājs apmācāmo un otrādi. Man šķiet, ka, lai visu to nodrošinātu perfekti, ir tik daudz jāiesaista personāls, ka praktiski tas vairs neatmaksājas.* (stacionārs, reģions)

2.8. Ieteikumi veselības aprūpes personāla sertifikācijas un resertifikācijas procedūras uzlabošanai

- Lai mazinātu jauno ģimenes ārstu sertifikācijas procedūras ilgumu, kas ir saistīts ar rezidentūras beigšanas, sertifikācijas eksāmenu, sertifikāta saņemšanas procedūru nesaskaņotību, ir iespējami vairāki risinājumi. Pirmkārt, iesakām rezidentūras beigšanu apliecinošu dokumentu izsniegt uzreiz pēc rezidentūras pabeigšanas, kā arī izskatīt rezidentu un augstskolu savstarpējā līguma termiņus. Otrkārt, nodrošināt savlaicīgu sertifikātu saņemšanu pēc kvalifikācijas prasību izpildes. Pēdējā ieteikuma sakarā svarīgs faktors ir tas, ka 25.07.2012. stājās spēkā Ārstniecības likuma grozījumi, kas nosaka, ka turpmāk lēmumu par sertifikāta piešķiršanu vai atteikumu piešķirt sertifikātu sertifikācijas institūcija pieņem triju mēnešu laikā no iesnieguma saņemšanas dienas. Šī likuma norma var būt būtisks šķērslis sertifikāta saņemšanas procedūras optimizēšanai.

- 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.

- Ieteicams izskatīt iespēju pilnveidot vai atcelt ārstniecības personu sertifikācijas atjaunošanai iesniedzamo profesionālās darbības pārskata veidlapu „Praktiskā darba atskaite", kuras aizpildīšana ārstniecības personu vērtējumā ir drīzāk formāla, nevis ataino reālo situāciju.

- Attīstīt attālinātās tālākizglītības piedāvājumu un iespēju vākt kredītpunktus, apgūstot dažādus kursus un kārtojot testa jautājumus tiešsaistē, vienlaikus nosakot pieļaujamo kredītpunktu skaitu par tiešsaistes tālākizglītības kursiem un kredītpunktu skaitu, kas jāsavāc klātienes tālākizglītības aktivitātēs. Iesakām izvērtēt iespēju atzīt Latvijā praktizējošām ārstniecības personām ārvalstīs organizēto klātienes un neklātienes tālākizglītības pasākumu kredītpunktus.

- Ierosinām izvērtēt priekšlikumu veikt katras ārstniecības personas tālākizglītību apliecinošo 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 apliecinošie 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.

- Resertifikācijas procedūras izmaksu sloga samazināšanu ārstniecības personai īstenot, pirmkārt, tuvinot resertifikācijas un reģistrācijas atjaunošanas (pārreģistrācijas) ārstniecības personu un ārstniecības personu atbalsta reģistrā procedūras, tādējādi samazinot to reižu skaitu, kad personai jāierodas Rīgā; otrkārt, izveidojot ārstniecības personas tālākizglītošanos apliecinošo kredītpunktu elektronisko uzskaiti un izstrādājot attālinātās resertifikācijas

kārtību, ja ārstniecības personas resertifikācija balstās uz kvalifikācijas pieredzes apliecināšanu un personai nav jākārto sertifikācijas pārbaudījumi.

- Normatīvi noteikt prasību, ka ārstniecības personu sertifikācijas eksāmena jautājumus pārskatīt ne retāk kā reizi 10 gados (ja iespējams – pārskatīšanu veikt reizi piecos gados).
- Iesakām izvērtēt iespēju iekļaut ārstniecības personu sertifikācijas komisijās valsts deleģētu 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

3.1. Tiesiskais regulējums

Ģimenes ārstu prakšu un ārstniecības iestāžu reģistrāciju un sertifikāciju regulē šādi normatīvie akti, kas ir ņemti vērā pētījuma izstrādē:

- 12.06.1997. Ārstniecības likums (redakcija uz 25.07.2012.);
- 24.04.1997. likuma „Par prakses ārstiem" (redakcija uz 04.05.2011.);
- 08.03.2005. MK noteikumi Nr. 170 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru";
- 19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība";
- 05.02.2008. MK noteikumi Nr.76 „Veselības inspekcijas nolikums".

Saskaņā ar Ārstniecības likuma 1. panta trešo daļu „ārstniecības iestādes ir ārstu prakses, valsts un pašvaldību iestādes, komercsabiedrības, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus". Tas nozīmē, ka ārstniecības iestāde, kas nav reģistrēta ārstniecības iestāžu reģistrā, neatbilst ārstniecības iestādes statusam un nav tiesīga sniegt ārstnieciskus pakalpojumus. Ārstniecības iestāžu reģistra darbību nosaka 08.03.2005. MK noteikumi Nr. 170 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru", kas ir izdoti saskaņā ar Ārstniecības likuma 9. panta pirmo daļu. Ārstniecības iestāžu reģistrs ir valsts informācijas sistēmas daļa, kurā ir ziņas par visām ārstniecības iestādēm valstī, neatkarīgi no to īpašuma formas un piederības. Kopš 2009. gada 1. oktobra ārstniecības iestāžu reģistru uztur un papildina VI.

Saskaņā ar VI Vadības ziņojumā sniegto informāciju ārstniecības iestāžu reģistrā 2011. gadā bija reģistrētas 4807 ārstniecības iestādes (t.sk. ārstu prakses). Saskaņā ar ārstniecības iestāžu reģistra datiem 2011. gadā tika reģistrētas 190 jaunas ārstniecības iestādes un ārstu prakses, 2012. gada I ceturksnī – 42 prakses. Savukārt svītrotas no reģistra 2011. gadā tika 248 ārstniecības iestādes vai prakses, 2012. gada I ceturksnī – 55 iestādes/ prakses. Ja no jauna reģistrēto ārstniecības iestāžu/ prakšu skaits kopš 2009. gada pakāpeniski samazinās (no 372 ārstniecības iestādēm 2009. gadā līdz 190 iestādēm 2011. gadā), tad svītroto ārstniecības iestāžu/ prakšu skaits aplūkotajā laika posmā variē, un tas lielā mērā ir saistīts ar praktizējošo ārstu (piemēram, ģimenes ārstu) lēmumu pārtraukt darbību un slēgt praksi.

08.03.2005. MK noteikumi Nr. 170 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru" regulē ārstniecības iestāžu reģistrācijas organizāciju un kārtību. Svarīga prasība, lai ārstniecības iestādi varētu reģistrēt ārstniecības iestāžu reģistrā, ir tās atbilstība normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām (20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām"). Ārstniecības likuma 56. panta pirmā daļa nosaka, ka ārstniecības iestāžu un to struktūrvienību sertifikācija ir brīvprātīga. Pētījumā intervētās ārstniecības personu grupas pozitīvi vērtēja šo normu, kas ir izmainīta salīdzinoši nesen. Tomēr svarīgi piebilst, ka ārsti ir vāji informēti par obligātās ārstniecības iestāžu sertifikācijas atcelšanu un par kārtību, kādā tiek uzraudzīta un kontrolēta iestādes atbilstība obligātajām prasībām. Atbilstoši spēkā esošajām normatīvajām prasībām ārstniecības iestādēm jāpaziņo ārstniecības iestāžu reģistram par iestādes atbilstību 20.01.2009. MK noteikumos Nr. 60 definētajām prasībām, iesniedzot paziņojumu VI (paziņojums var tikt sastādīts brīvā formā vai izmantojot VI mājas lapā piedāvāto paziņojuma paraugu). Savukārt VI pienākums, kā tas ir noteikts 05.02.2008. MK

noteikumu Nr. 76 „Veselības inspekcijas nolikums" 3.17. punktā ir kontrolēt, vai ārstniecības iestādes atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām. Jaunatvērtās ģimenes ārstu prakses VI kontrolē ne vēlāk kā sešu mēnešu laikā pēc prakses darbības uzsākšanas.

08.03.2005. 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 ārstniecība iestādes uzņēmējdarbības veida – ārstniecības iestāde, kura ir reģistrēta komercreģistrā, vai ārsta prakse – atšķiras pievienojamie dokumenti. Kā normatīvā akta trūkums jānorāda neprecīzā 1. pielikuma informācija. Piemēram, ja ārstniecības iestāde ir ārsta prakse, tad saskaņā ar iesnieguma veidlapā prasīto informāciju ir jānorāda ārstu prakses reģistra reģistrācijas apliecības numurs un jāpievieno arī Latvijas Ārstu biedrības (LĀB) ārstu prakses reģistra apliecība, lai gan šāds reģistrs vairs nedarbojas un prakses reģistrēšanu tajā nenosaka spēkā esošie normatīvie akti. 24.04.1997. likuma „Par prakses ārstiem" IX nodaļā „Ārsta prakses reģistrācija" noteikts, ka „ārsta praksi reģistrē ārstniecības iestāžu reģistrā" (37. panta pirmā daļa). Citas prasības attiecībā uz ārsta prakses reģistrāciju likumā „Par prakses ārstiem" nav minētas. Visas ziņas, kas saistītas ar ārsta prakses darbību – atrašanās vietu, darbības izbeigšanu, aizstājēja atrašanu u.c. – ārstam ir jāziņo ārstniecības iestāžu reģistram. Neprecīzi formulēts ir arī 08.03.2005. MK noteikumu Nr. 170 18. punkts, kurā noteikts, ka Ārstniecības reģistra dati ne retāk kā divas reizes gadā tiek salīdzināti ar citu reģistru datiem, t.sk. LĀB ārstu prakses reģistra informāciju. Tas, ka 08.03.2005. MK noteikumu Nr. 170 1. pielikums nav aktualizēts atbilstoši citu normatīvo aktu grozījumiem, 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.

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 svītrošana no reģistra ir komplicēta procedūra. Visbiežāk šo aspektu akcentē stacionāro pakalpojumu sniedzēji, uzskatot, ka savstarpēji nesamērotās prasības attiecībā uz ierakstīšanu reģistrā un svītrošanu no tā var novest pie veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes pazemināšanās.

Otrkārt, publiski pieejamās ārstniecības iestāžu reģistra daļas lietošanu apgrūtina tas, ka reģistrā joprojām iespēja atlasīt datus tiek piedāvāta tikai pēc tām administratīvi teritoriālajām vienībām, kas bija spēkā pirms administratīvi teritoriālās reformas 2009. gadā (t.i., pagastu un pilsētu griezumā). Lai gan šobrīd spēkā esošās administratīvi teritoriālās vienības ir iekļautas apdzīvoto vietu sarakstā, izmantojot tās kā meklēšanas atslēgas vārdu, reģistrs neatlasa (un neparāda) attiecīgajā teritorijā reģistrētās ārstniecības iestādes. Šobrīd un iepriekš spēkā esošo administratīvi teritoriālo vienību uzskaitījums reģistra meklētāja atslēgas vārdu sarakstā un iespēja atrast ārstniecības iestādi tikai pēc iepriekšējās apdzīvotās vietas nosaukuma apgrūtina lietotāja darbu ar reģistra datiem. Ņemot vērā, ka administratīvi teritoriālā reforma notika 2009. gadā, iepriekšējo un šī brīža administratīvo vienību uzskaitījums reģistrā nav pamatots, un informācijas meklēšanas iespējas atbilstoši aktuālajai situācijai ir jāuzlabo pēc iespējas tuvākajā laikā.

3.2. Ģimenes ārstu prakšu reģistrācija

Kopumā intervētie ģimenes ārsti pašu prakses kā ārstniecības iestādes reģistrāciju vērtē kā vienkāršu procedūru. Lielākās grūtības ģimenes ārstiem sagādā prakses iekārtošana atbilstoši izvirzītajām tehniskā nodrošinājuma prasībām un informācijas pieejamība gan par šīm prasībām, gan par prakses reģistrēšanas kārtību. Pētījuma rezultāti par prasību izpildi attiecībā uz ārstniecības iestādes tehnisko nodrošinājumu, ko regulē 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām", ir atspoguļoti starpziņojuma 4. daļā. Šajā nodaļā ir apkopoti pētījuma rezultāti par ģimenes ārstu prakšu pirmreizējo reģistrāciju.

<u>Problēma</u>: informācijas pieejamība un kvalitāte par ģimenes ārsta prakses reģistrācijas un sertifikācijas prasībām ir neapmierinoša.
Vērtējot ģimenes ārsta prakses reģistrēšanai iesniedzamos dokumentus, intervētie ārsti atzina, ka iesniedzamo dokumentu paketē nav lieku vai formālu dokumentu, prasības ir pamatotas. Taču ārstiem ir bijušas grūtības saprast, kādi dokumenti viņiem ir jāiesniedz. Lielākā daļa intervēto ārstu savas prakses ir reģistrējuši 90. gados, tāpēc viņu vērtējums par informācijas pieejamību neatspoguļo pašreizējo situāciju.

Jaunie ģimenes ārsti, kas plāno atvērt savas prakses, intervijās norādīja, ka viņiem nav skaidrs, kādas darbības ir jāveic un kādi dokumenti ir jāiesniedz, ja ģimenes ārsts vēlas reģistrēt savu praksi. Tomēr svarīgi piebilst, ka prakses reģistrācijas jautājumu jaunie speciālisti sasaista ar prasībām, kas ir izvirzītas ārstniecības iestāžu tehniskajam nodrošinājumam. Tāpat jaunajiem ģimenes ārstiem trūkst informācijas par prasībām, kas ir izvirzītas, lai varētu pretendēt uz valsts finansējuma saņemšanu prakses iekārtošanai. Ģimenes ārsti izteica priekšlikumu izveidot vienotas vadlīnijas par prakses iekārtošanu un reģistrēšanu, kas būtiski atvieglotu tiesiskajā regulējumā definēto prasību izpildi. Kā atzina citi respondenti, NVD jau šobrīd nodrošina profesionāļus ar šādu informāciju, tāpat informācija par iesniedzamajiem dokumentiem un reģistrācijas kārtību ir pieejama VI mājas lapā. Neraugoties uz esošo informācijas izplatīšanas praksi, pētījuma rezultāti liecina, ka ir nepieciešams nodrošināt augstāku šīs informācijas pieejamību mērķa grupas vidū, izmantojot arī citus informācijas kanālus, piemēram, profesionālās asociācijas un augstskolas.

3.2.a. logs. Informācijas pieejamība par ģimenes ārsta prakses reģistrāciju

Diezgan sarežģīti ir īstenībā. To, kas ir nepieciešams, lai uzsāktu savu praksi, nav tik vienkārši atrast to informāciju. Nav nekur tas apkopots saprotami. Kaut kur viss ir pakārtots, bet vienkāršā veidā un ātri pieejams nav. (jauns ĢĀ, Rīga)

(..) ir pārāk daudz informācijas, pie kuras iestādes kad jāiet un kas jāiesniedz un kāpēc (..). Mums nav izstāstīta tā sistēma, kādi būtu dokumenti, kas ir vajadzīgs, lai, piemēram, praksi uzsāktu. Īstenībā man tā ļoti skaidrs nav, tagad es gribēšu uzsākt savu praksi, ar ko tad man ir jāsāk? Un īsti arī nav nekur tādas kā vadlīnijas, es nezinu, ka jāsāk ar to vai to. (..) kaut kā no zila gaisa, es nezinu, kam ko prasīt, kā veidot to praksi. Varbūt tas ir grūti jaunajiem pilnīgi no nulles sākt, ja nav ne pacienti, ne cits kas, tu īsti nesaproti, no kuras vietas, ar ko ir jāsāk. (jauns ĢĀ, reģions)

NVD iedeva dokumentu sarakstu, kas man ir jāizdara, lai varu slēgt līgumu. Man nebija daudz laika, lai to visu izdarītu, bet es visu paspēju, un viss bija normāli un kārtībā. Es atnācu uz Veselības inspekciju ar dokumentu sarakstu. Tur viss bija skaidrs, kādi dokumenti ir jāsavāc. Un viss, tad es reģistrēju savu praksi. (jauns ĢĀ, Rīga)

<u>Problēma</u>: ģimenes ārsta darbības vietas reģistrēšana gadījumos, kad ārsts praktizē dažādās vietās dažādās specialitātēs.
Atsevišķs jautājums, kas saistīts ar ģimenes ārsta prakses reģistrāciju, ir gadījumi, kad ģimenes ārsti, kuriem ir vēl citas specialitātes, pieņem vairākās vietās. Kā atzina kāds no ģimenes ārstiem, viņam nav saprotams, kāpēc ir nepieciešams reģistrēt ārstniecības iestāžu reģistrā visas adreses, kurās viņš pieņem pacientus. Piemēram, ģimenes ārstam ir reģistrēta sava ģimenes ārsta prakse, bet kā

dermatologs šis ārsts reizi mēnesī, balstoties uz savstarpēju īres līgumu, pieņem pacientus citā ārstniecības iestādē, kas ir reģistrēta ārstniecības iestāžu reģistrā kā cita ārsta pamata prakses vieta. Pēc ārsta domām, prasība reģistrēt visu savu pieņemšanas vietu adreses ārstniecības iestāžu reģistrā ir apgrūtinoša un nav pamatota. Taču pētījums rāda, ka šī problēma nerada būtisku administratīvo slogu. Ģimenes ārstam, tāpat kā citām ārstniecības personām, kas ir reģistrējušas savas prakses ārstniecības iestāžu reģistrā, ir pienākums sniegt reģistram informāciju par ārstniecības iestādes (šajā gadījumā - ģimenes ārsta prakses) patstāvīgo struktūrvienību skaitu, juridisko adresi un faktisko adresi, tālruņa un faksa numuru, elektroniskā pasta adresi (08.03.2005. MK noteikumi Nr. 170, 5.7. punkts). Veiktās analīzes rezultātā uzskatām, ka normatīvajā aktā definētā prasība ir pamatota.

3.2.b. logs. Ārsta darbības reģistrēšana gadījumos, kad ārsts praktizē dažādās vietās dažādās specialitātēs

Piemēram, es esmu arī dermatologs pēc specialitātes. Un, ja mani kolēģe uzaicina savā praksē reizi mēnesī konsultēt kā dermatologam uz savstarpēja līguma par telpu īri uz vienu dienu, tad kāpēc man ir jāreģistrē tās telpas, jo tās nav manas telpas, un viņa tur jau ir reģistrējusi tās kā savas telpas. Tas ir pilnīgs absurds! Es šodien tur esmu, bet pēc pusgada varu izdomāt, ka man tas ir neizdevīgi, un es vairāk tur nebraukšu, bet man ir saraksts ar tām manām reģistrētajām vietām. Tas ir pilnīgi neloģiski. Vajadzētu reģistrēt to pamata vietu, kuru esi uzrādījis VID. Kāda starpība, kur tu vēl esi? Ja tu strādā vairākās vietās un tev ar attiecīgo iestādi ir līgums, viņi jau tāpat tev maksā naudu, par kuru tu VID atskaities. Kādēļ tā vieta ir jāreģistrē? Tas ir absurdi. (ĢĀ, Rīga)

3.3. Ģimenes ārstu prakšu mantošana

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. Svarīgi uzsvērt, ka, analizējot ģimenes ārstu prakses mantošanas priekšlikumu, ir jānodala viedokļi un argumenti, kas attiecas uz prakses materiālo vērtību nodošanu trešajai personai, un argumenti, kas ir saistīti ar ģimenes ārsta praksē reģistrētajiem pacientiem.

3.3.1. „Par" argumenti

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 piešķīrusi, 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. Fragmenti no intervijām ar ģimenes ārstiem, kas atbalsta ģimenes ārstu prakšu mantošanu un pārdošanu, sk. 3.3.1.a. logā.

3.3.1.a. logs. Ģimenes ārsta prakses mantošana: „par" argumenti

Tikai pozitīvi. ***Es esmu ļoti daudz ieguldījusi šajā praksē****. Viss tas, ko Jūs redziet, es lielāko daļu esmu nopirkusi pilnīgi pa savu naudu. Tātad es esmu kaut ko liegusi savai mājai, savai ģimenei, sev, un es esmu ieguldījusi. Tad, sakiet, kāpēc man to vienkārši vajadzētu kādam atdot? Tā ir mana nauda, tie ir mani līdzekļi. Nedomāju, ka es to gribētu kādam vienkārši uzdāvināt.* (ĢĀ, reģions)

Es domāju, ka tā būtu ***ļoti laba prakse****. Man ir savākts savs pacientu loks. Es to savu loku esmu kopusi un tiešām cīnījusies par viņiem, savstarpēja komunikācija. Man pensijas laiks ir pēc diviem gadiem. Es ceru, ka es būšu spējīga pastrādāt vēl kādu gadu, bet, ja es pēc tiem diviem gadiem aizeju pensijā, kur viss šitas paliek?* ***Tās ir ļoti lielas iestrādes!*** *Ļoti lielas! Un ja tas tagad viss izšķīst, jo manā vietā kam nākt uz sitienu?! Es stipri šaubos, vai būs kāds, kas gribēs nākt te* [pilsēta, reģions]. *Rīgā vēl ir kaut kāda dakteru gaidītāju rinda, bet, vai viņš te gribēs nākt* [pilsēta, reģions] *tā īpaši, tā uz sitienu pārņemt praksi. (..) pārdodot šo praksi,* ***es varu uzlabot finansiāli savas vecumdienas****. Prakses cena varētu būt puse no prakses gada ienākumiem. Ja valsts apmaksātam jaunajam ģimenes ārstam ar normāliem kredīta nosacījumiem, viņš varētu sākt uzreiz strādāt pilnīgi gatavā praksē, es viņam visu nodotu, visu parādu, visu pastāstu, un viņu ievadu šajā praksē, es to pārdodu, viņš man samaksā naudiņu.* (pediatrs, reģions)

Normāli. Tas ļoti atvieglotu visu organizāciju. Tas ir diezgan pozitīvi. Tad varbūt ***jaunāki ārsti ātrāk dabūtu sev darbu****. Tiem, kuri jau ir noguruši un šaubās iet pensijā tādu apsvērumu dēļ, tas viss notiktu daudz vieglāk.* (jauns ĢĀ, Rīga)

(..) ja ir jāsāk no pirmā krēsla, tad tas nav ļoti viegli un ***ļoti ilgu laiku tev ir jāiegulda sava nauda savas prakses veidošanā****. Ja prakses būtu pārdodamas vai mantojamas, tas atvieglotu, jo tad kādam ārstam nevajadzētu sākt no pirmā krēsla. Tikai ir jāpārdomā kārtības principi, kā to mantošanu vai pārdošanu var organizēt.* (jauns ĢĀ, Rīga)

Tas vairāk ir saistīts ar vecajiem ģimenes ārstiem, kuri taisās iet pensijā. Es esmu runājusi ar saviem kolēģiem un es to atbalstu. Tad ***ir mazāk problēmas ar prakšu pārņemšanām un pacientu tālāko nodošanu****. Es atbalstu.* (ĢĀ, Rīga, maksas)

Ja nebūs iespēja praksi pārdot, tad ***mēs netiksim vaļā no pensijā esošiem dakteriem.*** (ĢĀ, reģions)

Praksē tā būtu ļoti laba iespēja – īpaši ***jauniem ārstiem beidzot tikt pie savas prakses****. Jo ir ļoti daudzi ārsti, kas varbūt ir noguruši, kas, es neko nesaku kolēģiem, katrs – es nezinu, līdz cik gadiem es strādāšu. Bet, piemēram, 70-73-75 gadi dakterim, viņi strādā un viņi nedod to vietu jaunajiem ārstiem. Rezultātā jaunie ārsti brauc prom vai pārkvalificējās vai tā tālāk. Ja būtu šī iespēja pirkt, tad es domāju, ka valsts varētu dot kaut kādus kredītus vai bankas labprāt dotu, jo tas ir tās garantēts ieguldījums. Un ārsti būtu motivēti un vecāki ārsti būtu motivēti varbūt aiziet laicīgi, jauniem ārstiem būtu iespēja sākt strādāt.* (jauns ĢĀ, reģions)

Ģimenes ārsti, kas atbalsta priekšlikumu par prakšu mantošanu, uzskata, ka šāda kārtība ļautu arī sakārtot jautājumu par pacientu piesaisti konkrētam ārstam (sk. 3.3.1.b. logu). Atbilstoši šai viedokļu grupai ārstam ir svarīgi, ka, izvēloties ārstu, kam pārdot vai nodot mantojumā savu praksi, viņš vienlaikus izvēlas arī cilvēku, kuram ir gatavs uzticēt savus pacientus. Ļoti svarīgs šiem ārstiem ir jautājums par to, kas izvēlas ārstu, kuram tiek nodota prakse kopā ar pacientiem. Pēc ģimenes ārstu domām, mantotāju nedrīkst izraudzīties cita persona vai institūcija (piemēram, NVD), tai ir jābūt paša ārsta izvēlei. Ģimenes ārstam, kas nodod savu praksi, ir jāuzņemas atbildība par prakses pārņēmēja kandidatūras izvērtēšanu. Savukārt tiesiskajā regulējumā būtu skaidri jādefinē prasības, kādām jāatbilst ārstniecības personai, kas manto vai pērk ģimenes ārsta praksi, ja ar to tiek saprasta arī pacientu pārreģistrācija, ne tikai mantisko vērtību nodošana. Ģimenes ārsti intervijās minēja arī vairākus ieteikumus, kā šo jautājumu varētu risināt. Proti, pacientu pārreģistrācija ir viens no galvenajiem ģimenes ārstu prakšu mantošanas priekšlikuma pretargumentiem (sk. 3.3.2. sadaļu).

3.3.1.b. logs. Ģimenes ārsta prakses mantošana: pacientu jautājums

Ja es sameklētu piemērotu kandidatūru, kas varētu pilnvērtīgi strādāt ar maniem pacientiem, tad kāpēc ne? *Nevis, ka kāds man atsūtītu un pateiktu, ka viņš te strādās manā vietā, bet* ***es pati izvērtētu****. Katram uzticēties nevar. Pārdot ir tikai normāli. Ja es pārdodu cilvēkam, kuram es uzticos, kuram es varu uzticēt pacientus, kas mani ir izvēlējušies, tad, es uzskatu, ka tas būtu tikai normāli, ja likumdošanā tas būtu sakārtots. Tas jau nav sakārtots.* (ĢĀ, reģions)

Kāpēc gan nē? (..) Pirmkārt, man kā ārstam ir diezgan ***svarīgi, kur tie mani pacienti paliek****. (..) Ja es izdomātu pamest šo valsti vai ar mani kaut kas notiktu, man būtu svarīgi, pie kā pacienti turpina ārstēties.* (ĢĀ, Rīga, maksas)

***Dakterim ir jāļauj izvēlēties ārstu, kas nāks viņa vietā**. Ja viņš nevar to izdarīt vai atrast, tad viņš var lūgt palīdzību arī NVD.* (ĢĀ, Rīga, maksas)

*To varētu darīt, jo daudzi **ārsti būtu ieinteresēti pārdot savas prakses, bet juridiski nevar pārdot pacientus**. Var pārdot aprīkojumu, statusu, vietu, bet ko darīt ar pacientiem? Tā ir ļoti sarežģīta lieta. Teikt, ka viennozīmīgi vajadzētu pirkt un pārdot prakses, ir diezgan pārsteidzīgi. (..) **Vai šāds gājiens ir pieņemams sabiedrībai, pacientiem?** Par to vajadzētu veikt aptaujas, vai paši pacienti tam piekrīt. Varbūt, ka var veidot tā, ka jaunais ārsts, nopērkot šo praksi, ar katru pacientu no jauna tiekas un slēdz līgumu. Viens otrs pacients jau viņu nepazīs. Tā ir zināma problēma. Ja cilvēks grib iet pensijā, (..), viņi diezgan daudzi labprāt pārdotu šo praksi, tomēr ne īpaši iedziļinoties, ko par to teiks pacienti, jo tas arī nav ārsta uzdevums. Mēs kā ārsti neapstrīdam otra ārsta kvalifikāciju. Mums nav tādu tiesību. Savukārt izvērtēt attiecības, kādas varētu veidoties starp viņa pacientiem un jauno ārstu, nav reāli. To nevar izvērtēt. Tā ir visgrūtākā lieta, jo tās ir ļoti intīmas attiecības daudzos jautājumos.* (profesionālā asociācija)

3.3.2. „Pret" argumenti

Kritiskie argumenti pret ģimenes ārstu prakšu mantošanu pamatā ir saistīti ar pacientu pārreģistrāciju, kas ārstu vērtējumā ir arī ētikas jautājums. Galvenais iebildums šīs nostājas piekritējiem ir pacientu „pārdošana". Pirmkārt, likumā „Par prakses ārstiem" (24.04.1997.) ārsta prakse ir definēta kā „īpaši iekārtota darba vieta, kur prakses ārsts veic ārstniecības darbību" (1.panta trešā daļa). Tātad, izvērtējot prakses mantošanas iespējas, runa ir par ārsta darba vietas 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 pacients sešu mēnešu laikā pats neizvēlas sev jaunu ģimenes ārstu un nenokārto pārreģistrāciju, viņš tiek automātiski pārreģistrēts pie NVD izvēlētā 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 (sk. 3.3.2. logu).

Vairākās intervijās ārsti, kuriem ir līgums ar NVD un kas saņem līdzekļus prakses darbības nodrošināšanai no NVD, neuztver savu praksi kā privātu uzņēmumu, ar kuru viņi varētu brīvi rīkoties pēc saviem ieskatiem, t.sk. nodot mantojumā, dāvināt vai pārdot nekustamo mantu, kas atrodas praksē un kas netiek nomāta no citas fiziskas vai juridiskas personas. Pēc būtības tas ir vēl viens pretarguments ģimenes ārstu prakses mantošanai – nevar mantot, pārdot vai citā veidā nodot trešajai personai mantu, kurā valsts ir ieguldījusi savus līdzekļus, piešķirot finansējumu prakses iekārtošanai un uzturēšanai.

3.3.2. logs. Ģimenes ārsta prakses mantošana: „pret" argumenti

*Stulbi. Tad korupcijai paveras iespējas. Kā var pārdot? Kurš vairāk maksās, tam pārdošu? Man tas neiet kopā. Man sanāca būt šai poliklīnikā, kad tikko bija nomiris viens ģimenes ārsts, kuru es aizvietoju, bet tad vēl viens ģimenes ārsts nomira. Tie pacienti it kā palika bez ārsta, bet bija ģimenes ārsti, kas vienkārši ņēma un pārrakstīja pie sevis – vienkārši grāba to pacientu skaitu. Rezidenti, kas strādāja zem ģimenes ārsta, ņēma tos bez ārsta palikušos pacientus, bet, kuri bija pieķērušies šai poliklīnikai. Viņi vienkārši brutāli viņus pārrakstīja pie sevis ar domu, ka tad, kad pabeigs rezidentūru, tad tai ģimenes ārstei, pie kuras viņi būs, būs kādi 4000 pacientu, kurus viņi sadalīs uz pusēm. Viņi jau nodrošināja sev pacientu skaitu, kad būs beiguši rezidentūru, bet tas nav godīgi. **Ja tai mantošanai nebūtu zemūdens akmeņu, kā dabū tos pacientus, tad varbūt ir OK**, bet es saskāros ar šīm lietām. Īstenībā ir jābūt tā, ka pacientam ir brīva izvēle, pie kā iet. Ja patiks tas rezidents, tad arī turpinās iet pie tā paša. Bet pārdot ar visiem pacientiem! Kaut gan pacientus jau var pārdot, bet viņi pēc tam var aiziet. Nezinu. Neesmu par to dziļi domājusi.* (jauns ĢĀ, Rīga)

Atkal mēs atgriežamies pie jautājuma - kas ir ģimenes ārsta prakse? Tie ir tie 2000 pacienti. Es nevaru pārdot pacientus,

vai ne? Es varu pārdot galdu, es varu pārdot kušeti. Ja tam pacientam nepatiks, (..) viņš aizies. Katrā gadījumā, kāda jēga man pirkt ir? (..) Es esmu ar mieru ieguldīt vairāk, paņemt aizņēmumu, lai varu nopirkt labāku aparatūru. (ĢĀ, reģions)

Es domāju, ka diez vai tas ir normāli, jo tas ir arī valsts nodrošināts pakalpojums pacientiem. Nav īpaši laba ideja. (ĢĀ, Rīga)

Vispirms vajadzētu ***sakārtot valsts un privātās medicīnas attiecības*** *kā tādas, un tad varētu sākt runāt par prakšu pārdošanu. Ja tā ir mana privātā prakse, tad tur jau nav problēmu – to es varu pārdot, bet,* ***kā tas izskatīsies, ka es cilvēkus pārdodu, kas ir manā praksē!?*** *Ir valstis, kurās tā tas notiek no seniem laikiem, bet man ir grūti to iedomāties, kā tas reāli būtu pie šīs visnotaļ nesakārtotās kopējās sistēmas un pie tā, ka likumdošana tiek mainīta ik pēc trīs mēnešiem. Tas ir stipri juridisks jautājums.* (ĢĀ, reģions)

3.4. Feldšerpunktu reģistrācija un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība Latvijas lauku teritorijās

Uz feldšerpunktiem un to reģistrāciju ārstniecības iestāžu reģistrā attiecas visas tās pašas prasības, kas uz ģimenes ārstu praksēm. Pētījumā aptvertie feldšerpunkti (kopā 37 punkti visā Latvijā) ir reģistrēti ārstniecības iestāžu reģistrā laikā, kad tas tika izveidots. Visi feldšerpunkti pēc savas īpašuma formas ir pašvaldības iestādes. Tāpēc arī feldšerpunktu reģistrāciju ārstniecības iestāžu reģistrā veic pašvaldība. Tā kā reģistrācijas vajadzībām bija nepieciešama arī sertifikācija, tad lielākās grūtības feldšerpunktiem ir bijušas tieši ar sertifikācijas prasību izpildi (sk. 4. starpziņojuma daļu).

Feldšerpunktu reģistrācijas kontekstā pētījumā ir izvērtēta šo ārstniecības iestāžu loma veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un to darbības sociālā nozīme Latvijas lauku teritorijās. Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība paredz – 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 (19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046, 74. punkts). Ja, neraugoties uz šiem nosacījumiem, pašvaldība uzskata, ka feldšerpunktam ir jābūt, tā drīkst atvērt ārstniecības iestādi, taču tad tā nesaņem valsts finansējumu nedz uzturēšanas izdevumiem, nedz sniegtajiem primārās veselības aprūpes pakalpojumiem. No 161 feldšerpunkta līgums ar NVD Latvijā ir tikai 68 ārstniecības iestādēm. Daudzviet feldšerpunktu pastāvēšana un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība Latvijas lauku iedzīvotājiem ir atkarīga tikai no pašvaldības finanšu iespējām un sociālās atbildības. Taču arī tajos gadījumos, kad pašvaldība saņem finansējumu no valsts, stājoties līgumattiecībās ar NVD par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, tas nesedz visas nepieciešamās izmaksas punkta uzturēšanai un feldšera atalgojuma nodrošināšanai.

Izvērtējot feldšerpunktu darbību praksē, var secināt, ka tie 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. Turklāt feldšerpunkti veic 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. Kaut arī visas minētās ārsta palīgu funkcijas (pamatuzdevumi) ir jau definētas 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046, 15. pielikumā, šo noteikumu 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. Tajā pašā laikā ne feldšeri, ne ģimenes ārsti nevēlas, lai viņu sadarbība būtu finansiāli atkarīga, jo daudzkārt veidojas konflikti starp ģimenes ārstiem un ārsta palīgiem par valsts piešķirtā finansējuma sadali (sk. 4.3.1. sadaļu par feldšerpunktu finansēšanas nosacījumiem un 8.3. nodaļu par feldšeru atalgojumu).

3.4.a. logs. Feldšerpunktu nozīme veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā Latvijas laukos

(..) vienu brīdi feldšeru punkti nebija vēlami, vienu brīdi viņi vispār bija nekas, kad sāka veidoties ģimenes ārsta šitā te institūcija, vārdu sakot, arī ģimenes ārsti pretīgi skatījās, kā mēs viņiem atsaucam darbu vai kaut ko tamlīdzīgu, jo laukos tomēr ļoti ilgi bija tāda tradīcija – feldšerītis laukos, pie tā visu varēja nokārtot. Bet ģimenes ārsts bija ieinteresēts savākt cilvēciņus, lai pie viņiem iet, ne pie mums. Sakarā ar to pirmais – klīnikas lapas nesniedzam, slimības lapas nedrīkstējām rakstīt, īpašās receptes nedrīkstējām rakstīt, tas bija kā oficiāli vai neoficiāli, bet bija aizliegts. Nu, viņi gribēja, lai iet visa publika tur. Tad, kad viņiem tapa par grūtu, tad mēs tagad sākam atdzimt. Feldšerpunkti. (..) tā bija lielākā kļūda, ko varēja izdarīt. ***Jo, lai vai kā ģimenes ārsts labi strādātu, viņš nav kontaktā ar to nabaga tautu, kuri dzīvo tepat, un es starp viņiem.*** *Tagad izveidojās tā, ka viņam vajag miega zālīti, kur sivēnmāte nosprāgusi, viņam tur vajag vienas piecas dienas pagulēt, es viņam nevaru uzrakstīt, jābrauc pie ģimenes ārsta. Vai tas būtu tā īsti riktīgi?* (NVD finansēts FP)

Saka jau, ka ar laiku vispār slēgs šos punktus. Tas iedzīvotājiem būs ļoti slikti. Ja man ārsts nepiemaksātu un es strādātu tikai divas dienas, tad tas arī iedzīvotājiem būtu slikti, jo, piemēram, ja ir radikulīts, cilvēkam ir četrreiz nedēļā regulāri jāiet uz injekcijām. Divreiz nedēļā tas ir pavisam maz. Ja kādam ir antibiotikas nozīmētas, tad to vispār vajag katru dienu vēnā vai muskulī spricēt, jo slimnīcā gulēt arī ir dārgi cilvēkiem. Ne jau visiem ir nauda. Vispār pie mums daudziem ir trūcīgo izziņas. Bez medicīnas būs grūti vienkāršajiem iedzīvotājiem. Kādu laiku vēl feldšerpunkti ir vajadzīgi. Es saprotu, ka iedzīvotāju kļūst mazāk laukos un pilsētās arī, jo mirst vairāk, nekā dzimst. (NVD finansēts FP)

Vispār jau es domāju, ka priekš tiem laukiem vajag tos feldšerpunktus, jo tas cilvēkiem tiešām sarežģīs dzīvi. Ļoti pie tam vēl. (..) lai mums tās funkcijas, ja salīdzina, kā kādreiz, ir mazākas. (..) Skola man atrodas turpat blakus. Uz profapskatēm es viņus visus pasaucu, nosveru, nomēru, acis pārbaudu. Iedodu lapu viņam katram un sūtu pie ģimenes ārsta ar to profapskati. Tie, kas ir šeit pie dakteres rakstīti, skolai ir autobuss viņus te pa divi lāgi sasēdināja un atveda šeit, un tad daktere viņus apskatījās. (..) pārējie, teikšu tā, kam ir ģimenes dakteri [tuvākā pilsēta]*, (..) ļoti mazs procents ir tas, kas man atnāk atpakaļ ar tām lapām. Viņi vienkārši neatbrauc, neiziet. Tāpēc es viņus vismaz nosveru, nomēru, acis, lai vismaz kaut kas man paliek.* (pašvaldības finansēts FP)

Ir ieteicams nodrošināt finansējumu feldšerpunktu darbībai, izskatot divus iespējamos 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). 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. No vienas puses, šāda pieeja palielinātu kopējo valsts finansējumu feldšerpunktu uzturēšanai un feldšeru darba atalgojumam (aptuveni par 200 000 LVL gadā), bet, no otras puses, tas būtu ļoti liels ieguldījums rūpēs par sabiedrības veselību, veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā, tas ļautu samazināt ielaistu slimību un hronisko slimību ārstēšanas izdevumus, kā arī neatliekamās palīdzības dienesta un stacionāru darbības apjomu. 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).

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 (sk. 3.4.b. logu).

3.4.b. logs. Feldšeru novecošana kā nozīmīgs feldšerpunktu darbības riska faktors

Kad es aiziešu pensijā, tad tas būs dzīvības un nāves jautājums par to, kurš te nāks par tādu algu uz laukiem strādāt? Aizvērsies iestāde vispār un būs krahs. Un viss! Tā jau mirst cilvēki, jo nav pieejami ārsti. [Reģiona centrs] *ir tikai 50 kilometri no šejienes. Aizvediet tagad slimnieku uz turieni! Un griežas jau tad, kad tiešām vajag palīdzību. Tas ir briesmīgi, protams.* (NVD finansēts FP)

Man ir 62 gadi un es eju projām. 40 gadu stāžs. Mani neviens nedzen prom, es vienkārši eju projām veselības apstākļu dēļ (..). Es vēl meklēju [aizvietotāju]. *Visiem pajautāju, piedāvāju. (..) no septembra sāksies nodarbības medicīnas skolā, diezgan laba medicīnas skola (..). Es gribu iet pie mācību daļas vadītājas un vienkārši parunāt, varbūt te kāds arī sagribēs. (..) Darbs nav pārslogots, varbūt ziemā ir grūtāk, bet tagad ir brīvāk. Lai iet kāds no jauniešiem. Daudzi taču strādā vairākās darba vietās – kāds neatliekamajā palīdzībā, kāds vēl klāt naktīs slimnīcās piestrādā. Ir tā, ka viens feldšeris apkalpo divus feldšerpunktus. Es jautāju paziņām, varbūt ir kāds bez darba. Es nezinu, kurš te būs, bet gribētos, lai kāds te būtu. Te ir skola, bērnudārzs un ļoti daudz pensionāru, invalīdi.* (pašvaldības finansēts FP)

(..) diezin vai mums laukos būs iespējams atrast aizvietotāju, jo mēs pārsvarā mūsu rajonā strādājam visi jau pensijas gados, gandrīz vai visi, un, ja mēs aiziesim projām, tā vecā blice, tad vispār nezinu, vai būs kas strādā feldšerpunktos. (pašvaldības finansēts FP)

Lai nodrošinātu feldšerpunktu darbības pēctecību, nepieciešams izstrādāt stratēģiju un kārtību, kā nākotnē piesaistīt gan feldšerus, gan ģimenes ārstus lauku ārstniecības iestādēm. Pirmkārt, ir nepieciešams stabils feldšerpunktu uzturēšanas līdzfinansējums no valsts. Otrkārt, ir jāizvērtē priekšlikums veidot jauno ģimenes ārstu prakses vietas feldšerpunktos, kuros strādājošie ārsta palīgi dodas pensijā vai citu iemeslu dēļ pārtrauc savu profesionālo darbību, piedāvājot šīs vietas ģimenes ārstu gaidīšanas rindā esošajiem ārstiem. Jaunajiem ģimenes ārstiem tas atvieglotu prakses iekārtošanu, jo gan ģimenes ārstu praksēm, gan feldšerpunktiem ir vienotas obligātās prasības kā ārstniecības iestādēm. Vēl viens risinājums ir noteikt kā obligātu prasību jaunajiem ģimenes ārstiem vai 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. Problemātisks paliek jautājums par šādu uz feldšerpunktu materiāli tehniskās bāzes jaunizveidotu ģimenes ārstu prakšu pacientu loka izveidošanu, jo visiem lauku iedzīvotājiem jau ir savs ģimenes ārsts, savukārt, organizēta pārreģistrācija ir pretrunā ar ģimenes ārsta brīvās izvēles principu. Tā kā pastāv vairākas risinājumu alternatīvas un ir iespējams tos integrēt ar citu problēmu risinājumiem (piemēram, ģimenes ārstu gaidīšanas rindas paātrināšanu), ir ieteicams izveidot starpinstitucionālu darba grupu, kuras uzdevums ir izstrādāt feldšerpunktu atbalsta un veselības aprūpes personāla piesaistes programmu feldšerpunktos.

3.5. Sekundārās veselības aprūpes iestādes reģistrēšana un atbilstības novērtējums

Vairums aptaujāto sekundārās aprūpes pakalpojumu sniedzēji reģistrējušies ārstniecības iestāžu reģistrā ir sen – laikā, kad reģistrs tika izveidots, tāpēc ārstniecības iestāžu reģistrācijas procedūru komentēt nespēj. Tie respondenti, kuri pēdējo divu gadu laikā bija reģistrējuši ārsta praksi vai ārstniecības iestādi (t.sk. jaunu iestādes struktūrvienību) reģistrā, uzskatīja, ka procedūra ir vienkārša. Tomēr, tā kā pēdējo gadu laikā ir notikušas būtiskas izmaiņas ārstu prakšu un ārstniecības iestāžu reģistrācijā un atbilstības novērtējumā, visi sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji komentēja, kā viņi vērtē šī brīža reģistrācijas kārtību, kādi ir ieguvumi un riski, ārstniecības iestāžu atbilstības novērtējumu aizstājot ar paziņojumu par atbilstību 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām".

Problēma: grūtības atrast aktuālo informāciju, kādi dokumenti un procedūras jāiziet, lai reģistrētu jaunu ārsta praksi.
Līdzīgi kā jaunie ģimenes ārsti, arī ārsti speciālisti, kuri reģistrējuši praksi pēdējo divu gadu laikā, norāda, ka vislielākās grūtības viņiem ir sagādājušas grūtības atrast informāciju, kādi ir prakses reģistrācijas soļi un uz kurām iestādēm jādodas, lai reģistrētu praksi. Šīs grūtības saistītas arī ar dažādu institūciju mājas lapās atrodamās informācijas savstarpējo nošķirtību, proti, Valsts ieņēmumu dienesta (VID) mājas lapā iespējams iegūt tikai to informācijas daļu, kas saistīta ar vienu no prakses dibināšanas soļiem – ārsta reģistrāciju par saimnieciskās darbības veicēju, taču nav norādīta papildu informācija par nepieciešamību reģistrēties ārstniecības iestāžu reģistrā. Savukārt VI mājas lapā atrodamā informācija nevieš skaidrību par prakses reģistrācijas soļu secīgumu. Tā rezultātā jaunie speciālisti ir spiesti iztaujāt savus kolēģus, atkārtoti vērsties VID, lai noskaidrotu sev nepieciešamo informāciju. Lai risinātu šo situāciju, ieteicams uzlabot pieejamo informāciju VI (vienkāršot, aprakstīt lietotājam draudzīgā formā) un ievietot pārskatāmu informāciju LĀB mājas lapā saistībā ar prakses reģistrācijas jautājumiem.

Problēma: informācijas trūkums par apliecinājuma par kabineta atbilstības 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 jēgu, it sevišķi gadījumos, kad kabinets ar pilnu aprīkojumu tiek īrēts no cita ārstniecības pakalpojumu sniedzēja.
Ārsti speciālisti, kuri reģistrējuši praksi pēdējo divu gadu laikā, atzīst, ka viņiem nav bijusi skaidra apliecinājuma par kabineta atbilstības 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 jēga gadījumos, kad kabinets ar pilnu aprīkojumu tiek īrēts no cita ārstniecības pakalpojumu sniedzēja. Šī jauno speciālistu daļa uzskata, ka atbilstību par kabineta aprīkojumu ir jāuzņemas izīrētājam. Ņemot vērā, ka katrai ārsta prakses amatpersonai ir jāuzņemas atbildība par savu darba vidi, VI, reģistrējot ārsta praksi un pieņemot apliecinājumus, nepieciešams informēt jaunos ārstus par procedūras nozīmi, atbildīgo personu un iespējamo tālāko risinājumu. Lai gan VI norāda, ka informatīvs buklets, reģistrējot ārstniecības iestādi, tiek izsniegts atbildīgajai personai, ārstu pieredz liecina, ka šādam bukletam jābūt pieejamam pirms ārstniecības iestādes reģistrācijas. Tādējādi nepieciešams meklēt risinājumus, kā informāciju par ārstniecības iestādes reģistrāciju nodot ieinteresētajām pusēm pēc iespējas agrākā iestādes dibināšanas stadijā. Viens risinājums būtu šādu izskaidrojošo materiālu (bukletu) izplatīšana sadarbībā ar profesionālajām biedrībām, iespējams, ārstiem kārtojot sertifikāciju, lai informācija saistībā ar prakšu reģistrāciju un tās atbilstību normatīvajam regulējumam ārstiem ir pieejama darbības uzsākšanas sākumposmā. Otrs risinājums varētu būt bukletu izplatīšana sadarbībā ar VID un attiecīgās informācijas ievietošana arī VID mājas lapā, jo pirmais ārstniecības kontakts vairumam ārstniecības personu ir ar VID. Turklāt ir jālūdz VID aktualizēt iestādes mājas lapā iekļauto informāciju, kādi dokumenti ir jāiesniedz, reģistrējoties par saimnieciskās darbības veicēju (t.i., reģistrējot ārsta praksi), jo šobrīd tajā parādās novecojusi informācija (piemēram, norāde, ka jāiesniedz ārsta prakses reģistrācijas apliecība, kuru izsniegusi LĀB).

Obligātā ārstniecības iestāžu atbilstības novērtējuma aizstāšanā ar paziņojumu par atbilstību 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji saskata gan ieguvumus, gan zaudējumus. Vienlaikus ārstniecības iestādes norāda, ka, kaut arī administratīvais slogs un prasības ārstniecības iestādēm 2009. gada sākumā tika būtiski samazinātas, tās atkal pakāpeniski tiek paaugstinātas, piemēram, mainot prasības atsevišķām stacionāro pakalpojumu sniedzēju nodaļām, ieviešot prasību ieviest kvalitātes vadības sistēmas, veidojot atsevišķu ārstniecības iestāžu sarakstu, kuras tiesīgas sniegt pakalpojumus medicīnas tūrisma ietvaros u.tml. Ārstniecības iestādes uzskata, ka būtisku slogu personālam rada tieši normatīvā regulējuma biežās izmaiņas, kā arī nepietiekamais finansējums, kas ierobežo iespējas izpildīt normatīvā regulējuma izvirzītās prasības.

3.5.a. logs. Jaunas ārsta prakses un ārstniecības iestādes reģistrācijas procedūras vērtējums un iespējamo problēmu piemēri

Lai nodibinātu praksi, neko daudz jau nevajag. Ir tikai īres līgums. Tas arī viss. Ļoti vienkārši šobrīd ir nodibināt. Agrāk bija stipri grūtāk. Tur bija jāiziet prakses sertifikācija, bet tas viss tagad ir atcelts. (ārsts speciālists, reģions)

Agrāk jau bija ar milzīgām papīra kaudzēm jābrauc uz Lavendela kantori [Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūru]. *Tagad atbrauc Veselības inspekcijas pārstāvis pie kārtējās pārbaudes un redz jaunos kabinetus, kas ir iekārtoti, un vai tie atbilst pilnībā prasībām. Tas ir pozitīvi. Ar reģistrāciju nekādu aizķeršanos nav.* (stacionārs, Rīga)

Man bija sarežģīti tāpēc, ka nevarēju atrast informāciju, tas ir, ja es gribu atvērt individuālo darbību – kas man tam ir vajadzīgs? Es nevarēju atrast nekādu avotu, kur būtu viss detalizēti aprakstīts, ka vajag izņemt, reģistrēt, pēc tam vajag iet uz nodokļu dienestu. Es paprasīju vienam kolēģim, kurš ar to nodarbojas, viņš pateica, ka es to darīju desmit gadus atpakaļ, es jau pusi neatceros...aizeju pie cita, pameklēju, aizeju uz nodokļu dienestu, tur atbild, ka vajag to, to un to, tādus dokumentus. Plus ir grūti, jo, ja kaut kā nav, atkal jābrauc uz Rīgu kaut ko izņemt. Vairākas reizes zvanījām, lai noskaidrotu, kādi dokumenti nepieciešami. Tāpēc, ka, ja kaut ko aizmirsīsi, ir grūti. Tas, ka nav nekāda avota, kur uzreiz viss uzrakstīts. Varbūt es nemāku atrast. (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, reģions)

Zvanīju, man pateica, kādus dokumentus man vajag. Neko neaizmirsu, viss pagāja ļoti labi. Vienīgais, ko es nezināju, man pēc tam iedeva veidlapu. Man teica to aizpildīt, ka tas būs apstiprinājums tam, ka kabinets atbilst Ministru kabineta noteikumiem. Man it kā visu paskaidroja, bet kā vienmēr pēc tam saka, ka jāraksta sertifikāta numuru, tad vēl kaut kādu kodu. Kaut ko es sajaucu vietām, kaut ko pierakstīja ne tā kā vajag, aizsūtīju internetā, man atbildēja, ka tur kaut kas nav pareizi. Nācās otru reizi nosūtīt. Labi, ka nevajadzēja braukt. (..) Es nedaudz nesapratu...man iedeva veidlapu, saistībā ar kabinetu...es to parakstīju, bet neviens nepārbauda [atbilstību]. *Ja atnāktu komisija, kas pārbaudīs... es parakstīju un tā izrādījās formalitāte tāpēc, ka nav nekāda pārbaudītāja, kas atnāktu un pārbaudītu, ka kabinets* [tiešām] *atbilst, ka tur ir viss pirmajai palīdzībai... Kabinets ir sertificēts tam, kas to izīrē, viss ir...bet sanāk tāda formalitāte. Tas ir cita ārsta kabinets, un es esmu kā īrnieks. Es īrēju gatavu kabinetu. Mēs pamazām iepērkam materiālus, bet tā kabinets un viss aprīkojums – tur jau viss ir. Es it kā apstiprinu, bet tajā pašā brīdī tas jau viss apstiprināts pie šī cilvēka, kas izīrē kabinetu.* (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, reģions)

Kā ieguvumus, aizstājot ārstniecības iestāžu atbilstības novērtējumu ar paziņojumu, sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji redz atbildības skaidru deleģējumu iestādes vadītājam, kurš ir atbildīgs, ka iestāde vienmēr atbilst normatīvā regulējuma prasībām, kā arī izmaksu samazinājumu, jo iepriekš, neskatoties uz to, ka atbilstības novērtējumu veica valsts iestāde, par to bija jāmaksā nodeva.

Kā zaudējumus sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji norādīja, ka šobrīd vairs nav mehānisma, kā pārbaudīt, ka ārstniecības iestāde spēj sniegt attiecīgos pakalpojumus. Piemēram, ja iepriekš, veicot atbilstības novērtējumu, tika analizēts, vai ārstniecības iestādei ir visi materiāli tehniskie un cilvēku resursi noteiktu funkciju veikšanai, tad tagad iestāde deklarē, ka veiks noteiktas funkcijas bez tās rīcībā esošiem resursiem, tos nepieciešamības gadījumā īrējot no citiem pakalpojumu sniedzējiem, t.i., darbojoties drīzāk kā starpnieki, nevis reāli pakalpojumu sniedzēji. Atsevišķi stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzsver, ka atbilstības novērtējuma atcelšana ir pretrunā ar pasaules tendencēm, kur pieaug prakse noteikt skaidrus kritērijus ārstniecības iestādēm.

<u>Problēma</u>: atceļot atbilstības novērtējumu, kura rezultātā tika izsniegts sertifikāts ar noteiktu derīguma termiņu, nav radīts nekāds to aizvietojošs dokuments.

Atbilstības novērtējuma, kuru atcēla 2009. gadā, rezultātā ārstniecības iestādes saņēma sertifikātu, kurš bija derīgs noteiktu laika posmu (pēdējie izdoti ar derīguma termiņu – pieci gadi). Atceļot šo procedūru, jauns dokuments, kurš to aizvietotu, radīts netika. Saskaņā ar šobrīd spēkā esošo normatīvo regulējumu, tiek uzskatīts, ka šobrīd derīgs ir pēdējais atbilstības novērtējuma rezultātā izsniegtais sertifikāts, taču daļai ārstniecības iestāžu sertifikātā norādītais derīguma termiņš ir pagājis. Šāda situācija rada konflikta situācijas sadarbībā ar dažādām citām valsts institūcijām un

pacientiem, kuri nav informēti par veselības aprūpes jomā notikušajām reformām, jo tiek apšaubīts, vai iestāde drīkst sniegt veselības aprūpes pakalpojumus.

Lai atrisinātu šo situāciju, ir iespējami vairāki risinājumi. Pirmkārt, jāatceļ prasība ārstniecības iestādei publiskā vietā izvietot atbilstības novērtējuma sertifikātu, citām valsts institūcijām norādot, ka informācija par reģistrētajām ārstniecības iestādēm ir pieejama VI ārstniecības iestāžu reģistrā. Otrkārt, ja tiek saglabāta prasība, ka ārstniecības iestādēm ir jāuzrāda reģistrācijas apliecība (vai sertifikāts), tas ir jāizsniedz ar beztermiņa darbības ilgumu, un visām iestādēm, kurām šobrīd ir sertifikāti ar noslēgušos derīguma termiņu, ir jāizsniedz jaunas, beztermiņa ilguma reģistrācijas apliecības.

3.5.b. logs. Atbilstības novērtējuma atcelšanas vērtējums un ar to saistītās grūtības ārstniecības iestāžu skatījumā

Tas no vadības viedokļa un kvalitātes kontroles viedokļa īstenībā ir vajadzīgs process. Bet, vai nabadzīgos apstākļos ir vajadzīga iestāde, kura tomēr prasa lielus budžeta resursus un kura faktiski neuzņemas atbildību. Respektīvi, tā atbrauc sertificēt, (..) bet tā iestāde, kas pēc tam ir tevi nosertificējusi, neuzņemas atbildību par to, ka atbilst. Atbildību šā vai tā tu uzņemies pats – uzņēmuma vadītājs. (stacionārs, reģions)

Dotajā brīdī mums pašiem ir tā kā jādeklarē, ko mēs arī pildām. Domāju, ka situācija nav pasliktinājusies. Nāk klāt dažas jaunas lietas – laboratorijai bija kvalitātes prasības, dzemdību nodaļā atsevišķas lietas, kas saistītas ar noteikumiem. Grūti pateikt, manuprāt, mēs vienmēr tomēr esam centušies to pildīt. (..) Resertifikācija atkārtojās ik pa pieciem gadiem, un tad bija bums – gaidīja iestādes sertifikāciju. Tad bija atslābums uz nākošiem pieciem gadiem. Tagad, zinot to, ka Veselības inspekcija var iebraukt jebkurā dienā, pārbaudot jebkuru situāciju, vēl pieķert klāt iekārtas, vai darbiniekus, vai tehnoloģijas un pateikt, vai šī iestāde atbilst vai neatbilst, manuprāt, kā metode ir labāka. Nav tas kritums. Iestādei visu laiku ir jābūt možai. (stacionārs, Rīga)

Jā, atcēla šo te novērtējumu, sertifikāciju, kas, godīgi sakot, bija ļoti būtiska, un mēs tagad redzam lielas problēmas, piemēram, no mūsu auditoriem, kas nāk mūsu klīnisko pētījumu sakarā. Man viņiem nav dokumentu, ko parādīt, ka mūsu tā vai cita struktūrvienība atbilst kaut kam. (stacionārs, Rīga)

Mums sertifikāts ir līdz (..) gadam, bet to vairs nevajag. Ir tikai zināmas prasības, kuras mums ir jāievēro, un Veselības inspekcijai mums ir jādeklarē, ka mēs atbilstam šīm obligātajam prasībām. Viņi brauc un pārbauda to. Šobrīd ir interesanta situācija, jo jaunajām iestādēm nav tāda juridiskā dokumenta, kas apstiprinātu, ka iestāde atbilst šīm prasībām, jo tas sertifikāts, kurš mums ir, vairs nav vajadzīgs un ir nederīgs, bet jaunu dokumentu kā tādu nav. Vienīgais Veselības inspekcijas mājas lapā ir saraksts ar iestādēm, kuras sevi ir deklarējušas un kādā jomā sevi ir deklarējušas, bet tas, vai tās atbilst un vai kāds tās ir pārbaudījis, tas nekur netiek atzīmēts. (stacionārs, reģions)

Es neizjūtu izmaiņas. Dažreiz tikai kontrolējošās institūcijas to īsti nesaprot, kad tev ir jāuzrāda ārstniecības iestādes sertifikāts, bet tu uzrādi veco sertifikātu, kuram ir beidzies derīguma termiņš. Tas ir stulbi. Īstenībā nav neviena apliecinoša dokumenta, ka mēs esam ārstniecības iestāde. Tas dažreiz apgrūtina darbu ar Eiropas fondiem. Tad es saku, lai iet Veselības inspekcijas mājas lapā, bet tai informācijai nav juridiska spēka. (..) Paši pacienti arī jautā, jo lejā uz informācijas dēļa ir jābūt izliktam sertifikātam. Mums tas tur stāv, bet derīguma termiņš ir beidzies. Pacienti prasa, kāpēc ir vecs sertifikāts pie sienas? (stacionārs, reģions)

3.6. Laboratoriju akreditācija

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". Viedokli par prasības īstenošanas lietderību un iespējamajiem šķēršļiem sniedza stacionāro pakalpojumu, laboratorijas pakalpojumu sniedzēji un profesionālo asociāciju pārstāvji.

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)[5]. 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 aptaujātie norāda, ka šobrīd noteiktais akreditācijas termiņš (2013. gada 31. decembris) ir pārāk īss.

Daļa aptaujāto uzskata, ka akreditācija pēc būtības nepaaugstinās laboratorijas pakalpojumu kvalitāti, jo process prasa kvalitātes vadības sistēmas u.tml. dokumentu izstrādi, kam nav tiešas ietekmes uz izmeklējumu kvalitāti.

Atsevišķi stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka obligātās akreditācijas prasība ir privāto ārstniecības pakalpojumu sniedzēju interešu aizstāvības rezultātā panākts grozījums. Izpildot prasību akreditēties, neizdevīgākā pozīcijā atrodas tās ārstniecības iestādes, kuras veic reti pieprasītus un ļoti dārgus laboratoriskos izmeklējumus – tie nav ekonomiski izdevīgi, taču to veikšanai nepieciešams lielāks skaits iekārtu, kā rezultātā laboratorijas akreditācijas izmaksas ir augstākas nekā tiem pakalpojumu sniedzējiem, kuri šādus unikālus izmeklējumus neveic.

Stacionāro un laboratorijas pakalpojumu sniedzēji, kuri atbalstīja obligāto laboratoriju akreditāciju, norādīja, ka tas nepieciešams tāpēc, ka pēc ārstniecības iestāžu atbilstības novērtējuma atcelšanas un ekonomiskās lejupslīdes izraisītā budžeta samazinājuma ir būtiski samazinājušies izdevumi par procesiem, kuri garantēja laboratorijas pakalpojumu kvalitāti. Atsevišķi aptaujātie norāda, ka arī VI kapacitāte veikt laboratoriju novērtējumu plānveida kontroļu ietvaros ir ierobežota (pārbaužu plašā aptvēruma un laboratoriju specifikā izglītotu cilvēkresursu trūkuma dēļ), akreditācija varētu būt alternatīvs process, kā nodrošināt pakalpojumu kvalitāti. Vienlaikus akreditācijas atbalstītāji izsaka priekšlikumu noteikt akreditāciju kā obligātu visiem laboratorijas pakalpojumu sniedzējiem, lai izvairītos no situācijas, kad viena iestāde garantē veikto izmeklējumu kvalitāti un cita – nē. Tas ļautu izvairīties no situācijām, kādas ir sastopamas jau šobrīd, kad, pacientam iestājoties lielākas nozīmes stacionārā, laboratoriskie izmeklējumi tiek veikti atkāroti, neuzticoties iepriekšējo izmeklējumu rezultātiem.

Vienlaikus ar diskusijām par nepieciešamību akreditēt daudzprofilu slimnīcu laboratorijas sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji norāda, ka šobrīd tiek nepamatoti atbalstīta ekspresdiagnostikas iekārtu (cukura līmeņa u.tml. noteikšanai) izmantošana laboratorijas izmeklējumu veikšanai ģimenes ārstu praksēs. Aptaujātie norāda, ka šīs iekārtas ir domātas tam, lai pacients varētu mājas apstākļos veikt ekspresdiagnostiku, taču to lietošanas ģimenes ārstu praksēs atbalstīšana arī tiek uzskatīta ar iekārotu ražotāju darījuma interešu aizstāvību.

3.6. logs. Daudzprofilu slimnīcu laboratoriju akreditācijas prasības vērtējums

Akreditācijas prasības ir augstākas nekā sertifikācijas prasības. Ar ko viņas atšķiras? Atšķiras ar dokumentāciju. Tātad mums viena lieta ir perfekti jāsakārto visa šī analīžu kvalitāte, no otras puses jāuzraksta vēl tā ārprātīgi lielā dokumentācija. (profesionālā asociācija)

[5] Šāda informācija sniegta lekcijā: Zima, Tomaš (Czech Republic, on behalf of EFLM), „Accreditation of clinical laboratories in Europe: benefits and negation", kas nolasīta 2012. gada 12. maijā, 11. Baltijas Laboratorijas medicīnas kongresā (11th Baltic Congress of Laboratory Medicine), kas notika Lietuvā, Viļņā.

Tajā ziņā es it kā piekrītu, ka jebkurai metodei, ar kuru mēs mēram ir jābūt akreditētai, jo līdz ar to mēs apliecinām, ka viņi, šie rezultāti ir ticami, bet diemžēl tas paņem ļoti daudz. Kā aisberga slēptās daļas. Tātad izmaksas šo iekārtu uzturēšanām, nosacījumi no valsts prasībām, kādā veidā viņas ir jāuztur. Tikai pie šīs apmaksas, šie kritēriji nez' kāpēc tiek aizmirsti ielikt iekšā. Cik maksā inspekcijas pārbaude katram analizatoram, cik maksā viņu materiālu iepirkšana, cik maksā uzturēšana uz kvalitātes kontrolēm ikdienā un tā tālāk. Tā kā te ir tā dilemma. (stacionārs, Rīga)

Eiropā tā vispār ir atzīta kā brīvprātīga iespēja. Pārsvarā visur, ar ļoti reti izņēmumiem, bet nezin' kāpēc tas ir mūsu valstī. Es pieļauju, ka tas ir lobijs, cīņa par biznesa nišām. Slimnīcas laboratorijas pieder slimnīcām, bet tiek attiecināti šie obligātie akreditācijas noteikumi. Mums laboratorija strādā pēc sertifikācijas atbilstības novērtēšanas noteikumiem. Laboratorijās tāpat veic iekšējās un ārējās kontroles, kas ir atrakstītas un kuras tiek pildītas. Laboratoriju sagatavot akreditācijai ir nenormāls darbs un prasa šausmīgus cilvēku resursus. (..) Laboratoriju akreditācija ir tikai trīs valstīs Eiropā – Beļģijā, Latvijā un Francijā. (..) Citur nemaz nav! Tad kāpēc Latvijai bez līdzekļiem to vajag akreditēt? (stacionārs, reģions)

Eiropas līmenī laboratoriju akreditācija ir brīvprātīgs process, bet tagad jau divas reizes ir pagarināts akreditācijas sākums, jo ir arī sertifikācija, ko viņi iziet un kuru līmeni viņi uztur. Tas augstākais līmenis ir brīvprātīgs princips, jo, ja tu gribi startēt kādā starptautiskā pētījumā vai tirgū, tad tu to vari, bet to tagad grib izvirzīt kā obligātu prasību visām slimnīcām. Tas termiņš tagad ir pārcelts uz 2014. gadu, bet ir tādas lietas kā šis piemērs, kur mums nevajadzētu censties realizēt reālajā dzīvē, jo pietiktu jau ar tām prasībām, kas ir līdz šim izvirzītas. (stacionārs, reģions)

Es domāju, ka neliela izmēra slimnīcai tas ir ļoti apgrūtinošs pasākums. (..) laboratorijas vadītāja apgalvo, ka to viņa pati nemaz nevar izdarīt dēļ zināšanu trūkuma, (..) jāpieaicina cilvēks, un tās ir summas desmitos tūkstošus, ko viņi prasa, lai to laboratoriju sakārtotu akreditācijai. No tādas puses, tas ir tā ļoti savādi. Pie slimnīcu novērtēšanas taču tāpat laboratoriju sertificē. (..). Rezultātā droši vien paliks viena laboratorija. Jā, būsim spiesti pievienoties kādam dēļ tā, ka nevaram to finansiāli izdarīt. (stacionārs, reģions)

Akreditācija principā ir vērsta uz to, lai iznīcinātu mazās laboratorijas, jo akreditāciju pie neliela apgrozījuma nevar veikt, jo tās ir šausmīgas izmaksas. Cik saprotu, tas ir no 10 000 - 20 000 [netiek precizēta valūta, kurā noteiktas izmaksas]. *Ja tev gadā apgrozījums ir 50 000, tu nemaz nevari nopelnīt, lai to akreditētu. Tas ir vērst uz to, lai lokāli nekas nebūtu iespējams. Principā tā ir lielo laboratoriju lobēšana. Kvalitātes sistēmām ir jābūt, tās ir normālas prasības un to visu var izpildīt, jo tam tā ir jābūt, ja tu gribi, lai tavas analīzes ņem par pilnu, bet pie mūsdienu aparatūras un reaģentiem, to visu dara datorizēti, jo cilvēku darbs tur šobrīd ir minimāls.* (stacionārs, reģions)

Arī ja ņem par šo lobēšanu, tad blakus stāv sertificēta laboratorija, ģimenes ārstam piemaksā, ka viņš taisa analīzes. Es piekritu, ka var piemaksāt ģimenes ārstam analīzes, ja viņš sēž laukos, teiksim 20-30 km no centra, bet (..) [lielas apdzīvotās vietas nosaukums] *ņem asins analīzi uz aparāta, kas masveidā, kas orientējoši analīzi vēl noteikt orientējoši domāts, ņem un par to analīzi piemaksāt.* (stacionārs, reģions)

Ņemot vērā aptaujāto viedokli un akreditācijas radīto administratīvo slogu stacionāro pakalpojumu sniedzējiem, ieteicams ir (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.

3.7. Ieteikumi ārstniecības iestāžu reģistrācijas procedūras uzlabošanai un feldšerpunktu darbības pēctecības nodrošināšanai

- 08.03.2005. MK noteikumos Nr. 170 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru" ieteicams 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 – Veselības inspekciju. Šāds precizējums ir nepieciešams tāpēc, ka personas, kas vēlas reģistrēt ārstniecības iestādi, primāri iepazīstas ar tiešajiem normatīvajiem aktiem.
- Grozīt 08.03.2005. MK noteikumu Nr. 170 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru" 18. punktu par ārstniecības iestāžu reģistra datu salīdzināšanu ar citiem reģistriem, svītrojot LĀB ārstu prakses reģistru, kas vairs nepastāv. Atbilstoši šiem grozījumiem lūgt VID precizēt

mājas lapā iekļauto informāciju par iesniedzamajiem dokumentiem ārsta prakses (saimnieciskās darbības) reģistrēšanai.

- 08.03.2005. MK noteikumos Nr. 170 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru" precizēt 1. pielikumu – precizēt ārstniecības iestādes reģistrācijas iesnieguma veidlapu un rediģēt nepieciešamo dokumentu sarakstu, kas iesniedzami ārstniecības iestādes reģistrācijai, svītrojot LĀB ārstu prakses reģistrācijas apliecību.
- 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.
- Izstrādāt ģimenes ārstu prakšu mantošanas (t.sk. pārdošanas un dāvināšanas) kārtību, paredzot gan ģimenes ārsta darba vietas (prakses) mantisko vērtību nodošanas kārtību, gan ģimenes ārsta praksē reģistrēto pacientu atreģistrācijas un pārreģistrācijas kārtību, ievērojot pacientu tiesības brīvi izvēlēties savu ģimenes ārstu.
- Ieteicams rast iespēju 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.
- 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.
- 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.

4. PRASĪBAS ĀRSTNIECĪBAS IESTĀŽU DARBĪBAS NODROŠINĀJUMAM

4.1. Tiesiskais regulējums

Ārstniecības iestāžu darbības nodrošinājumu regulējošie normatīvie akti, kas ir ņemti vērā pētījuma izstrādē:

- 12.06.1997. Ārstniecības likums (redakcija uz 25.07.2012.);
- 24.04.1997. likums „Par prakses ārstiem" (redakcija uz 04.05.2011.);
- 19.12.2006.MK noteikumi Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība";
- 29.06.2010. MK noteikumi Nr. 595 „Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām";
- 08.03.2005. MK noteikumi Nr. 170 „Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru";
- 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" (redakcija uz 01.06.2012.);
- 25.07.2006. MK noteikumi Nr. 611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība";
- 26.09.2000. MK noteikumi Nr. 330 „Vakcinācijas noteikumi";
- 11.07.2006. MK noteikumi Nr. 574 „Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē";
- 01.06.1999. MK noteikumi Nr. 203 „Dezinfekcijas, dezinsekcijas un deratizācijas pasākumu veikšanas kārtība";
- 06.07.2010. MK noteikumi Nr. 618 „Dezinfekcijas, dezinsekcijas un deratizācijas noteikumi";
- 26.06.2007. MK noteikumi Nr. 416 „Zāļu izplatīšanas un kvalitātes kontroles kārtība";
- 27.03.2007. MK noteikumi Nr. 220 „Zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās";
- 31.05.2005. MK noteikumi Nr. 377 „Spirta aprites kārtība farmaceitiskās darbības uzņēmumos, veterinārfarmaceitiskās darbības uzņēmumos, aptiekās, ārstniecības iestādēs un veterinārmedicīnā";
- 22.05.2012. MK noteikumi Nr. 353 „Ārstniecības iestādēs radušos atkritumu apsaimniekošanas prasības";
- 12.05.1998. MK noteikumi Nr. 177 „Prakses ārsta civiltiesiskās atbildības obligātās apdrošināšanas kārtība";
- 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";
- 05.02.2008. MK noteikumi Nr. 76 „Veselības inspekcijas nolikums";
- 01.11.2011. MK noteikumi Nr. 850 „Nacionālā veselības dienesta nolikums".

4.2. Prasības ģimenes ārstu prakšu darbības nodrošinājumam

Šajā pētījuma starpziņojuma nodaļā ir aplūkoti šādi jautājumi, kas ir saistīti ar ģimenes ārstu prakšu darbības nodrošinājumu:

- ģimenes ārsta prakses vietas aprīkošanas finansējuma avoti un to piesaistīšanas prakses;
- prasības ģimenes ārsta prakses tehniskajam nodrošinājumam;

- prasības par ģimenes ārsta prakses civiltiesiskās atbildības obligāto apdrošināšanu;
- prasības par ģimenes ārsta darba stundu skaitu un pacientu pieņemšanas laiku;
- prasības par aizstājēju ģimenes ārsta prombūtnes laikā;
- prasības par zāļu iegādi ģimenes ārsta praksē;
- prasības par vakcinācijas organizēšanas kārtību;
- prasības ģimenes ārsta prakses darbinieku kvalifikācijai, skaitam, minimālajam atalgojuma un darba apstākļiem.

4.2.1. Ģimenes ārsta prakses vietas aprīkošanas finansējuma avoti un to piesaistīšanas prakses

Ģimenes ārstu prakšu aprīkošanai tiek izmantoti dažādi finanšu avoti – NVD dotācija no jauna atveramo ģimenes ārstu prakšu aprīkošanai, NVD piešķirtais ikmēneša fiksētais maksājums ģimenes ārsta praksei, pašvaldības finansējums, ārvalstu finanšu instrumentu līdzekļi (piemēram, Pasaules Bankas finansējums, PHARE programmas projektu finansējums u.c.), privāto personu finanšu līdzekļi, t.sk. kredītlīdzekļi. Pētījumā iegūtie kvantitatīvie rādītāji no 30 ģimenes ārstu praksēm liecina, ka visbiežāk minētais ģimenes ārsta prakses izveidošanas finansējuma avots ir savs vai cits privāts finansējums, ko izmantojuši 17 no 25 ģimenes ārstiem, kas sniedza atbildi uz šo jautājumu. Vairākos gadījumos tas nozīmē, ka ģimenes ārsti ir uzņēmušies kredītsaistības. Šeit gan jāuzsver, ka raksturīgi ir uztvert valsts piešķirto kopējo finansējumu ģimenes ārsta darbības nodrošināšanai kā privātos līdzekļus (tāpat kā atalgojumu). Proti, ģimenes ārsti nenošķir dažādām vajadzībām piešķirtos finanšu līdzekļus. Pieci ģimenes ārsti ir izmantojuši citu finansējumu. Trešais biežāk minētais finansējuma avots (4 respondenti) ģimenes ārsta prakses izveidošanai bija NVD finansējums. Tikai viens respondents norādīja, ka bija saņēmis pašvaldības finansējumu.

<u>Problēma</u>: ārvalstu finanšu instrumentu atbalsta izmantošana ģimenes ārstu prakšu aprīkošanai.
Tikai atsevišķos gadījumos ģimenes ārstiem ir bijusi iespēja piesaistīt ārvalstu finanšu instrumentu līdzekļus. Ģimenes ārstu vidū ir vērojama arī kritiska attieksme pret ārvalstu finansējuma piesaisti, iesaistoties dažādos projektos. Galvenie pretargumenti ir projektu finansētāju izvirzītie nosacījumi medicīnas instrumentu un iekārtu iegādei. Tas nozīmē, ka ģimenes ārstiem ir ierobežota izvēle, kādu aprīkojumu un par kādām cenām iegādāties. Otrs lielākais apgrūtinājums ir finanšu līdzekļu apguves administrēšana (sk. 4.2.1. logu).

4.2.1.a. logs. Ģimenes ārstu prakšu aprīkošanas finansējuma avoti

Man bija tas Pasaules bankas variants. Visā (..) reģionā, t.s. (..) slimokasē, kas bija (..) un (..) rajonā mēs bijām divas dakteres, kurām bija pilnīgi neatkarīgi no pašvaldības iestādēm, un (..) bija trīs. Un tad es paliku viena (..) rajonā, un bija trīs dakterītes no (..), kas dabūja praksei. (..) Toreiz, es tā kā garām ejot pieteicos. Es pat biju aizmirsusi, ko es biju uzrakstījusi. Jautājums bija par to, ka tas atbilst man. Vairāk es neesmu pieteikusies, jo mani daudz kas nepamierināja tajā, kā tas notika. Es aizbraucu, paklausos, ko stāsta, bet, ja es to lietu, 100% pērkot pati, varu nopirkt lētāk, tad, piedodiet, man nevajag šo finansējumu, par ko es vēl zināmu laiku esmu atbildīga. Man par to vēl ir jārūpējas, jānodrošina nenozagšana utt. Rinda nosacījumu, kuri ir jāizpilda ļoti kārtīgi. Faksa aparāts man saplīsa pēc mēneša, tas nebija manas vainas dēļ, bet par remontu bija jāmaksā 100 pāri lati, beigās es par 90 latiem nopirku jaunu ar lētākiem aprīkojumiem. (ĢĀ, reģions)

Fonds ir fonds. Labi, tas, ka var uzrakstīt atskaiti par to vai šito. Es gribēju vienā projektā piedalīties no Eiropas fonda, bet tāpat tad jāņem ir kredīts. Manos gados neviena banka vairs kredītu nedos viens. Otrs – tur ir ķepa uzlikta virsū. Es gribu tādas mēbeles, bet tur ir saraksts, ka var tikai tādas, bet man tādas nevajag. Es no labas firmas nopirku dārgu kušeti – man nevajag koceni. Jo uz kocenes ir jāliek matracis virsū, bet man te jau viss ir. Es nevaru izvērsties. Tad vēl tās pārbaudes, kā izlieto līdzekļus. Tas nav priekš manis. (..) Jā, man ir līzingi un kredīti. (ĢĀ, reģions)

Problēma: valsts finansējuma saņemšana jaunatvērto ģimenes ārstu prakšu aprīkošanai.
Saskaņā ar 19.12.2006. MK noteikumiem Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" valsts var piešķirt dotāciju jaunatvērtajām ģimenes ārstu praksēm, ja NVD ir noteicis prakses nepieciešamību attiecīgajā teritorijā, ģimenes ārsts nav ārstniecības iestādes darbinieks, ģimenes ārsts jau iepriekš nav saņēmis dotāciju prakses aprīkošanai, ģimenes ārsta prakse līgumattiecībās ar NVD ir ne ilgāk kā 12 mēnešus un ģimenes ārsta sarakstā ir ne mazāk kā 600 pacienti (pediatru gadījumā – 300 bērni). Dotācijas jaunatveramo ģimenes ārstu prakšu aprīkošanai tiek piešķiras ģimenes ārstu iesniegumu saņemšanas secībā (19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046, 67.[1] punkts). Minētie nosacījumi paredz, ka ģimenes ārstam jau pirms šādas dotācijas saņemšanas ir jānodrošina prakses atbilstība obligātajām prasībām, jo pretējā gadījumā viņš nav tiesīgs sniegt veselības aprūpes pakalpojumus.

Pētījumā intervēto jauno ģimenes ārstu vērtējumā šie nosacījumi rada apgrūtinājumu saņemt valsts atbalstu savas prakses atvēršanai un aprīkošanai. Tāpēc praksē jaunie ģimenes ārsti sākotnēji strādā kā darba ņēmēji ārstniecības iestādēs, kas nodrošina viņus ar prasībām atbilstošu darba vietu. Šis periods ir nepieciešams arī, lai izveidotu savu pacientu loku minimālajā apmērā (600 pacienti). Kā problēma vērtējama arī zemā mērķa grupas informētība par iespēju saņemt valsts dotāciju jaunatvērto ģimenes ārsta prakšu aprīkošanai.

Šajā kontekstā kā viens no papildu 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.

Problēma: ģimenes ārsta prakses aprīkošanai nepieciešamā finansējuma lielais apjoms.
Pētījumā intervētie ģimenes ārsti atzina, ka prakses izveidošanai un aprīkošanai ir nepieciešami lieli finanšu līdzekļi. Kāds ģimenes ārsts aplēsa, ka šim mērķim ir vajadzīgi 10 000 LVL. Praksē finansējuma piesaiste notiek dažādi. Ja ģimenes ārsta darba vieta atrodas ārstniecības iestādē, kas nodrošina visu nepieciešamo aprīkojumu, tas ievērojami atvieglo ģimenes ārsta prakses darbības nodrošināšanu atbilstoši obligātajām prasībām. Prakse rāda, ka šādos gadījumos daļa prakses materiālo vērtību ir iegādātas par ģimenes ārsta privātajiem līdzekļiem, daļu nodrošina ārstniecības iestāde – attiecīgi tas ir privātais vai pašvaldības finansējums. Neraugoties uz ārstniecības iestāžu atbalstu, jaunatvērtajām ģimenes ārstu praksēm, ir gadījumi, kad iestāde nodrošina tikai telpas, bet visu pārējo aprīkojumu ģimenes ārstam ir jāiegādājas pašam vai arī jānomā no ārstniecības iestādes, izmantojot gan savus līdzekļus, gan NVD piešķirto finansējumu prakses uzturēšanai 240 LVL apmērā mēnesī (19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046, 12. pielikums, 1. punkts). Vairākos gadījumos ģimenes ārsti atzina, ka ir ņēmuši aizņēmumus bankā, lai pilnībā nodrošinātu savu praksi ar visu nepieciešamo materiālo un medicīnisko aprīkojumu. Lai optimizētu kopējās izmaksas, kopprakšu gadījumos ģimenes ārsti ir iegādājušies noteiktas medicīniskās ierīces nevis katram ārstam atsevišķi, bet vienu ierīci (piemēram, ginekoloģisko krēslu) uz kopējo prakses vietu, attiecīgi pēc tam slēdzot savstarpējus līgumus par šīs ierīces izmantošanu. Pētījums ļauj izvirzīt pieņēmumu, ka lielākas grūtības savas prakses iekārtošanai ir primārās veselības aprūpes pediatriem, kuriem ir lielāki ierobežojumi saņemt valsts dotāciju prakses aprīkošanai.

4.2.1.b. logs. Ģimenes ārsta prakšu aprīkošanā izmantotie finanšu avoti: problēmas un risinājumi

Ja man būtu uzreiz finansējums, es varētu sakārtot, bet tā kā gadu es gandrīz sēdēju uz veca, veca galda, ko man piešķīra te vietējie ja, tad nu. Viens skapis, tāds salauztām durvīm. (..) ***kā ir iesākt cilvēkam strādāt, ja tev nav naudas. Tev iedod telpu ar četrām sienām, saka, ka te tu vari sākt veidot praksi tagad****. Šis krāns un endoskops vien astoņdesmit latus maksā.* (pediatrs, Rīga)

*Visu esam pašas pirkušas. Reizēm **mēs kaut ko kopā pērkam pa abām praksēm**, piemēram, elpināmais aparāts un urīna aparāts.* (pediatrs, reģions)

*(..) dažas lietas kardiogrāfu, tur kušetīti un tad medikamentu skapi **mums nopirka pašvaldība**. Tas ir pašvaldības īpašums un mēs viņu lietojam. Tas nav mūsu, bet pārējais gan. Un arī mēs īrējam telpas pašvaldībā.* (ĢĀ, reģions)

*Bijusī slimo kase **mums katru mēnesi dod finansējumu**. Tur ir atrunāts apjoms. Mums tas ir atrunāts ar līgumu. To naudu dod par pacientiem, bet mēs daļēji to naudu varam izmantot arī savas prakses organizēšanai. Mēs varam pirkt jebkādus aparātus – ne tikai aparātu spiediena mērīšanai, bet arī otoskopu, elektrokardiogrāfu, jo tas ir padārgs. Tas man arī ir. Es varu ne tikai nodibināt savu praksi, bet arī papildināt to.* (pediatrs, Rīga)

*Tā kā es atnācu šeit un pati izveidoju telpas, tad es **sākumā ņēmu kredītu**, lai varētu izremontēt, pielāgot, nodrošināt tās prasības, kas ir vajadzīgas – ar izlietnēm, uzbrauktuvēm, aprīkojumu, kas nepieciešams sertifikācijai, un visu pārējo.* (ĢĀ, pediatrs, reģions)

*(..) ne tā kā ģimenes ārstiem, kam ir desmit tūkstoši vai cik, viņiem piešķir bez tā vēl, prakses iekārtošanai. (..) tā arī pateica, tāpēc, ka Jums ir **pediatra prakse. Finansējums pienākas ģimenes ārstu praksēm**.* (pediatrs, Rīga)

4.2.2. Prasības ģimenes ārsta prakses tehniskajam nodrošinājumam: telpas un medicīniskais aprīkojums

Šajā starpziņojuma sadaļā ir analizēti galvenokārt tie jautājumi, kurus regulē 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" (redakcija uz 01.06.2012.). Svarīgi norādīt, ka ģimenes ārstu prakšu tehniskā nodrošinājuma prasības izriet arī no šīs ārstniecības personu grupas 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".

Savu vērtējumu, cik vienkārša vai sarežģīta bija ģimenes ārsta prakses iekārtošana (ieskaitot telpu iekārtošanu, materiāli tehniskā nodrošinājuma iegādi u.tml.), sniedza 27 respondenti no 30 ģimenes ārstiem. Vairāk kā puse intervēto ģimenes ārstu prakses iekārtošanu vērtējuši kā sarežģītu vai drīzāk sarežģītu (attiecīgi 10 un 6 respondenti). Savukārt 11 ģimenes ārstiem prakses iekārtošana bijusi drīzāk vienkārša (8 respondenti) vai vienkārša (3 respondenti). Savu viedokli, vai būtu nepieciešams mainīt prasības, kas izvirzītas ģimenes ārstu prakšu iekārtošanai, pauda 22 respondenti, no kuriem 20 aptaujāto uzskata, ka ir jāmaina, bet pārējie divi ģimenes ārsti norādīja, ka tas nav nepieciešams.

<u>Problēma</u>: normatīvo prasību zināšanu trūkums par aktuālajām obligātajām prasībām ģimenes ārstu praksēm.

Analizējot ģimenes ārstu sniegtās atbildes par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm, var secināt, ka daudzos gadījumos ārsti vadās pēc iepriekšējiem normatīvajiem aktiem – 02.06.1998. MK noteikumiem Nr. 207 „Obligātās prasības ambulatorajām ārstniecības iestādēm", 19.02.2002. MK noteikumiem Nr. 77 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām", kas ir zaudējuši spēku. Spēkā esošajos 20.01.2009. MK noteikumos Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" prasību apmērs primārās veselības aprūpes ārstniecības iestādēm, t.sk. ģimenes ārstu praksēm, ir samazināts. Ir virkne prasību, pret kurām ģimenes ārsti iebilst, bet kuras jau ir atceltas vai mīkstinātas, piemēram, prasības, lai praksē būtu ginekoloģiskais krēsls, dzemdību pieņemšanas komplekts, negatoskops u.c. ierīces. Gandrīz visās intervijās ģimenes ārsti apšaubīja dzemdību komplekta nepieciešamību, uzsverot, ka situācijā, ja pacientei sāktos dzemdības, tiktu izsaukts neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests, lai pacienti hospitalizētu.

Lai atvieglotu ģimenes ārsta prakses iekārtošanu un celtu ārstu informētības līmeni, kā atzina pētījuma dalībnieki, Latvijas Ģimenes ārstu asociācija ir izstrādājusi ģimenes ārsta prakses

iekārtošanas vadlīnijas, kas atbilst spēkā esošajām obligātajām prasībām. Šāda iniciatīva ir vērtējama kā pozitīvā prakse, ko ir ieteicams izplatīt, proti, ir nepieciešams regulāri atjaunot izstrādātās vadlīnijas un izplatīt šo materiālu (informāciju) ģimenes ārstu vidū, īpaši jauno ģimenes ārstu vidū.

Problēma: jaunatvērtas ģimenes ārsta prakses iekārtošana atbilstoši obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām.
Līdzšinējās pieredzes izpēte par ģimenes ārstu prakšu iekārtošanu liecina, ka ģimenes ārstiem, kas atdalījās no poliklīnikām (veselības centriem), nebija lielu grūtību iekārtot savas prakses, jo viņiem bija iespēja pārņemt daļu tās ārstniecības iestādes aprīkojuma, kurā viņi līdz tam strādāja. Tāpēc daudzos gadījumos, kā stāstīja respondenti, viņiem nebija vajadzīgi nozīmīgi finanšu līdzekļi. Šobrīd tie ģimenes ārsti, kuru prakses atrodas veselības centros vai vienā ēkā ar neatliekamās medicīniskās palīdzības punktu, uzskata, ka izvirzītās prasības tehniskajam nodrošinājumam nav grūti izpildīt, jo viņiem ir iespēja izmantot attiecīgās iestādes tehnisko aprīkojumu – medicīniskās ierīces, piemēram, procedūru kabinetus, ginekoloģiskās apskates kabinetus, vakcinācijas kabinetus u.tml. Taču daļa ģimenes ārstu nav apmierināti ar kopējo izmaksu apjomu, ko sastāda līgumi ar veselības centru par attiecīgo kabinetu un ierīču izmantošanu. Kopumā ģimenes ārsti atzīst, ka situācijā, ja viss ir jānodrošina vienā praksē vienam ģimenes ārstam, tas ir ļoti sarežģīti un prasa lielus finanšu resursu ieguldījumus. 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 (sk. 4.2.1. sadaļu), 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.

Kopumā ģimenes ārstiem ir neviennozīmīga nostāja attiecībā uz prasību vērtējumu par medicīniskā aprīkojuma nodrošinājumu. No vienas puses, respondenti min virkni medicīnisko ierīču, ko viņi savā ikdienas darbā praktiski neizmanto un kas sastāda šķietami liekas izmaksas; no otras puses, viņi apzinās riskus, kas saistīti ar neparedzamiem un akūtiem gadījumiem, kad atbilstošas medicīniskās palīdzības nodrošināšanai ir nepieciešami prasībās iekļautās ierīces vai medikamenti.

Turpinājumā ir apkopoti ģimenes ārstu viedokļi par to, kādi principi un faktori ir jāņem vērā, izvirzot prasības ģimenes ārstu prakšu tehniskajam nodrošinājumam, ar to saprotot gan prasības telpām, gan medicīnisko ierīcēm.

Problēma: nodrošināt medicīnisko aprīkojumu, kas ģimenes ārsta praksē netiek izmantots, jo ārsts neveic attiecīgās manipulācijas.
Ģimenes ārstu vidū ir raksturīgs viedoklis, ka prakses medicīniskajam aprīkojumam jābūt atbilstošam ārsta sniegto pakalpojumu klāstam. Vairākās intervijās ģimenes ārsti, kas prakses ir iekārtojuši par saviem līdzekļiem, atzina, ka ir daudzas medicīniskās ierīces, kuras viņi savā darbā neizmanto, bet kurām saskaņā ar tiesisko regulējumu ir jābūt. Ģimenes ārstu vērtējumā šo ierīču iegāde ir gan laikietilpīga, gan prasa nozīmīgus finanšu resursus. Būtisks respondentu arguments par noteikta aprīkojuma nodrošināšanas formālo raksturu ir tas, ka, nelietojot konkrētus instrumentus vai ierīces, ārsts nenostiprina un neattīsta savas prasmes attiecīgo manipulāciju veikšanai, līdz ar to arī kritiskās situācijās ārsts meklēs cita ārsta speciālista palīdzību vai sauks neatliekamo medicīnisko palīdzību. Vēl viens ģimenes ārstu arguments ir tas, ka speciālistiem konkrētajās jomās (piemēram, ginekoloģijā, ķirurģijā) ir ievērojami augstākas prasmes konkrēto manipulāciju, izmeklējumu, diagnostikas un ārstēšanas veikšanai nekā tas ir ģimenes ārstam.

4.2.2.a. logā ir atspoguļoti pētījumā intervēto ģimenes ārstu viedokļi. Ņemot vērā veselības aprūpes politikas nostādnes par ģimenes ārsta institūtu, kura mērķis ir nodrošināt pēc iespējas savlaicīgāku veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, samazinot pacientu plūsmu pie speciālistiem, viedokļi

par ģimenes ārstu prakšu aprīkojuma atbilstību ģimenes ārsta veicamajām ārstniecības darbībām ir pretrunā ar valsts veselības aprūpes politikas pamatnostādnēm. Tāpēc nebūtu nepieciešams diferencēt aprīkojuma prasības atkarībā no ģimenes ārsta reāli veiktajām ārstniecības darbībām. Vienlaikus jāuzsver, ka pētījums parāda, ka administratīvās procedūras (šajā gadījumā - obligātās prasības ambulatorajām ārstniecības iestādēm) nepalīdzēs risināt problēmu par ģimenes ārsta institūta darbības nodrošināšanu atbilstoši veselības aprūpes politikas nostādnēm, jo jau šobrīd tehniskā aprīkojuma problēmas ģimenes ārsti risina, slēdzot savstarpējus līgumus ar citām ārstu praksēm vai ārstniecības iestādēm par atbilstošā aprīkojuma izmantošanas iespējām, neraugoties uz to, vai tas reāli tiek lietots manipulācijām vai nē.

4.2.2.a. logs. Medicīniskā aprīkojuma prasību atbilstība ģimenes ārsta sniegtajiem pakalpojumiem

*Vienkārši ir **jāskatās, ko ārsts dara, un attiecīgi tam tad arī ir jābūt vai nav nepieciešamības**. Ja netaisa manipulācijas kaut kādas, tad tev nav, un tu arī attiecīgi nevari saņemt par to naudu un otrādi.* (ĢĀ, Rīga)

*Es domāju, ka **jābūt ir tam, ko es daru**. Ja man stāv līdzekļi ieguldīti lietās, ko es nelietoju, tad tas ir stulbi, bet nekad nebūs tā, ka mēs visi darīsim visu, arī to, kas paredzēts pēc reglamenta. **Laukos tas ir drusku savādāk. Es esmu spiesta darīt arī to, ko es varbūt nedaru katru dienu, bet daru daudz retāk. Ja es to daru, tad tam ir jābūt manā praksē.** Ja es to nedaru, tad tas ir garām. Ja kāds nešuj, tad viņš nešūs. Ja viņš nav sācis šūt līdz 50 gadiem, tad 50 gados ir maz ticams, vai sāks šūt. Un vēl jau ir svarīgi, kā mēs katrs esam izauguši. Mēs esam izauguši no lielajām poliklīnikām, es domāju, ka tāpēc daudzi ārsti nedara to, ko viņi nav darījuši kopš mācību vai prakse slaika. **Iemaņas rodas strādājot.*** (ĢĀ, reģions)

Ļoti vienkārša, man tas pamazām nāca. Es darīju to, ko es māku darīt. Jo vairāk es darīju, jo vairāk es iegādājos. Sākumā lietotas lietas, pēc tam arī jaunas lietas. Ļoti lēnām. Man tas tā dabīgi iznāca. Man nebija ne arvienu saistības. Es biju viena. Es domāju, ka šodien to izdarīt ir neskaitāmas reizes grūtāk, jo ir izaugušas cenas. (..) ***Katram ir jābūt tikai tam, ko viņš reāli dara. Ja ģimenes ārsts kaut ko nedara, tad aizsūta pie speciālista.*** *Kā to noregulēt, es nevaru pateikt. Katrs paziņo to, ko viņš dara. Regulēt to, ka no tā, kas ir paredzēts normatīvajos aktos, tu kaut ko dari un kaut ko nedari. Es daru gandrīz visu – šuju, lāpu, kardioloģija, grūtnieču aprūpe.* (ĢĀ, reģions)

Laukos gan ir jābūt par visu – par ginekologu, par loru un arī par ķirurgu, kas taisa mikro procedūras. Es arī to varu, bet, ja blakus ir operāciju bloks un pārsienamā zāle, kur ir ķirurgs un māsiņa, kas to diendienā dara, un kura to noteikti izdarīs profesionālāk, tad nevajag taisīt mēģinājumus ar pacientiem. ***Tehniskās iemaņas nevar salīdzināt tam, kas to dara ikdienā, un tam, kas to dara reizi gadā.*** (ĢĀ, Rīga, maksas)

(..) realitāte ir tāda, ka, piemēram, traheostomas caurulīti izmisuma brīdī nevar uzlikt, ja to ikdienā nedara, kaut tu to kursu esi izgājis, jo mums ģimenes ārstiem ir obligāta prasība reizi piecos gados iziet neatliekamās palīdzības kursu. Realitātē viens cilvēks to var neizdarīt. Tur ir jābūt diviem, bet tas ne vienmēr ir iespējams. Tad ir jautājums, ko tas dod? Formāli dod, bet reāli? Diemžēl tā ir formāla pieeja. (..) tas, ka ir [instruments], *nenodrošina, ka tas tiks piemērots.* (profesionālā asociācija)

(..) man sagādātu ļoti lielas grūtības [iekārtot savu ģimenes ārsta praksi], *jo tur ir **prasītas tādas lietas, ko es savā praksē nemūžam neizmantošu**, jo, pirmkārt, es uzskatu, ka **mēs atrodamies Rīgas centrā, un to cilvēku ir lietderīgāk un ir iespējams aizsūtīt pie speciālista**, kas konkrēto jomu pārzina labāk, jo ģimenes ārsti nespēj zināt visu. Tāpēc arī cieš ārstēšanas kvalitāte, ka ģimenes ārsti cenšas darīt visu. (..) Es **nenodarbojos ar ginekoloģiju**. Man ir labs ginekologs, pie kura es aizsūtu pacientes. Lauku teritorijā, kur ginekologa nav, tad ir skaidrs, ka to krēslu tur vajag. Vēl ir kaut kādi uretroskopi un citas lietas, ko vispār nekad neizmantosi. Es zinu, ka kolēģi dara tā, ka vienam tas ir slimnīcā un tad viņi aizņemas uz to sertifikācijas brīdi, uzrāda, ka ir, un pēc tam atdod atpakaļ. Tas ir muļķīgi.* (ĢĀ, Rīga, maksas)

<u>Problēma</u>: vienotas prasības primārās veselības aprūpes ārstniecības iestādēm neatkarīgi no to atrašanās vietas.

Pēc ārstu domām, ir jāizstrādā diferencētas medicīniskā aprīkojuma prasības atkarībā no ārstniecības iestādes (ģimenes ārsta prakses) atrašanās vietas (sk. 4.2.2.b. logu). Piemēram, ģimenes ārstu praksēm, kuru telpas atrodas veselības centros vai ir kopprakses (vairāku ģimenes ārstu prakses vienās telpās, doktorāti), būtu jānosaka prasība, ka noteiktas medicīniskās ierīces ir jānodrošina vienā eksemplārā, nevis katram ārstam sava vienība. Pētījums parādīja, ka kopprakšu veidošana ir risinājums, kā nodrošināt obligāto prasību izpildi ārstniecības iestādēm, jo šāda pieeja ļauj būtiski samazināt kopējos izdevumus prakses vietas aprīkošanai, kā arī telpu prasību ievērošanai. Jānorāda,

ka jau šobrīd 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 nosaka, ka, piemēram, skābekļa ierīce, sterils dzemdību komplekts, ierīces vēdera izejas aiztures novēršanai un ierīces urīna aiztures vai nesaturēšanas gadījumā ir jānodrošina ambulatorā ārstniecības iestādē, kurā ir trīs vai vairāk ārstniecības vai diagnostikas kabineti (27. punkts).

4.2.2.b. logs. Medicīniskā aprīkojuma obligāto prasību diferenciācija atkarībā no ģimenes ārsta prakses atrašanās vietas

Ir jāskatās, kur tā prakse atrodas un cik tālu ir augsti kvalificēta ārstniecības iestāde. No manis līdz slimnīcai var lēnā gaitā ar kājām aiziet 15 minūtēs, bet no [mazpilsētas] *tie ir 27 km. Līdz ar to, vai man ir nepieciešams dzemdību palīdzības komplekts? Domāju, ka nē. Es katrreiz to pērku jaunu un katrreiz to metu laukā. Tā ir vienkārši līdzekļu nelietderīga iztērēšana, ko es varētu iztērēt labākām lietām. 15 minūšu laikā dzemdības nenotiks manā kantorī. Protams, ka ir situācijas, jo lauku doktorāts atšķiras no pilsētas doktorāta un slimnīcās esošām telpām. Tas viss atšķiras un tāpēc uz to visu vajadzētu skatīties reālistiski. Protams, ir neatliekamā terapija, kam ir jābūt, un glābšanas dienestam ir jābūt, bet, es atvainojos, te ir viena no lielākajām republikas vadošajām slimnīcām, kur reanimācija strādā labi un ātrā palīdzība nav ilgi jāgaida.* (ĢĀ, reģions)

Ja tā ***ir ģimenes ārsta prakse, kas ir atsevišķi kaut kur rajonā****, kur tuvākā medicīnas iestāde ar specializētu aparatūru atrodas vairāku kilometru attālumā, tad tām ir jāpaliek tādām pašām, bet****, ja tas ir Rīgā, kur ir ļoti daudz visādu medicīnas iestāžu ar visvisādu nozaru aprīkojumu****, tad nevajadzētu tik ļoti sarežģīt to ģimenes ārsta prakses vietu.* (ĢĀ, Rīga, maksas)

Man daļēji ir ērtāk, jo ***mums ir kopējas telpas****. Procedūru kabinets ir kopējs. Mums nevajag organizēt savu kabinetu. Mums ir visi speciālisti blakus, pat ginekologs, un man nav jāpērk to ginekoloģisko krēslu. Mēs varam izmantot visus instrumentus. (..) Ir grūti uzspiest visus tos ķirurģiskos instrumentus, jo tur vajag sterilizāciju. Kur es ņemšu sterilizatoru, ja es strādāju atsevišķi kaut kur, jo tā ir baigi lielā nauda to nopirkt. Labi, ka mums viss ir uz vietas.* (pediatrs, Rīga)

Man pēc prasībām vajag būt procedūru kabinetam. Šajā poliklīnikā es noslēdzu līgumu starp mani un administrāciju, ka varu izmantot gan to ginekoloģisko krēslu, gan procedūru kabinetu utt. Man ir kaudze ar līgumiem, kas gala rezultātā nemaz tik lēti nemaksā. Drusku tās izvirzītās prasības nesakrīt ar realitāti. (..) šo problēmu esmu novirzījis ar līgumu palīdzību uz poliklīniku, kurā es strādāju. (..) Es nevaru nopirkt ginekoloģisko krēslu un konkurēt ar speciālistiem. Lai to prasību izpildītu, tad vajag ņemt papildus telpas, bet tur īre uzreiz paaugstinās. Man izdevīgāks ir līgums par šī kabineta izmantošanu. (ĢĀ, reģions)

Ir jābūt pirmās neatliekamās medicīniskās palīdzības somai, jābūt iekšā tur ir skābeklim, piemēram. Arī viņš mums te stāv. Ja es strādātu tādā [neliels ciems]*, kur arī es esmu viena pati, feldšerpunktā, tad varbūt man tur tam ir nozīme, bet mums ir tepat ātrā palīdzība, un kamēr es to aparātu vienu reizi pa 20 gadiem mēģināšu sastellēt kopā, ko jau es esmu aizmirsusi, kā tas tur darbojas, es noteikti ātrāk viņu* [pacientu] *aizstiepšu līdz ātrai palīdzībai, reanimācijai. (..) ja man atnes te uz galda noliek bērnu, kurš ir pilnīgi ļengans. Es saprotu, ka es viņam te divu sekunžu laikā neko neizdarīšu, es viņu paķeru uz rokām un skrienu tepat uz reanimāciju. Viss beidzās labi. Vēl pa ceļam nometu krēslu un paelpināju, vēl tagad atceros. (..)* [Māte] *ieskrien, nomet, palīdziet. Nu, tad reāli, es te meklēšu skābekli viņam, it kā vajadzētu, bet kamēr es to izdarīšu, tas vispār būs, es nezinu. Es nesaprotu, kā mēs varētu to skābekli izmantot. Kam jānotiek ir tagad te, mūsu iestādē? Citur tiešām varbūt. Tādā* [neliels ciems]*, ja es būtu, tad es pielieku skābekli, lieku mašīnā, ja nevaru sasaukt kaut kādu ātro palīdzību uz sitiena, un tad vedu ar to skābekli.* (pediatrs, reģions)

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, šis risinājums ārstniecības personām ir finansiāli izdevīgāks. Tāpēc ieteicams izskatīt iespēju ļaut ārstniecības personām izvēlēties īstenot vienu no diviem variantiem – (a) noslēgt savstarpējo vienošanos (iekšēju normatīvo aktu) par noteikta medicīniskā aprīkojuma kopīgu izmantošanu vai (b) nodrošināt šo aprīkojumu katrā ārsta praksē.

Tāpat ārstu skatījumā zināma prasību diferenciācija varētu būt attiecībā uz pilsētu un lauku teritoriju praksēm atkarībā no attāluma līdz tuvākajam stacionāram vai veselības centram, kurā var saņemt sekundāro medicīnisko palīdzību.

Problēma: vides pieejamības prasību nodrošināšana personām ar ierobežotām funkcionālām spējām.

Ģimenes ārstu praksēm izvirzītās prasības telpu nodrošinājumam intervētie ģimenes ārsti vērtē kā atbilstošas un izpildāmas. Lielākās grūtības sagādā vides pieejamības prasību nodrošināšana personām ar ierobežotām funkcionālām spējām atbilstoši 20.01.2009. MK noteikumu Nr. 60 3. punktam. Šo prasību izpilde ir lielāks apgrūtinājums tieši mazajām ģimenes ārstu praksēm, kurās pieņem viens ģimenes ārsts. 27 ģimenes ārstu praksēs no 154, kurās tika veiktas VI kontroles laikā no 2011. gada oktobra līdz 2012. gada martam, tika konstatēti prasību pārkāpumi šajā jomā, saņemot „B" vērtējumu (pastāv neatbilstība normatīvo aktu prasībām, bet tas būtiski neietekmē veselības aprūpes pakalpojuma drošumu un/vai veselības aprūpes pakalpojuma pieejamību). Kā liecina pētījumā apzinātā primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pieredze, ģimenes ārsti un feldšeri, kuru pieņemšanas vietās nav nodrošināta vides pieejamība, pacientus ar ierobežotām funkcionālajām spējām apkalpo mājās.

Tādējādi viens no iespējamiem problēmas risinājumiem ir rīcības plāna izstrāde gadījumos, kad ārsta praksē ir pamatotas grūtības nodrošināt vides pieejamību atbilstoši normatīvo aktu prasībām. Taču šāds risinājums ietver arī papildu administratīvās barjeras risku. Problēmas risinājuma turpmākajā izvērtēšanā būtiski ir saskaņot ārstniecības iestādēm izvirzītās vides pieejamīnas prasības ar reālo situāciju (ārstniecības iestādes atrašanās vieta, ārsta aprūpē eošo pacientu ar ierobežotām funkcionālām spējām skaits), lai resursu ieguldījumi vides pieejamības nodrošināšanai atbilstu to pielietojumam.

4.2.2.c. logs. Vides pieejamības prasību nodrošināšanas grūtības

Izņemot par to invalīdu pieejamību, pārējo jau var izpildīt. Es esmu pietiekami daudz pa ārzemēm braukājis. Es tikko biju Barselonā un tur nav tā, ka katrā vietā tas invalīds tiek iekšā. Tā ir vecā ES dalībvalsts. Londonā dzīvoju uz ielas, kur bija biezā slānī ģimenes ārstu prakses. Mazajās ārstu praksēs nekādas invalīdu uzbrauktuves nebija. Tā ir Londona! Mūsējie ir tā kā aptrakuši. Var jau saprast, jo būvniekiem darbs ir jānodrošina. Bet katrā lauku ambulancē to ... Tas ir vienkārši smieklīgi. Tas ir viennozīmīgs lobijs. (ĢĀ, reģions)

Otrā prakses vieta man ir pirmajā stāvā, daudzdzīvokļu mājā un tur nav invalīdiem uzbrauktuve, man bija likts līdz novembrim vai decembrim uzrīkot. Praktiski, lai to uztaisītu ir diezgan neiespējami. Es viņiem [Veselības inspekcijai] *zvanīju un teicu, ka uz doto brīdi man nav neviena ratiņkrēslā. Ir cilvēki, kas pavisam neiet no mājas ārā, pie tiem mēs aizbraucam mājas vizītē. Nav tādas problēmas. Šeit pamata prakses vietā, man ir kur tikt iekšā. Seši kilometri mums ir starp tām prakses vietām un, ja viņš var aizbraukt ar mašīnu uz turieni, tad var atbraukt arī uz šejieni, iebrauc iekšā un mēs tiksim galā. Kaut kādu lielu naudu ieguldīt un tas, ka tā uzbrauktuve ir tikai ārpusē, tas neko nemaina, jo iekšpusē ir vēl četri pakāpieni uz pirmo stāvu. Tur arī kaut kas neiet kopā. Es nezinu vai tam ir jēga, bet tāda prasība ir.* (ĢĀ, pediatrs, reģions)

(..) ģimenes ārsts zina, ka viņam ir trīs pacienti riteņkrēslos un viņš noteikti par viņiem uzņemsies atbildību, brauks uz mājas vizītēm un visādā veidā viņus aprūpēs, bet viņiem būs jāpasaka, ka diemžēl praksē viņiem nebūs iespējams nokļūt, jo nav to iespēju. Viena daļa ģimenes ārstu tagad liek tos paceļamos liftus, bet arī tos ne visur var uzlikt. Tur vajag speciālas virsmas un platformai ir jābūt gana lielai, lai to varētu darīt. Veco māju durvis un tualetes arī nav iespējams paplašināt tik daudz un plaši, lai tur varētu iebraukt ar ratiņiem. Ģimenes ārstu praksēs es noteikti esmu par rīcības plānu likumiskā veidā. (profesionālā asociācija)

Problēma: neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai nepieciešamais aprīkojums un medikamentu daudzums.

Saskaņā ar VI datiem 33 ģimenes ārstu praksēs no 154, kurās tika veiktas VI kontroles laikā no 2011. gada oktobra līdz 2012. gada martam, tika konstatēti „B" un „C" līmeņa pārkāpumi prasībās par neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai nepieciešamo aprīkojumu un medikamentu daudzumu. Ģimenes ārstu vērtējumā, kaut arī ir samazinātas prasības neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai nepieciešamajam aprīkojumam un medikamentu daudzumam, tomēr joprojām pastāv grūtības šīs prasības pilnībā izpildīt. Piemēram, viens problēmgadījums no intervijas ar kādu ģimenes ārstu, kas strādā veselības centrā (sk. 4.2.2.d. logu).

4.2.2.d. logs. Prasības neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas aprīkojumam un medikamentiem

(..) neatliekamā soma, kas ir milzīga, kur mainās termiņi. Medikamentus, kurus nevar dabūt, viņus tajā pašā laikā ir jātur neatliekamajā somā. Ir tas pats Tramadols, kurš nedrīkst tur būt. Diapazāma ampulai ir jābūt nevis somā, bet ledusskapī aiz atslēgas. Tur ir bišķiņ tas vājprāts, kad dažādi likumi medikamentu liek turēt nosacīti divās vietas – soma ir vienā vietā, ledusskapis ir citā vietā. (..) tam ir jābūt vienkārši ledusskapī, nevis nosauktam pie tā somas satura. Nākošais, nu vēl tas somas saturs tā bišķiņ reālāks, manā uztverē būtu vajadzīgs. Nu bišķiņ kaut kas no medicīniskā. (ĢĀ, Rīga)

Saskaņā ar ģimenes ārsta stāstīto obligāto medikamentu sarakstā ir tādi medikamenti, kas ir jāuzglabā ledusskapī. Tas nozīmē, ka tie nevar atrasties neatliekamās medicīniskās palīdzības somā. Līdz ar to viena no prasībām tiek pārkāpta – medikamentu uzglabāšana (ja konkrētais medikaments ir somā) vai somas saturs (ja medikaments atrodas ledusskapī). Izvērtējot šo problēmgadījumu no spēkā esošā tiesiskā regulējuma viedokļa, jāsecina, ka pastāv grūtības saskaņoti ievērot vairākos normatīvajos aktos izvirzītās prasības. 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 nosaka, ka par neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai nepieciešamo medikamentu nosaukumiem un daudzumu lemj ārstniecības iestādes vadītājs atbilstoši iestādes noslodzei un neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas gadījumu skaitam (15. punkts). Attiecīgi, ja šajā sarakstā ir iekļauti medikamenti, kas ir jāuzglabā ledusskapī, tad rodas grūtības ievērot prasības nodrošināt neatliekamās medicīniskās palīdzības somā sarakstā iekļautos medikamentus. Vienlaikus šis gadījums parāda, kā pašas ārstniecības personas rada sev administratīvo slogu, jo 20.01.2009. MK noteikumos Nr. 60 nav definēta prasība ģimenes ārsta praksē nodrošināt neatliekamās medicīniskās palīdzības somu, bet gan nodrošināt šādas palīdzības sniegšanai nepieciešamo aprīkojumu un medikamentu daudzumu saskaņā ar šo noteikumu 14., 15., 26. un 27. punktu.

4.2.3. Prasības par ģimenes ārsta prakses civiltiesiskās atbildības obligāto apdrošināšanu

Atbilstoši Ārstniecības likuma 17. pantam prasības par ģimenes ārsta prakses civiltiesiskās atbildības obligāto apdrošināšanu regulē 12.05.1998. MK noteikumi Nr. 177 „Prakses ārsta civiltiesiskās atbildības obligātās apdrošināšanas kārtība". Šo noteikumu 4. punkts nosaka, ka apdrošināšanas minimālā apdrošinājuma summa ir 1000 LVL gadā.

<u>Problēma</u>: zems civiltiesiskās atbildības obligātās apdrošināšanas prēmijas apmērs.
Lielākā daļa pētījumā intervēto ģimenes ārstu uzskata, ka prasība veikt prakses ārsta civiltiesiskās atbildības obligāto apdrošināšanu ir formāla. Galvenais respondentu arguments ir zemā apdrošināšanas prēmija – parasti apdrošināšanas līgumi tiek slēgti par 1000,00 LVL, bet maksimālā iespējamā summa, ko piedāvā apdrošināšanas uzņēmumi, ir 5000 LVL ar pašrisku. Pētījumā identificētā prakse rāda, ka ģimenes ārsti reizi gadā formāli pagarina civiltiesiskās atbildības apdrošināšanas līgumu. Ģimenes ārsti atzīst, ka apdrošināšanai vajadzētu būt, bet tādai, kas reāli darbotos un nepieciešamības gadījumā segtu ar apdrošināšanas gadījumu saistītās izmaksas. Šobrīd, kā norādīja vairāki pētījuma dalībnieki, nav skaidrības par apdrošināšanas lietderību, tāpēc tā tiek vērtēta kā drīzāk formāla procedūra. Esošā apdrošināšanas prēmija apdrošināšanas gadījumā ārstu vērtējumā nesegtu tiesvedības un juridisko pakalpojumu izmaksas. Tajā pašā laikā ārsti atzīst, ka iedzīvotāju vidū arvien izplatītāka kļūst prakse sūdzēties par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tāpēc jautājums par apdrošināšanu ir aktuāls. Daļa intervēto ģimenes ārstu atbalstu apdrošināšanas gadījumos drīzāk sagaida no Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas, jo apzinās, ka standarta apdrošināšanas pakalpojums neparedz adekvātu aizstāvību.

4.2.3. logs. Ģimenes ārsta civiltiesiskās atbildības obligātā apdrošināšana

Man viņa ir visu laiku. Es nevarēju noreģistrēt. Viņai ir jābūt lielākai summai. Ja mēs ejam uz to amerikānisko stilu, ka mani var iesūdzēt par vienalga ko, man pēc jāmēģina attaisnoties – man vajag juristu, advokātu utt. Un es uzskatu, ka šai summai jābūt lielākai, īpaši tad, ja tā ir mana privātprakse. Tai ir jābūt atbilstīgai kaut kādām tiesu izmaksām, kaut vai elementārām. Šobrīd ir tā, ka man atnāk apdrošinātāja un es reizi gadā automātiski apdrošinos pa 1000 latiem. Šī summa – 1000 lati – tā nesedz gandrīz neko. (..) automātiski tas notiek. Man atnāk, saka: „Slēdzam līgumu!?" „Jā, slēdzam līgumu!" Un viss. Viņa atnāk un tur jau tie 1000 lati ir ierakstīti. Un es tos 6 latus gadā samaksāju, tas jau arī nav daudz. Tiešām varētu vairāk. (ĢĀ, reģions)

Pašreiz mūsu valstī maksimālā atlīdzība, ko mums piedāvā civiltiesiskā apdrošināšana, ir 3000 lati vai 5000 lati ar pašrisku, kas ir mistiski maz. Tas ir drīzāk formāli, bet tas ir viens no iemesliem, kas ir vajadzīgs, lai reģistrētu praksi. Reāli tā apdrošināšanas summa nevarēs segt tos izdevumus, ja nu gadījumā kas. Tas nespēs to glābt. (ĢĀ, Rīga, maksas)

(..) apdrošināšana par 1000 latiem, kas visu laiku garinās uz priekšu. 1000 lati laikam nav nekāda summa, principā, jo iet runa par to, ka tauta grib sūdzēties un patīk viņiem sūdzēties. (..) ir prasība, ka ir jāapdrošinās, nu apdrošināmies, nedomāju par to vairāk. Labuma no tā nekāda nav. Katru gadu atskaita to summu, viņa nav liela uz tiem 100 latiem, bet es nezinu, kā tas būtu, ja tiešām kaut kas notiktos. Nav ne jausmas. (pediatrs, reģions)

Par 10 000, bet es domāju, ka loģiski būtu to vēl pacelt, jo, manuprāt, pacienti mazāk par miljonu neprasa. Viņiem vajag miljonu, divus vai trīs. Tai summai ir jābūt tādai, jo īpaši tagad, kad ir pārsvarā komunikācijas problēmas, kad es kaut ko nepaskaidroju, vai es pasaku iet uz Stradiņiem, bet aizbrauc uz Gaiļezeru vai otrādāk, kas pēc tam var būt lielāka un nopietnāka problēma, nekā vienreiz gadā samaksāt par apdrošināšanu. (ĢĀ, Rīga)

Mūsu valstī laikam nav jēga. Tāpat nekas nebūs. Tur ir 1000 [lati]. *Kas tas ir? Ja tevi iesūdzēs, tad par miljonu vai 50 000. Tā kā mūsu valstī nav nekādi ārstu aizsardzības likumi un ārsti īstenībā tāpat nav aizsargāti, tad jebkurš, kurš tevi iesūdzēs, tas vinnēs. Kāda jēga katru gadu maksāt? Es neticu tam.* (ĢĀ, Rīga)

4.2.4. Prasības par ģimenes ārsta 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. Atbilstoši šim regulējumam ģimenes ārsta pacientu pieņemšanas laiks ir ne mazāks par 20 stundām nedēļā, ja reģistrēto pacientu skaits praksē ir līdz 2000, un ne mazāks par 25 stundām nedēļā, ja ģimenes ārsta aprūpē ir vairāk par 2000 pacientiem. 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 stundas, 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.

Pētījumā intervētie ģimenes ārsti uzskata, ka tiesiskajā regulējumā noteiktās prasības darba laikam un pacientu pieņemšanas laikam kopumā ir atbilstošas un nerada viņiem būtisku administratīvo slogu, kaut arī vairumā gadījumu reālais ģimenes ārstu darba laika sadalījums ir citāds, ievērojot pacientu vajadzības. Galvenā problēma, ar ko saskaras ārsti, ir virsstundu darbs, lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību normatīvajos aktos noteiktajā laikā.

Problēma: **ģimenes ārstu virsstundu darbs, kas izriet no ģimenes ārsta pieejamības nodrošināšanas un no medicīniskās dokumentācijas sagatavošanas prasībām.**
Teju visi intervētie ģimenes ārsti norādīja, ka regulāri strādā virsstundas, pārsniedzot tiesiskajā regulējumā noteiktās prasības gan pacientu pieņemšanai atvēlētajam laikam, gan akūto slimnieku pieņemšanas laikam, gan kopējam prakses darba laikam, kas ir 40 stundas nedēļā. Īpaši raksturīga šī problēma ir ģimenes ārstiem, kuriem ir liels praksē reģistrēto pacientu skaits. Ģimenes ārsti uzsvēra – lai ievērotu pacientu pieņemšanas laika prasības un vienlaikus prasību par primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu piecu darbdienu laikā, vienam pacientam viņi var veltīt ne vairāk kā 10 līdz 15 minūtes laika, kas nav pietiekami, lai veiktu izmeklēšanu un sakārtotu visu medicīnisko dokumentāciju atbilstoši medicīniskās lietvedības prasībām. Tāpēc reālais pacientu pieņemšanas laiks parasti pārsniedz likumiski noteikto. Kaut gan normatīvais akts paredz, ka ģimenes ārstam pēc nepieciešamības ir jāpagarina savs darba laiks, tomēr **ārstu vērtējumā** šī prasība ir formāla, jo darba laiks tiek pārsniegts regulāri, nevis ārkārtas situācijās. Tāpat **ārsti uzskata**, ka formāla ir prasība nodrošināt akūto pacientu pieņemšanas stundu, jo akūtam pacientam ir nepieciešama tūlītēja palīdzība, viņš nevar gaidīt ieplānoto pieņemšanas laiku. Turklāt regulāri ārstiem ir grūtības apkalpot visus akūtos slimniekus viņiem atvēlētajā pieņemšanas laikā.

4.2.4.a. logs. Ģimenes ārstu prakses darba laiks un pacientu pieņemšanas laiks

(..) ***mēs strādājam kā labā krogā līdz pēdējam apmeklētājam****. Mums ir jābūt uz sienas papīram, ka es nodrošinu cilvēka pieņemšanu četru dienu laikā. Smieklīgi. Es viņu nodrošinu tās pašas dienas laikā. Maksimāli nāk nākošā dienā, ja es varu pa telefonu sarunāt. Receptes jāizraksta tur cik dienu laikā. Muļķības! Hroniskie slimnieki pazvana pa telefonu, es receptes izrakstu un atstāju reģistratūrā.* (ĢĀ-pediatrs, reģions)

Tās ir pamatotas, bet ***reāli tās stundas nesakrīt****. Es nezinu, kad es būtu strādājusi 8 stundas dienā. Pa tām 15 minūtēm uz pacientu es nevaru sarakstīt receptes, izmeklēt pacientu un sarakstīt papīrus, bet tās kaudzes ar papīriem arī ir mans darbs un laiks. (..) Jā, likumā ir rakstīts, ka, ja ir vajadzīgs, tad ģimenes ārstam ir jāpagarina savs darba laiks, bet tas notiek regulāri. Arī visi pacienti var sarunāt ar mani tikt akūtajā stundā, jo es nāku arī pirms pieņemšanas, kas ir diezgan ierasti. Tā kā ģimenes ārsta darba laiks ir ļoti liels. Es strādāju līdz pēdējam apmeklētājam un pēc tam ir telefons garas stundas.* (jauns ĢĀ, Rīga)

Es [noteikto darba laiku] *pārstrādāju. Es* ***strādāju tik ilgi, cik ir pacienti****. Man ir garākas pieņemšanas stundu skaits akūtiem pacientiem, tāpēc rinda nav tiešām garāka par piecām dienām.* (ĢĀ, reģions)

Ģimenes ārstam tā ir ***diezgan dīvaina prasība****. Mums prasa norādīt* ***akūto pacientu pieņemšanas laiku. Kā es to varu norādīt? Tas pēc definīcijas jau ir idiotiska prasība. Es nevaru ieplānot akūtu pacientu.*** *Tā ir absolūti idiotiska prasība. Es nevaru iedomāties medicīnisku iestādi, kur varētu izdalīt, ka tagad pieņems tikai akūtos, bet citā laikā, lai viņi sēž un gaida. Tas ir tā neizprotami.* (ĢĀ, reģions)

Atsevišķi Latvijas **mazpilsētās un lauku teritorijās praktizējošie ģimenes ārsti**, kas piedalījās pētījumā, uzskata par nepamatotu un formālu prasību nodrošināt vakara pieņemšanu līdz plkst. 19.00, jo šajā laikā pacientiem ir apgrūtināta nokļūšana uz pieņemšanu gan transporta ierobežojumu dēļ, gan diennakts tumšā laika dēļ rudens un ziemas sezonās (sk. 4.2.4.b. logu).

4.2.4.b. logs. Ģimenes ārsta vakara pieņemšanas laiks lauku teritorijās

Reāli tas, kas notiek lauku teritorijā – mēs pilnīgi noteikti nevaram tikai ar tām četrām pieņemšanas stundām tikt galā. Ja cilvēks atnāk un es esmu darbā ārpus tās pieņemšanas stundas, es viņu pieņemu arī tad. Nekad netiek pateikts – viss pieņemšana ir beigusies, nāciet rīt. (..) Ļoti diskutējami ir tas, ka joprojām Ministru kabineta noteikumos ir, ka vienu dienu ir jābūt vakara pieņemšanai līdz septiņiem. Ziemas periodā pēdējais transports, kas aiziet no centra uz perifēriju ir ap pieciem. Tie cilvēki arī nenāk. Mēs te varam sēdēt līdz septiņiem, līdz astoņiem. Varbūt, ka kāds centra cilvēks atnāk. Bet jēgas tam nav. Bet noteikumi ir, ka jābūt te līdz septiņiem un jāpieņem. Nacionālais veselības dienests piedāvā, ka mēs varam strādāt šīs vakara stundas un par tām samaksā, kā arī sestdienas un svētku dienas – samaksā varbūt 7 latus par pieņemšanas stundu. Es neuzskatu, ka man te tas būtu jādara. Ja cilvēki grib kaut ko piepelnīt klāt, viņi to var darīt. Cits ārsts saka – es tāpat nāku un strādāju, tad es labāk par to vēl saņemu. Būtu jau jārespektē arī tas ārsta laiks. (ĢĀ, pediatrs, reģions)

Ģimenes ārsti, kas sniedz maksas veselības aprūpes pakalpojumus un kuriem nav līguma ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, savu darba laiku organizē vadoties pēc pacientu plūsmas un reālajām vajadzībām, sadalot laiku starp pieņemšanu praksē un mājās vizītēm atbilstoši konkrētajai situācijai vai sezonas īpatnībām (piemēram, ziemas sezonā vairāk laika ir jāatvelta mājas vizītēm). **Ģimenes ārsti uzskata**, ka prasības par pacientu pieņemšanas laiku varētu būt atvērtākas, ļaujot pašiem ārstiem brīvāk noteikt pacientu pieņemšanas laiku un tā sadalījumu, ievērojot pamatprasību par veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu piecu darbdienu laikā un kopējo prakses darba laiku 40 stundu apmērā nedēļā (sk. 4.2.4.c. logu). Jau šobrīd ģimenes ārstiem ir iespēja brīvi noteikt pacientu pieņemšanas laiku, ievērojot pamata nosacījumus. Sniedzot ģimenes ārstiem lielāku brīvību noteikt pieņemšanas stundas, t.sk., atceļot obligāto prasību vismaz vienu reizi nedēļā pieņemt pacientus no plkst. 8.00 rītā vai līdz plkst. 19.00 vakarā, pastāv primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības ierobežojumu risks gadījumos, kad ģimenes ārsts neņems vērā pacienta vajadzības tikt pieņemtam pirms vai pēc standarta darba laika (9.00 līdz 18.00).

4.2.4.c. logs. Ģimenes ārsta darba laika ierobežojumu atcelšanas pamatojums

(..) valsts nevar tā īsti stratēģiski pieņemt to domu, kas, manuprāt, ir netaisnība, ka ģimenes ārsts pats nosaka savu darbu, laiku, stilu, veidu un efektivitāti, ko regulē pēc darba apjoma. Ģimenes ārsts it kā ir gabaldarba veicējs. Viņam ir tik un tik pacienti, kuri ir jāaprūpē. Un šiem pacientiem pie viņa ir jānonāk piecu darbdienu laikā, kā likums nosaka, bet tai pat laikā likums nevar noteikt, ka tev jābūt ļoti labam – tavu darba kvalitāti likums nevar regulēt. Ja arī regulē, tad tikai caur sodiem, ja kaut ko sliktu esi darījis. (..) Respektīvi, darba organizācijas jautājumu vairāk vajag atdot pašam ārstam. Darba laiks nebūtu jārespektē. Ārstam darba laikam nevajadzētu būt. Viņš pats varētu noteikt, cik stundas strādāt. (..) Ārstam ir jāvadās pēc situācijas. Ja viņam ir smags pacients, tad viņam ir jālasa grāmatas, bet, kad viņš to darīs, ja viņam 8 stundas ir jāsēž praksē? 8 stundas neprasa, bet prasība ir, lai tās 4-5 sēdētu, neatkarīgi no tā, vai ir darbs vai nav. Ja ir neliela prakse, kur tai dienā pierakstīto pacientu nav, viņš it kā tai dienā varētu iet prom, bet viņam tur ir jāatrodas, jo kāds var atnāk. Jā, varbūt var atnākt, bet, manuprāt, būs labāk, ja ārsts tai laikā būs darījis kaut ko vērtīgāku. Ģimenes ārsts ir vienlaicīgi arī uzņēmējs, kuram ir sava prakse vai SIA. Viņš atbild par visu – rēķiniem, kontiem, viņš organizē un atved receptes, dara menedžmenta darbu. Es saprotu ministrijas ideju, ka viņi grib to drošību, ka tas pacients tai laikā pie ārsta nonāk. (..) tā doma, kas ir iestrādāta, jo tu vairāk sēdi, jo pie tevis vairāk nāk [pacienti] *un tu vairāk kaut ko dari, tad esi labāks. Tā nav pareizi. Ārstam ir otrādi – jo tu mazāk kaut ko dari, jo tu esi labāks. Ja es ar vienu konsultāciju palīdzu un jūs veselu gadu pie manis nenākat, tad es esmu labāks nekā tas* [ārsts], *kas jūs nepārtraukti konsultē piecu gadu laikā.* (ĢĀ, reģions)

4.2.5. Prasības par aizvietotāju ģimenes ārsta prombūtnes laikā

Prasības par ģimenes ārsta aizvietošanu viņa prombūtnes laikā 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.

Prasība atrast aizvietotāju savas prombūtnes laikā nesagādā grūtības ģimenes ārstiem, kas strādā lielākās ārstniecības iestādēs, veselības aprūpes centros vai kā darba ņēmēji, jo tiesiskais regulējums nosaka, ja ģimenes ārsts ir darbinieks ārstniecības iestādē, tad ģimenes ārsta aizvietošanu nodrošina ārstniecības iestāde (MK noteikumi Nr.1046, 51. punkts). Tāpat tā nav problēma ģimenes ārstiem, kas strādā koppraksēs vai dala savu praksi ar citu ģimenes ārstu, jo tad šī prasība tiek ievērota, balstoties uz savstarpējās aizvietošanas principu. Savukārt gadījumos, kad ģimenes ārstam ir sadarbība ar ārsta palīgu (feldšeri), ģimenes ārsta aizvietošanas funkciju uzņemas feldšeris un otrādi – ģimenes ārsts nodrošina savu pieejamību laikā, kad feldšeris ir atvaļinājumā vai kvalifikācijas celšanas kursos. Šāda prakse gan balstās uz 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 44.2. punktu, kas nosaka, ka ģimenes ārsta prakses darba laikā ir jānodrošina ģimenes ārsta vai māsas, vai feldšera

pieejamība. Tāpēc gadījumos, kad feldšeris aizvieto ģimenes ārstu, tiek pārkāptas normatīvās prasības, jo 24.04.1997. likuma „Par prakses ārstiem" 28. pants nosaka, ka prakses ārstu drīkst aizstāt tikai tās pašas specialitātes ārsts.

Problēma: atrast ģimenes ārsta prakses aizvietotāju gadījumos, ja ģimenes ārsts nav darba ņēmējs lielākā ārstniecības iestādē (veselības aprūpes centrā), nestrādā ģimenes ārstu koppraksē (doktorātā), bet savā praksē strādā viens pats.

Lielas grūtības atrast ģimenes ārsta aizvietotāju ir tiem ārstiem, kas savas prakses vietu nedala ar kādu citu ģimenes ārstu. Raksturīgi, ka šajos gadījumos ģimenes ārsti nemaz nemeklē sev aizvietotāju. Daļa no viņiem uzskata, ka nevar atļauties ilgāk par piecām dienām būt prom no pacientiem, jo pēcāk ir ļoti liels darba apjoms, kas ir saistīts gan ar pacientu apkalpošanu, gan ar medicīniskās dokumentācijas sakārtošanu. Vairākās intervijās atklājās, ka ģimenes ārsti oficiāli nenoformē savu prombūtni, bet vienojas ar māsu vai citās praksēs strādājošiem kolēģiem par palīdzības sniegšanu akūtajiem pacientiem vai hroniskajiem slimniekiem.

4.2.5.a. logs. Ģimenes ārsta aizvietotāja nodrošināšanas prakse un grūtības

(..) aizstāšana praksēm, kur ***ģimenes ārsti strādā vieni paši, ir ļoti liela problēma****. Kad es vēl gāju rezidentūrā, es palīdzēju vienai ģimenes ārstei, kura nebija 3-4 gadus gājusi atvaļinājumā. Viņa pat neatļāvās slimot. Viņa bija jau līdz tādai robežai, ka viņai pašai bija nepieciešama palīdzība. Un viņa tā arī neatrada aizstājēju. Es gāju bez sertifikāta viņai vienkārši to nedēļu palīdzēt, jo viņa nevarēja atrast. Nav tādu brīvo rotējošo ģimenes ārstu, kas aizstās kādu. Visiem ir savas prakses. Katram ir pāri par 2500 pacientu. Viņi paši ir līdz ausīm darbā. Viņi nevar paņemt to nedēļu. Vēl varētu vienu vai divas dienas* [aizvietot]. *Nevar izpildīt savu prakses darbu un vēl aizvietot kādu. Viņai bija jāmeklē kaut kur ārpusē, bet nav jau tādu sertificētu ģimenes ārstu, kas meklētu darbu tikai uz šo aizvietošanas laiku. Es pati te poliklīnikā aizvietoju vienu, bet tad man viss bija dubultā. Veselu nedēļu var jau, protams, izturēt, bet neviens kolēģis pēc tam nebūs draudzīgs pret tevi. Ja gribi normāli aiziet atvaļinājumā, tad kurš to ņems?* (jauns ĢĀ, Rīga)

Es ar to pēdējā laikā neesmu saskārusies, bet vispār tā laikam ir diezgan liela problēma. Man ir tā gadījies, kad es gribu iet atvaļinājumā vai cits dakteris aiziet atvaļinājumā, un tad nav skaidrs, kā lai pieņem visus šos mūsu pacientus. (ĢĀ, Rīga, maksas)

Man strādā ārsta palīgi. Man ir divi feldšeri – ārsta palīgi. Ļoti labi. Tas ir tas, ko nesaprot ārzemnieki – kāda starpība ir starp feldšeru-ārsta palīgu un māsiņu. Feldšerim tā izglītība ir drusciņ augstāka nekā māsai. Arī māsa, ja ilgstoši strādā laukos, ir pietiekoši gudra, zinoša un tāpat izraksta savas receptes, arī hroniskiem pacientiem tas, kas jau pirms tam ir izrakstīts. Tā kā tiek galā. Tiek arī nedēļu un divas nedēļas. Šeit man ir tā priekšrocība, ka ir arī otra ārsta prakse un, ja ir gadījums, ar ko netiek galā vai vajag pakonsultēt, tad paskatās. Bet tas nenozīmē, ka pacienti tās piecas dienas iet uz ārsta praksi. Pirms tam mēs arī izliekam zīmi un cilvēkiem sakām, ka es tajā laikā esmu atvaļinājumā, viņi jau to respektē. Tad visi kaut kā sanāk pirms tā atvaļinājuma vai uzreiz pēc tam. Neatliekamos gadījumos ir ātrā palīdzība. (ĢĀ, pediatrs, reģions)

Grūtības atrast aizvietotāju ir saistītas arī ar ģimenes ārstu kopējo pacientu pieņemšanas slodzes apjomu. Ņemot vērā reālo situāciju, kad ģimenes ārsti ir spiesti strādāt virsstundas, lai apkalpotu savā praksē reģistrētos pacientus (sk. 4.2.4. sadaļu), ir problemātiski atrast kolēģi, kas uzņemtos vēl otra ārsta slodzi un apkalpotu viņa pacientus ierastajā kārtībā. Neraugoties uz šīm grūtībām – paaugstināto slodzi, ģimenes ārsti aizvieto viens otru iespēju robežās, taču no tā cieš ne tikai pacienti, kas netiek pie ģimenes ārsta, bet arī ģimenes ārsti, kas nevar pilnā mērā izmantot Darba likumā noteikto laiku atpūtai no darba. Līdz ar to prasība par ģimenes ārsta aizvietotāju uzskatāma par administratīvo slogu ģimenes ārstiem, kura mazināšanai vai novēršanai ir nepieciešami risinājumi. Šobrīd spēkā esošais tiesiskais regulējums paredz, ka gadījumos, kad prakses ārsts (t.sk. arī ģimenes ārsti, kas ir reģistrējuši savu praksi un nodarbojas ar ārstniecību) nevar nodrošināt sev aizvietotāju, viņa pienākums ir par to ziņot ārstniecības iestāžu reģistram un prakses vietā publiski redzamā vietā izvietot informāciju par iespējām saņemt veselības aprūpes pakalpojumus citā ārstniecības iestādē (likums „Par prakses ārstiem", 29. panta otrā daļa).

Problēma: ģimenes ārstu aizvietotāju darba apmaksas kārtība.
Ar ģimenes ārsta aizvietotāja prasības izpildes problēmām saskaras arī tie ģimenes ārsti, kuriem nav grūtību atrast citu ģimenes ārstu, kas apkalpotu pacientus viņa prombūtnes laikā. Grūtības ir saistībā ar aizvietotāju darba apmaksas kārtības ievērošanu. 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 49. punkts nosaka, ka ģimenes ārstam sava prombūtne ir jāsaskaņo 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 apmaksa neatkarīgi no prombūtnes ilguma. Lielākajā daļā gadījumu, kā atzina paši ģimenes ārsti, gan aizvietošana, gan šī darba apmaksa notiek uz savstarpējas ārstu draudzības un mutiskas vienošanās principa.

4.2.5.b. logs. Ģimenes ārstu aizvietotāju darba apmaksas kārtība

[Pilsētā] *mums ir vienkāršāk – ja viena daktera nav, tad iet pie cita. Nav problēmu. Tur tikai tiem norēķinu centrs kaut ko nemaksā un nedod. Tas dakteris varētu pieņemt un nekas nenotiktu, bet mēs finanšu lietās nevaram iedziļināties. Tā ir tikai finanšu būšana.* (ĢĀ, reģions)

Neoficiāli var ar kādu sarunāt. Ja ir oficiāli, tad tur ir pavisam citas prasības. Tad tam ārstam ir četras stundas par tevi jāstrādā. Iedomājieties, kurš ārsts var izturēt 10 stundu pieņemšanu? Neviens! Tā ir problēma. Ja ārzemēs ārsts brauc prom, tad tur aģentūra pati atrod un atalgo ārstu, kuri saņem par aizvietošanu vairāk. Mums nekas nenotiek un vēl ir jautājums, kā par to norēķināties ar to ārstu, jo, ja viņš oficiāli aizvieto, tad visa naudas plūsma aiziet viņam, bet tur arī iekļaujas prakses uzturēšanas līdzekļi. Visa naudas plūsma aiziet viņam, bet par īri taču maksāju es! Tas finansiālais jautājums līdz galam nav atrisināts. (ĢĀ, Rīga)

Ļoti vienkārši. Man ir dakteris, ar ko es sadarbojos. Galvenais ir mācēt savstarpēji sarunāt. Mums nekādi pārpratumi nav bijuši, ne par naudas jautājumiem, ne par ko citu. Cits jautājums ir, kā reglamentēt to apmaksu. Ja uzraksta to talonu.. es īsti nemaz neesmu painteresējusies.. ja viņš uzraksta to talonu, vai viņš saņem kaut ko. Droši vien, ka saņem, ja uzraksta par svešu pacientu. (ĢĀ, reģions)

Lai risinātu augstāk raksturotās problēmas, nepieciešams, pirmkārt, izstrādāt 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. Otrkārt, izstrādāt kārtību, kādā ģimenes ārstu aizvietotāju jānodrošina ģimenes ārstiem, kas strādā vieni, nevis kā darbinieki ārstniecības iestādēs vai kopprakses. No vienas puses, likums „Par prakses ārstiem" jau nosaka kārtību, kā jārīkojas 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. Otrs risinājums, kas aptvertu gan republikas nozīmes pilsētās, gan citās administratīvajās teritorijās strādājošos ģimenes ārstus, ir grozīt prasības par aizvietotāja atrašanu, 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.

4.2.6. 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 pamatā saskaras tie ģimenes ārsti, kuriem ir savas prakses un kas nestrādā kā darbinieki ārstniecības iestādēs. Šajos gadījumos ģimenes ārsti ir atbildīgi par zāļu iegādi, uzglabāšanu, lietošanu un iznīcināšanu atbilstoši normatīvajām prasībām. 27.03.2007. MK noteikumi Nr. 220 nosaka, ka zāles, tajā skaitā arī psihotropās vielas un zāles, ārstniecības iestādes drīkst iegādāties aptiekās, t.sk. slēgta tipa aptiekās, bez atsevišķa VI izsniegta pārbaudes akta (16. punkts). Lai ārstniecības iestāde varētu iegādāties zāles lieltirgotavās, tajā skaitā arī narkotiskās vielas un zāles un psihotropās vielas un zāles, vai iegādāties narkotiskās vielas un zāles aptiekā, ir nepieciešams VI pārbaudes akts, uz kura pamata tiek piešķirta zāļu iegādes atļauja (17. punkts). Pārbaudes laikā tiek izvērtēta zāļu aprites un narkotisko vielu un zāļu vai psihotropo vielu un zāļu (ja tādas lieto vai ir paredzēts lietot) uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādē (20. punkts). Atbilstoši šo noteikumu 31.-31.6. punktam ārstniecības iestādes ir tiesīgas saņemt zāles, ja tiek noformēti dokumenti par zāļu iegādi (pavadzīmes, rēķini, protokoli).

4.2.6.a. logs. Zāļu iegādes un lietošanas prakse ģimenes ārstu praksēs

Man bija tāda situācija, ka es pasūtīju zāles un man saka, ka man ir beigusies [zāļu iegādes atļaujas] *derīguma apliecība. Es pasūtu tikai to, ko vajag, un tad, kad vajag. Vakcīnām to jau atcēla, aizgāja automātiski. Pēc tam es skatos uz atļaujas, bet tur nemaz nav derīguma termiņa. Tad es zvanīju uz Veselības inspekciju un man teica: „Bet Jums taču jāzina!" Bet, kā es to varētu zināt! Katrai apliecībai taču kaut kādu derīguma termiņu uzraksta. Bet te ir jāzina, ka ir trīs gadi. Es tagad ņemu caur aptiekām, neesmu atkārtoti atjaunojusi. Es uzrakstu pieprasījumu aptiekai un aptieka man izsit čeku, vienīgi tas iznāk dārgāk. Man ir grūti pateikt, cik man tas prasītu laiku, ja es piesēstos un uzrakstītu kārtējo pieprasījumu, aizvest atkal visus dokumentus, bet tas viss prasa laiku.* (ĢĀ, reģions)

(..) savā gadījumā es noslēdzu līgumu ar poliklīniku, kur ir procedūru kabinets, kur tiek uzturēti šie medikamenti. (..) dažreiz ir tādas situācijas, kad vajag ātri. Nu, piemēram, epilepsijas lēkme, vajag diazepeksu ātri, ātri man jāsūta māsiņa, jo gulošo pacientu es nesūtīšu uz procedūru kabinetu, man jāsūta māsiņa. Māsiņai jāuzraksta pieprasījums, nu tad tur jāatrod procedūru māsiņa, tad viņa atver simts un vienu atslēgu, tad dabū beidzot to medikamentu, un tad pēc 3-4 minūtēm tikai pacients saņem to preparātu. Nu, ja būtu uz vietas šis preparāts, tad varētu mēs to organizēt ātrāk. Un arī tā norakstīšana – atkal atsevišķi žurnāli uz tādu grupu preparātiem un uz tādu grupu preparātiem. Tad tur norakstīt kam, kur, kāpēc, nenormāli kontrolē. (ĢĀ, reģions)

Nav kārtota. Mēs iepērkam pēc pavadzīmes aptiekā oficiāli. Tikai to neatliekamo. Neko papildus nepērkam, jo atkal nāk kontrole un man ir jāpaskaidro, kāpēc un kur es to liku. Kur es liku? Pacientam iedevu, jo viņam nebija labi! (ĢĀ, reģions)

Bija. Bet es vairāk to [zāļu iegādes atļauju] *nenokārtoju. Jo tad man atkal ir jāsatiekas ar Veselības inspekciju. (..) Tāpēc mēs izdomājām, ka labāk maksāsim vairāk, bet nesatiksimies.* (ĢĀ, reģions)

Prasības attiecībā uz medikamentu nodrošinājumu praksēm pēdējos gados ir mainījušās. Ieviestās izmaiņas, kā rezultātā ir būtiski samazinājies ģimenes ārsta praksē nodrošināmo obligāto medikamentu skaits, ģimenes ārsti vērtē pozitīvi. Tāpat pozitīvi tiek vērtēta kārtība, ka ģimenes ārsts kā ārstniecības iestādes vadītājs ir tiesīgs sastādīt nepieciešamo medikamentu sarakstu, kuriem ir jābūt praksē un kurus viņš reāli lieto savā profesionālajā darbībā. Vienlaikus ārsti ļoti rūpīgi izvērtē šajā sarakstā iekļaujamos medikamentus, lai nodrošinātos pret ārkārtas situācijām, kas var notikt ļoti retos gadījumos, kad ir nepieciešams izmantot specifisku preparātu.

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.

Tie ģimenes ārsti, kuru prakses atrodas lielākās ārstniecības iestādēs (veselības centros), praktizē līgumu slēgšanu ar ārstniecības iestādi par nepieciešamo zāļu lietošanu ārstniecības procesa nodrošināšanai. Viņuprāt, tas būtiski atvieglo viņu darbu, jo viņi nav atbildīgi par zāļu iegādi, uzglabāšanu un iznīcināšanu, beidzoties zāļu derīguma termiņam. Tomēr arī šajos gadījumos ārsti saskaras ar problēmu, ka ārkārtas situācijās nevar nodrošināt pacientu ar nepieciešamo preparātu, ja tas neatrodas ģimenes ārsta kabinetā. Lai risinātu šādas problēmas, ģimenes ārsti nereti pārkāpj regulējumu, izmantojot šādos gadījumos medikamentus, ko viņi ir iegādājušies it kā savām personīgajām vajadzībām un kas tiek uzglabāti viņu personīgajās somās.

Problēma: sarežģītās prasības zāļu iegādes, uzglabāšanas, lietošanas un iznīcināšanas dokumentēšanai.

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. Kā jau augstāk minēts, lai nodrošinātos pret šādiem gadījumiem, ģimenes ārsti izmanto it kā personīgām vajadzībām iegādātus medikamentus, lai ārkārtas situācijā varētu palīdzēt saviem pacientiem (sk. 4.2.6.b. logu), tādējādi pārkāpjot tiesisko regulējumu.

4.2.6.b. logs. Prasības zāļu uzglabāšanas dokumentēšanai

Tajā pašā laikā visas tās atskaišu sistēmas tam visam, tas ir nenormāls. Teiksim, ja es praksē turu Korvalola bundžiņu, tad man viņai jābūt pretim simts papīriem par to, ka viņa ir, par kādu naudu viņa ir nopirkta, kur viņa ir radusies. Un izdevīgāk ir neturēt neko, izliekoties, ka šeit nekā nav, ja tas nav obligātajos datos, nekā kaut ko turēt, ko vajag, vai turēt nelegāli. (..) Sarežģītākā ir papīru lieta. Es drīzāk varu turēt savā somā, ko man neviens nevar aizliegt, kā personīgi lietojamu Korvalolu un lietot viņu pacientiem, nekā šeit oficiāli noformēt kā prakses zāles. (ĢĀ, Rīga)

Jā, to visu var, bet tas viss ir ļoti sarežģīti. Kad ieviesa jaunos noteikumus, mēs vispār neiegādājāmies vairs zāles. ***Ja kādam paliek slikti, tad dodu to, kas man pašai somiņā ir vai skrienu uz procedūru kabinetu.*** *Noteikumi ir ļoti sarežģīti. Tur katrs Valedols ir jānoformē kā pirkums. Tur ir tik daudz grāmatvedības, ka vieglāk ir to nedarīt, bet izsaukt ātro palīdzību, ja cilvēkam paliek slikti kabinetā. Agrāk mēs vienkārši iegādājāmies ar čekiem. Tagad tas viss paņem daudz laika, lai tam visam izsekotu, kam un ko medmāsa ir lietojusi. Viss ir ļoti sarežģīts un nepamatots, jo tie nav nekādi nopietnie medikamenti. Pēc jaunā likuma mums katram nomierinošajam līdzeklim, kas būtu mūsu kabinetā, ir jābūt milzīgi daudz papīriem. Kad šis noteikums stājās spēkā, mēs to vairs nedarījām. Visu, kas bija, norakstījām, un viss. Visi laikam tā arī izdarīja. Katram jau ir savā somiņā kaut kas, ja cilvēkam kļūst slikti. To visu jau var, bet tas ir pārāk sarežģīti tos iegādāties un tam visam sekot.* (ĢĀ, reģions)

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.

4.2.7. Prasības par vakcinācijas organizēšanas kārtību ģimenes ārstiem

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. Ģimenes ārsti, kuru prakses vietas atrodas veselības aprūpes centros, praktizē līgumu slēgšanu ar ārstniecības iestādi par vakcīnu iegādi un uzglabāšanu, un attiecīgi vakcinācijas

veikšanu procedūru kabinetā, ievērojot visas atbilstošās normatīvā akta prasības (26.09.2000. MK noteikumi Nr. 330 III nodaļa).

Turpinājumā ir raksturotas galvenās pētījumā identificētās problēmas vakcinācijas organizēšanas kārtībā no ģimenes ārstu viedokļa. Svarīgi piebilst, ka šīs problēmas ir drīzāk vērtējamas kā gadījumi, kas var signalizēt par iespējamajiem administratīvajiem slogiem, taču nav pamatoti apgalvot, ka jau šobrīd tās rada nozīmīgas administratīvās barjeras. Nopietns administratīvais slogs ir saistīts ar vakcinācijas dokumentācijas kārtošanu (sk. starpziņojuma 7. daļu par medicīniskās dokumentācijas lietvedību).

<u>Problēma</u>: vakcinācijas kārtību regulējošā normatīvā akta (26.09.2012. MK noteikumi Nr. 330) neatbilstība 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".

<u>Problēma</u>: vakcinācijas kalendāra biežās izmaiņas.
Viena no problēmām, ar ko saskaras ģimenes ārsti, ir biežās vakcinācijas kalendāra izmaiņas, kas rada apgrūtinājumu ģimenes ārstiem sekot tām līdzi un atbilstoši koriģēt savu pacientu vakcinācijas grafiku, kā arī plānot vakcīnu pasūtījumus.

<u>Problēma</u>: valsts apmaksāto vakcīnu piegādes kavējumi.
Pētījums parāda, ka ir gadījumi, kad kavējas valsts apmaksāto vakcīnu piegāde ārstniecības iestādēm, kas apgrūtina ģimenes ārstiem izpildīt viņiem saistošās prasības par vakcinācijas grafikam atbilstošas vakcinācijas veikšanu. Savukārt pacienti nevar saņemt atbilstošo veselības aprūpes pakalpojumu iepriekš paredzētajā laikā. Līdz šim spēkā esošā kārtība (26.09.2000. MK noteikumi Nr. 330, 10.-14.[1] punkts) paredz, ka vakcinācijas plānošanā un organizēšanā ir iesaistītas vairākas institūcijas: vakcinācijas iestāde (ģimenes ārsta prakse), Latvijas Infektoloģijas centrs, Latvijas Infektoloģijas centra reģionālie epidemiologi, Nacionālais veselības dienests un zāļu lieltirgotavas. Vakcinācijas plānošanas un organizēšanas ķēde, kurā ir iesaistīti visi minētie aģenti, ir ļoti sarežģīta un prasa precīzi organizētu iesaistīto pušu sadarbību. Vakcīnu pasūtījumu veic vakcinācijas iestāde, ko izvērtē Latvijas Infektoloģijas centra reģionālie epidemiologi un pēc tam Latvijas Infektoloģijas centrs[6], kas tālāk vakcīnu pasūtījumu un vakcinācijas iestāžu sarakstu nodod zāļu lieltirgotavām, ar kurām NVD iepirkuma rezultātā ir noslēdzis līgumu par vakcīnu uzglabāšanu un piegādi vakcinācijas iestādēm. 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. Problēmas ģimenes ārstiem sagādā arī valsts iepirkumu rezultāti tādā nozīmē, ka var mainīties vakcīnu tiešais piegādātājs, ar ko NVD slēdz līgumu, bet tad attiecīgi var mainīties arī vakcīnas ražojums, līdz ar to ir nepieciešama vakcīnu sastāva saskaņošana un aizvietošana. Ģimenes ārsti vēlas, lai valsts apmaksāto vakcīnu piegāde notiktu tikpat raiti un

[6] MK noteikumos Nr. 330 ir nošķirtas Latvijas Infektoloģijas centra reģionālo epidemiologu funkcijas (12. punkts) un Latvijas Infektoloģijas centra funkcijas (13. punkts).

savlaicīgi, kā tas ir ar maksas vakcīnām. Lai mazinātu šīs problēmas radītā administratīvā sloga risku, nepieciešams 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.

Problēma: bērnu vakcīnu derīguma termiņu ievērošana.
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, jo mazie pacienti ievērojami biežāk slimo ar dažādām elpošanas ceļu slimībām, kuru laikā vakcinācija ir kontrindicēta. Tāpēc 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 vērtējamas 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. ērču 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 apstāklī, 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 ¾ no ražotāja noteiktā vakcīnas derīguma termiņa. Līdz ar to iespējamais problēmas cēlonis ir ārstniecības personu nepietiekamā kompetence vakcīnu izlietojuma organizēšanā. Attiecīgi problēmas iespējamais risinājums ir saistīts ar ārstniecības personu kompetences celšanu šajā jomā.

Problēma: ģimenes ārsti, kuriem nav līgums ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un kuri sniedz maksas veselības aprūpes pakalpojumus, neizmanto valsts iegādātās bezmaksas vakcīnas.
Pētījumā tika konstatēta prakse, ka ģimenes ārsti, kuriem nav līgums ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, neizmanto valsts iegādātās bezmaksas vakcīnas savu pacientu vakcinācijai saskaņā ar valstī noteikto vakcinācijas kalendāru. Saskaņā ar normatīvo regulējumu vakcināciju organizē un īsteno vakcinācijas iestādes (ārstniecības iestādes, kas atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un pamatprasībām par higiēnisko un pretepidēmisko režīmu ārstniecības iestādē) (26.09.2000. MK noteikumu Nr. 330 2. punkts). Tātad ģimenes ārsti, kas sniedz maksas veselības aprūpes pakalpojumus, teorētiski var veikt valsts apmaksāto vakcināciju, izmantojot valsts iegādātās bezmaksas vakcīnas. Pašu ģimenes ārstu vērtējumā vakcinācijas veikšanai (pašai manipulācijai) nebūtu nepieciešams piešķirt samaksu no valsts līdzekļiem, jo tā būtu iekļauta pacienta kopējās konsultācijas samaksā, ko nosaka ģimenes ārsts. Tātad faktiski maksu par manipulāciju tomēr veiktu pacients, kas nav pamatoti, ņemot vērā, ka 26.09.2000. MK noteikumu Nr. 330 6. punkts nosaka, ka no valsts budžeta finansē visus izdevumus, kas saistīti ar obligātās vakcinācijas īstenošanu, t.sk. vakcīnu ievadīšanu. Šobrīd izplatīta ir prakse, ka tie pacienti, kas apmeklē maksas ģimenes ārstus,

vakcināciju veic pie ģimenes ārsta, kuram ir līgums ar NVD un kas veic profilaktisko valsts apmaksāto vakcināciju. Tas nozīmē, ka reāli pacients apmeklē divus ģimenes ārstus un arī apskati pirms vakcinācijas veic divi ārsti. Īpaši tas sarežģī vakcināciju bērniem viņu pirmajā dzīves gadā, kurā vakcinācijas kalendārs ir ļoti blīvs. Vēl viens problēmas aspekts ir tas, ka šāda pacientu rīcība pagarina ģimenes ārstu pieņemšanas rindas tiem ārstiem, kuriem ir līgums ar NVD, jo viņi ir spiesti apkalpot maksas ģimenes ārstu pacientus, kas vēlas veikt bezmaksas potēšanu.

Ņemot vērā, ka maksas ģimenes ārsti, kā liecina pētījums, neizmanto valsts iegādātās bezmaksas vakcīnas savu pacientu vakcinācijai, kā rezultātā cieš pacienti un ir apgrūtināts citu ģimenes ārstu darbs, ieteicams izvērtēt iespēju precizēt kārtību (t.sk. informācijas pieejamību), kādā maksas ģimenes ārsti var saņemt valsts iegādātās bezmaksas vakcīnas, lai veiktu valstī noteikto obligāto vakcināciju, īpaši bērniem vecumā līdz 18 gadiem. Šo ieteikumu nepieciešams izvērtēt kompleksi ar ieteikumu par vienotas vakcinācijas informatīvās datu bāzes izveidi (sk. arī 4.3.6. sadaļu).

4.2.8. Prasības ģimenes ārsta prakses darbinieku kvalifikācijai, skaitam, minimālajam atalgojuma un darba apstākļiem

Prasības ģimenes ārsta prakses darbinieku kvalifikācijai pētījumā intervētie ģimenes ārsti vērtē kā pamatotas un atbilstošas. Kopumā ārsti arī atbalsta resertifikācijas nepieciešamību, kas ir viens no būtiskākajiem rādītājiem, kas liecina par ārsta kvalifikāciju (sk. 2.2. nodaļu). Tāpat ārstiem nav būtisku iebildumu par principiem un rādītājiem, pēc kuriem tiek aprēķināts viņu atalgojums. Problēmas pastāv saistībā ar ģimenes ārsta prakses darbinieku atalgojuma nodrošināšanu atbilstoši darbinieku prasībām (vajadzībām, vēlmēm), taču šis problēmas aspekts nav šī pētījuma analīzes uzdevums. Ģimenes ārstu praksēs strādājošo darbinieku atalgojuma minimālo apmēru nosaka 29.06.2010. MK noteikumi Nr. 595 „Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām".

Normatīvais regulējums ļauj ārstiem pašiem noteikt sava personāla skaitu (19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046, 15. pielikums, 5. punkts) un viņu darbības nodrošinājuma finansējuma sadalījums ir paša ārsta ziņā, ievērojot minimālā atalgojuma prasības. Likums „Par prakses ārstiem" arī nosaka, ka „prakses ārstam ir tiesības saskaņā ar normatīvajiem aktiem pieņemt darbā personālu, kas veic ar ārsta praksi saistītu darbu. Prakses ārsts ir atbildīgs par šā personāla darbību" (18. pants).

Ģimenes ārsti savās praksēs var nodarbināt un saņemt valsts finansējumu māsu vai ārsta palīgu (feldšeru) un reģistratora darbības nodrošināšanai. Tas nozīmē, ka ģimenes ārsti var nodarbināt vismaz divas māsas vai ārsta palīgus un reģistratoru. Māsu un ārsta palīgu darbības nodrošinājuma maksājuma aprēķināšanas kārtību nosaka 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 15. pielikums „Ģimenes ārsta māsas un ārsta palīga (feldšera) darba apjoms un darbības nodrošināšanas maksājuma aprēķināšanas kārtība". Savukārt maksājuma aprēķina kārtību par reģistratora darbības nodrošināšanu nosaka šo noteikumu 12. pielikuma 17. punkts. Bez māsām un reģistratora ģimenes ārstiem, kas ir pašnodarbinātas personas vai kuru prakses ir reģistrētas kā sabiedrības ar ierobežotu atbildību (SIA), ir nepieciešami grāmatvedības pakalpojumi. Tas nozīmē, ka kopējais ģimenes ārstu darbinieku skaits var būt vismaz četri cilvēki, ieskaitot ģimenes ārstu. Praktiski ģimenes ārsti izmanto mazāku palīgpersonāla skaitu – vienu māsu vai māsu un reģistratoru. Gadījumu izpēte liecina, ka ar esošo personālu ģimenes ārsti var nodrošināt kvalitatīvu veselības aprūpi, lai gan daži ārsti, kas nealgo atsevišķi reģistratoru vai grāmatvedi, atzina, ka viņiem pietrūkst darbinieku šo funkciju izpildei, taču ar viņiem pieejamo finansējumu viņi nevarot atļauties tos algot, tāpēc šīs funkcijas pilda māsas vai paši ģimenes ārsti. Ģimenes ārstu kopprakses (vienās telpās atrodas vairāku ģimenes ārstu pakses), piemēram, raksturīgi, ka ir viens pilnas slodzes reģistrators. Ir prakses, kurās māsa pilda gan māsas, gan reģistratora pienākumus. Atšķirīgas ir ģimenes ārstu pieejas attiecībā uz

grāmatvedības pakalpojumu izmantošanu. Vērojams, ka tie ģimenes ārsti, kuriem ir mazākas prakses (mazāks reģistrēto pacientu skaits), paši ir apguvuši nepieciešamās grāmatvedības prasmes un attiecīgi paši sagatavo visu nepieciešamo grāmatvedības un lietvedības dokumentāciju. Savukārt ārsti, kuriem ir lielākas prakses un kuri ir vairāk noslogoti, algo grāmatvedi. Galvenais arguments, kāpēc ģimenes ārsti nealgo papildu personālu – reģistratoru, grāmatvedi, otro māsu vai ārsta palīgu, ir nepietiekamais finansējums šo darbinieku atalgojumam tādā apmērā, kādā to vēlas saņemt darbinieki. Gadījumos, kad ģimenes ārstu prakses atrodas lielākās ārstniecības iestādēs, piemēram, veselības centros, ģimenes ārsti slēdz līgumus ar ārstniecības iestādi par reģistratora un grāmatveža pakalpojumu izmantošanu, retāk šādā veidā tiek maksāts par māsu pakalpojumiem. Tas nozīmē, ka palīgpersonālu nodrošina ārstniecības iestāde, ar kuru konkrētajam ģimenes ārstam ir sadarbības līgums (sk. 4.2.8.a. logu).

4.2.8.a. logs. Ģimenes ārsta prakses personāls

(..) man ir ***līgums ar procedūru kabinetu, kur māsiņa strādā, un līgums lejā ar reģistratūru, bet praksē es strādāju viena pati****. (..) ļoti patīk tās procedūru māsiņas, kas man palīdz arī analīzes paņemt un kas taisa visas vakcīnas, ja man kāda pārsiešana ir, kāds apdegums, kādu diegu vajag izraut, tad man ir pat laba situācija koridora galā, divas durvis uz priekšu man ir procedūru kabinets.* (ĢĀ, pediatrs, Rīga)

Pilnīgi nenormāli ir, ka strādā ārsts ar māsu divatā un ***māsa izpilda arī visu darbu ar pacientiem un reģistratora pienākumus – atbild uz jautājumiem, pieraksta, meklē kartiņas – tas nav normāli****. (..) jau trešo gadu ir noteikumos, ka ir arī reģistrators. Iet runa par to, ka vajadzētu, ja praksē ir 2000 cilvēku un vairāk, tad tam personālam ir jābūt lielākam.* (ĢĀ, pediatrs, reģions)

Gadījumu izpētes rezultāti rāda, ka ģimenes ārstu, ārsta palīgu **amata apraksti** nav izvērsti, tajos ir iekļauti vispārīgi formulēti pienākumi, kas ir definēti tiesiskajā regulējumā (piemēram, ārsta palīgu amatu aprakstos tiek uzskaitīti visi 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 15. pielikuma 1. punktā uzskaitītie ārsta palīga pamatuzdevumi). Tāpēc ģimenes ārsti, bet jo īpaši feldšeri, uzskata, ka amata apraksti neatbilst reālajai situācijai un reālajiem pienākumiem, jo ģimenes ārstu praksēs nereti personāls viens otru aizvieto arī to funkciju izpildē, kas ar regulējumu nav atļauts vai arī nav noteikts. Vienlaikus pētījums neuzrāda problēmu situācijas šajā aspektā, jo parasti ģimenes ārsts ar savu personālu vienojas par pienākumiem un to izpildes nosacījumiem. Amatu apraksti līdz ar to ir drīzāk formāli dokumenti, kas tiek sagatavoti, ievērojot tiesiskā regulējuma prasības.

<u>Problēma</u>: māsu atalgojuma nodrošināšana ģimenes ārstiem ar vairākām prakses vietām.
Kaut arī kopumā intervētie ģimenes ārsti atzina, ka nodrošina tiesiskajā regulējumā noteikto minimālo atalgojumu savām māsām, atsevišķos gadījumos ārstiem ir grūtības to izdarīt. Īpaši tas ir tajās situācijās, ja ģimenes ārstam ir vairākas prakses vietas un finansējums, kas piešķirts māsas darba apmaksai ir jādala uz vairākām māsām vai ārsta palīgiem, kas attiecīgi strādā katrā no ārsta reģistrētajām prakses vietām, bet ģimenes ārsta prakse neatbilst 19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046, 15. pielikuma 15. punktam un nevar pretendēt uz divreiz lielāku finansējumu māsu darbības nodrošināšanai. Kā stāstīja viens no ģimenes ārstiem, šādos gadījumos ārstam veidojas konflikta situācija ar māsu vai ārsta palīgu par atalgojuma apmēru un sadali starp visām ģimenes ārsta māsām un ārsta palīgiem, lai gan veselības aprūpes nodrošināšanai nepieciešamo ārstniecības personu skaitu un viņu darbības nodrošināšanas maksājuma apjoma sadalījumu starp vairākām māsām vai ārsta palīgiem nosaka ģimenes ārsts un tas tiek iekļauts līgumā ar NVD (19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046, 15. pielikums, 5. punkts). Tas nozīmē, ka ģimenes ārstiem veidojas slogs nevis no tā, ka nav skaidra maksājuma aprēķināšanas vai sadales kārtība, kas ir skaidri definēta regulējumā, bet gan no kopējiem pieejamiem naudas resursiem, kas tiek piešķirti māsu vai feldšeru darba apmaksai. Kā šīs problēmas risinājumu intervētais ģimenes ārsta piedāvā izvērtēt iespēju māsām un ārsta palīgiem slēgt tiešos līgumus ar NVD par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Latvijas Māsu asociācijas vadība atzina, ka iespēju slēgt tiešos līgumus starp NVD un māsām varētu attīstīt,

vispirms slēdzot līgumus par konkrētu un noteiktu uzdevumu veikšanu, piemēram, diabēta slimnieku aprūpi vai slimnieku ar hroniskām brūcēm aprūpi. Šādas prakses attīstīšana ļautu samazināt arī kopējos valsts tēriņus veselības aprūpei (sk. 4.2.8.b. logu).

4.2.8.b. logs. Līguma slēgšanas iespēju vērtējums ar māsām par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu

Valstij ir maza pieredze slēgt līgumus pa tiešo ar māsām par konkrētu pakalpojumu veikšanu, lai gan māsas var izdarīt ļoti daudz. Personas, kas ir tiesīgas praktizēt patstāvīgi, ir tiesīgas arī slēgt līgumu par konkrētu pakalpojumu sniegšanu. (..) Piemēram, tai jomā, kas ir diabēta pacientu aprūpe, māsas ir zinošas un ļoti var palīdzēt pacientiem. Mums jau ir speciāli izglītotas māsas un būs vēl vairāk. Ja valsts radītu un būtu gatava radīt darba vietas, kas ir vajadzīgas ne jau māsām, bet pacientiem, jo viņiem vajag, lai tā māsa būtu katrā rajonā, kas aprūpētu viņu problēmas, kas saistās ar diabētu, kuru ir ļoti daudz. [Nacionālais] *veselības dienests varētu slēgt pa tiešo līgumu ar māsu par ļoti konkrētu un noteiktu uzdevumu veikšanu. (..) Vai arī tik ļoti vajadzīgā lieta kā hronisko brūču aprūpe, kas valstī ir neredzamā problēma, no kuras cieš visi. (..) Pasaule, Latvija un veselības aprūpe ir mainījusies un aug tā ārstu paaudze, kas saprot un tieši tā arī saka, lai iet pie māsas, jo (..) viņa zina labāk 50 iespējamos pārsējus, kas jūsu kājai derēs labāk, viņa zina diētas būtību jūsu saslimšanai, viņa zina pareizas ēšanas principus un viņa zina, kā jums ir jāuzvedas ar jūsu cukuru, cik bieži tas ir jāmēra utt. Patiesībā tie ir ekonomiski principi. (..) Iemesli, kāpēc situācija nemainās, ir ekonomiski principi. Visa pasaule sen ir sapratusi, ka māsu darba spēks ir stipri lētāks un efektīvāks, un ieguldot māsās un vairojot māsu skaitu, un maksājot viņām kaut vai 60% no ārsta algas, var panākt stipri, stipri labākus veselības rādītājus. Mēs esam nabadzīgi. Visi mēs gribam naudu. Kurš tad tā atnāks un teiks: „Ņemiet, mīļās māsas, un dariet!", ja var darīt kopā un paņemt lielāko daļu no tā, kas pienākas. Tās valstis un tās veselības aprūpes sistēmas, kas ir sapratušas māsu ekonomisko izdevīgumu, tur gan māsas dzīvo labāk, gan veselības aprūpe ir labāka.* (profesionālās asociācijas pārstāvis)

Turpinājumā ir apkopoti ārstu viedokļi par reālo situāciju ģimenes ārstu praksēs saistībā ar ģimenes ārstu praksēs nodarbinātās t.s. **otrās māsas darbu un normatīvajām prasībām, kas ir izvirzītas otrās māsas darba apstākļu nodarbināšanai un atalgojumam**. Atbilstoši 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 15. pielikumā „Ģimenes ārsta māsas un ārsta palīga (feldšera) darba apjoms un darbības nodrošināšanas maksājuma aprēķināšanas kārtība" 14. un 15. punktam ģimenes ārstam tiek palielināts valsts piešķirtais finansējums māsas darbības nodrošināšanai divas reizes, ja tiek ievēroti šādi nosacījumi, kas vienlaikus raksturo otrās māsas pamata funkcijas, prasības darba apstākļiem un darba laikam:

- ir izveidots un tiek uzturēts pie ģimenes ārsta reģistrēto trūcīgo personu saraksts (15.1. punkts);
- darbam ar trūcīgajām personām ir nozīmēta atbildīgā māsa vai ārsta palīgs (15.2. punkts);
- ģimenes ārsta praksē ir vismaz divas ārstniecības un pacientu aprūpes ārstniecības personas un katra ir nodrošināta ar darbavietu (15.3. punkts);
- māsas vai ārsta palīga (feldšera) pacientu patstāvīgais pieņemšanas laiks ir ne mazāks par 10 stundām nedēļā (15.6. punkts).

Pētījums parādīja, ka ģimenes ārsti šīs prasības interpretē tā, ka otrās māsas galvenais uzdevums ir strādāt ar ģimenes ārsta praksē reģistrētajām trūcīgajām personām, savukārt ģimenes ārstam ir jānodrošina māsai atsevišķs pieņemšanas kabinets un jānodarbina māsa vismaz desmit stundas nedēļā jeb divas stundas dienā.

<u>Problēma</u>: grūtības ievērot prasības par māsas darba apstākļu nosacījumiem, galvenokārt atsevišķu pieņemšanas telpu.

Ģimenes ārstu atbildību par māsas vai ārsta palīga darba vietas iekārtošanu nosaka 19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046 45. punkts, kā arī augstāk raksturotais šo noteikumu 15. pielikuma 15. punkts gadījumos, ja ģimenes ārsts vēlas pretendēt uz divreiz lielāku finansējumu māsas darbības nodrošināšanai. Tātad saskaņā ar regulējumu ģimenes ārstam būtu jānodrošina māsa ar atsevišķu darba telpu (kabinetu), tomēr reāli šādas iespējas ir tikai retajam ģimenes ārstam. Lielāko tiesu

gadījumos, kā rāda pētījums, māsas strādā vienā kabinetā ar ārstu. Problēmas cēlonis, kā uzskata pētījuma dalībnieki, ir augstās īres maksas telpām, īpaši lielajās pilsētās, kas liedz ārstiem īrēt tik lielas telpas, kas pilnībā atbilstu prasībām. Tāpēc praksē, piemēram, otrās māsas darba laiks ģimenes ārsta prakses vietā tiek plānots laikā, kad ģimenes ārstam ir mājas vizītes vai ir beigusies pacientu pieņemšana, attiecīgi šajā laikā ārsta kabinetu var izmantot māsa. Neapmierinošāka ir situācija tad, ja pacienti māsām ir jākonsultē citās palīgtelpās, piemēram, procedūru kabinetā vai reģistratūrā, kas nav piemērotas individuālai sarunai ar pacientu par viņa dienas režīmu, uztura režīmu, sagatavošanos dažādām procedūrām vai manipulācijām, vai citiem jautājumiem par pacienta veselības aprūpi. Kā atzina profesionālo asociāciju pārstāvji, cietējs šajā situācijā ir pacients.

Pastāv arī viedoklis, ka prasība nodrošināt māsai atsevišķu kabinetu nevar tikt attiecināta uz pilnīgi visām ģimenes ārstu komandām, jo, piemēram, ģimenes ārstam-pediatram ir ļoti svarīga māsas klātbūtne pacienta pieņemšanas laikā, lai varētu izmeklēt bērnus vai veikt kādas manipulācijas.

<u>Problēma</u>: ģimenes ārsta praksē nodarbinātās otrās māsas darba slodzes apjoma un atalgojuma samērīgums.

Raugoties no ģimenes ārstu perspektīvas, problēma ir regulējumā noteiktais otrās māsas slodzes apmērs, kas ir vismaz divas stundas dienā (minimālā slodze). Reāli praksē šīs māsas, kurām nevar nodrošināt darbu tikai ar trūcīgajām personām, ir jāpilda arī citi pienākumi, atslogojot ārsta darbu. Tāpēc ārstiem ir jāmaksā māsām līdzvērtīgs atalgojums kā pirmajai māsai. No vienas puses, ārsti nav apmierināti, ka otrajām māsām viņiem ir pienākums maksāt tikpat lielu atalgojumu kā māsai, kas strādā pilnu darba dienu – astoņas stundas. No otras puses, ģimenes ārstiem ir grūtības nodrošināt otrajām māsām darbu pilnas slodzes apmērā, lai ieguldītais darba apjoms atbilstu saņemtā atalgojuma apmēram. Ārstu vērtējumā šo problēmu padziļina regulējumā noteiktie pienākumi un funkcijas, ko māsas drīkst veikt patstāvīgi. Vienlaikus ārsti uzsver, ka viena māsa praksē nevar izpildīt visus pienākumus, kas atslogotu ārsta darbu, tāpēc pēc būtības otrās māsas ir nepieciešamas. Ir gadījumi, kad problēma rodas no tā, ka māsa strādā vairākās darba vietās un ārstam ir grūtības atrast māsu, kas viņa praksē varētu strādāt pilnu slodzi. 4.2.8.d. logā ir atspoguļoti ģimenes ārstu viedokļi un pieredze, nodarbinot savās praksēs otru māsu.

4.2.8.d. logs. Otrās māsas nodarbināšana ģimenes ārstu praksēs

Mums ir otra māsa, kura strādā pie manis tik un tik stundas. Varbūt tas nav īpaši loģiski, jo ***viņai minimāli ir jānostrādā divas stundas un nauda tiek dota tikpat daudz, cik māsai, kura strādā astoņas stundas****. Otrā māsa nodarbojas ar papīriem, ar maznodrošinātajiem. Viņa pārsvarā sēž uz telefona.* (ĢĀ, Rīga)

Jā, man ir [otra māsa]. *Es domāju, ka* ***tas ir vienīgais risinājums, kā pašreiz var izdzīvot.*** *Es vispār nesaskatīju, ka visa tā sistēma var iet tālāk. Pie tā, ka finansējums visu laiku tikai krīt un krīt. Tā kā es saku – jā, tas ir labi. Tas, ka ir otrā māsa ir ļoti labi – tas atkal ir valsts finansēts. (..) Mēs visu cenšamies izpildīt. Tagad mēs palielinājām telpas, mēs maksājam vairāk par īri, bet to mēs izdarām.* ***Tā māsa ir absolūti nepieciešama. Tas ir reāls palīgs. Māsa var būt arī ārsta palīgs un tā ir milzīga priekšrocība. Arī pacienti no tā iegūst.*** (ĢĀ, reģions)

Tagad man otrai medmāsai ir iedots finansējums no pagājušā gada. Pieņemšanas laiki. Es pieņemu un pēc tam viņai divas stundas ir jābūt pieņemšanas laikam. ***Reāli tas ir tikai uz papīra. Reāli viņa pat recepti nedrīkst izrakstīt, kur nu vēl pieņemt.*** *Arī ārsta palīgam nav tiesības rakstīt receptes, to var tikai ārsts. Tā kā tā ir tīrā formalitāte.* (ĢĀ, reģions)

Tad problēma ir tagad tāda, ka otrā māsiņa man bija līdz šim tikai uz pusslodzi, jo nav tas pacientu skaits arī tik liels [1370]*, lai te divām māsām būtu visu cauru dienu ko darīt. Tagad ir prasības, saprotu, ka nupat stājās spēkā grozījumi, ka viņai arī ir jābūt 40 stundām nedēļā darbā šeit, pamatdarbavietai. Man tagad problēma. Tagad lauzu galvu, kā to atrisināt. (..) Tā problēma ir tā, kad es nevaru atrast cilvēku, kurš pamatdarba vietā varētu šeit strādāt 8 stundas dienā, jo tā māsiņa man strādā tā kā otrā darba vieta viņai te. Līdz ar to es nekādi nevaru viņu nodarbināt tik ilgas stundas. Viņa to nespēj vienkārši izdarīt, jo viņa strādā ātrajā palīdzībā. Es saku, tā ir tāda mana problēma. Citiem tādas nav.* (ĢĀ, reģions)

Pašreiz iet runa par profilaksi, par dzīvesveida jautājumiem, par smēķēšanu, par daudzām lietām, ko māsai uzliek darīt un viņa arī darīs. Tāpēc ir prasība, ka šai māsai ir jābūt savam kabinetam, un joprojām daudzās praksēs, īpaši pilsētās,

*kur **daudzās vietās ārstam ir tikai viens kabinets, ko viņš īrē kopā ar otru ārstu un vēl turpat sēž arī māsa.** Nupat mums pavasarī beidzās liels projekts par ārstu palīgu un māsu apmācību. Mēs braucām pa visu Latviju, un šo kursu noklausījās vairāk kā 500 darbinieki no vidējā personāla. Tad es arī parasti jautāju, kā viņi strādā. (..) Ļoti daudziem nav kabineta. Es vaicāju, kā tad jūs strādājat, **kur jūs pieņemat cilvēkus – gaitenī, reģistratūrā, procedūru telpā? Kā kuru reizi esot.** Padomājiet, ka jūs jūtaties tā pacienta vietā, vai jūs arī gribētu, lai ar jums kaut kur pa ceļam parunā. Tas viss ir nesakārtots. **Pilsētā tas ir saistīts ar lielajām īres maksām.** Bet tas ir jāsakārto.* (ĢĀ, pediatrs, reģions)

Prasības nedrīkst būt unificētas. Ja ir ģimenes psihoterapeita prakse, tad tur viņam ir jābūt vienam, kur māsai nevajadzētu to visu dzirdēt, lai gan māsa raksta visus nosūtījumus un visu apraksta. Manuprāt, tas ir nonsenss [no angļu valodas vārda *nonsense*: bezjēdzība]*, jo, **ja arī viņa sarunas brīdī nebūs klāt, viņa tāpat visu uzzinās, jo viņai to visu dokumentāciju ir jāapstrādā.** (..) **Pediatrijā tas ir nonsenss*** [no angļu valodas vārda *nonsense*: bezjēdzība]***, ka māsas nav kabinetā, jo viņai ir jāstrādā ar bērnu un jānovērš uzmanība bērnam, lai palīdzētu apskatīt.** Tas nav pārdomāts.* (ĢĀ, reģions)

Pētījumā netika intervētas pašas māsas kā atsevišķa pētījuma mērķa grupa, taču saskaņā ar Latvijas Māsu asociācijas vadības viedokli t.s. otrās māsas minimālais slodzes apmērs (divas stundas dienā) nevar tikt uzskatīta par problēmu, kas ir jārisina ģimenes ārstiem vai tiesiskā regulējuma līmenī. Tā ir māsas pašas kā darba ņēmēja atbildība saskaņot savas kopējās slodzes apmēru, strādājot vairākās ārstniecības iestādēs. Vienlaikus tika uzsvērts, ka māsu ieguldījums ārsta darba atslogošanā varētu būt ievērojami lielāks nekā tas ir šobrīd, ja tiktu pilnveidota māsu atalgojuma noteikšanas sistēma (t.sk. izvērtējot iespēju slēgt NVD līgumus ar māsām), kā arī palielināts ārstu praksēm pieejamais finansējums telpu uzturēšanai un tehniskā aprīkojuma nodrošinājumam.

4.3. Prasības feldšerpunktu darbības nodrošinājumam

Šajā pētījuma starpziņojuma nodaļā ir aplūkoti šādi jautājumi, kas ir saistīti ar feldšerpunktu darbības nodrošinājumu:

- feldšerpunktu finansēšanas kārtība un prakse;
- prasības feldšerpunktu tehniskajam nodrošinājumam;
- prasības feldšera darba laikam un pacientu pieņemšanas stundām;
- ārsta palīga (feldšera) aizvietošana;
- zāļu iegādes prakse feldšerpunktos;
- vakcinācijas organizēšanas kārtība un prakse feldšerpunktos.

4.3.1. Feldšerpunktu finansēšanas kārtība un prakse

Feldšerpunktu finansēšanas kārtību nosaka 19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība". Lielākā daļa feldšerpunktu ir izveidoti 20.gs. 60., 70. gados, tāpēc par to iekārtošanai nepieciešamo finansējuma apmēru respondentiem bija grūtības izteikties. Pētījumā iegūtie kvantitatīvie rādītāji par finansējuma avotiem liecina, ka visbiežāk minētais feldšerpunktu izveidošanai nepieciešamā finansējuma avots (35 gadījumos no 37 feldšerpunktiem) ir bijis pašvaldības finansējums. NVD ir finansējis 13 feldšerpunktu izveidošanu, kas ir otrais biežāk minētais finansējuma sniedzējs. Vēl divi ārsta palīgi ir norādījuši, ka feldšerpunkta iekārtošanai ir izmantoti arī citi finanšu avoti.

Šobrīd feldšerpunktu kā ārstniecības iestāžu uzturēšana notiek, izmantojot vairākus finanšu avotus un to kombinācijas, kas ir atkarīgas no dažādiem faktoriem: feldšerpunkta atrašanās vietas, pašvaldības līgumiskajām attiecībām ar NVD, feldšera līgumiskajām attiecībām ar ģimenes ārstu. Ir divi galvenie feldšerpunktu finansēšanas avoti – valsts finansējums (NVD) un pašvaldību, taču naudas plūsmas organizēšanas shēmas ir ļoti dažādas, kas arī uzskatāms par vienu no galvenajām problēmām šajā jomā.

Problēma: feldšerpunktu finansēšanas shēmu daudzveidība, kas rada vairākus riskus – pirmkārt, dubults valsts finansējuma piešķīrums; otrkārt, nevienlīdzīga pieeja feldšerpunktu finansēšanā, lai gan šajās ārstniecības iestādēs tiek sniegti valsts apmaksātie primārās veselības aprūpes pakalpojumi.

Pašvaldības piešķirtais finansējums feldšerpunkta uzturēšanai no pašvaldības budžeta tiek piešķirts atbilstoši reālajiem tēriņiem un pašvaldības iespējām. Kā liecina pētījumā iegūtā informācija, katru gadu pašvaldības budžetā, pamatojoties uz iepriekšējā gada izdevumiem, tiek plānots finansējums novada feldšerpunktu darbības nodrošinājumam – komunālo pakalpojumu izmaksas un izmaksas, 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". Katram feldšerpunktam tiek sastādīta plānoto izdevumu tāme. Gadījumu izpētes ietvaros tika apzināta pašvaldību pieredze un iespējas finansēt feldšerpunktu uzturēšanu. Pētījums parādīja, ka ir pašvaldības, kuras apzinās un atzīst feldšerpunktu nepieciešamību veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā, bet kurām ir ļoti grūti nodrošināt feldšerpunkta darbību nepietiekama budžeta apstākļos, jo tās nevar pretendēt uz valsts finansējumu, neizpildoties 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 74. punkta nosacījumiem. 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, kas nosaka – 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. Attiecīgi šo noteikumu 12.pielikumā „Fiksētās piemaksas un maksājumi" 16. punktā ir noteikts, ka, izpildoties 74. punkta nosacījumiem, tiek piešķirts maksājums 100,00 LVL apmērā par primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu. Praktiski tas nozīmē, ka pašvaldība, ja tā ir noslēgusi līgumu ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, saņem 100,00 LVL mēnesī, ko tā pēc saviem ieskatiem var izmantot feldšerpunkta vajadzībām. Gan feldšeri, gan intervētie pašvaldību pārstāvji (galvenokārt, pagastu pārvalžu vadītāji) uzskata, ka šie resursi paredzēti feldšerpunktu uzturēšanai un tā tehniskā aprīkojuma (t.sk. medicīnisko ierīču) nodrošinājumam, lai gan tiesiskajā aktā sniegtais formulējums to skaidri nedefinē (problēmas izklāstu sk. zemāk).

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, t.sk. iepērk medikamentus, dokumentācijas veidlapas, apmaksā valsts metroloģiskajai kontrolei pakļauto mērīšanas līdzekļu verificēšanu un sedz citus izdevumus. Retāk ģimenes ārsti apmaksā telpu īres un komunālo pakalpojumu rēķinus, ko uzņemas segt pašvaldība. Tā ir diezgan izplatīta prakse, ka feldšerpunktu uzturēšanai tiek kombinēts pašvaldības un valsts (NVD) finansējums. Piemēram, par feldšerpunkta telpām un komunālajiem pakalpojumiem maksā pašvaldība, bet punkta uzturēšanas izdevumus, kas saistīti ar ārstniecības iestādēm izvirzīto prasību ievērošanu, finansē ģimenes ārsti, kuru pakļautībā strādā feldšeris. 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. 4.3.1. logā ir atspoguļoti dažādo feldšerpunktu finansēšanas prakšu piemēri.

4.3.1. logs. Feldšerpunktu finansēšanas prakses

Pašvaldība mūs finansē no līdzekļiem, kurus viņi saņem no NVD, un no līdzekļiem, kurus pārskaita ik mēnesi ģimenes ārsts. Tur arī ir līgums starp pašvaldību un ģimenes ārstu. Laikam jau līdzekļu nepietiek, jo pašvaldība vēl no saviem līdzekļiem liek klāt, lai mūs uzturētu. (NVD finansēts FP)

Es strādāju zem ģimenes ārsta, un tad ģimenes ārsts arī medinstrumentus gādā, medikamentus pirmajai palīdzībai gādā, šos te pašus sertifikācijas ģimenes ārsts apmaksā. Medicīniskos dokumentus tāpat pērk ģimenes ārsts, recepšu blankas dod. (..) ja tā pašvaldība viņu [feldšerpunktu] *neuzturētu, es stipri šaubos, vai ģimenes ārsts viņu var pavilkt.* (pašvaldības finansēts FP)

Katram feldšerpunktam ir sastādīta tāme – cik tam ir apgaismojums, apkurināšana, cik vajag zāļu iegādei, pirmajai medicīniskajai palīdzībai, cik aparatūras remontam – viss ir sarakstīts. Pēc šīs tāmes viņi arī dzīvo un strādā. To apstiprina novada dome, un mēs katram iedodam. Bet iekšējā kārtībā viņi tikai rēķinus atsūta. Mēs pārbaudām, novīzējam. Skatos, vai nauda ir vai nav. Tāpat arī mēbeles iegādājamies. Visu, kas vajadzīgs. Bet to medicīnisko mēs nekārtojam, to dara pats feldšeris. Visu to, kādas zāles jāglabā, kā jāglabā izlietotās šprices, kam kas jānodod – to viņi paši. Mēs darām tikai tehnisko pusi. Dodam naudiņu. Šogad bija vairāk 28 000 LVL, tas saistīts ar to, ka jāved bija uz [pilsētu] *svari un termometri, tad uzliek savu zīmogu, ka tas ir derīgs. Tur visu pārbauda. Tāpēc mazliet vairāk naudas aizgāja. Sarežģī tas, ka ir daudz ģimenes ārstu vienā pārvaldē. Būtu viņi* [iedzīvotāji] *pie viena ārsta, būtu cita lieta.* (pašvaldība)

Nē, ierobežojumu [finansējuma izlietojumam] *nav, bet ar to ir jānosedz viss. Ja mēs parēķinām, ka tagad apvidus mašīnas līzinga maksājums ir no 300-500 latiem mēnesī, tad Jūs stādāties priekšā, cik reāli tagad ir triekties pa laukiem ar kaut kādiem džipiem un ņemties pa 100 latiem mēnesī.* (ĢĀ, reģions)

(..) simt lati man ir elektroenerģija, internets, apkure. Apkure ziemas mēnešos – man pāri nepaliek ne santīms, ne medikamentu iegādei, ne kaut kādai pirmajai palīdzībai. Nu, vasarā, tad es varu kaut ko atļauties. (..) Nu to, ko es, piemēram, ņemu – laboratorijas analīzes, tur lats, un tur vēl kaut kādas injekcijas, tad tur arī ir maksa, pat ne tāda, kāda uz sienas, bet nu tad par to naudu kaut ko, nepieciešamāko. (..) vasarā es cenšos nopirkt puslīdz vairāk vai mazāk gadam, tā kā kaut kas sanāk. Nu pašu, pašu nepieciešamāko. Un to es tā papildinu, lai man neiziet uz nullēm, vienmēr tām kaut kādām iekasētām naudām, piepērk klāt. (NVD finansēts FP)

<u>Problēma</u>: nepietiekams valsts piešķirtais finansējums 100,00 LVL apmērā par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas rada administratīvo slogu feldšeru nelikumīgu darbību formā.

Pētījumā intervētie feldšeri un pašvaldību pārstāvji, kā arī atsevišķi ģimenes ārsti, kas komentēja šo jautājumu, atzina, 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". Viens no problēmas aspektiem ir regulējumā esošais formulējums „maksājums par primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu šo noteikumu 74. punktā minētajā gadījumā – 100 LVL mēnesī" (19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046, 12. pielikums, 16. punkts). Šāds formulējums nenosaka, ka maksājums ir paredzēts ārstniecības iestādes uzturēšanas un tehniskā nodrošinājuma mērķiem, bet praktiski pašvaldības un feldšeri šo maksājumu uztver tieši šādā nozīmē un arī novirza šiem mērķiem. Salīdzinot ar šī paša pielikuma 1. punktu, kas nosaka maksājuma apmēru ģimenes ārsta prakses ikmēneša uzturēšanas izdevumiem, formulējums ir citādāks – „ikmēneša fiksētais maksājums <u>ģimenes ārsta praksei</u> – 240 LVL mēnesī" [pētījuma autoru pasvītrojums] –, lai gan pēc būtības arī šajā gadījumā finansējums ir paredzēts prakses uzturēšanas izdevumiem. Pēc līdzīga principa, uzsverot ārstniecības iestādi (vietu) kā finansējuma saņēmēju, definēts 2. punkts – „ikmēneša fiksētais maksājums par <u>ģimenes ārsta otro un katru nākamo pieņemšanas vietu</u> ir 100 LVL" [pētījuma autoru pasvītrojums]. Uzskatām, ka šajos gadījumos pastāv normatīvo aktu punktu dažādas

interpretācijas iespējas par to, kādiem tieši mērķiem ir paredzēta valsts piešķirtā nauda ambulatorajām ārstniecības iestādēm. Tāpēc šeit aplūkotās problēmas kontekstā ieteicams, precizēt 16. punkta formulējumu, lai tajā būtu skaidri noteikts naudas izlietojuma mērķis. Esošais formulējums – „veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai" – ir ļoti plašs tādā nozīmē, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniegšana var ietvert gan atbilstošu materiāli tehnisko nodrošinājumu, gan ārstniecības darbības. Viens no iespējamiem formulējumiem, balstoties uz 19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046, 12. pielikuma 1. un 2. punktu formulējumu, ir noteikt, ka pašvaldība var pretendēt uz valsts finansējumu 100,00 LVL apmērā ārstniecības iestādei (feldšerpunktam), ja tajā tiek sniegti valsts apmaksātie veselības aprūpes pakalpojumi.

Otrs būtisks problēmas aspekts, kas raksturo šajā jomā pastāvošo administratīvo slogu, ir nelikumīgi ieturēta nauda no pacientiem par feldšera sniegtajiem pakalpojumiem (sk. 4.3.1. logā pēdējo intervijas fragmentu). Tā kā feldšeri, kaut arī būdami pašvaldības darbinieki, ir atbildīgi par feldšerpunktu atbilstību noteiktajām obligātajām prasībām, ne vienmēr saņem pašvaldības finansiālo atbalstu nepieciešamajā apmērā, viņi ir spiesti meklēt alternatīvus risinājumus. Viens no šādiem risinājumiem ir nelielas samaksas ieturēšana par feldšera sniegtajiem pakalpojumiem pacientiem, kas nav saskaņota ar pašvaldību, tādējādi pārkāpjot tiesisko regulējumu. Šāda rīcība tika konstatēta feldšerpunktā, kura uzturēšanai un tehniskajam nodrošinājumam pašvaldība novirza tikai NVD piešķirtos 100,00 LVL.

Kopumā secināms, lai šobrīd 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, visu izmaksu segšanai ir nepieciešams gan valsts finansējums (100,00 LVL), gan pašvaldības finansējums.

Abu raksturoto feldšerpunktu finansēšanas kārtības problēmu iespējamais risinājums ir izvērtēt iespēju piešķirt finansējumu feldšerpunktu darbībai, izskatot divus iepriekš minētos iespējamos 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.

4.3.2. Prasības feldšerpunktu tehniskajam nodrošinājumam

Feldšerpunktiem tāpat kā ģimenes ārstu praksēm attiecībā uz to tehnisko nodrošinājumu ir saistošas 20.01.2009. MK noteikumos Nr.60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" (redakcija uz 01.06.2012.) definētās prasības.

Feldšera punkta iekārtošanu (ieskaitot telpu iekārtošanu, materiāli tehniskā nodrošinājuma iegādi u.tml.) atbilstoši izvirzītajām prasībām lielākā daļa ārsta palīgu (14 no 37 intervētajiem) raksturoja kā drīzāk vienkāršu, kas nesagādāja nozīmīgas grūtības; deviņi feldšeri šo procesu vērtēja kā vienkāršu

un deviņi – kā drīzāk sarežģītu, jo tas ir sagādājis nelielas grūtības. Tikai trīs respondenti atzina, ka feldšerpunkta iekārtošana ir bijusi sarežģīta, sagādājot nozīmīgas grūtības. Diviem respondentiem bija grūtības sniegt noteiktu vērtējumu šajā jautājumā.

Atšķirībā no ģimenes ārstiem feldšeri nav ieguldījuši feldšerpunktu iekārtošanā savus privātos finanšu līdzekļus, lielākais ieguldījums parasti ir bijis no pašvaldības. Tāpēc feldšeru vērtējumā tas, cik sarežģīti vai vienkārši ir iekārtot feldšerpunktu, ir lielā mērā atkarīgs no pašvaldības motivācijas, finanšu iespējām un sociālās atbildības. Lielākā daļa pētījumā apsekoto feldšerpunktu ir aprīkoti atbilstoši iepriekšējām obligātajām prasībām, ko noteica 19.02.2002. MK noteikumiem Nr. 77 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām". Tā kā regulējumā ir notikušas izmaiņas, vairāki feldšeri pauda neapmierinātību un neizpratni par to, ka savulaik tika iegādātas vairākas medicīniskās ierīces, kuras šobrīd netiek prasītas un netiek arī izmantotas. Vienlaikus uzsverot, ka prasības regulāri mainās, tāpēc, iespējams, šīs ierīces nākotnē atkal būs vajadzīgas.

Kopumā feldšeri atzina, ka pašreizējās prasības gan telpām, gan medicīnas aprīkojumam ir pamatotas, atbilstošas un to ievērošana nozīmīgas grūtības nesagādā. Neraugoties uz šo kopējo viedokli, pētījumā tika konstatētas vairākas problēmu situācijas, kas saistītas ar feldšerpunktu tehnisko nodrošinājumu. Uz jautājumu, vai būtu nepieciešams mainīt prasības, kas izvirzītas feldšerpunktiem kā ārstniecības iestādēm, atbildēja 35 respondenti, no kuriem 23 uzskata, ka šīs prasības būtu jāmaina, bet 12 ārsta palīgu vērtējumā šādas izmaiņas nav nepieciešamas.

Problēmas, ko raksturoja intervijās ārsta palīgi, pārklājas ar ģimenes ārstu minētajām problēmām, kas izriet no prasībām ģimenes ārstu praksēm (sk. starpziņojuma 4.2.2. sadaļu). Kopīgas abām ārstniecības personu grupām attiecībā uz ārstniecības iestādēm izvirzītajām obligātajām prasībām ir šādas problēmas:

- normatīvo prasību zināšanu trūkums par aktuālajām obligātajām prasībām feldšerpunktiem kā ārstniecības iestādēm (20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60);
- nodrošināt tādu medicīnisko aprīkojumu, kas feldšerpunktā netiek izmantots, jo ārsta palīgs neveic attiecīgās manipulācijas;
- feldšerpunktu vides pieejamības prasību nodrošināšana personām ar ierobežotām funkcionālām spējām;
- neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai nepieciešamais aprīkojums un medikamentu daudzums feldšerpunktos.

Tā kā šo problēmu būtība ir līdzīga, šajā sadaļā tās ir aplūkotas tikai tajos aspektos, kas papildina 4.2.2. sadaļu.

<u>Problēma</u>: normatīvo prasību zināšanas trūkums par aktuālajām obligātajām prasībām feldšerpunktiem kā primārās veselības aprūpes ārstniecības iestādēm.
<u>Problēma</u>: nodrošināt medicīnisko aprīkojumu, kas feldšerpunktā netiek izmantots, jo ārsta palīgs neveic attiecīgās manipulācijas.
Tāpat kā ģimenes ārsti arī ārsta palīgi, ņemot vērā viņu atbildes uz jautājumiem par prasībām, kas izvirzītas feldšerpunktu tehniskajam nodrošinājumam, ar to saprotot gan prasības telpām, gan medicīniskajam aprīkojumam, nav pietiekami labi informēti par izmaiņām, kas notikušas šajās prasībās. Šo problēmu visspilgtāk raksturo feldšeru iebildumi par prasībām nodrošināt feldšerpunktā tādas medicīniskās ierīces kā ginekoloģiskais krēsls un kardiogrāfs. Ārsta palīgi uzskata, ka šādu ierīču nodrošinājums feldšerpunktos nav pamatots, ja feldšeris pats neveic atbilstošās manipulācijas gan profesionālās kompetences trūkuma dēļ, gan praktisko prasmju un iemaņu trūkuma dēļ, ja attiecīgās manipulācijas (t.sk. izmeklējumi) netiek veiktas regulāri. Turklāt šīs ierīces ir ļoti dārgas.

Ja feldšeris konstatē, ka pacientam ir vajadzīga ginekoloģiska vai kardioloģiska izmeklēšana, parastā prakse ir nosūtīt pacientu pie ģimenes ārsta vai uzreiz pie attiecīgā speciālista. Akūtos gadījumos feldšeri sauc neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu, lai pacientu hospitalizētu, jo uzskata, ka ātra nokļūšana līdz pacientam, ja krīzes stāvoklis ir iestājies pacientam mājās vai darba vietā, lauku teritorijās nav iespējama. Tāpēc visbiežāk šādas ierīces netiek izmantotas, tiek glabātas citās telpās un novietotas feldšerpunktā tikai tajos gadījumos, kad ir paredzēta kādas kontrolējošās vai uzraugošās institūcijas vizīte. Līdz ar to šo ierīču nodrošinājums ir formāls. Arguments par labu, piemēram, ginekoloģisko krēslu un zobārstniecības aprīkojuma nodrošināšanai feldšerpunktos, ir iespēja nodrošināt profilaktiskā darba apstākļus. Piemēram, feldšerpunktā ar noteiktu regularitāti var pieņemt ginekologs vai zobu higiēnists, vai zobārsts un veikt profilaktiskās apskates, kā arī primāro diagnostiku pēc iespējas tuvāk pacientu dzīves vietai. Agrāk šāda prakse ir bijusi samērā plaši izplatīta, taču šobrīd tā izsīkst, kas ir saistīts arī ar ārstu speciālistu maksas pakalpojumu augstajām izmaksām, ko lauku iedzīvotāji nevar atļauties.

Atšķirībā no ģimenes ārstiem, kas strādā koppraksēs un savstarpēji vienojas par konkrētu ierīču izmantošanu, nodrošinot vienu ierīces vienību koppraksē, feldšeriem šādas iespējas tikpat kā nav. Tikai atsevišķos gadījumos ārsta palīgi, kas strādā patstāvīgi, sadarbojas ar ģimenes ārstu vai speciālistu, kuram feldšerpunkts ir viena no prakses vai pieņemšanas vietām. Taču šāda prakse ir drīzāk izņēmums.

4.3.2.a. logs. Medicīnisko ierīču nodrošinājums feldšerpunktos

(..) kardiogrāfu arī nemaz te neturētu, ja viņš [pacients] *izsauc mājas vizītē vai kaut kur, ja viņam ir sāpes sirds rajonā, vai elpas trūkums, vai auksti sviedri, tad es jau tik un tā saucu ātro palīdzību.* (NVD finansēts FP)

(..) iekārtas ir, mums arī pašiem ir mazliet problēmas ar elektrokardiogrāfu, jo ir dārgs, un tas mums nav. (..) cilvēki aizbrauc uz [pilsētu]*, tur arī ir dakteris, kas nolasa to kardiogrammu. (..) Mēs jau arī tikai varam noteikt akūtu stāvokli. Tad ir jāiet tiešām kārtīgi kursi un jāmācās, lai varētu tā ļoti precīzi kardiogrammu nolasīt. Es domāju, ka labāk tad ir, ja ir dakteri, tad varbūt ģimenes ārstu praksēs. (..) domāju, ka mums ir labāk aizsūtīt uz kārtīgu kardiogrammu.* (pašvaldības finansēts FP)

Man it kā tādā ziņā ir ļoti labi, piemēram, mums par sterilizāciju. Instrumentu sterilizāciju – man ir līgums ar zobārstīti. Zobārstītei ir autoklāvs, tāpēc man nav tādas problēmas. Es zinu, ka es tur varu nosterilizēt instrumentus, man ir visapkārt kolēģi. Zobārstītei atkal ar mani par neatliekamo palīdzību noslēgts līgums, ka mēs varam kopā kooperēties. Arī ar ģimenes dakteri, kad dakteris atbrauc, tad mēs arī vienmēr, ja kaut kur kaut kas trūkst, viņš atved no savām rezervēm. (pašvaldības finansēts FP)

Ginekoloģisko krēslu vajag, bet kardiogrammu, es domāju, ka nevajag. Tagad notiek tā, ka ģimenes ārsti kardiogrammas netaisa, tā vienkārši ir fikcija. Šie kardiogrāfi stāv, liela nauda ir samaksāta, bet es domāju, ka netaisa. Visi brauc uz slimnīcu, visi iet pie speciālistiem, kardiologiem, pierakstās, tā ir slodze ģimenes ārstam, bet feldšeris it īpaši to neveiks. Tā vienkārši ir fikcija. (pašvaldības finansēts FP)

Es varbūt būšu klāt un izmantošu savas medicīniskās zināšanas, bet vai man būs tas te aprīkojums klāt, ko viņi pieprasa, nu, reti. Un tikpat labi, ja kāds piezvanīs, ātrā palīdzība noteikti būs ātrāk, jo tagad jau baigos ātrumos viņai visur jānokļūst, un mums jau tāds transports nav, un vecs cilvēks arī ātri paskriet nevar. Jaunībā kādreiz skrēju uz nelaime gadījumu. (NVD finansēts FP)

Tāpat uz tām ginekoloģiskām pārbaudēm, tā kā mēs kādreiz varējām un mums bija obligāti jādara, tad tagad mums to neļauj darīt, jo mēs feldšeri it kā nemākam to darīt, lai gan mēs visu laiku to mācējām darīt. Nu tās ir, un to ginekoloģisko krēslu mums prasa, lai gan mēs darīt to nevaram. Priekš kam man tas ir vajadzīgs pirkt. (pašvaldības finansēts FP)

Ministru Kabineta noteikumos viss uzskaitīts, tā kā vienkārši tādā ziņā tur vajadzētu pārskatīt, ja viņš ir feldšerpunkts, tad skatīties tieši, ar ko tas ārsta palīgs strādā, ko dara vecmātes un ko dara vispār medmāsa. Varbūt ir vēl arī tādi traumu punkti tikai, un vēl kaut kā savādāk saucās, tagad nepateikšu, rūpnīcās kādreiz bija arī medpunkti vienkārši. Tā kā tur der tikai pirmās palīdzības, tur nevajadzētu visas sterilizēšanas, un ginekoloģiskos krēslus, un bērnus. (..) ir tādas lietas, ko droši vien vajadzētu paskatīties, ka mums īstenībā nevajadzētu viņām būt obligāti. (NVD finansēts FP)

Problēmas risinājumam ir vairāki soļi. Pirmkārt, ir nepieciešams sekmēt feldšeru informētību par aktuālajām prasībām feldšerpunktiem, iesaistot šajā darbā ārsta palīgu profesionālo organizāciju – LADĀPPB. Otrkārt, precizēt normatīvajā regulējumā noteiktās prasības, nosakot, ka feldšerpunktā ir jābūt tām medicīniskajām ierīcēm, kuru izmantošana atbilst ārsta palīgu kvalifikācijai un atļautajām manipulācijām. Treškārt, 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.

<u>Problēma</u>: vides pieejamības prasību nodrošināšana personām ar ierobežotām funkcionālām spējām.

Feldšerpunktiem kā ārstniecības iestādēm ir saistošas vides pieejamības nodrošināšanas prasības personām ar ierobežotām funkcionālām spējām atbilstoši 20.01.2009. MK noteikumu Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" 3. punktam.

Feldšeri ir visai skeptiski attiecībā par prasību nodrošināt medicīniskās iestādes pieejamību cilvēkiem ar pārvietošanās ierobežojumiem. Invalīdiem paredzēto uzbrauktuvju iekārtošanu ārsta palīgi uzskata kā piespiedu pasākumu un kā argumentu pret to min faktu, ka attiecīgajā pagastā nav cilvēku ar šāda veida invaliditāti vai arī to ir ļoti maz un ka šādas ierīces iekārtošana ir sarežģīta un dārga. Vienlaikus pētījuma dalībnieku komentāros jūtama arī zināma neiecietība pret cilvēku ar ierobežotām funkcionālām spējām vajadzību respektēšanu.

4.3.2.b.logs. Feldšerpunktu vides pieejamības prasību vērtējums un prakse

(..) tagad arī mums prasa invalīdu uzbrauktuves. Pagastā neviena invalīda nav, tagad pagasts speciāli te taisīs kaut kādu projektu (..) Diezgan sarežģīti uztaisīt to uzbrauktuvi invalīdiem. Durvis uzreiz jaunas jāliek, jo tur slieksnis. Tā kā problēmas ir. (pašvaldības finansēts FP)

(..) mums tas vienīgais uz doto brīdi, kas liekas diezgan absurda tā [prasība]*, ka laukos uz tiem medpunktiem, ka ir vajadzīga piekļuve invalīdiem uz otrajiem stāviem, jo mums te to invalīdu ir ļoti maz – viens, divi cilvēki*. (NVD finansēts FP)

(..) katrs feldšeris un katrs mediķis laukos labi zina, cik ir tie ratiņstūmēji – braucēji, un, es domāju, ka neviens nav palicis neapkalpots. Pārsvarā jau pie viņiem aiziet mājās. (NVD finansēts FP)

Varbūt, ka viņiem ir tiesības un viņi grib atbraukt uz to ambulanci, bet te, lai to izdarītu, es nezinu, tad ir viss jāpārmaina. (NVD finansēts FP)

(..) nekad mūžā viņi nav braukuši un mēģinājuši iet uz medpunktu, viņi vienmēr ir tikuši apkalpoti mājās. Gan ģimenes ārsts aiziet pie viņiem, iebrauc, es visu laiku, protams, ka eju uz mājām. Viņi no mājām ārā nebrauc, tie cilvēciņi. Viņiem ir tas pats variants, ka viņi no tā sava dzīvokļa nevar tikt ārā. (NVD finansēts FP)

Kā liecina pētījumā uzklausītā feldšeru pieredze, pastāv arī prakses, ka feldšerpunktos tiek nodrošinātas pārnēsājamas palīgierīces riteņkrēsla pārvietošanai. Tomēr valdošais ir uzskats, ka feldšeri ir informēti par riteņkrēslu lietotājiem savā teritorijā un vajadzības gadījumā šādus pacientus apmeklē mājās, tur sniedzot vajadzīgo pakalpojumu. Netiek piekopta prakse, ka cilvēki ar ierobežotām funkcionālām spējām paši apmeklētu ārstniecības iestādi. Pamatojumam kalpo fakts, ka arī cilvēka ar ierobežotām pārvietošanās iespējām dzīves vietā nav riteņkrēsliem paredzēto uzbrauktuvju. Feldšeri intervijās ar zināmu piesardzību piemin invalīdu tiesības un vēlmes pārvietoties ārpus mājas.

Ieteikumi šīs problēmas risinājumam ir sniegti 4.2.2. sadaļā, kurā šī problēma aplūkota ģimenes ārstu prakšu vides pieejamības nodrošināšanas sakarā.

Turpinājumā ir aplūkotas vēl divas problēmas, kas tiešā veidā neizriet no 20.01.2009. MK noteikumos Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" definētajām prasībām, bet vienlaikus ir būtiskas feldšerpunktu darbības nodrošinājuma kontekstā. Pirmkārt, tā ir bīstamo atkritumu apsaimniekošana; otrkārt, medicīnisko ierīču lietošanas derīguma termiņu ievērošana.

Problēma: nepietiekamais finansējums un zemais medicīnisko procedūru kopējais apjoms rada šķēršļus ievērot medicīnisko atkritumu pārstrādes un savākšanas prasības, kas rada draudus sabiedrībai un videi.
Saskaņā ar VI datiem 23 ārstniecības iestādēs no 256, kurās tika veiktas VI kontroles laikā no 2011.gada oktobra līdz 2012.gada martam, netiek ievērotas prasības darbībā ar atkritumiem, saņemto „B" līmeņa vērtējumu. Tas nozīmē, ka šie pārkāpumi, kaut arī neatbilst normatīvo aktu prasībām, tomēr būtiski neietekmē infekcijas slimību izplatīšanos un veselības aprūpes pakalpojumu drošību ārstniecības iestādē. Pētniekiem pieejamie dati neļauj noteikt, cik no šīm 23 ārstniecības iestādēm ir feldšerpunkti, tomēr konstatētās prakses par medicīnisko atkritumu apsaimniekošanu mudina pievērst pastiprinātu uzmanību šim jautājumam.

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", kas ir saistoši arī feldšerpunktiem. Kaut arī regulējumā noteiktās prasības kopumā feldšeri vērtē kā pamatotas, tomēr to ievērošanas problēma rada tas, ka feldšerpunktos ir salīdzinoši ar cita veida ārstniecības iestādēm zems kopējo apmeklējumu un attiecīgi medicīnisko procedūru skaits, kā rezultātā rodas ievērojami mazāki medicīnisko atkritumu apjomi nekā citās ārstniecības iestādēs. 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. Feldšerus neapmierina tas, ka bīstamo atkritumu savākšana ne vienmēr tiek organizēta pēc pieprasījuma, proti, tad, kad ir savākts regulējumā noteiktais maksimālais attiecīgās atkritumu grupas apjoms, bet gan katru mēnesi neatkarīgi no atkritumu daudzuma, kas rada nepamatotas izmaksas feldšerpunkta darbības nodrošinājumam. Jānorāda, ka spēkā esošais normatīvais regulējums gan nenosaka to, cik bieži atkritumi ir jāizved. Šie nosacījumi tiek atrunāti ārstniecības iestādes un atkritumu apsaimniekotāju savstarpējā līgumā, tāpēc problēmas risinājums normatīvā regulējuma līmenī nav nepieciešams.

Taču šo problēmu nevar ignorēt, jo šobrīd feldšeru izmantotie risinājumi, piemēram, aso atkritumu (šļirču u.c.) iznīcināšana, **ir nelikumīgi un rada veselības un dzīvības apdraudējuma risku gan pašai ārstniecības personai, gan sabiedrībai, gan apkārtējai videi** (sk. 4.3.2.c. logu). Lai mazinātu šo risku un mudinātu feldšerus ievērot normatīvā regulējuma prasības par medicīnisko atkritumu apsaimniekošanu, pirmkārt, ir nepieciešams veicināt feldšeru informētību un zināšanas par bīstamo atkritumu apsaimniekošanas nepieciešamību atbilstoši noteiktajām prasībām. Otrkārt, 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 (tad, kad ir savākts attiecīgais atkritumu daudzums), nevis atbilstoši pakalpojuma sniedzēju interesēm (piemēram, reizi mēnesī neatkarīgi no atkritumu daudzuma un to savākšanas nepieciešamības).

4.3.2.c. logs. Medicīnisko atkritumu apsaimniekošanas pārkāpumi un problēmas

(..) ir jau arī, ko es nepildu, es pie reizes arī ***atzīšos, tās visas savākšanas, tur tās materiālu, konteineru un šļircu izlietoto, tas ir dārgi. Nu, es varu jums teikt, ka es pusgadā tādu kartona kastīti ar tām šļircītēm savācu un sadedzinu katlumājā vietējā. Mēs neesam līgumu slēguši, jo man tas liekas bezjēdzīgi dārgi.*** *Nu it kā tas arī neatbilst tur tam visam. Bet nav jau te tik liela apgrozība, lai tur noslēgtu līgumu ar kaut kādu firmu, kura tur nez kādā laikā kaut kādos konteineros kaut ko savāktu. Tas varbūt nav likumīgi no šitās pozīcijas, bet katrā ziņā lētāk, un neviens no tā nav nomiris, jo nav tik lielas tās procedūras, lai tur vāktu kaut kādu konteineru.* (NVD finansēts FP)

(..) tik ļoti tādas prasības par tām sterilitātēm, dezinfekcijām un visiem tiem bīstamiem atkritumiem, ak, vai, un tanī pašā laikā, kad sniedzam mājās pirmo palīdzību, ***mēs nenesam pie bīstamiem atkritumiem asiņainas marles, mēs izmetam viņas kopējā miskastē un jebkurš sadzīvisks cilvēks to dara****. Es, protams,* ***zinu, ka viņš ir bīstams, ja viņš ir asiņains vai strutains****, tanī pašā laikā es pati varu to iznīcināt, tos baciļus, man taču ir dezlīdzekļi galu galā, es varu iemērkt viņus. Varu izlasīt it kā bīstamos atkritumus, vai arī tās pašas* ***šļirces es taču viņas varu iznīcināt, dezlīdzekļi tagad ir ļoti spēcīgi, ļoti stipri un viņi pastāv tajā šķīdumā nedēļu, tajā spēcīgajā, un tur nekas vairs pāri nepaliek****. Toties narkomānu šļirces katrās trepēs mētājās.* (NVD finansēts FP)

Es domāju, ka bīstamajiem atkritumiem tiešām tas ir vajadzīgs. Bet ir atkal otrs bet – līdz šim man, piemēram, ir pilns tas maiss, es piezvanu vai drīzāk šoferis katra mēneša sākumā piezvana man – vai šomēnes tev vajag? – jā, vajag. Nākošo mēnesi – nē, man nevajag. No pagājušā mēneša man atved jaunu līgumu – ***neskatoties uz to, cik daudz man būs savākts, man būs katru mēnesi. Tā atkal ir lieka nauda, kas nāk nost no punkta.*** *(..) Kādreiz sanāca, ka es pa trīs mēnešiem samaksāju 7 latus. Tagad katru mēnesi būs pa 7 latiem. To nevar apstrīdēt, jo tas ir pēc tāda un tāda un tāda likuma panta.* (pašvaldības finansēts FP)

<u>Problēma</u>: medicīnisko instrumentu lietošanas derīguma termiņu ievērošana.

Šobrīd aprīkojuma un medicīnisko ierīču derīguma termiņu noteikšanas kārtību pēc punktu metodes nosaka 11.07.2006. MK noteikumi Nr. 574 „Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē". Viena no raksturīgām problēmām, ar ko saskaras feldšeri, ir medicīnas instrumentu derīguma termiņu ievērošana. Problēmas iemesls ir tas, ka gadījumu skaits, kad var rasties nepieciešamība izmantot vienu vai otru instrumentu (piemēram, urīnpūšļa katetri, kuņģa skalojamie komplekti, marles saites), kuram ir jāatrodas sterilā iepakojumā un kuram ir noteikts derīguma termiņš, var būt mainīgs, ņemot vērā gan kopējo iedzīvotāju skaitu attiecīgajā teritorijā, gan tādus faktorus kā sezonas īpatnības, teritorijā darbojošos uzņēmumu darbības profilus (piemēram, ir uzņēmējdarbības profili ar augstu traumatisma risku) un izglītības iestāžu esamību. Feldšeri pauž neapmierinātību, ka instrumenti, kuriem ir pamatoti jābūt feldšerpunktā, bet kas nav izmantoti to derīguma termiņa laikā, ir jāutilizē un tos nedrīkst lietot. Pēc feldšeru domām, lielākā daļa šo instrumentu ir lietošanas kārtībā arī pēc to derīguma termiņa beigām, īpaši, ja tie ir glabāti sterilā vidē vai iepakojumā. Šādu instrumentu utilizēšana un attiecīgi jaunu iegāde pētījuma dalībnieku vērtējumā ir neefektīva pašvaldības vai valsts finanšu līdzekļu tērēšana (sk. 4.3.2.d. logu).

4.3.2.d. logs. Medicīnisko instrumentu derīguma termiņa ievērošanas lietderīgums

(..) es saprotu zālēm ir derīguma termiņš, teiksim, ķīmiskie sastāvi tik un tik gadus, viņu nevar lietot, bet, teiksim, urīnpūšļa katetri vai bazālās panelītes - beidzās derīguma termiņš, bet viņš taču viss man nav no iepakojuma izņemts, viņš nav aiztikts, kāpēc man viņš ir jāmet ārā? Kāpēc jātērē lieka nauda, kuras nav? (..) Es nesaprotu. Jo viss dzīvē nestāv tikai sterilitātē. Es saprotu, kur jābūt tiešām sterilam visam, bet tās marles it kā paliek sterilas, bet viņas vaļā nav taisītas, nav iepakojums bojāts. Kāpēc man viņš jāmet ārā un jāpērk jauns? Tā ir tāda lieka naudas tērēšana. (pašvaldības finansēts FP)

Nekādas briesmas nebūs, ja kaut kādu kuņģa skalojamo komplektu, ja viņam nebūs [derīguma] *termiņš, viņš būs neatvērts. Kas tur tāds var notikt!?* (NVD finansēts FP)

Kaut arī medicīnisko ierīču derīguma termiņa ievērošanas problēma rada zināmu administratīvo slogu feldšerpunktiem papildu finanšu līdzekļu nepieciešamības ziņā, tomēr nav nepieciešamas izmaiņas normatīvajā regulējumā, lai šo problēmu mazinātu. Vienlaikus, tā kā medicīnisko ierīču derīguma termiņus būtiski ietekmē to iepakojums un uzglabāšanas vieta, ieteicams paplašināt

feldšeru zināšanas šajā jomā, izvēloties tādus medicīnisko ierīču iepakojumus un uzglabāšanas vietas, kas pagarina šo ierīču lietošanas derīguma termiņu.

4.3.3. Prasības feldšera darba laikam un pacientu pieņemšanas stundām

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". Šo noteikumu 15. pielikuma „Ģimenes ārsta māsas un ārsta palīga (feldšera) darba apjoms un darbības nodrošināšanas maksājuma aprēķināšanas kārtība" 15.6. punkts nosaka, ka ārsta palīga (feldšera) patstāvīgais pieņemšanas laiks ir ne mazāks par 10 stundām. Atbilstoši tiesiskajam regulējumam feldšeru, kuri ir piesaistīti konkrētiem ģimenes ārstiem, darba laiku lielā mērā nosaka šo ģimenes ārstu darba laiks. 19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046 44.2. punkts nosaka, ka ģimenes ārsts kopā ar māsu vai ārsta palīgu nodrošina ģimenes ārsta prakses darba laiku 40 stundas nedēļā. 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.

<u>Problēma</u>: pacientu pieņemšana un konsultēšana ārpus darba laika un darba vietas telpām.
Kaut arī feldšeru darba laiks ir noteikts līgumā ar pašvaldību vai ģimenes ārsta līgumā ar NVD, regulāra ir prakse, ka medicīniskā palīdzība vai konsultācija pacientiem ir jāsniedz ārpus darba laika un arī ārpus darba vietas – 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 zvana feldšerim jebkurā diennakts laikā.

4.3.3. logs. Feldšeru darba laiks un pacientu pieņemšanas prakse

Gribu teikt tā, ka maz ir to pacientu, ka tomēr jau tie pacienti iekļaujas tajā pieņemšanas laikā, un telefoni ir uz visām durvīm, katram ir zināms tas telefons, ka nemaz nebūtu nekāda jēga te sēdēt vēl līdz kaut kādiem trijiem, ja ir vajadzība, tad arī telefoniski vismaz var sameklēt. (..) Šeit jau nav nekādu šķēršļu – jebkurā diennakts laikā mani atrod, sameklē, pazvana, pajautā, (..) laukos zvana vietējam mediķim. Ja nu kādreiz gluži nevar sazvanīt vai es esmu varbūt teātra izrādē. (..) ja ir vajadzība, es nāku sestdienās, vai ir injekcijas, vai ir kādreiz sistēmas jāliek, arī uz vietas liekam. (NVD finansēts FP)

Mums vajag būt pieņemšanai ne mazāk par 20 stundām nedēļā. Mani tas apmierina. Tas ir pietiekami. Ilgāk arī negribētos, jo ir vēl darbs iecirknī. Tas ir normāli. (NVD finansēts FP)

Parasta darba diena no 9:00 līdz 17:00. Ideālā variantā gribētos, lai naktīs neviens neaiztiktu, brīvdienās neviens nevilktu un uz mājām neviens nenāktu. (NVD finansēts FP)

Par cik es strādāju un dzīvoju tepat uz vietas, tad viņi nāk, kad viņiem vajag. Vai tas ir rīts vai vakars, pilnīgi vienalga, viņi nāk, kad viņiem vajag, tad viņi nāk. (NVD finansēts FP)

(..) es apkalpoju visus. Nevienam neatsaku. Kāds no ciemiem nāk. Apkalpojam, kā saka, dienu un nakti. Gadās, ka brīvdienās nāk, gadās, ka ir mierīgi. (pašvaldības finansēts FP)

(..) mums it kā pagasts, pārvalde liek pašiem [feldšeriem] *izvēlēties cik stundas, (..) cik es pasaku, tik strādāju. Trīs stundas man ir pieņemšana un pēc tam mājas vizītes, izsaukumi ir, un sestdiena, svētdiena brīvas ir.* (pašvaldības finansēts FP)

Kā stāstīja paši feldšeri, viņi neatsaka palīdzību vietējiem iedzīvotājiem, taču nav arī apmierināti ar to, ka viņus var sasniegt jebkurā laikā un vietā. Tajā pašā laikā, ņemot vērā sarūkošo iedzīvotāju skaitu, ne vienmēr feldšeru pieņemšanas stundas tiek pilnībā aizpildītas ar apmeklējumiem. Līdz ar to stingrās prasības par feldšera pieejamību noteiktās stundās feldšerpunktā ir drīzāk formāla prasība,

taču pētījuma rezultāti neliecina, ka tā radītu vērā ņemamu administratīvo slogu. Tomēr, lai ievērotu feldšeru darba laika specifiku (tiešo pieejamību vietējiem iedzīvotājiem-pacientiem ārpus 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 laika 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.

4.3.4. Ārsta palīga (feldšera) aizvietošana

19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046 nosaka, ka par ārsta palīga (feldšera) aizvietošanu atbildīgs ir ģimenes ārsts (50. punkts) un feldšeri var aizvietot attiecīgi cits feldšeris vai māsa. Uz ārsta palīgiem neattiecas nosacījums par aizvietotāja atrašanu viņu prombūtnes laikā, jo par veselības pakalpojumu pieejamību atbildīgs ir ģimenes ārsts. Līdz ar to ārsta palīga prombūtnes laikā pacienti dodas pie sava ģimenes ārsta.

Pētījumā veiktā reālās prakses izpēte 37 feldšerpunktos liecina, ka neatkarīgi no tā, vai feldšerpunkts ir NVD vai pašvaldības finansēts, tajos nav aizvietotāju, kas veiktu feldšeru pienākumus viņu prombūtnes laikā, kad ārsta palīgs ir atvaļinājumā, saslimis vai apmeklē profesionālās pilnveides kursus. Feldšeri piekopj dažādas prakses, kas ne vienmēr atbilst tiesiskā regulējuma prasībām un normām, lai pacientiem būtu pieejami veselības aprūpes pakalpojumi arī viņu prombūtnes laikā:

- feldšeri atvaļinājumu izmanto pa daļām, parasti pa divām nedēļām, un vienojas ar ģimenes ārstiem, kas aizvieto feldšerus to prombūtnes laikā (prakse atbilst regulējumam), savukārt feldšeri aizvieto ģimenes ārstus viņu atvaļinājumu laikā, tādējādi nodrošinot pakalpojumu pieejamības nepārtrauktību (regulējums tiek pārkāpts, jo 24.04.1997. likuma „Par prakses ārstiem" 28. pants nosaka, ka prakses ārstu drīkst aizstāt tikai tās pašas specialitātes ārsts);
- feldšera slimības gadījumā veselības aprūpes pakalpojumus pacientiem sniedz ģimenes ārsti (regulējums tiek ievērots);
- gadījumos, kad feldšerpunktā strādā arī medmāsa, kurai ir feldšera diploms, feldšeris var izmantot vienlaidus atvaļinājumu, jo medicīnisko pakalpojumu sniedz medmāsa (regulējums tiek ievērots);
- gan pašvaldību, gan NVD finansētie feldšeru punkti piekopj arī praksi, kad feldšeris vai ģimenes ārsts no cita pagasta ierodas reizi nedēļā vai divās nedēļās, lai apkalpotu pacientus vietējā feldšera atvaļinājuma vai slimības gadījumā (regulējums tiek ievērots);
- pastāv arī tāda kārtība, it īpaši pašvaldību uzturētajos feldšeru punktos, ka feldšeri savus pienākumus pilda arī atvaļinājuma laikā, piemēram, pieņemot pacientus reizi nedēļā, vai arī sniedzot nepieciešamo pakalpojumu savās mājās (regulējums daļēji tiek ievērots, jo šāda prakse paredz darbu ārpus darba laika, kas netiek uzskaitīts un apmaksāts, turklāt pastāv Darba likuma pārkāpšanas risks).
- visos gadījumos pacienti tiek informēti par tuvāko ārstniecības iestādi, kurā viņi var saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, kā arī par savu ģimenes ārstu pieņemšanas laikiem ģimenes ārstu prakses vietās, ja tās neatrodas vienās telpās ar feldšerpunktu (regulējums tiek ievērots).

Kopumā secināms, ka lielākajā daļā gadījumu tiek ievērotas tiesiskā regulējuma prasības par feldšeru aizvietošanu viņu prombūtnes laikā. Aktuālāka feldšeru aizvietošanas problēma ir tad, ja feldšeris patstāvīgi strādā feldšerpunktā, nevis ģimenes ārsta praksē. Šajos gadījumos pastāv lielāks risks, ka

attiecībā uz feldšeriem tiek pārkāptas atsevišķas Darba likuma normas, ko ir ļoti sarežģīti novērst, ņemot vērā sociālās dzīves kārtību mazās kopienās, kādās dzīvo un strādā ārsta palīgi lauku teritorijās. Atsevišķs problēmas risinājums tiesiskā regulējuma līmenī nav nepieciešams. Savukārt tajos gadījumos, kad reāli praksē feldšeri aizvieto ģimenes ārstus, tiek it kā piemērota 19.12.2006. MK noteikumu 1046 44.2. punkta prasības par ģimenes ārsta prakses darba laika nodrošināšanu 40 stundas nedēļā, kad praksē ir pieejams ģimenes ārsts, ārsta palīgs vai māsa, formāli neuzrādot ģimenes ārsta atrašanos atvaļinājumā. Šīs problēmas risinājumam ir nepieciešams pilnveidot ģimenes ārstu aizvietošanas kārtību viņu prombūtnes laikā, kā arī aizvietotāja darba apmaksas nosacījumus un kārtību (sk. 4.2.5. sadaļu).

4.3.5. Zāļu iegādes prakse feldšerpunktos

Tāpat kā ģimenes ārstiem arī ārsta palīgiem ir saistoši 27.03.2007. MK noteikumi Nr. 220 "Zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās" (sk. arī 4.2.6. sadaļu). Atbilstoši šo noteikumu normām feldšeri ir atbildīgi par to, lai ārstniecības iestādē (feldšerpunktā) būtu norīkota atbildīgā persona par zāļu apriti iestādē (2. punkts), būtu sastādīts lietojamo zāļu saraksts (10.1., 11. punkts), zāļu iegāde notiktu atbilstoši noteiktajai kārtībai (16., 17. punkts), iestāde var uzrādīt atbilstoši noformētus zāļu iegādi attaisnojošus dokumentus (31.-31.6. punkts), kā arī par zāļu uzglabāšanu atbilstoši normatīvā akta prasībām. Kopumā šo prasību izpilde feldšeriem nesagādā grūtības.

Intervijās feldšeri uzsvēra, ka šobrīd spēkā esošais regulējums nosaka, ka zāļu iegāde ir kļuvusi ekonomiskāka, nepieciešamo zāļu sarakstu pamatā veido tās, kuras ir obligāti jānodrošina neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanai, kā arī tās, kuras feldšeri zina, ka ir nepieciešamas viņa pārraudzībā esošajiem pacientiem, lieki zāļu uzkrājumi neveidojas, nav jāizmet neizlietotās zāles, kurām beidzies derīguma termiņš. Ārsta palīgi ļoti pozitīvi vērtē šīs tiesiskā regulējuma izmaiņas, ka viņi paši ir tiesīgi sastādīt feldšerpunktā nepieciešamo medikamentu sarakstu. Tajā pašā laikā ir gadījumi, kad feldšeri nav informēti par šādām izmaiņām un pauž iebildumus par nepamatotām prasībām attiecībā uz medikamentu nodrošinājumu feldšerpunktos (sk. 4.3.5.a. logu).

4.3.5.a. logs. Ārsta palīga viedoklis par nepamatoti augstām prasībām medikamentu nodrošinājumam

(..) medikamenti ir, tā skaitās tāda šoka palīdzības soma, kurā ir ļoti dārgi un specifiski medikamenti, kurus mēs nekad mūžā neizmantojam. Mēs te kādreiz konsultējamies ar slimnīcu, nu par to, ka viņi saka – mums pat nav bijis jāpielieto, tas tomēr ļoti – intensīvajā un reanimācijā. Arī tur droši vien ir jāizskata, kurus [iekļaut prasībās]*, jo mēs katru gadu viņus atjaunojam, nopērkam par tiem pašiem pagasta un slimokases līdzekļiem, termiņš beidzās – mēs pērkam atkal, bet mēs jau neesam viņus vispār izlietojuši. Atdot mēs citiem nevaram, jo viss tiek iegādāts ar sērijām, ar derīgumiem, un ir uzskaite.* (NVD finansēts FP)

Pētījumā netika identificēts neviens gadījums, kad feldšeris būtu kārtojis zāļu iegādes atļauju. Dominējošā prakse ir iegādāties zāles aptiekā, kurās iegādājamo medikamentu ierobežojumi feldšeriem nerada grūtības nodrošināt savas darba vietas ar nepieciešamajām zālēm. Feldšeriem ir izveidojusies noteikta kārtība, prakse, kā viņi organizē zāļu iegādi. Divas tipiskākās prakses ir šādas. (1) Zāļu iegādi organizē feldšeris, bet apmaksu veic pašvaldība, pamatojoties uz aptiekas izsniegtajiem attaisnojuma dokumentiem. Medikamentu iegāde parasti tiek īstenota sadarbībā ar noteiktu aptieku; atsevišķos gadījumos feldšerpunktiem ir līgumi ar konkrētām aptiekām par izdevīgākiem zāļu iegādes nosacījumiem. Šāda kārtība ir raksturīga vairāk tiem punktiem, kuros strādājošie feldšeri nav piesaistīti konkrētiem ģimenes ārstiem (feldšeru un/vai feldšerpunktu darbības nodrošinājuma maksājumi nav iekļauti ģimenes ārsta līgumā ar NVD) un kuru darbību pilnībā finansē pašvaldība. (2) Ja feldšerim ir līgumattiecības ar ģimenes ārstu vai feldšerpunkts ir ģimenes ārsta otrā prakses vieta, tad zāļu iegādi feldšerpunktam parasti nodrošina ģimenes ārsts (sk. 4.2.6. sadaļu).

Kopumā secināms, ka feldšeriem savas profesionālās darbības ietvaros nepieciešamo zāļu iegādes, uzglabāšanas, lietošanas un iznīcināšanas prasības nesagādā vērā ņemamas grūtības, kas radītu administratīvo slogu.

Problēma: grūtības nodrošināt pirmās nepieciešamības zāles un citas medicīnas preces lauku iedzīvotājiem.
Savā ikdienas darbā feldšeri saskaras ar problēmu nodrošināt savā aprūpē esošajiem iedzīvotājiem pirmās nepieciešamības zāles, ja attiecīgajā ciemā nav aptiekas. Problēmas raksturojums no ārstu palīgu viedokļa ir ilustrēts 4.3.5.b. logā ar fragmentiem no intervijām.

4.3.5.b. logs. Grūtības nodrošināt pirmās nepieciešamības zāles lauku iedzīvotājiem: feldšeru skatījums

(..) mēs pirmajai palīdzībai varam iegādāties, bet nevis taisīt... aptiekas, kas kādreiz bija. Es uzskatu, ka tas laukos būtu ļoti vajadzīgs, bet tur ir tik drakoniskas prasības, mēs jau peļņu nekādu negūstam, bet tam cilvēkam būtu ērtāk nopirkt to primitīvāko zāli – temperatūrai, pārsiešanai vai termometru... (..) jo tas kādreiz bija, bet tas tagad ir uztaisīts ļoti sarežģīti un tas ir ļoti dumji. Tās prasības ir par traku. Piedodiet, ja mums ir vajadzīgs arī kases aparāts! Ja mēs no konkrētas aptiekas ņemam, caur rēķiniem kā kādreiz bija, tas bija agrāk ļoti izdevīgi, tagad mums nav un mēs arī nedrīkstam. Cilvēkiem tas ir grūti. (NVD finansēts FP)

Krievu laikos mums bija arī aptiekas punkts. Mēs varējām nepieciešamākos un ejošākos medikamentus nodrošināt. Es ar aptieku sastrādājos. Ņēmu no viņiem zāles un aizvedu naudu reizi mēnesī. Cilvēki bija apmierināti un man problēmas nebija. Bet tad sāka pieprasīt tos kases aparātus un visa tā sistēma pajuka, jo kases aparātam te nav vietas. Kaut arī es pati vedu, es nekad nekādu uzcenojumu zālēm nebiju likusi. [Tuvākā pilsēta] *man ir 12 kilometri. Es uzskatu, ka cilvēkiem tas bija ļoti izdevīgi.* (NVD finansēts FP)

Komentējot šo problēmu, feldšeri atsaucas uz padomju laiku pieredzi, kad medikamentu pieejamību lauku pacientiem nodrošināja aptiekas punkti. Šobrīd zāļu iegādes atļaujas prasības feldšeri vērtē kā ļoti augstas, turklāt feldšerpunktos kā ārstniecības iestādēs nav atļauta medikamentu izplatīšana. Farmaceitisko pakalpojumu pieejamības problēma atbilstoši tiesiskajam regulējumam ir risināma sadarbībā ar pašvaldību. 02.08.2011. MK noteikumi Nr. 610 „Aptieku un aptieku filiāļu izvietojuma kritēriji" nosaka, kādas procedūras ir jāievēro pašvaldībai, lai tā organizētu aptiekas izveidi savā teritorijā, ja tajā triju kilometru rādiusā nav funkcionējošas vispārēja tipa aptiekas vai nav funkcionējošas vispārēja tipa diennakts aptiekas. Kopumā regulējumā noteiktā kārtība vērtējama kā pamatota. Vienlaikus saskaņā ar Zāļu valsts aģentūras sniegto informāciju, Latvijā šajā regulējumā iekļautos nosacījumus – prasību par konkursa rīkošanu aptiekas atvēršanai – ir īstenojušas trīs pašvaldības – Ādažu novada dome, Jūrmalas pilsētas dome un Kuldīgas novada dome (jaunu aptieku atvēra Ādažu novadā un Ķemeros) (BISS starpziņojums „2. aktivitāte: No regulējuma izrietošo prasību analīze attiecībā uz aptieku darbības uzsākšanas un tālākas darbības nodrošināšanas procesu, kā arī aptiekas kontrolējošo un uzraugošo institūciju darbības analīze").

4.3.6. Vakcinācijas organizēšanas kārtība un prakse feldšerpunktos

Feldšera viens no pamatuzdevumiem ir sadarbībā ar ģimenes ārstu sastādīt un īstenot vakcinācijas kalendāru, kā arī veikt ģimenes ārsta noteiktās procedūras ārsta darba vietā vai mājas apstākļos (19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046, 15. pielikums, 16., 17. punkts). 26.09.2000. MK noteikumi Nr. 330 „Vakcinācijas noteikumi" nosaka, ka vakcināciju drīkst veikt ārstniecības personas. Tas nozīmē, ka feldšerim kā ārstniecības personai ir atbilstošā kvalifikācija un tiesības veikt vakcināciju. Ārsta palīgu loma vakcinācijas organizēšanā ir atkarīga no tā, vai ārsta palīgs ir piesaistīts kādam ģimenes ārstam, kuram attiecīgi ir līgumattiecības ar NVD, vai arī ārsta palīgs strādā tikai kā pašvaldības darbinieks. Gadījumos, kad feldšeris ir tikai pašvaldības, kurai nav līguma ar NVD, darbinieks, ārsta palīgs neveic vakcināciju, retos izņēmumos – maksas vakcināciju pēc vienošanās ar pacientu. Tie feldšeri, kuri ir iekļauti ģimenes ārstu līgumos ar NVD, veic valsts apmaksāto

vakcināciju, taču vakcīnu pasūtījumus parasti plāno ģimenes ārsts patstāvīgi vai sadarbībā ar feldšeri. Precīza pienākumu sadale ir ģimenes ārsta un ārsta palīga ziņā.

Problēma: vakcinācijas veikšanas apmaksa 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. Vairākos gadījumos feldšeri atzina, ka neveic bērnu vakcināciju, bet tikai pieaugušo vakcināciju. Tajā pašā laikā valsts apmaksāto vakcināciju un apskašu veikšana pirms vakcinācijas tiek apmaksāta ģimenes ārstiem, nevis šo manipulāciju reālajiem veicējiem – feldšeriem, kas aizpilda ambulatorā pacienta talonu par veikto vakcināciju, kuru paraksta ģimenes ārsts, uzņemoties arī atbildību par veikto manipulāciju un vakcinācijas kalendāra ievērošanu. 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. Tātad liela nozīme šajā gadījumā ir ģimenes ārstu un feldšeru sadarbībai, kuru bez tiesiskā regulējuma ietekmē arī cilvēciskais faktors (sk. arī starpziņojuma 8.2.2. sadaļu par feldšeru darba atalgojumu sadarbībā ar ģimenes ārstiem un NVD).

Lai risinātu šo problēmu, ieteikums izvērtēt vairākus priekšlikumus. Pirmkārt, izvērtēt 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 augstāk 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 ar savu parakstu atbildību uzņemas ģimenes ārsts.

4.3.6. logs. Vakcinācijas prakse un problēmas feldšerpunktos

(..) man jau iet caur ģimenes ārstu viss, mēs jau paši neko nedarām. Vakcinācija caur ģimenes ārstu. (pašvaldības finansēts FP)

Mums ir grafiks, mēs to ievērojam. Dod grafiku, vakcinācijas kalendāru, agrāk tas gadiem vilkās [nemainījās]*, bet tagad reizi gadā kaut kas arī mainās – kāda pote tiek pievienota maziem bērniem, kaut ko ņem nost.* (NVD finansēts FP)

(..) pieaugušajiem pret difteriju mēs taisām, tā kā...vakcinācija tur notiek. (..) citādi mēs šos pieaugušos nekad nesapotēsim, mēs gaidīsim, kad viņi tiks pie ģimenes ārsta. Bērnus nē, pie mums pediatrs atbrauc divas reizes mēnesī, bērnu mums ir ļoti maz, gadā mums tikai pieci vai seši mazuļi piedzimst apgabalā, tāpēc bērnus potē ģimenes ārsts. (pašvaldības finansēts FP)

Kādreiz bija vienkāršāk, it kā mēs visus deklarētos potējām uz vietas. Tagad ir tā, ka vakcīna tiek saņemta caur ģimenes ārstiem, nevaram mēs vairāk, kā agrāk bija – mēs aizejam, paņemam poti. (NVD finansēts FP)

(..) ļoti grūti savākt informāciju par vakcīnām. Jaunieši pabeidz skolu, aizbrauc uz ārzemēm, pēc tam viņi atbrauc pēc trīs vai četriem gadiem, vakcinēšanu nevar atrast, pošu nav. Tas ir ļoti sarežģīti. (pašvaldības finansēts FP)

Problēma: grūtības ievērot prasības par obligātās vakcinācijas nodrošināšanu bērniem un pieaugušajiem.
Kā jau augstāk minēts, 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. Tāpēc intervētie feldšeri atbalsta e-veselības ieviešanu, 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. Vēl viens šīs problēmas risinājums ir 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 (sk. arī starpziņojuma 8.2.2. sadaļu par feldšeru darba atalgojumu sadarbībā ar ģimenes ārstiem un NVD). Trešais iespējamais risinājums ir slēgt tiešos līgumus starp feldšeriem un NVD par noteiktu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, t.sk. obligāto vakcināciju bērniem un/vai pieaugušajiem.

4.4. Prasības sekundārās veselības aprūpes iestāžu darbības nodrošinājumam

4.4.1. Vispārējs prasību vērtējums

Sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus šajā pētījumā pārstāv divas samērā atšķirīgas grupas – ārsti speciālisti, no kuriem vairums ir nodibinājuši savas privātprakses, un stacionāro vai laboratorijas pakalpojumu sniedzēji, kas ir ievērojami lielākas iestādes sniegto pakalpojumu apjoma un finanšu resursu apgrozījuma ziņā. Šī iemesla dēļ prasību ārstniecības iestāžu darbības nodrošinājumam vērtējums atšķiras – stacionāro un laboratorijas pakalpojumu sniedzēji visbiežāk grūtības prasību izpildē nesaskata (izņemot attiecībā uz vides pieejamības nodrošināšanu personām ar funkcionāliem traucējumiem), savukārt ārsti speciālisti biežāk norāda, ka kāda prasība, viņuprāt, ir nepamatota vai to izpildīšana viņu situācijā ir būtiski apgrūtināta. Vissarežģītāk izpildīt prasības kabineta aprīkojumam ir zobārstniecības pakalpojumu sniedzējiem, jo nepieciešami ievērojami finanšu līdzekļi materiāli tehniskā nodrošinājuma iegādei.

Vairums intervēto ārstu speciālistu savas prakses dibinājuši vairāk kā desmit gadus atpakaļ (ap 2000. gadu), un, vērtējot prasības prakses darbības nodrošinājumam, bieži norāda, ka administratīvo slogu rada tādu prasību izpilde, kas šobrīd vairs nepastāv (ir atceltas). Tomēr arī šādos, ievērojami atvieglotos apstākļos, ārsti speciālisti norāda, ka prasība, lai praksē būtu neatliekamās palīdzības un, trīs vai vairāk ārstniecības vai diagnostikas kabinetu gadījumā, arī dzemdību komplekts, daudzos gadījumos ir pārspīlēta (sk. arī 4.4.3. sadaļu).

Daļa ārstu speciālistu nemaz nav informēti par izvirzītajām prasībām, jo praksei nepieciešamo aprīkojumu viņi īrē kopā ar kabinetu lielākā ārstniecības iestādē vai veselības centrā. Ārsti speciālisti norāda, ka īrēt prakses telpas ārpus lielākas ārstniecības iestādes ir sarežģīti izvirzīto higiēnas un ugunsdrošības prasību dēļ. Līdz ar to, atverot jaunu ārsta speciālista praksi, grūtības rodas tikai ar tāda veselības centra atrašanu, kuram ir brīvas, izīrējamas telpas.

Savukārt stacionāro pakalpojumu sniedzēji norāda, ka 20.01.2009. MK noteikumos Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" izvirzītās prasības dažāda tipa ārstniecības iestādēm vai to struktūrvienībām ir savstarpēji nesabalansētas – daļa prasību (noteiktām struktūrvienībām) ir izstrādātas detalizēti, savukārt citas ir ļoti vispārējas, līdz ar to administratīvais slogs, ko rada prasību izpilde dažādā lieluma iestādēs, ir atšķirīgs.

4.4.1. logs. Vispārējais prasību vērtējums

Tajos MK 60. noteikumos nekas kriminālsnav. Tas viss kopā maksā 200 latus, ne vairāk. Par atsevišķām prasībām ir grūti pateikt. Es nezinu, kāpēc man te būtu vajadzīgs dzemdību komplekts. Tur tas ir vajadzīgs nevis katrā telpā, bet pēc kabinetu skaita. Mēs pārgājām [uz jaunām telpām], un mums tam ir jābūt. Es varu un esmu arī pieņēmis dzemdības, bet tas tā… Pārējās ir it kā adekvātas prasības. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Prakses jau var būt ļoti dažādas. Jāskatās, kādus pakalpojumus sniedz – vai tur ir tikai konsultācijas, vai tas ir arī kā dienas stacionārs, vai ir kādas mini procedūras. No tā arī tās prasības pieaug. Konsultāciju kabinetu ierīkot nav sarežģīti. Nu, praksē ir jābūt arī neatliekamās palīdzības koferim, bet tāda neatliekamā palīdzība varbūt tev dzīvē būs vajadzīga vienu reizi tavā ambulatorajā pieņemšanā, bet, ja tev tas nebūs tai brīdī, tu būsi dziļi nelaimīgs. (ārsts speciālists, reģions, maksas)

Pašreiz (..) par vienu uzrakstītas piecas rindiņas, par vienu ir trīs lapas. Būtiskas lietas, kas teiksim būtu būtiskas, nepieciešamas operāciju blokā, tas vispār nav pieņemts. Tiek nociklēts, piemēram, uz dienas stacionāru. (stacionārs, Rīga)

4.4.2. Prasības telpām

Saistībā ar prasībām ārstniecības iestāžu telpām sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji akcentē divas problēmas. Pirmkārt, būvnormatīvu un prasību ārstniecības iestādēm savstarpējās saskaņotības trūkums, un, otrkārt, vides pieejamības nodrošināšanu.

<u>Problēma</u>: būvnormatīvu, darba aizsardzības prasību un prasību ārstniecības iestādēm savstarpējās saskaņotības trūkums.
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. Stacionāro pakalpojumu sniedzēji, kuri sastapušies ar šādām grūtībām, norāda, ka būtu lietderīgi izstrādāt būvnormatīvus tieši ārstniecības iestādēm, no otras puses, atzīstot, ka šādu normatīvu pieņemšana varētu radīt arī pārmērīgu administratīvo slogu. Kā iespējamo risinājumu stacionāro pakalpojumu sniedzēji saredz būvniecības vadlīniju izstrādi (piemēram, balstoties uz ārvalstu pieredzi), kuras kalpotu kā orientieris tām ārstniecības iestādēm, kuras kādas ēkas būvētu no jauna.

4.4.2.a. logs. Būvnormatīvu un prasību ārstniecības iestādēm savstarpējās saskaņošanas grūtību piemēri

Skaidrības daudzās lietās patiesībā nav. Ja mēs runājam tīri par telpām, tad kādas ir prasības tām pašām ventilācijām? Ir kopējās, ir dažas lietas, kas ir atrunātas par gaismu, bet arī tur uzreiz sākas – ir gaisma visā telpā, ja strādā uz kaut kādu konkrētu vietu – [prasību] *nav. Par to, cik tad luksiem ir jābūt uz operāciju galda? Ir par to, ka luksiem visā zālē ir jābūt vienādiem, kas ir* [neloģiski]. *Un tā visā sistēmā kopumā. Nav temperatūras – nu, labi, varbūt labi, bet nav, cik kvadrātmetru uz gultu vai uz cilvēku. (..) Tas ir viegli un grūti vienlaicīgi.* (stacionārs, Rīga)

Mēs vairāk vai mazāk visu laiku, kā teikt dancojam dēļ būvniecības, dēļ visādiem citiem noteikumiem, bet nevis tieši no medicīniskā viedokļa. Mēs vairāk vai mazāk piemērojam medicīnisko darbību valsts noteikto visu būvju normatīvām prasībām. Te nav saskaņojams ar to. Nu, tad vajag pateikt, ka medicīnas ēkai ir jābūt tā un tā. Griestiem trīs piecdesmit, logiem tādiem. Kaut kas mazliet ir, bet tas ir vairāk tieši saistīts ar ēku kā tādu, publisko ēku. (..) Vai operāciju zāle var būt tik maziņa, vai viņai tomēr ir jābūt lielākai. Saskaroties ar mūsu jaunajām būvniecībām, kur mēs esam uzbūvējuši jaunus korpusus, tad ar neapbruņotu aci skaidri redzams, cik daudz mēs esam telpas atdevuši koridoriem un ugunsdzēsības prasībām, un cik maz mēs esam atdevuši savām tiešajām darbībām. Kur ir mazas telpiņas, kurās pašreizējās pasaules līmeņa tehnoloģijas ir diezgan grūti ievietot. Toties koridori mums ir plaši. (..) Tā doma droši vien ir tāda, ka ***arhitekts, saskaitot tos kvadrātmetrus, kas viņam ir doti, vispirms ierēķina ugunsdzēsības koridoru un tad sadala pārējo.*** *(..)* [Noteikt precīzākus normatīvus ārstniecības iestāžu būvniecībai] *būtu tas vēlamais regulējuma rezultāts. Kāpēc tas nav, es pieļauju, ka tāpēc, ka reti kura slimnīca ir jauna, jo pateikt, ka simtgadīgās telpās vai nu kādās jebkādās sešdesmito vai septiņdesmito gadu telpās tagad var visu darīt tieši tā, kā vajag, nu tad iznāk, ka tā slimnīca ir jātaisa ciet. Droši vien tas ir kompromiss starp to, kas ir realizējams un to, kas nav realizējams,*

bet ne visās vietās viņš ir precīzs. (stacionārs, Rīga)

Nav tāda palātas standarta, teiksim, nav ne palāta standarta, ne pārsienamās telpas. Ne arī profila nodaļas standarts. Ir jābūt iestādē tam un tam. Nu, un viņš ir arī drusku novecojis, kas tur ir rakstīts un… (stacionārs, Rīga)

Pie jaunās slimnīcas celtniecības, mums ir tā problēma, ka nav valstī noteikti standarti, kādām jābūt attiecīgi kāda profila telpām, un tad mums ir jāņem kaut kāds adaptēts (..) standarts, piemēram, vai kaut kā tamlīdzīgi jāpielāgojas. (stacionārs, Rīga)

Mēs saskaramies ar to, ka šīs obligātās prasības tiek nemitīgi mainītas. *Mēs nemitīgi dabūjam to pielāgoties. Mēs rekonstrukciju veicām piecus gadus atpakaļ un iekārtojām atbilstoši obligātajām prasībām, bet paiet divi, trīs gadi un atkal kaut kas mainās, kaut kas ir jāpapildina un beigās izrādās, ka mums varbūt nav pat tehniski kāda telpa, kas tagad ir parādījusies, kuru vajag kaut kur ielikt. Tās prasības mainās ātrāk nekā ir spēja vispār pielāgoties tam līdzi.* (stacionārs, reģions)

<u>Problēma</u>: grūtības nodrošināt vides pieejamību.

Gan ārstu speciālistu praksēs, gan lielākās ārstniecības iestādēs grūtības rodas ar prasību izpildi attiecībā uz vides un sanitāro mezglu pieejamību personām ar funkcionāliem traucējumiem. Šīs prasības nosaka ne tikai 20.01.2009. MK noteikumos Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām", bet arī vispārējie būvnormatīvi. Stacionāro pakalpojumu sniedzēji norāda, ka vispārējo būvnormatīvu piemērošana dažreiz rada arī absurdas situācijas, kad tualetes, kuras pieejamas arī personām ar funkcionāliem traucējumiem, ir jāizvieto arī personāla ēkās, kur šādas personas pēc būtības nav sastopamas. Savukārt noteiktu jomu ārsti speciālisti norāda, ka viņu praksē pacientu ar funkcionāliem traucējumiem nav.

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 piepildās 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).

4.4.2.b. logs. Problēmu attiecībā uz vides pieejamības prasībām piemēri

Es saprotu, ka pieejamībai ir jābūt, bet tur kaut kā elastīgāk tas ir jādara. Es te liftu nevaru uzbūvēt naudas ziņā. Ja es uzlikšu uz trepēm tās divas sliedītes, kas tipa ir uzbraucamais, tur jau tāpat tas cilvēks netiks augšā. (..) Varbūt vajag drusku diferencēt. Par tādām lielām poliklīnikām vispār nebūtu vārda runas, bet tādām ārstu praksēm, kas ir šauri specializētas, es nezinu, vai tām vajadzētu to izvirzīt. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Pašas telpas nosacījums, ka viņām tur jābūt pirmā stāvā vai mājā ar liftu, gan tā teiksim tualetes, tā telpa, kur jābūt pieejama teiksim invalīdiem var iebraukt, piemēram, šeit tas nav tā iespējams. (..) Tas viss, tas ļoti specifiski, un tas visu sadārdzina, un, ja nav nu teiksim tā stabila klienta plūsma, to vienkārši nevar atļauties. Līdz ar to tas vien… tehniskais aprīkojums, man personīgi ir minimāls, ķirurgam ir savādāk ja, bet, ja bet tieši tas, kam ir jābūt – visam pirmās palīdzības inventāram un tā tālāk ja, nu vari… vienīgais variants ir tad veidot kopprāksi vēl ar citu specialitāšu ārstiem. Es tā redzu to iespēju, kad var pa visiem kopā to sapērk. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Tas, piemēram, ir absurds, ja atnāk no [Veselības] *inspekcijas pārbaude un pēkšņi vecā korpusā (..) slimnīcu var sodīt par to, ka mums nav uz otro stāvu lifti, mūsu tualetes durvis ir tik šauras, ka tur nevar iebraukt ar riteņkrēslu. Tam ir jābūt, par to mūs sodīs. Nu ir jābūt kaut kādai... nezinu vai nu pārejas posmam vai kaut kādiem izņēmumiem, vai nodrošinājuma prasībām kaut kādām...* (stacionārs, Rīga)

Vai man katrā stāvā bija jātaisa invalīda tualete poliklīnikā, tas ir diskutējams jautājums. Man šeit ir (..) [skaits] *invalīdu tualetes. Domāju, ka nevajag. Vienkārši ir jābūt norādei, kur tā ir, un viņai vajadzētu būt vienai, jo tās ir papildus izmaksas pie tā veselības budžeta, kāds tas ir. Tāda prasība ir, un mēs to izpildījām veiksmīgi, bet tas ir (..)* [par daudz]. *Varēja likt uz kaut kādiem kvadrātmetriem, lai nav tā, ka pa visiem Stradiņiem ir tikai viena invalīdu tualete.* (stacionārs, reģions)

4.4.3. Prasības materiāli tehniskajam nodrošinājumam

Līdzīgi kā telpu nodrošinājumā, atšķirīgs ir ārstu speciālistu un stacionāro pakalpojumu sniedzēju vērtējums par prasībām materiāli tehniskajam nodrošinājumam. Stacionāro un laboratorijas pakalpojumu sniedzēji vairumu materiāli tehniskajam nodrošinājumam izvirzītās prasības vērtē kā atbilstošas, savukārt vairums ārstu speciālistu uzskata, ka pirmās palīdzības un dzemdību komplekts viņu prakses darbā nav nepieciešams, līdz ar to aprīkojuma uzturēšana šīs prasības nodrošināšanai rada papildu slogu.

<u>Problēma</u>: neatliekamās medicīniskās palīdzības komplekts un dzemdību komplekts ārstu praksēs ir nepamatota prasība.
Vairums ārstu speciālistu norāda, ka savā praksē nav sastapušies ar tādu situāciju, kad viņiem būtu jālieto neatliekamās medicīniskās palīdzības vai dzemdību komplekts, tāpēc šo prasību uzskata par formālu. Ārsti norāda, ka atšķirībā no ģimenes ārstu praksēm, speciālistu prakses parasti ir novietotas lielāku veselības aprūpes iestāžu (ambulatoro iestāžu, veselības centru vai stacionāru) ietvaros, un, nepieciešamības gadījumā viņi vērstos pēc palīdzības pie atbilstošās jomas speciālistiem. Stacionāru pieredze liecina, ka prasība pēc atsevišķa neatliekamās medicīniskās palīdzības komplekta un dzemdību komplekta tiek izvirzīta arī tad, ja ambulatorā iestāde atrodas vienās telpās ar stacionāru, kur pacienta nogādāšana atbilstošā stacionāra nodaļā ir atbilstošāks risinājums. Papildus tam atsevišķi ārsti uzskata, ka vairums ārstu speciālistu nemācētu sniegt kvalificētu neatliekamo medicīnisko palīdzību, jo tam ir nepieciešama regulāra praktisko iemaņu uzturēšana.

Pamatojoties uz ārstu pieredzi, ieteicams normatīvajā regulējumā ietvert izņēmumus – noteikt situācijas, kad ārsta speciālista praksē neatliekamās medicīniskās palīdzības vai dzemdību komplekts nav nepieciešams. Otrs iespējamais risinājums būtu prakses vadītāja atbildības noteikšana par spēju sniegt kvalificētu neatliekamās medicīniskās palīdzības un dzemdību palīdzību – ārsta praksē jābūt pieejamai instrukcijai, kā tiek nodrošināta palīdzība, taču atbilstošā aprīkojuma iegāde ir brīva izvēle atkarībā no ārsta prakses specifikas.

4.4.3. logs. Neatliekamās medicīniskās palīdzības un dzemdību komplekta nepieciešamības vērtējums

Vispār ir jau mazliet pārspīlēti, jo mums prasa dzemdību komplektu, kas pēc laika paliek nesterils. Te jau nav jāpieņem dzemdības! Otrkārt, ja gadījumā viņas arī ir jāpieņem, tad tas komplekts man nav vajadzīgs, jo man ir sterilie materiāli un instrumenti. Man būs sterili dvielīši, ar ko bērnu saņemt, un nabassaiti nokniebt, pārgriezt un nosiet. Tas man viss ir, bet to tomēr prasa. Prasa arī mākslīgos elpināšanas aparātus, kas par laimi man te tā nav bijis, bet kādreiz ir bijuši tādi gadījumi un šoks, ka esam pūtuši no mutes mutē. Varbūt tas ir vajadzīgs, bet, piemēram, fiksācijas apkakles. Neviens jau te man neienāks un nenolauzīs kaklu, jo, ja viņš to būs nolauzis, tad tas jau būs bijis iepriekš. (ārsts speciālists, reģions)

Teiksim, prasības par to, lai man būtu intubācijas, mākslīgās elpināšanas sistēmas, dzemdību komplekts. Formāli, ja lasa šos noteikumus, man praksē jābūt arī defibrilatoram kardioreanimācijas pasākumu sniegšanai. Man liekas, ka šie punkti ir mazliet dīvaini. Protams, ir tik daudz specialitāšu, tik daudz jomu, kuras mēs varam skatīties, un katram ir sava sāpe, ***bet tad varbūt paredzēt nosacījumus, pēc kuriem ārstam savai praksei ir tiesības pamatoti rakstīt, kāpēc šīs obligātās prasības uz viņu varētu neattiekties****. Teiksim, ja pie manis nāk cilvēki ar dažādām muguras sāpēm, tad es stipri šaubos, vai savā dzīvē es varētu saskarties ar to, ka man vajadzēs taisīt kardio-defibrilāciju. Pat tanī gadījumā, ja es to defibrilatoru nopirkšu, man viņš stāvēs, un es viņam katru otro dienu noslaucīšu putekļus, un pēc 15 gadiem man tomēr vienam sāksies sirds fibrilācija, vai šādā gadījumā es pacientam ar šo rīku neizdarīšu vairāk kaitējuma?* (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Šis te, pirmais palīdzības zāļu komplekts, kas ir ģimenes ārstu lielajās praksēs, kur tam ir jābūt – tur ir visādi gadījumi. Protams, mums arī te var notikt, ka pacientiem paliek slikti, un ir jāsniedz pirmā palīdzība. Tas klāsts, kas ir nepieciešams un, lai viņu atjaunotu, tas atkal ir finansiāls ieguldījums. Reāli aptiekas neņem arī kaut kādas uz īpašajām receptēm zāles. Mums būtu izdevīgi, ja tas derīguma termiņš būtu pēc iespējas garš, bet viņš bieži vien ir kādu pusgadu. Ik pa pusgadam mums jātērē naudas līdzekļi un šīs zāles nav lētas! Vienkārši naudas izmešana vējā. (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, reģions, maksas)

Tur tomēr vēl palika kaut kādas speciālas prasības, kas ne tik aktuālas un vienkārši bišķiņ apgrūtinošas, man liekas. (..) Kuņģa skalojamā zonde, piemēram, ko es nedarīšu, es nemāku ar viņu skalot, jā, es nebāzīšu to zondi vienalga nevienam. Tad vēl nestuves vai kaut kāda tur prasība transportēšanas iespējām, un tas pats dzemdību komplekts, man liekas viņš palika tur joprojām tur karājoties.. un tādas tās.. un parējās, nu labi, spiediena mērāmais aparāts jau ir vajadzīgs, neatliekamās palīdzības aptieciņa vajadzīga. Nu pārējais tur tā kā nebūtu tik svarīgi. (ārsts speciālists, reģions)

Man ir privātprakse, man ir šis kardioreanimācijas komplekts, man ir visas trubas, kas jābāž kaklā, tad man kā privātpraksē strādājošam ārstam vajadzētu būt obligātā prasība: lūdzu, mīļais, katru gadu noteikta datumā tev ir jāiet jānokārto neatliekamās palīdzības eksāmens, nevis reizi piecos gados jāatsēž formālās neatliekamās palīdzības nodarbības, ko man prasa uz resertifikāciju, bet, lūdzu, te ir klase, te ir defibrilators, te ir intubācijas, tu ieej situācijā un tev uzreiz pasaka: „Ok, pacientam putas gāžas pa muti, krampji, elpošana saraustīta, pulss nav iztaustāms. Tava rīcība?" ***Tas ir automātisms cilvēkam, prasme rīkoties ekstremālā situācijā, un, ja tā prasme visu laiku tiek uzturēta, tad tas kļūst par refleksu, un ārsts arī adekvāti rīkosies.*** (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

<u>Problēma</u>: grūtības nodrošināt zobārstniecības kabinetus ar zobu rentgendiagnostikas aparātu reģionos.

Attiecībā uz zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu 20.01.2009. MK noteikumu Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" 35.3. punktā ir noteikts, ka kabinetā nepieciešams zobu rentgendiagnostikas aparāts, izņemot gadījumus, kad (a) zobārstniecības kabinets atrodas ārstniecības iestādē, kur iespējams saņemt zobu rentgendiagnostikas pakalpojumus, vai (b) zobārstniecības kabinets atrodas izglītības iestādē un ir paredzēts izglītības iestādes bērnu zobārstniecības aprūpei – profesionālai zobu higiēnai un vienkāršā kariesa ārstēšanai.

Šīs prasības rada grūtības sniegt zobārstniecības pakalpojumus Latvijas reģionos – lauku apvidos, kur ir mazs potenciālo klientu skaits un kur vairums klientiem ir zema maksātspēja. Rentgendiagnostikas iekārtas iegādes, uzturēšanas un pārbaudes atbilstoši normatīvajiem aktiem izmaksas būtiski paaugstina zobārstniecības pakalpojuma cenu, kuru potenciālie klienti nespēj segt. Tā kā zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji nevar nodrošināt zobu rentgendiagnostikas aparātu katrā mazā prakses vietā (piemēram, tādās, kas izvietotas pašvaldību izveidotajos feldšerpunktos), tad minētās prasības dēļ pakalpojums kādā apvidū vispār kļūst nepieejams. Lai mazinātu prasības radīto administratīvo slogu un paaugstinātu pakalpojuma pieejamību lauku apvidos, ieteicams papildināt 20.01.2009. MK noteikumu Nr. 60 35. punktā minēto izņēmuma gadījumus, nosakot, ka zobu rentgendiagnostikas aparāts nav nepieciešams tad, ja kabinets piedāvā tikai profesionālo zobu higiēnu un vienkāršā kariesa ārstēšanas pakalpojums.

Jāatzīmē, ka zobārstniecības pakalpojumu pieejamības lauku apvidos nodrošināšanai ir pieejami mobilā zobārstniecības kabineta pakalpojumi, tomēr aptaujāto pieredze 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.

4.4.4. Prasības informācijas izvietošanai ārstniecības iestādē

Informācijas izvietošanas prasības, kas izriet no ārstu prakšu vai ārstniecības iestāžu līguma ar NVD, daļa ārstu speciālistu vērtē kā pārspīlētas. Aptaujātie norāda, ka, ja prakse izvietota kādas lielākas ambulatorās iestādēs vai veselības aprūpes centra telpās, būtu pietiekami, ja informācija tiktu izvietota vienā vietā, citādi šobrīd veidojas situācija, ka pie katra ārsta speciālista prakses kabineta ir izvietota dublējoša informācija par to, kā sazvanīt neatliekamo medicīnisko palīdzību, kādus pakalpojumus sniedz speciālists u.tml. Katrs ārsts speciālists sagatavo, noformē un izvieto informāciju atbilstoši savai izpratnei, un tas rada situāciju, ka ārstniecības iestādes telpas var iegūt

estētiski nebaudāmu izskatu. Atsevišķi speciālisti norāda, ka šādu daudzu izkārtņu izvietošana ārstniecības iestādes vai prakses telpās var radīt higiēnas prasību izpildes apdraudējumu.

4.4.4. logs. Prasību informācijas izvietošanai ārstniecības iestādēs vērtējums

Visi vajadzīgie papīri ir sakarināti. Arī tas, ka pacientam ir jāzina, ka ir jāzvana ātrajai palīdzībai uz 113, jo viņi ir tik stulbi, ka viņi to nezinās, kā to izdarīt! Tās ir prasības! Pēc likuma kabinetam ir jābūt aplīmētam ar tādiem papīriem. Un pie katra ārsta. Visā poliklīnikā katrā kabinetā ir viena un tā pati informācija, pat vienā noformējumā, lai būtu smieklīgāk. (ārsts speciālists, Rīga)

Izpildītājam pieprasa publiski izlikt informāciju, ko nosaka NVD, izpildītāja sniegto veselības aprūpes pakalpojumu veidi, kurus dienests apmaksā – tie regulāri mainās, bet neviens pakalpojums netiek sniegts bez pacienta iemaksas, bet dažiem ir līdzmaksājums. Izraksts no normatīvā akta, kurā noteiktas no pacienta iemaksām atbrīvotās personu kategorijas – arī tās regulāri mainās. Informācija par neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izsaukšanas tālruņiem, dežūrārsta pieņemšanas vietas adresi un telefonu, ģimenes ārstu konsultatīvo informatīvo telefonu. ***Varbūt šādu informāciju NVD varētu izgatavot centralizēti uz skaisti noformētām afišām, nevis likt mums nokarināt visu uzgaidāmo telpu ar neskaitāmām lapiņām.*** (ārsts speciālists, reģions)

4.4.5. Higiēnai un atkritumu savākšanai izvirzītās prasības

Prasības, kas izvirzītas higiēnai, proti, 11.07.2006. MK noteikumi Nr. 574 „Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē", 01.06.1999. MK noteikumi Nr. 203 „Dezinfekcijas, dezinsekcijas un deratizācijas pasākumu veikšanas kārtība" un 06.07.2010. MK noteikumi Nr. 618 „Dezinfekcijas, dezinsekcijas un deratizācijas noteikumi", vairums sekundārās veselības aprūpes sniedzēji komentē visai reti. Atsevišķi pakalpojumu sniedzēji ir neapmierināti ar informācijas detalizācijas pakāpi, ar kādu jābūt aprakstītiem noteikumiem, un nepieciešamību izvietot visas instrukcijas ārstniecības personu darba vietās (pie izlietnēm, pie attiecīgajām iekārtām u.tml.), uzskatot to par nelietderīgu pasākumu tāpēc, ka darbinieki zina minētās instrukcijas no galvas (tās tiek apgūtas ārstniecības personas apmācību procesa gaitā).

Savukārt zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji atzīmē, ka to darbam izvirzītās higiēnas prasības praksē ievērot ir grūti, jo prasa ievērojamus finansiālos ieguldījumus atbilstošā materiāli tehniskā aprīkojuma iegādei (sk. piemērus 4.4.5. logā). Ņemot vērā, ka zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji ir informēti par izvirzīto higiēnas prasību nepieciešamību un ka to nodrošināšanai pielieto alternatīvas prakses, zobārstu informētības paaugstināšanas aktivitātes būs samērā neefektīvas pārkāpumu novēršanas profilaksē, jo nepieciešamie finansiālie ieguldījumi ir būtisks šķērslis pilnai higiēnas prasību nodrošināšanai. Tāpēc veselības aprūpes politikas veidotājiem ir jāizsver, vai iespējams ieviest zobārstniecībā higiēnas prasību gradāciju, piemēram, atkarībā no veiktās ārstniecības, kas ļauj vienlaikus garantētu pacienta aizsardzību un radītu zemākas prasību nodrošināšanas izmaksas.

4.4.5.a. logs. Zobārstniecības pakalpojumu sniedzējiem izvirzīto higiēnas prasību ievērošanas riski

Par uzgaļiem arī es varu pateikt, ka tas ir ļoti sarežģīti, tāpēc mēs apstrādājam. Mēs pēc katra pacienta apstrādājam uzgaļus. Tāpēc, ka mēs nevaram viņus daudz nopirkt. Viņi ir ļoti dārgi. (gadījuma izpēte, zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, reģions)

Nesen bija lekcija par sterilizāciju, par uzgaļiem, ka tos nepieciešams mainīt pēc katra pacienta. Tas ir nereāli, tāpēc ka katrs uzgalis maksā...pāris uzgaļu maksā aptuveni 3000, tāpēc ne katrs var sev atļauties. Šo uzgaļu apstrāde notiek ar dezinficējošiem līdzekļiem. Es nezinu, kur ir tāds kabinets, kur uz katru pacientu maina uzgaļus. (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, reģions)

Problēma: medicīnisko atkritumu šķirošanas prasību ievērošana.
Sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji norāda, ka medicīnisko atkritumu šķirošana šobrīd nav saskaņota ar tās pārstrādes praksi. Noteikumi prasa pārāk detalizētu atkritumu šķirošanu, savukārt utilizēti tie tiek visi kopā, kā rezultātā iepriekš veiktajai šķirošanai zūd jēga.

Problēma: ārstniecības iestādēs radušos atkritumu apsaimniekošanas prasību ievērošanas izmaksas.
Pētījuma īstenošanas gaitā tika pieņemti 22.05.2012. MK noteikumi Nr. 353 „Ārstniecības iestādēs radušos atkritumu apsaimniekošanas prasības", kas, stacionāro pakalpojumu sniedzēju vērtējumā, pārāk stingri regulē atkritumu apsaimniekošanu. Stacionāri norāda, ka izvirzīto prasību izpildīšanai būs jāiegulda papildu finanšu resursi, kas netiek ņemts vērā līgumā ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (finansēšanas jautājumus sk. sīkāk 8.3. nodaļā).

4.4.4.b. logs. Atkritumu šķirošanas un pārstrādes regulējuma vērtējums

Jā, miskastes katrā procedūru telpā. Tas attiecas uz atkritumiem, kur pilnīgi katram priekšmetam ir sava miskaste. Ja jūs ieietu procedūru telpā, tad jūs redzētu, ka visa siena ir noklāta ar miskastēm. Nezinu, kāpēc tas tā ir izdomāts [Veselības] *inspekcijā? Varētu būt kaut vai tie trīs – asiņainajiem, šļircēm un sistēmām,* ***jo tas jebkurā gadījumā apstrādē iet viss kopā.*** *Tagad ir tās septiņas miskastes, kur tik spēj sekot līdzi darbā, lai pareizi iemestu. Un pēkšņi ienāk Veselības inspekcija un atļaujas izgāzt ārā visu to miskasti procedūrā uz grīdas, un sākt skaitīt cimdus, skatīties, vai tur nav asiņainie tamponi iekšā, bet citreiz ir tādas ārkārtas situācijas, ka priecājies, ka vispār ir kur iemest.* (stacionārs, Rīga)

Tagad ir stājušies spēkā jaunie atkritumu apsaimniekošanas noteikumi, kas ne pa jokam sekos Eiropas regulām ***bez absolūtām izmaiņām naudās, finansējumā un tamlīdzīgās lietās****. Tagad būs jāstiepj katru mēnesi uz analīzēm mūsu pārstrādātie atkritumi, kas notiks sertificētās laboratorijās, kuras ir tikai dažas mūsu valstī, un cenas, protams, būs tādas, ka maz neliksies. Klāt nauda nebūs, bet noteikumi ir, kuriem pamatojums ir kaut kādas Eiropas regulas.* (stacionārs, reģions)

4.4.6. Darba aizsardzības prasības

Atsevišķi stacionāro pakalpojumu sniedzēji norāda, ka nepamatotu administratīvo slogu rada vispārējo darba aizsardzības (darba vides iekšējās uzraudzības) prasību izpilde, kuras nosaka 20.06.2001. Darba aizsardzības likums un 02.10.2007. MK noteikumi Nr. 660 „Darba vides iekšējās uzraudzības veikšanas kārtība". Noteikumi paredz detalizētu darba vides riska faktoru novērtējumu un to novēršanas plāna sagatavošanu, informējot par to iestādes darbiniekus. Saskaņā ar 02.10.2007. MK noteikumu Nr. 660 „Darba vides iekšējās uzraudzības veikšanas kārtība" 40. punktu darba vides iekšējās uzraudzības un atbilstības darba aizsardzības normatīvo aktu prasībām pārbaude veicama vismaz vienu reizi gadā. Turklāt darba aizsardzības jautājumiem saistošajos 10.08.2010. MK noteikumos Nr. 749 „Apmācības kārtība darba aizsardzības jautājumos" noteikts, ka darba aizsardzības speciālisti ar pamatlīmeņa izglītību darba aizsardzībā (alternatīva – augstākā līmeņa zināšanas (profesionālā augstākā izglītība), kuru apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās izglītības programmās) var veikt darba vides risku novērtēšanu uzņēmumos, kuros nav vairāk par pieciem nodarbinātajiem. Pārējos gadījumos (un tas pilnībā attiecas uz stacionāro pakalpojumu sniedzējiem) darba devējam būtu jāpiesaista kompetenta institūcija – ārējs pakalpojumu sniedzējs, kas rada ievērojamas papildu izmaksas.

Cita prasība, par kuras lietderību diskutē stacionāro pakalpojumu sniedzēji, ir personas medicīnisko grāmatiņu (tā saucamo „sanitāro grāmatiņu") nepieciešamība ārstniecības personālam (saskaņā ar 27.11.2001. MK noteikumiem Nr. 494 „Noteikumi par darbiem, kas saistīti ar iespējamu risku citu cilvēku veselībai un kuros nodarbinātās personas tiek pakļautas obligātajām veselības pārbaudēm"). Aptaujātie, kuri akcentējuši šo jautājumu, norāda, ka pārbaužu biežums, kas prasīts sanitārās grāmatiņas aizpildīšanai, nesasniedz noteikto mērķi – garantiju, ka ārstniecības personālam nav

saslimšanu, kuras var apdraudēt pacientu veselību, turklāt šīs pārbaudes pēc būtības dublējas ar pašas ārstniecības personas ikgadējo veselības pārbaudi (kurā nosaka, vai darbs nav radījis kaitējumu ārstniecības personas veselībai), tālab abu veidu pārbaudes būtu apvienojamas vienā normatīvajā regulējumā.

4.4.6. logs. Darba drošības prasību radītais administratīvais slogs un prasību pamatotības vērtējums

Vēl viena lieta, kas ir personālam, kas ir medicīniski nesaprotami, ir tās saucamās sanitārās grāmatiņas, nevis obligātās veselības pārbaudes, tas ir liels administratīvs slogs, un tur vienmēr var diskutēt par to, vai tiešām cilvēks ir jāpārbauda no visiem galiem tikai tāpēc, ka viņš ir darbspējīgā vecumā un var iet uz darbu. Tā ir viena tāda sadaļa, bet otra ir ***sanitārā grāmatiņa. Nezin kādēļ reizi gadā ir jāpārliecinās, ka cilvēkam nav tuberkuloze, kura viņam var būt tūlīt pēc nedēļas, un pēc tam līdz nākošam gadam viņš skaitās vesels un citiem nebīstams.*** *Tas patiesībā nedod neko, tā ir lieka darbība vairumā gadījumu, domāju, ka viņi ir formāli visi tie ieraksti, ko nāk un ar prieku pārbauda un liek uzrādīt. Tātad šobrīd es nevienu neapdraudu tāpēc, ka man pirms pusgada bija labas analīzes.* (stacionārs, Rīga)

Ir izstrādātas absolūti nesaprotamas prasības, piemēram, darba drošības jomā. Līdz tādiem kurioziem, ka, piemēram, novērtējot vides riskus, ir jāraksta, ka šeit ir kāpnes, ja kāpnēm labajā pusē ir lente, tad kāpjot augšā ir jāturas ar labo roku, bet kāpjot lejā – ar kreiso. Es mazliet pārspīlēju, bet tā ir. Māsiņām, kuras ir beigušās māsu skolu, ir jābūt aprakstiem, ka viņām, lūk, ir tāds instruments kā šļirce, kurai ir galā adata, kura ir asa, ka ejot pa gaiteni jums priekšā var atvērties durvis un tamlīdzīgi. Vai tad to cilvēks nezina? Tie, kas ir mācījušies, ir ar sertifikātiem, tiem viss ir bijis iekļauts mācību programmās. (stacionārs, reģions)

Tad par darba vides riska faktoru. Katram, katru gadu tāds papīriņš maksā no 45 līdz 60 latiem. (..) Darba inspekcija to prasa katru gadu. Es prasu darbā dakterim vai ginekologam, kas viņiem mainās. Tas, ka slidenas grīdas vai tad to paši nezina? (stacionārs, reģions)

4.4.7. Citas prasības saistībā ar materiāli tehnisko nodrošinājumu

Atsevišķi stacionāro pakalpojumu sniedzēji norāda, ka normatīvais regulējums prasa izstrādāt civilās aizsardzības plānu, katastrofu plānu, rīcības plānu ārkārtas gadījumā un pretterorisma gadījumā, ko nosaka atšķirīgi normatīvie akti (sk. 4.4.7. logu). Aptaujātie uzskata, ka šie dokumenti savā starpā pēc būtības dublējas, taču sakarā ar atšķirīgiem šiem dokumentiem piešķirtajiem slepenības līmeņiem tie nedrīkst būt ietverti vienā kopējā rīcības plānā. Dažādu rīcības plānu pastāvēšana rada risku, ka nepieciešamības gadījumā to izpilde var tikt veikta nepilnīgi.

4.4.7. logs. Iespējas īstenot civilās aizsardzības u.tml. prasības

Ir katastrofu glābšanas standarts, kur ir jābūt simts divdesmit pretmēra tērpiem, gumijas zābakiem, pret amonjaka lietus maskām, kuras mēs nespējam nodrošināt. (..) Tas ir kopējais katastrofu plāns, kuru mēs pašreiz izstrādājam, bet mums ir jānodefinē līmenis, cik tālu mēs spējam pasargāt. (stacionārs, Rīga)

Teiksim, kas man liekas, kas varētu būt sasaistīts, piemēram, šī te rīcība ārkārtas gadījumos. Ir civilās aizsardzības plāns, ko prasa viens likums, tad ir katastrofu plāns, tas ir otrs, tad trešais ir rīcība ārkārtas gadījumā un ceturtais mums parādījās, rīcība pretterorisma gadījumā. ***Četri par vienu un to pašu, bet viņiem jābūt katram atsevišķi, katram savs slepenības līmenis. Nu kaut kā to varētu kaut kādā vienā kopumā uztaisīt.*** *Kaut kādā veidā, lai to apvieno. Lai man nav jāiet uz septiņiem kantoriem viņu saskaņot, man pietiek, es zinu, aizeju uz vienu, viņi katrs savu sadaļu izdara un lai mums vienreiz slimnīcai svēts miers.* (stacionārs, Rīga)

4.4.8. 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 aptaujātajiem stacionāriem. Saistībā ar minimālo atalgojumu ir arī 29.06.2010. MK noteikumu Nr. 595 tiesiskais pamats – 18.12.2009. Valsts un pašvaldību institūciju amatpersonu un darbinieku

atlīdzības likums, kurā norādītas ārstniecības personu amatu saimes un to maksimālais atalgojums. Atsevišķi aptaujātie norāda, ka šie abi normatīvie akti nav sabalansēti savā starpā.

Problēma: medicīnas darbinieku atalgojums netiek pietiekami diferencēts.
Stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka 29.06.2010. MK noteikumos Nr. 595 noteiktie minimālie atalgojuma līmeņi ārstniecības personām nav pietiekami diferencēti – atšķirības starp dažādām profesiju grupām ir salīdzinoši niecīgas. Vienlaikus jāatzīmē, ka stacionāri atšķirīgi piemēro izstrādātos noteikumus – daļā reģionālo stacionāru ārstniecības personu atalgojums tiek noteikts minimālā attiecīgās profesijas atlīdzības līmenī, citos stacionāros atalgojuma līmenis tiek noteikts augstāks, un 29.06.2010. MK noteikumu Nr. 595 prasības tiek pieņemtas zināšanai.

Problēma: nav īsti skaidrs, kā piemērot praksē dažādās atalgojuma prasības.
Daļa stacionāro pakalpojumu sniedzēju nav izpratuši, kā pareizi piemērot 29.06.2010. MK noteikumus Nr. 595 praksē, tāpēc minētie noteikumi būtu jāprecizē, lai normu pielietojums kļūtu skaidrāks to lietotājiem.

Problēma: ārstniecības iestādes vadītājs nevar kontrolēt savu darbinieku nodarbināšanu citās ārstniecības iestādēs.
Stacionāro pakalpojumu sniedzēji norāda, ka saskaņā ar Ārstniecības likuma 53.[1] panta 3.daļu šobrīd ārstniecības personālu vienā darbavietā drīkst nodarbināt līdz 240 stundām mēnesī, taču šī prasība netiek piemērota summāri, ja darbinieks strādā vairākās iestādēs. Tas nozīmē, ka, strādājot vairākās darbavietās, ārstniecības personas darba slodze var pārsniegt noteiktās 240 stundas mēnesī. 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 personai strādājot vairākās veselības aprūpes iestādēs, var nopietni ciest sniegto pakalpojumu kvalitāte, kā arī paša darbinieka veselība (piemēram, radioloģijas speciālistiem, saņemot lielākas starojuma dozas).

4.4.8. logs. Atalgojuma un ārstniecības personu darba slodzes noteikumu vērtējums

Bet tajos pirmajos Ministru kabineta noteikumos, kuri bija tieši vērsti uz ārstniecības personām, tur pirmā grupa ir ārsti, pēdējā grupa māsu palīgi. Un tad tiek noteikta vidējā, nu vidējais atalgojums, un tai vidējai grupai, kas ir visi pārējie tur ir no argoterapeita ar augstāko izglītību, kas ir specializēts darbinieks, tur ir visi teiksim biomedicīniskie laboranti ar augstāko izglītību, kas vienkārši nav ārsti, bet viņiem ir cita veida augstākā izglītība līdz nesertificētai māsai tikko no skolas. Tas viss veido vidējo, zemāko izpeļņu, tie ir salikti vienā grupā darbinieki, kuri ne pēc izglītības, ne pēc funkcijām, ne pēc kā nav līdzīgi. Nav salīdzināmi. Un tad nav īsti saprotams, nu tad varēja vispār noteikt vidēju. (stacionārs, Rīga)

Problēmu šai ziņā nav, bet ir problēma ar stāžu. Agrāk bija par stāžu, tad uzrakstīja MK 595. noteikumus, ka stāžu ir jāielaiž algā. ***Mēs ielaidām algā stāžu, kad izdeva tos noteikumus, bet paiet tie 10 gadi, cilvēkam stāžs nāk klāt, un atkal vajadzētu ielaist to algā, bet par to nav ne vārda.*** *Mēs tad caur kolektīvo līgumu un arodbiedrībām to procentu paaugstinām. (..) Mēs domājam, ka Valsts kontrole teiks, ka viss ir nepareizi, jo tajā rīkojumā tas nav atrunāts. Ja tur būtu, ka ir jātaisa indeksācija atkarībā no stāža, tad nebūtu problēmu. Vai tad to ir grūti ierakstīt? Pret pašu sistēmu man pretenziju nav, bet pret tiem visiem piemaksu noteikumiem gan.* (stacionārs, reģions)

Faktiski ir tā, ka ir MK noteikumi, kur ir kategorijas un kur ir „no līdz". Tas ierobežojošas ir šis „līdz", jo, pirmkārt, tas ir uz valsts pasūtījumu uzlikti šie te līmeņi. Es domāju, ka neviena slimnīca nestrādā tikai uz valsts pasūtījumu, un ka ir arī maksas pakalpojumi un tāpat ambulatorais darbs. Tas atalgojums, kas ir iekļauts, pie šī ārstu deficīta, kur mēs dabūjam nemitīgi konkurēt ar citām ārstniecības iestādēm un piesaistīt kadrus, mums ne vienmēr izdodas piesaistīt kādu šajās robežās „līdz". Mūsu priekšlikums bija, ka kategorijas ir OK, bet ir jānosaka minimālā robeža. Maksimālā būtu tad, ja mēs varam izmenedžēt un maksāt vairāk, vai arī, ja mūs pašvaldība atbalsta, tad mēs likumīgi un juridiski to varam izdarīt un maksāt vairāk, nevis skatīties to caur piemaksām kaut kādā veidā, lai nodrošinātu atalgojumu. Tas ir nevajadzīgi un sarežģīti. Kategorijām ir jābūt jebkurā uzņēmumā, kas ir kā sava kārtība, kā tu pieaudzē to par nostrādātajiem gadiem utt.. Mums arī ir tāda iekšēja sistēma, kur mēs diferencējam. Nav tā, ka visi strādā par vienu algu neatkarīgi no kompetences līmeņa. Tagad, kad ir šī augšējā robeža, iznāk, ka šī robeža ir galvenajam ārstam un

galvenā ārsta vietniekam un neviens ārsts nevar pārlēkt tam pāri, lai gan situācijas ir dažādas. Tas ir traucējoši. Vēl ārstniecības personas var strādāt 240 stundas mēnesī, bet tas ir pozitīvi. (stacionārs, reģions)

Alga ir zema visos līmeņos. Algas ir ne tikai zemas, bet ar nelielu starpību starp līmeņiem. Dažreiz starpība starp ārsta algu un feldšera algu ir tikai kādi 100 lati. (stacionārs, reģions)

Valstī ir noteikta minimālā alga. Zem minimālās algas nedrīkstētu palīst nevienā pozīcijā, nekur, nevienam. Tam ir tomēr stiprāks likumisks pamats nekā šiem te deklaratīvajiem noteikumiem, kuri reāli nav ietverti vispār pakalpojumu cenas aprēķinā. Jo, ja kāds man mēģina iestāstīt, ka viņi ir šajā aprēķinā iekļauti, tad es uzreiz varu nooponēt, momentāni pateikt to, ka mums vispār nav nekur noteikts, cik ārstam slimniekus ārstēt dienā. Kā jūs varat noteikt algu, ja jums nav noteikts slimnieku skaits stacionārā terapeitam, ķirurgam, cik ir jābūt vidēji, cik vajadzētu vidēji, apmēram kāds aprēķins tur ir iekšā? Tad jau mēs varam vienam likt piecus slimniekus ārstēt dienā un maksāt tur 500 latus kaut kādus tos noteiktos uz papīra, cik ārstiem ir paredzēts, citā vietā likt 35 slimniekus viņam par to pašu naudu ārstēt. (stacionārs, Rīga)

4.5. Ieteikumi par ārstniecības iestāžu darbības tehniskā nodrošinājuma prasībām un to izpildes nosacījumiem

- 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 – noslēgt savstarpējo vienošanos (izstrādāt iekšēju normatīvo aktu) par noteikta medicīniskā aprīkojuma kopīgu izmantošanu vai nodrošināt šo aprīkojumu katrā ārsta praksē.
- Precizēt normatīvajā regulējumā noteiktās prasības feldšerpunktu tehniskajam aprīkojumam, nosakot, ka feldšerpunktā ir jābūt tām medicīniskajām ierīcēm, kuru izmantošana atbilst ārsta palīgu kvalifikācijai un viņam atļautajām manipulācijām. Turklāt ieteicams 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 veselības aprūpes pakalpojumi.
- Pamatojoties uz ārstu pieredzi, ieteicams normatīvajā regulējumā ietvert izņēmumus – noteikt situācijas, kad ārsta speciālista praksē neatliekamās medicīniskās palīdzības komplekts nav nepieciešams. Otrs iespējamais risinājums ir prakses vadītāja atbildības noteikšana par spēju sniegt kvalificētu neatliekamo medicīnisko 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 diferencēt (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 paaugstinātu zobārstniecības pakalpojuma pieejamību lauku apvidos, ieteicams papildināt 20.01.2009. MK noteikumu Nr. 60 35. punktā minētos izņēmuma gadījumus, nosakot, ka zobu rentgendiagnostikas aparāts nav nepieciešams tad, ja kabinets piedāvā tikai profesionālo zobu higiēnu un vienkāršā kariesa ārstēšanas pakalpojums.
- 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 laika 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.
- Lai risinātu ģimenes ārstu aizvietošanas problēmas (aizvietotāja atrašanu un viņa darba apmaksu), ieteicams, pirmkārt, 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. Otrkārt, 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 jārīkojas 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. Otrs 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.
- Kā iespējamais risinājums feldšerpunktu darbības finansēšanas kārtības problēmu risināšanai ir izvērtēt iespēju ieviest vienu no diviem iespējamajiem risinājumiem. 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.

- 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.

5. PRASĪBAS MEDICĪNISKAJĀM IERĪCĒM

5.1. Tiesiskais regulējums

Medicīnisko ierīču tehniskās uzraudzības kārtību, kuru jāievēro ārstniecības pakalpojumu sniedzējiem, Latvijā regulē šādi normatīvie akti:

- 12.06.1997. likums „Ārstniecības likums”;
- 08.08.1996. likums „Par atbilstības novērtēšanu”;
- 27.02.1997. likums „Par mērījumu vienotību”;
- 07.11.2000. likums „Par radiācijas drošību un kodoldrošību”;
- 02.08.2005. MK noteikumi Nr. 581 „Medicīnisko ierīču reģistrācijas, atbilstības novērtēšanas, izplatīšanas, ekspluatācijas un tehniskās uzraudzības kārtība”;
- 09.01.2007. MK noteikumi Nr.40 „Noteikumi par valsts metroloģiskajai kontrolei pakļauto mērīšanas līdzekļu sarakstu”;
- 25.08.2008. MK noteikumi Nr.693 „Noteikumi par mērīšanas līdzekļu kalibrēšanu”;
- 20.09.2011. MK noteikumi Nr.723 „Darbību ar jonizējošā starojuma avotiem licencēšanas kārtība”.

Ārstniecības likuma 1. panta 21. punktā sniegta medicīnisko ierīču definīcija, ar tām saprotot jebkurus instrumentus, aparātus, iekārtas, materiālus vai citus priekšmetus, kurus lieto atsevišķi vai kopā ar kādām citām ierīcēm, ieskaitot programmatūru, kas vajadzīga, lai personas varētu izmantot ierīces, kā to paredzējis ražotājs, lai diagnosticētu, novērstu, novērotu, ārstētu vai atvieglotu slimības, diagnosticētu, novērotu, ārstētu, atvieglotu vai kompensētu traumas vai fiziskus trūkumus, pētītu, aizstātu vai pārveidotu personas organisma uzbūvi vai fizioloģiskos procesus, kontrolētu dzimstību, un ar kuriem paredzēto iedarbību uz personām nepanāk ar farmakoloģiskiem, imunoloģiskiem un metaboliskiem līdzekļiem, bet tām šādi līdzekļi var palīdzēt (priekšmeti, kuri nav medicīniskas ierīces, bet kurus ražotājs īpaši paredzējis lietošanai kopā ar kādu medicīnisko ierīci, nodrošinot to, ka šo ierīci lieto atbilstoši ierīces ražotāja paredzētajam mērķim, arī ir uzskatāmi par 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 07.11.2000. 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.

5.2. Medicīnisko ierīču tehniskās uzraudzības kārtības radītā administratīvā sloga vērtējums

Medicīnisko ierīču reģistrācijas, atbilstības novērtēšanas, izplatīšanas, ekspluatācijas un tehniskās uzraudzības kārtības vērtējumu sniedza visas pētījumā aptaujātās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju grupas. Aptaujātie ģimenes ārsti, ārstu palīgi (feldšeri), ārsti speciālisti un zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji vērtēja īstenoto tehnisko uzraudzību no savas ikdienas darba pieredzes, savukārt stacionāro pakalpojumu sniedzēju grupā viedokli izteica ne tikai iestādes administrācija, bet konkrētu priekšlikumu un detalizētākam uzraudzības lietderīguma vērtējumam tika pieaicināti iestādē nodarbinātie medicīnisko ierīču inženieri.

Atbilstoši iegūtās informācijas raksturam nodaļa ir sadalīta vairākās daļās. Pirmkārt, nodaļas iesākumā ir apkopots medicīnisko ierīču tehniskās uzraudzības prasību vispārējs vērtējums – uzraudzības praktiskās īstenošanas kopējais raksturojums no ārstniecības pakalpojumu sniedzēju perspektīvas un argumenti, kāpēc un kā būtu jāmaina tehniskās uzraudzības noteikumi. Otrkārt, atsevišķi ir apkopoti komentāri par noteiktu iekārtu tehniskās uzraudzības prasībām, un, treškārt, jonizējošā starojuma iekārtu uzraudzības prasību vērtējumu aplūkojot atsevišķi. Ceturtkārt, salīdzinot ārstniecības pakalpojumu sniedzēju perspektīvu un Zāļu valsts aģentūras (ZVA) datus, ir izvērtēts medicīnisko ierīču reģistrācijas Latvijas medicīnisko ierīču datu bāzē (LATMED) radītais administratīvais slogs.

5.2.1. Medicīnisko ierīču tehniskās uzraudzības prasību vispārējs vērtējums

Stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka 02.08.2005. MK noteikumi Nr. 581 „Medicīnisko ierīču reģistrācijas, atbilstības novērtēšanas, izplatīšanas, ekspluatācijas un tehniskās uzraudzības kārtība" šobrīd ir uzskatāmi par morāli 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 mainījusies – izņemot rehabilitāciju, kur saglabājušās padomju laikā ražotās ierīces, 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.

<u>Problēma</u>: dārgas, biežas un apjomīgas medicīnisko ierīču obligātās pārbaudes, nesamērīgi lieli maksājumi par to formālo uzraudzību.
<u>Problēma</u>: ierīču elektrodrošības pārbaudes ir liekas, ja ierīcei ir CE marķējums.
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 stacionāro pakalpojumu sniedzēji ir saskārušies ar trešās puses grūtībām nokomplektēt kompetentu personālu), 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 pārbaužu veikšanu, ierīču funkcionalitātes pārbaudi praktiski neveicot (sk. piemērus 5.2.1. logā). Stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzsver, ka tieši funkcionalitātes pārbaudes veikšana ir būtiskāka par elektrodrošības pārbaudēm (atsevišķi aptaujātie izteica vēlēšanos uzzināt, vai kādā no pārbaudēm ir konstatēts, ka medicīniskā ierīce ir elektronedroša, it sevišķi ņemot vērā CE marķējumu). 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 gan medicīnisko ierīču tehniskā uzraudzība šobrīd, kā uzskata veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, ir formāla, tās veikšana ir dārga. Ģimenes ārsti un ārsti speciālisti norāda, ka medicīnisko ierīču tehniskās uzraudzības izmaksas ir aptuveni 60 – 70 lati gadā, visaugstākās izmaksas ir universitāšu klīniskajām slimnīcām – no 20 000 līdz 30 000 latu gadā. Aptaujātie uzskata, ka viens no pārbaužu dārdzības iemesliem ir šaurais ārējās tehniskās uzraudzības pakalpojumu sniedzēju tirgus – konkurences trūkums, gandrīz monopola stāvoklis, kas ļauj noteikt augstu maksu par pakalpojumu (piemēram, pēc stacionāro pakalpojumu sniedzēju teiktā, radiācijas drošības jomā ārējo novērtējumu spēj veikt tikai viens vai divi uzņēmumi).

Ņemot vērā, ka jaunākās paaudzes medicīnisko ierīču tehnisko uzraudzību apkalpošanas līguma ietvaros veic tā piegādātājs (ražotājs), stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka trešo pušu īstenotā uzraudzība ir izsmēlusi savu funkciju. Tā kā Eiropas Savienības (ES) ietvaros pieaug tendence pastiprināt ražotāja atbildību, tad ieteicams grozīt 02.08.2005. MK noteikumus Nr. 581 tādā veidā, ka (a) atbildību par uzraudzības veikšanu nodod ārstniecības iestādes vadībai (sadarbībā ar ražotāju/ tā pārstāvji, kas piegādājis ierīci) un (b) ārstniecības iestādes vadītājs nosaka tehniskā uzraudzības biežumu, ņemot vērā noslēgtos apkalpošanas līgumus, medicīniskās ierīces drošības grupu u.tml. Ārējās pārbaudes būtu nepieciešams veikt tikai tādām ierīcēm, kuru izplatītājs apkalpošanu nenodrošina. Papildus tam stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka ir jāatceļ medicīnisko ierīču ikgadējā elektrodrošības pārbaude, to pārbaudes biežums ir jānosaka valdītājam un to var veikt ārstniecības iestādes elektriķis ar pietiekošu kompetenci.

Jāatzīmē, ka šiem ieteikumiem varētu būt atšķirīga ietekme uz administratīvā sloga samazinājumu dažādām ārstniecības personām. Ņemot vērā ģimenes ārstu un ārstu speciālistu kompetences līmeni, atbildības deleģēšana ārstniecības iestādes vadītājam varētu paaugstināt administratīvo slogu, jo šādi grozījumi prasa riska faktoru izvērtēšanu. No ārstu prakšu viedokļa, lietderīgāk būtu noteikti lielākus medicīnisko ierīču pārbaužu derīguma termiņus (retāku pārbaužu veikšanu) un samazināt ierīču vai mērinstrumentu sarakstu, kuriem ir jāveic tehniskā uzraudzība. Savukārt stacionāro pakalpojumu sniedzējiem iepriekš minēto ieteikumu īstenošana ļautu samazināt administratīvo slogu, jo šobrīd katrā stacionārā ir dienests, kas atbild par medicīnisko ierīču uzraudzību, remontu u.tml.

5.2.1. logs. Medicīnisko ierīču pārbaužu prakse – ārstniecības iestāžu pieredze

Tās pārbaudes ir bezjēdzīgas! Tas ir vienkārši naudas kāšanas mehānisms. Mediķiem vienkārši noņem naudu, jo tāda ir kārtība, jo kādam to vajag, bet labuma no tā visa nav nekāda. Mediķi jau ir apmācīti un redz, vai tā aparatūra ir kārtībā, ko konstatē pirms procedūras. Ja nē, tad dod uz remontu, bet ko var pārbaudīt cilvēks, kas atbrauc vienreiz gadā? Viņi uzlīmē arī uz lampām un sterilizatoram uzlīmes, bet tur iekšā ir indikatori, kas maina krāsu. Vēl mums liek taisīt bioloģiskās proves, kas atkal maksā naudu. Tas ir liels mehānisms uztaisīts, lai no mums nokāstu naudu. Tā bioloģiskā pārbaude ir dubulta jau, jo mums iet uzlīmes visu laiku, ar kurām kontrolējam katru sterilizācijas procesu, bet vienreiz kvartālā mums ir jānes uz bioloģisko provi, lai laboratorijā pārbaudītu vēlreiz, vai aparatūrā viss ir kā vajag. Tātad dubultojas. Un tad nāk trešie, kas uzlīmē uzlīmi, kad ir tehniski pārbaudīts. Vakuumsūknis, piemēram, ir datorizēts. Viņš uzreiz dod signālu, ka nedarbojas. Mēs sazvanām meistaru, kurš atbrauc un nokārto to lietu, bet tas (..) [ārējais pārbaudes veicējs] *atnāk un aiziet, ja aparāts tai brīdī strādā, bet nauda par to mums ir jāmaksā. Tā ir pilnīgi lieka iestāde. Kalibrēšana ir vēl lielāks murgs.* (ārsts speciālists, reģions)

Nu, viņa varbūt ir nedaudz formāla. Tur brauc cilvēks, skatās un uzliek savu termiņu, līdz kuram mēs to aparātu varam lietot. Mums jau nāk tie aprūpētāji no tās pašas iekārtas puses – no dīleriem, no kuriem mēs pērkam. Tas aparāts jau tiek regulāri uzraudzīts. Mēs jau pašas esam motivētas to regulāri apkopt, jo tad viņš mums attiecīgi arī kalpos. Tās tomēr ir lielas investīcijas, un tāpēc mēs pašas par to rūpējamies. Jā, tā pulkstentiņu sazīmēšana uz aparāta liekas tā drusku formāli. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Man administratīvi prasa, lai man būtu paraksti un zīmogi salikti papīros par to, ka aparatūra ir pārbaudīta. Tad, kad es pieeju tā saucamajam pārbaudītājam, paprasu par to (..) aparātu: „Vai Tu vari man parādīt kaut kādu verificētu instrumentu, ka tu tiešām pārbaudi, kas no turienes nāk laukā?" Jā, viņš pārbauda par to, ka aparātam ir zemējums, īsāk sakot, ka nedabūs pa nagiem. (..) Tanī pat laikā, lai es pārliecinātos par to, cik stipra strāva nāk laukā, vai patiešām to, ko man raksta ražotājs, patiešām pacients saņem… Man jātic tam, ko rāda aparāts, un, ja aparātā viss

rādās pareizi, man nav nekādu kontrolējošo iestāžu vai servisa kompānijām – viņiem iespējas pārbaudīt ir ļoti minimālas. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Tur tas ir tik formāla lieta, bet tas dārgi maksā. Tur to vajag. Un es dzirdu no tām firmām, tas pats (..) teica, viņi meklē cilvēkus, kas kaut ko saprastu par attiecīgo aparatūru pa visu Rīgu. Vai tad tas nav smieklīgi? (stacionārs, reģions)

Ja viņš nokonstatē, ka aparāts ir derīgs, uzliek to uzlīmi. Teiksim pēc nedēļas tas aparāts ir beigts un pagalam. Viņš neatbild ne pa ko. Bet man taču tā uzlīme ir. Es jau it kā formāli ar to aparātu drīkstu strādāt. Vai ne? Uzlīme man ir uz to gadu. (stacionārs, reģions)

Ir bijuši gadījumi, kad tie pārbaudītāji vienkārši atnāk un salīmē uzlīmes un neviens nav redzējis, ka viņi reāli pieiet klāt iekārtai un kaut jel kā mēģinātu fiziski pārliecināties par viņas veiktspēju ne tikai, ka mērītu viņi. *(..) Ja ievēro šo principu un ņem akreditētu laboratoriju, tad viņi tā kā mazliet uztraucās par savu akreditācijas apliecību un viņi šādas lietas nedara. Tas ir atkarīgs no tā kā iestāde konkursē vai kādu pakalpojumu viņa pieprasa. Ja viņa balstās uz to, lai viņš būtu maksimāli lēts un viņi nerespektē to vajadzību ņemt akreditētu laboratoriju, tad, protams, ka brīnumi ir visādi.* (stacionārs, Rīga)

Es saprotu, ka staru diagnostikā un tāda, kas var ārkārtīgi lielu teiksim nodarīt kaitējumu cilvēka veselībai, ka tur varbūt ir tam pamatojums, šiem ārkārtīgi stingrajiem noteikumiem, un tos noteikti arī dažādas Eiropas regulas regulē, bet tādiem nu pa visam vienkāršiem aparātiem svariem un tādiem, es nezinu reizēm man liekas, ka zināms formālisms ir tajā visā. (stacionārs, Rīga)

Tās pašas [ierīces] *mums joprojām reizi gadā vajag pārbaudīt uz elektrodrošību, kalibrēt, verificēt… Un pat jaunas iekārtas, kas tikko kā ir nopirktas! Un mēs par to izdodam tūkstošus! Mums ir ļoti daudz iekārtas, bet te atbrauc viens, kas uzlīmē tās savas uzlīmītes un nāk Veselības inspekcija, kas saka, ka esam malači, ka visu esam izdarījuši! Uzlīmīte ir, tātad pārbaudīts. Par to mēs un Slimnīcu biedrība arī esam rosinājuši, lai to mainītu, lai tas būtu reizi trīs līdz piecos gados, un, ja tā ir jauna iekārta, kurai ir garantijas periods, tad tai vispār nevajadzētu būt iekļautai, bet* ***tas tirgus ir ļoti aizsargāts, jo Latvijā ir divas vai trīs kompānijas, kas šo verificēšanu var veikt, kurām, protams, ir visas tiesības nākt ar tādām cenām, jo mums jau nav kur likties.*** (stacionārs, reģions)

Man iznāk dubultā jāsamaksā par šo metroloģiju. (..) Īstenībā piegādātājs, kurš ir autorizēts pārstāvis, pārliecinoši nodrošina, ka šī iekārta atbilst ekspluatācijas noteikumiem. Kāpēc man būtu vēl vajadzīgas šīs te metroloģijas pārbaudes, ja man ir servisa līgums un man ir autorizēti pārstāvji, kurš izgājis visas pārbaudes pie ražotāja, viņš ir tiesīgs veikt šīs visas ekspluatācijas drošības noteikumiem atbilstošas rīcības, kāpēc tam man vēl vajadzīgas šīs pārbaudes? (stacionārs, Rīga)

<u>Problēma</u>: elektrodrošības pārbaudes ārstniecības iestādēs tiek veiktas pārāk bieži.
Saistībā ar medicīnisko ierīču tehniskajām pārbaudēm veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji norāda, ka nepamatoti biežas ir iezemējuma pārbaudes – tās ir jāveic arī tajos gadījumos, ja izmaiņas elektrības instalācijā attiecīgajā laika posmā nav veiktas.

5.2.2. Dažādu medicīnisko ierīču un mērīšanas līdzekļu veidu pārbaužu lietderīguma vērtējums

<u>Problēma</u>: mērīšanas līdzekļu pārbaudes ir formālas un dārgas.
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. Īpaši asi iebildumi pret šo prasību izskanēja no ārsta palīgiem un pašvaldībām, kurām ir pieejams ļoti ierobežots finansējums feldšerpunktu darbības nodrošinājumam, un tāpēc pēc būtības nepamatota pieaugušo svaru vai auguma mērītāja transportēšana un pārbaudīšana tiek uzskatīta par nelietderīgu finanšu līdzekļu izmantošanu. Sašutumu un neapmierinātību ārsta palīgi un ģimenes ārsti pauda arī par to, kā tiek veiktas svaru pārbaudes. Proti, daudzkārt pašas pārbaudes netiek veiktas, tiek tikai atjaunotas instrumenta lietošanas derīguma uzlīmes, vai arī pārbaudes tiek veiktas paviršī un formāli (sk. 5.2.2.a. logu).

5.2.2.a. logs. Mērierīču pārbaudes prakse feldšerpunktos un ģimenes ārstu praksēs

Es nevienu reizi neesmu redzējis, kā īsti notiek zinātniski pamatota ierīču pārbaude. Atnāk vīrietis, uzkāpj uz svariem, paskatās, ka uz šiem arī viņš sver 80 kg, un uzliek uzlīmi. Svarus parasti jau nekalibrē, cik zinu. Varbūt tikai mehāniskos, bet elektroniskos nē. Katru gadu tu maksā par to spiediena mērītāju. Ja viņš ir beigts, es pats to izmetīšu laukā. Es pats tajā esmu ieinteresēts, bet katru gadu maksāt 5 latus par to, lai man pateiktu, ka tas ir vecs… Un, ja man ir trīs, tad par trim jāmaksā. (ĢĀ, Rīga)

Elektriskie bērnu svari ir precīzi – grams gramā nosver, bet par pieaugušo svariem es viņam teicu, ka viņi tiešām neprecīzi rāda, bet viņš atbildēja, ka neko tur nevarot izdarīt un uzlīmēja uzlīmi un viss. Priekš kam tad to vajag? Es saprastu, ja viņš to izremontētu un tad uzlīmētu uzlīmi, bet kāda jēga no tā papīrīša par slēdzienu. (NVD finansēts FP)

(..) viņš uzkāpj, tas pārbaudītājs, uz tiem svariem, nu it kā divi pa maz. Labi. Uzkāpj nākošais. Nē, pareizi. Es stāvu un brīnos, ja jau man šitā tos svarus pārbauda, tad par ko man tā nauda jāmaksā? Jāmaksā 12 lati. Tad jau tur pieregulēja un ko tur, bet, ja varbūt es tur tā nebūtu skatījusies... bet par ko man tie 12 lati? (pašvaldības finansēts FP)

<u>Problēma</u>: neizpratne par autoklāva sterilitātes pārbaudes nepieciešamību un to veikšanas biežuma noteikumu ievērošana.

Līdzīgi kā daudzu citu medicīnisko ierīču un mērīšanas līdzekļu pārbaužu 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 ir (a) izvērtēt iespēju diferencēt autoklāva bioloģiskās testēšanas biežumu atkarībā no tā noslodzes vai (b) kopumā pārskatīt bioloģiskās testēšanas biežumu, sabalansējot to ar VI kontroļu veikšanas praksi.

5.2.2.b. logs. Dažādu ierīču veidu bioloģisko un metroloģisko pārbaužu lietderības vērtējums

Tiem pašiem autoklāviem, piemēram, ir jāveic bioloģiskā testēšana. Tad tur arī pēc likuma laikam ir noteikts reizi ceturksnī. Veselības inspekcija pieļauj reizi pusgadā. Tas arī varētu būt, ja tas autoklāvs ir, kā saka, moderns, un kas viņā būtu tāds, ka būtu jākontrolē? (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, reģions, maksas)

Tas ir vajadzīgs, bet nevajag aiziet absurdā. Absurds ir 5 lati par vienas mērlentas pārbaudi. Pārbaudītājs atnāk ar savu mērlenti, izmēra, ka tur ir metrs, un 5 lati reizi divos gados! Svara bumba, kur uzrakstīts 5 kg. Viņš atnāk ar savu svara bumbu – un jā, ir 5 kg. 10 lati! (..) Tas ir absurds! Termometrs – pārbauda, strādā, rāda pareizi – 5 lati reizi divos gados. Pārbaude ir 5 lati, bet jauns termometrs – 3,20 Ls, kas jau nāk ar divu gadu garantiju! Un ir aizdomājušies tik tālu, ka tie divi gadi nevar būt! Tu nopērc jaunu, bet atkal ir jāpārbauda, jo nevar pielaist! (stacionārs, reģions)

Tās pārbaudes varbūt ir muļķīgas. Arī svari. Skatoties, ko tu sver – ja zīdainīti, tad tur 10-20 grami ir ļoti būtiski, vai viņš ir pieņēmies svarā, bet, grūtnieci sverot, nezinu, vai ir jāverificē svari. (ārsts speciālists, reģions)

Teiksim, sāksim ar svariem. Tie arī vienreiz ir jāved uz metroloģisko centru. Lielos svarus es nevaru aizvest, es nopirku mazos. Tos es aizvedu un nosertificēju. Atnāk kontrole – man stāv mazie un lielie svari, tiem nav sertifikāta. Bet es saku, ka es taču varu tos tāpat turēt. Nē, jāvāc laukā. Tiem nav sertifikāta, un tiem te nav jāstāv. Tā es arī izdarīju, kad brauca nākamā kontrole. Bet pēc tam es tos paņēmu atpakaļ, jo abi svari rāda pilnīgi vienādi un smagos cilvēkus es uz tiem mazajiem nevaru nosvērt – salauzīs. Tur ir tāds birokrātisms. Kardiogrāfiem tie sertifikāti ir vajadzīgi. Varbūt problēma ir tajā, ka man ar visu jābrauc uz Rīgu. Ir speciālisti, ko mēs pasaucam. Ar vienu mums ir sadarbība, kas atbrauc un nosertificē uz vietas. Bet ar svariem es braucu katru gadu uz Rīgu un maksāju par to. Tie svari ir zelta vērti. Samaksāju par tiem varbūt kādus 30 latus, bet katru gadu ir resertifikācija, kas maksā 33-34 latus. Plus vēl ceļš. Daži kolēģi svarus veikalā par 7 latiem nopirka, bet resertifikācija 34 latus maksā. Tas ir pilnīgi nevajadzīgi. (ĢĀ, reģions)

Labi, svarus pārbaudīt uz precizitāti būtu loģiski, bet lampai līmēt to meteoroloģisko uzlīmīti ir jocīgi manā skatījumā. Varbūt tam ir kāds izskaidrojums, kāpēc arī lampa būtu jāpārbauda – cik viņa spilgti spīd? Varbūt tas ir aktuāli operāciju blokā zālē, bet ne jau pie ginekoloģiskā krēsla. Galu galā, ja ārsts redz, ka lampa sāk spīdēt sliktāk un neredz, tad jau viņš nomainīs spuldzīti. (ārsts speciālists, reģions, maksas)

Es nezinu, laikam spiediena mērāmos noteikti jākalibrē, lineālus, alkometru laikam arī vajag, citādi viņš man nestrādātu pareizi, nebūtu precīzi tie rādītāji. Nu kam likums izdomāts, droši vien, ka vajag, nezinu. Kā kalibrēt stikla

traukus, tik es nesapratu. Tur rakstīts, ka tos arī jākalibrē. Ir tādi stikla dozējamie trauki, ar nodalījumiem, kaut kāda tur arī kontrole kalibrācijai, es tik nesaprotu, ko man kā tur darīt. Kas ar viņiem var notikt? Varbūt nobružāties tie iedalījumi, vai kas tur, vai metrus, ka vajag tur metrus kalibrēt, ka viņš var mainīties – tādas dīvainas lietas. (ārsts speciālists, reģions)

Izvērtējot metroloģisko pārbaužu normatīvo bāzi, ārstniecības pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka būtu ieteicams izveidot atsevišķus, ārstniecības iestādēs lietoto mērīšanas līdzekļu metroloģisko pārbaužu 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 svariem (līdz 10 kg), hematoloģijā un ķīmijterapijā izmantotie svari, 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 svaru, mērlenšu u.tml. plaši izplatītu mērīšanas līdzekļu pārbaudīšanas nepieciešamību.

5.2.3. Prasības jonizējošā starojuma iekārtu uzraudzībai

Zobārstniecības pakalpojumu sniedzējiem un stacionāriem papildu administratīvo slogu rada prasības, kas izvirzītas jonizējošā starojuma (rentgena u.tml.) iekārtu uzraudzībai. Vienlaikus jāatzīmē, ka stacionāri visbiežāk atzīst, ka šo iekārtu uzraudzība ir jāveic, tomēr norāda, ka atsevišķas procedūras dublējas (sk. 5.2.3. logu) un ka uzraudzības īstenošana izmaksā dārgi, un pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka šīs izmaksas nav ņemtas vērā, plānojot veselības aprūpes budžeta sadalījumu ārstniecības iestāžu starpā (sk. sīkāk arī 8.3. nodaļā saistībā ar ārstniecības iestāžu finansējumu). Vienlaikus jāatzīmē, ka jonizējošā starojuma iekārtu uzraudzība, attīstoties tehnoloģijām, tiek regulēta ES un starptautiskā līmenī, vairums uzraudzības prakšu ir starptautiski aprobētas, un vienīgais administratīvā sloga samazināšanas instruments ir nosacījumu izmaiņas, kādās ārstniecības iestādēs ir jānodrošina radioloģiskie izmeklējumi (sk. sīkāk iepriekš starpziņojuma 4. daļā par prasībām ārstniecības iestāžu materiāli tehniskajam nodrošinājumam).

5.2.3. logs. Prasības jonizējošā starojuma iekārtām – administratīvo slogu radošo prasību piemēri

Mums ir jāatjauno šī te rentgena licence. Viņi nenāk, šie te Radiācijas drošības centra darbinieki. Mums ir jābrauc uz Rīgu. Reizi ceturksnī jāmaina dozimetrs. Tās atkal ir finanses. Tas atkal sadārdzina to gala cenu pacientam. (..) Ar likumu ir noteikts, ka jāmaina reizi ceturksnī. Atkal jau pirms šiem taupības pasākumiem bija vienošanās ar Radiācijas centra darbiniekiem. Pareizāk sakot, Radiācijas centrs bija pretimnākošs ārstiem, un šī te dozimetra maiņa notika reizi pusgadā. Tad Radiācijas centrs pārgāja citā pārziņā [2009. gadā tika pievienots Valsts vides dienestam]. *(..) Atcēla šo te pretimnākšanu un ķērās konkrēti pie šī te punkta, ka reizi ceturksnī, un visas ārstniecības iestādes, kurās ir šie te dozimetri brauc un maina dozimetrus.* (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, reģions, maksas)

Ārstiem ir digitālais rentgens, kur datorprogramma nāk līdzi. Ir tā kā pacientu kartiņa, un ieraksts par visiem rentgeniem ir datorā. Bet šis te kontrolējošās iestādes neapmierina. Atkal ir jābūt kādam, jo ārsts nevar visu laiku strādāt, atrakstīties, kas pieraksta žurnālā pacientu, pacienta datus, kādam zobam veikts rentgens, un datums, un visi pārējie cipari, vēl apstarojumu. Vienkārši – lieki papīri! Ja reiz tā ir datorprogramma, tad viņi to jau zināja. (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, reģions, maksas)

Arī tā pati obligātā apdrošināšana rentgena aparātam, tas tā kā pārklājas. Mums vajag jau nodrošināties, mums jau ir dozimetri katram, katram ir tas piespraužamais dozimetrs, tad mēs vēl kalibrējam katru gadu, tad mums nāk vēl no diagnostikas centra tās uzlīmes likt, vēl ir tā uzlīmīte un vēl ir obligātā apdrošināšana. Tas tā kā par daudz. Protams, katrs grib uz to nopelnīt. Tāpēc tas tā ir, visi jau to saprot, bet mēs jau neko nevaram mainīt, jo tādi ir noteikumi. Mēs jau tur neesam spējīgi neko mainīt. (..) Mums iepriekšējais rentgena aparāts bija septiņus gadus, viņam nojuka visa elektronika, un mēs nopirkām jaunu, bet mums nāca katru gadu mērīt, un viņš visu laiku, arī pēdējā gadā, bija normas robežās, nekas nebija jāmaina. (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, Rīga, maksas)

Elementārs piemērs, rentgena iekārta. Rentgena iekārtai tiek nomainīta lampa. Pēc visiem noteikumiem, kas man būtu jādara. Es samaksāju šim te piegādātājam par to lampu, kuru viņš ir uzstādījis. Viņš viņu nokalibrē, pārbauda, sastāda visu protokolu, ka viss atbilst darba drošībai. Man tagad vēlreiz ir jāsauc pārbaude. Viņi atkal atnāk, viņi atkal

pārmēra un vēlreiz pārbauda. Būtībā sastāda, jonizējošiem avotiem tas sastāda ne vairāk, ne mazāk, viena darbavieta konkrēti 100 lati. Tas būtībā pēc maniem uzskatiem ir papildus naudas izdošana. (..) Tas ir pēc lampas nomaiņas, plus vēl katru gadu obligāti. (stacionārs, Rīga)

5.2.4. Medicīnisko ierīču reģistrēšana LATMED datu bāzē

Iegādājoties pirmās vai otrās drošības grupas medicīniskās ierīces (augsta un vidēja iespējamā tehniskā riska iekārtas), ārstniecības iestādēm tās ir jāreģistrē Latvijas medicīnisko ierīču datu bāzes (LATMED) 1. un 2. drošības grupas medicīnisko ierīču reģistrā, ko uztur Zāļu valsts aģentūra (ZVA). Medicīnisko ierīču reģistrācija ir maksas pakalpojums[7]. Ārstniecības iestādei jāreģistrē ierīce mēneša laikā kopš iegādes brīža vai ierīces lietošanas izmaiņām, tomēr bieži tiek īstenota tāda prakse, kad ārstniecības iestāde izveido (uzkrāj) garāku iegādāto ierīču sarakstu, kuru ievada vienā reizē. Tādējādi var rasties situācijas, kad medicīniskās ierīces datu bāzē tiek ievadītas vēlāk, nekā noteikts normatīvajā regulējumā. Saskaņā ar VI sniegto informāciju par neatbilstībām medicīnisko ierīču ekspluatācijā, šis ir visizplatītākais pārkāpums – no 45 2011. gada IV un 2012. gada I ceturksnī veiktajām plānveida kontrolēm, kurās tika pārbaudīta medicīnisko ierīču ekspluatācija, 14 iestādēs tika saņemts vērtējums B (daļēja neatbilstība) attiecībā uz prasību, ka par 1.un 2.drošības grupas medicīnisko ierīču iegādi ir paziņots ZVA 30 dienu laikā pēc iegādes vai ka par ierīču ekspluatācijas izbeigšanu vai ierīces nodošanu citam valdītājam ir informēta ZVA.

Ārstniecības iestāžu un ārstu prakšu vadītāji uzskata, ka pati informācijas ievadīšanas nepieciešamība rada tām papildu administratīvo slogu un ka viņi neredz jēgu un nesaņem atgriezenisko saiti, kā ievadītā informācija tiek lietota. Aptaujātie norāda, ka, viņuprāt, LATMED 1. un 2. drošības grupas medicīnisko ierīču reģistram nav saistības ar vigilances sistēmas darbību, jo ziņojumi, kas tiek saņemti no ZVA un ierīces ražotāja, dublējas. Tāpat ārstniecības iestādes uzskata, ka viņi nesaņem informāciju, vai un kādā veidā valsts pārvaldes institūcijas izmanto LATMED 1. un 2. drošības grupas medicīnisko ierīču reģistru veselības aprūpes politikas plānošanai.

Saskaņā ar ZVA sniegto informāciju, 2011. gadā tika saņemti 366 iesniegumi par 3089 pirmās un otrās drošības grupas medicīnisko ierīču iegādi (vidēji vienā iesniegumā norādītas 8,4 medicīniskās ierīces), savukārt 2012. gada I ceturksnī saņemti 91 iesniegums par 898 ierīču iegādi (vidēji aptuveni 10 ierīces vienā iesniegumā). Informāciju par pirmās un otrās drošības grupas medicīnisko ierīču iegādi 2011. gadā kopumā sniegušas 234 iestādes, t.i., aptuveni 5% no visām ārstniecības iestāžu reģistrā ierakstītajām iestādēm. Aplūkojot datus ārstniecības iestāžu tipu griezumā, 2011. gadā to vidū bija 79 ārstu prakses, 60 ambulatorās ārstniecības iestādes, 25 stacionārās ārstniecības iestādes un 58 zobārstniecības iestādes.

5.2.4. logs. Medicīnisko ierīču reģistrēšanas LATMED datu bāzē lietderīguma vērtējums

Kopš tā brīža, kad to var darīt elektroniski, protams, ka tas atvieglo, nav jābrauc fiziski cilvēkam un nav jāved šie iesniegumi, un jāreģistrē. Ja to var izdarīt elektroniski un tas uzlabo valsts pārraudzību par [ierīču] *klāstu, kādu mēs lietojam. Protams, ka tas ir apgrūtinājums visu to mēneša laikā ievadīt un saņemt atpakaļ apliecinājumu, otrkārt, iereģistrācijai mēs nekādu citu apliecinājumu neredzam, kā tikai elektroniski ieejot Latmedā, vai viņš ir parādījies vai nav.* (stacionārs, Rīga)

Pārbaudi mēs paši iesūtām viņiem elektroniski reģistrā. Negatīvi ir tas, ka arī to aparātu norakstīšanas aktu ir jāuzraksta un jāved vai jāsūta pa pastu, jo viņiem nav papildināta tā programma. Tas arī varēja būt elektroniski. (stacionārs, Rīga)

Eiropas Savienībā ražotai iekārtai bija jādabū šis te sertifikāts aģentūrā un tikai tad viņu varēja izplatīt Latvijā vai

[7] Ārstniecības iestādes norāda, ka samaksa ir Ls 0,50 par vienas ierīces reģistrāciju, taču ZVA publisko maksas pakalpojumu cenrādī šāda informācija nav minēta. Savukārt viens gada abonents par Latvijas medicīnisko ierīču datubāzes (LATMED) 1. un 2. drošības grupas medicīnisko ierīču reģistra lietošanu maksā Ls 50.

piegādāt slimnīcām. Un pēc tam viņi atkal vēl vajadzēja reģistrēt kaut kādā reģistrā. (..) Reģistrācija pati maksā kaut kādu summu. (stacionārs, Rīga)

Ja šo Latmed arī izmantotu! Vai ministrija, pārraugot, cik tad mums ir šādu ierīču, vai ir vērts viņas pirkt un prasīt jebkurā vietā, dažādi aspekti. Latmed ir principā uzskaitīts, kādā iestādē, cik ir konkrētu mašīnu. (stacionārs, Rīga)

Šie te ražotāji regulāri sūta paziņojumus par kaut kādām problēmām, vigilances pārbaudēm, kuras viņiem arī ir jāsūta uz Zāļu valsts aģentūru. Tajā brīdi tad kaut kas nāk uz slimnīcu, nāk uz ražotāju, kur tas paliek kopā, kāpēc viņi nesasaistās... (..) Mums ir gadījumi, kad mums nāk no Zāļu valsts aģentūras šie defekta ziņojumi par kaut kādām ierīcēm, un tad viņi sūta, ja par vienu ierīci, kas ir vienā slimnīcā vai par vienu kaut kādu ievietojamo, implantējamo ierīci ir šī te ražotāja ziņojums, tad viņiem ir informācija, kurās [vietās šāda iekārta atrodas]. *Viņi raksta apmēram tā: „Pēc mūsu reģistra datiem jūsu slimnīca ir viena no tām, kas lieto šo, šo un to". Dažkārt mēs atbildam uz tām vēstulēm, ka mūsu slimnīca nav šāda modeļa vai šādas modifikācijas, vai šāda ierīce. (..) Tas nāk arī ražotājiem. Ja ir lielās iekārtas, par viņām jau tiek rūpnīcai paziņots, (..) viņi* [ražotāji] *zina, kurā slimnīcā kurš datortomogrāfs atrodas. Un tad viņi pasaka, šim modelim ir tāda un tāda problēma, pēc mūsu datiem tajā un tajā slimnīcā tas ir. Un par to paziņo jau arī Zāļu valsts aģentūrai. Zāļu valsts aģentūra to nezina, kamēr viņiem pašiem to paziņo.* (stacionārs, Rīga)

Ja kādam ir informācija, kur kādas ierīces, kurā slimnīcā ir, tad nav jēgas, ka mēs to vēlreiz ziņojam, bet ir jāpārbauda, kāds ir tas mehānisms, kā Zāļu valsts aģentūra saņem un no kā, un vai tas ir obligāti noteikts, jo kādam ir jābūt informētam par visu, kas notiek visās slimnīcās. (..) Ja [zināma] *kārtība, kādā Zāļu valsts aģentūrai ir pienākums pieprasīt no tā ražotāja informāciju, tad slimnīcai, protams, nevajadzētu būt pienākuma vēlreiz to pašu informāciju par naudu viņiem sagādāt.* (stacionārs, Rīga)

Protams, ka ārstniecības iestādei kā tādai būtu daudz vienkāršāk, ja visas šīs reģistrācijas procedūras veiktu piegādātājs, jo principā bieži sanāk tādas situācijas, ka it kā ir atbilstības dokuments, bet, lai reģistrētu, kādi dokumenti atkal pietrūkst, un tad mums atkal ir nepieciešams sazināties ar piegādātāju, piegādātājam ar ražotāju, un attiecīgi rodas gan laika ziņā patēriņš, gan mēs nespējam laicīgi uzsākt to darbu, jo ir papīri, kas ir jāfiksē, jāveic utt. (stacionārs, reģions)

Izvērtējot LATMED 1. un 2. drošības grupas medicīnisko ierīču reģistra uzturēšanas ieguvumus un zaudējumus un ārstniecības iestādēm radīto administratīvo slogu, reģistrējot pirmās un otrās drošības grupas ierīces, pētījumā veicēji secina, ka šī administratīvā prasība būtisku apgrūtinājumu nerada, tās lietderība ir augstāka par radīto slogu, tāpēc prasība ir saglabājama. Lai paaugstinātu ārstniecības iestāžu izpratni un iesaistīšanos (savlaicīgu medicīnisko ierīču reģistrāciju), Veselības ministrijai kā nozares politikas veidotājai ir jādemonstrē reģistra pielietojums – datu analīze (par ierīču skaitu, izvietojumu, pakalpojumu pieejamību) un uz tās balstīta nozares politikas plānošana attiecībā uz šo ierīču iegādes finansēšanu, lai izvairītos no nelietderīga līdzekļu izlietojuma, ko radītu pārāk liela skaita pirmās drošības grupas ierīču iegāde Latvijas ārstniecības iestādēs.

5.3. Ieteikumi medicīnisko ierīču tehniskās uzraudzības un mērīšanas līdzekļu pārbaužu radītā administratīvā sloga samazināšanai

Apkopojot nodaļā aplūkotās problēmsituācijas un tehniskās uzraudzības līdzšinējo praksi, ietiecams samazināt medicīnas ierīču pārbaužu administratīvo slogu, kā iespējamos risinājumus izskatot šādus pētījuma autoru identificētos priekšlikumus:

- Atbildību par medicīnisko ierīču tehnisko uzraudzību nodot ārstniecības iestādes vadītājam, kuram ir tiesības noteikt medicīnisko ierīču uzraudzības biežumu atbilstoši iestādes vajadzībām un ierīču ekspluatācijas intensitātei.
- Ārējās tehniskās pārbaudes uzdot veikt tikai tām medicīniskajām ierīcēm, kurām nav ierīces izplatītāja nodrošināta tehniskā apkope (apkalpošana).
- Ārējā tehniskā uzraudzība ārstniecības iestādei, pēc viņa izvēles, nepieciešama tikai strīdus gadījumā ar ražotāju par medicīniskās ierīces bojājuma un darbības atjaunošanas apjomu un izdevumu precizēšanai.

- Atbildību par elektrodrošības pārbaužu biežumu jānodod ārstniecības iestādes vadībai, kura nosaka pārbaudes biežumu nosakot valdītājam, un to ir atļauts veikt ne tikai ārējai kompetentai institūcijai, bet arī ārstniecības iestādes elektriķim ar pietiekošu kompetenci.
- Pārbaudēm un kalibrēšanai jāpakļauj tikai tādi mērīšanas līdzekļi, kuru mērījumu precizitātei ir ļoti būtiska nozīme ārstniecībā, piemēram, zīdaiņu svariem (līdz 10 kg), hematoloģijā un ķīmijterapijā izmantotie svariem, temperatūras mērīšanas ierīcēm laboratorijās, asins nodaļās, kur ir būtiska noteikta temperatūra glabāšanas apstākļiem u.tml.
- Citu mērīšanas līdzekļu pārbaudes nepieciešamību nosaka ārstniecības iestādes vadītājs atbilstoši mērīšanas līdzekļa ekspluatācijas intensitātei.
- Diferencēt autoklāva bioloģiskās testēšanas biežumu atkarībā no tā noslodzes.
- Pārskatīt autoklāva bioloģiskās testēšanas biežumu (pagarināt termiņu no pārbaudes veikšanas vienu reizi trīs mēnešos uz vienu pārbaudi reizi sešos mēnešos).

Iepriekš minētie priekšlikumi neattiecas uz jonizējošā starojuma avotu drošuma uzraudzību.

6. PRASĪBAS ĀRSTNIECĪBĀ IZMANTOTO MEDICĪNISKO TEHNOLOĢIJU APSTIPRINĀŠANAS UN IEVIEŠANAS KĀRTĪBAI

6.1. Tiesiskais regulējums

Medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas kārtību Latvijā regulē šādi normatīvie akti:

- 12.06.1997. Ārstniecības likums;
- 28.06.2005. MK noteikumi Nr. 468 „Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un jaunu medicīnisko tehnoloģiju ieviešanas kārtība".

Ārstniecības likuma 1.panta 9. punktā ir definēta medicīniskās tehnoloģija, ar šo jēdzienu saprotot „ārstniecībā izmantojamās metodes un medicīniskās ierīces". Vispārīgā medicīnisko tehnoloģiju definīcija, kas noteikta ārstniecības likumā, rada virkni neskaidrību un papildu administratīvo slogu, ārstniecības personām un ārstniecības iestādēm sastopoties ar atšķirīgu medicīniskās tehnoloģijas izpratni gan savstarpēji, gan komunikācijā ar nozares uzraugošajām institūcijām – NVD un VI (sk. problēmu raksturojumu 6.2. nodaļā). Atbilstoši šī pētījuma mērķim 6. nodaļā ir analizēta medicīnisko tehnoloģiju kā ārstēšanas metodes (procedūras) apstiprināšanas un ieviešanas kārtība un tās radītais administratīvais slogs, turpinājumā lietojot tikai jēdzienu „medicīniskā tehnoloģiju".

Savukārt 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.

6.2. Medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas procedūras vērtējums

Medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas procedūru un administratīvo slogu sīkāk spēja raksturot atsevišķi ārsti speciālisti, stacionāro un laboratorijas pakalpojumu sniedzēji un profesionālo asociāciju pārstāvji – ārstniecības personas, iestādes vai nevalstiskās organizācijas, kuriem ir kapacitāte un pieredze darbā ar jaunu medicīnisko tehnoloģiju ieviešanu. Turpinājumā identificētās problēmas ir raksturotas, balstoties uz šo procedūrā kompetento ārstniecības personu vai ārstniecības iestāžu viedokli.

Jāatzīst, ka liela daļa praktizējošo ārstu (ģimenes ārsti, ārsti speciālisti) divus jēdzienus – „medicīniskās ierīces" un „medicīniskās tehnoloģijas" – uzskata par sinonīmiem. Šāda interpretācija nav uzskatāma par kļūdainu, ņemot vērā Ārstniecības likumā noteikto medicīnisko tehnoloģiju definīciju, tomēr skata attiecīgo jautājumu ievērojami sašaurināti, ignorējot metožu apstiprināšanu, tāpēc – neatbilstoši jautājuma būtībai.

Lai gan 28.05.2005. MK noteikumi Nr. 468 nosaka, ka iesniegumu medicīniskās tehnoloģijas apstiprināšanai drīkst iesniegt gan ārstniecības personas, gan ārstniecības iestādes, gan ārstniecības personu profesionālā organizācija, vairums aptaujāto, kuri bija kompetenti medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas procedūrā, uzskatīja, ka šis darbs ir jāuzņemas tikai profesionālajām asociācijām un universitāšu klīniskajām slimnīcām. Tā kā šis viedoklis pauž aptaujāto personu subjektīvo pārliecību un nav saistīts ar jebkādu risku izvērtējumu, tad nav pamata grozīt normatīvo regulējumu, lai sašaurinātu medicīnas tehnoloģiju apstiprināšanā iesaistīto personu vai organizāciju loku.

Aptaujātie ir vienisprātis, ka jaunu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas procedūra Latvijā ir sarežģīta un laikietilpīga, kā arī nav pārliecības, ka, izejot šo procesu, valsts turpinājumā iekļaus jauno tehnoloģiju arī valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu grozā. Medicīniskās tehnoloģijas apstiprināšanas procedūras cilvēkresursu un laikietilpība ir iemesls, kāpēc reģistrācijai tiek pieteiktas galvenokārt tās medicīnas tehnoloģijas, kuru gadījumā iestādēm ir lielāka pārliecība, ka tās vēlāk varētu tikt iekļautas valsts apmaksāto veselības pakalpojumu grozā (piemēram, hematoloģija, ķīmijterapija, transplantācija ir nozares, kurās apstiprinātās jaunās tehnoloģijas varētu tikt iekļautas valsts apmaksāto pakalpojumu grozā).

Savukārt apstiprināšanas procesa komplicētības dēļ daļa jauno medicīnisko tehnoloģiju netiek aprakstītas un iesniegtas apstiprināšanai, kas potenciāli var atstāt negatīvu iespaidu uz veselības aprūpes kvalitāti (piemēram, jaunu un progresīvu ārstēšanas procedūru nepieejamību Latvijā vai to nereģistrētu lietošanu, kuru šobrīd VI spēj konstatēt tikai tad, ja pacients ir iesniedzis sūdzību par saņemto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti).

<u>Problēma</u>: nav vienotas izpratnes, kas ir medicīniskā tehnoloģija (t.i., cik sīki ir atdalāmas dažādi procesa soļi, kas citkārt var tikt ietverti vienā tehnoloģijā).
<u>Problēma</u>: nav pieejama informācija par iepriekš reģistrētu medicīnisko tehnoloģiju aprakstiem.
Liela daļa medicīnisko tehnoloģiju (parasti – ilgstoši pazīstamas, salīdzinoši vienkāršas pēc to pielietojuma) nav aprakstītas, t.i., NVD mājas lapā nav pieejams izvērsts šo medicīnisko tehnoloģiju apraksts. Ja apraksts nav pieejams, tad pēc medicīniskās tehnoloģijas nosaukuma vien var nebūt skaidrs, vai tā ietver darbības (ārstēšanas soļus), kuras iecerējusi veikt ārstniecības persona. Tas var radīt konflikta situāciju starp ārstniecības iestādi un NVD vai VI kā kontroles veicēju tad, kad šīs jautājums skar valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, ja iesaistītās puses nav vienisprātis, kā veicama viena vai otra procedūra un kuros gadījumos veicamas vairākas savstarpēji saistītas procedūras un kuros – nē. Medicīnisko tehnoloģiju aprakstu trūkums var radīt situāciju, kad netiek ieviesta kāda jauna medicīniskā tehnoloģija, ja tās nosaukums ir līdzīgs citai, jau apstiprinātai tehnoloģijai, bet saturiski tās ir atšķirīgas.

<u>Problēma</u>: jaunas medicīniskās tehnoloģijas apstiprināšanai jāsagatavo liels dokumentu un pierādījumu daudzums.
<u>Problēma</u>: medicīniskās tehnoloģijas apstiprināšanai iesniegto dokumentu pārbaude nenotiek pēc būtības.
Aptaujātie, kuri bija kompetenti jaunu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas procedūrā, norādīja, ka nepieciešamo dokumentu sagatavošanas process ir laikietilpīgs – vislielākās grūtības sagādā medicīniskās tehnoloģijas ieviešanas nepieciešamības pamatošana (t.sk. paredzamo rezultātu aprakstīšana) un tehnoloģijas efektivitāti apliecinošo klīnisko pētījumu rezultātu apkopojums, kas ietver medicīniskās tehnoloģijas drošību, iedarbīgumu, efektivitāti, izmaksu/ ieguvumu pētījumu rezultātus un ētiskos medicīniskās tehnoloģijas lietošanas aspektus, pievienojot izmantotās literatūras kopijas. Lai pilnībā izpildītu minētās prasības, nepieciešams saņemt piekļuvi klīnisko pētījumu

rezultātiem vai minētais pētījums jāveic pašai institūcijai, nodrošinot nepieciešamo ziņojumu skaitu konferencēs u.tml. Šo dokumentu sagatavošanas personāla izmaksas ir jāsedz iesniedzējam (ārstniecības personai, ārstniecības iestādei vai profesionālajai asociācijai) no saviem līdzekļiem. Šis apstāklis ir viens no galvenajiem kavējošajiem faktoriem jaunu tehnoloģiju apstiprināšanai. Kā pārāk sarežģīta prasība uzskatāma arī informācijas par jaunās medicīniskās tehnoloģijas realizācijai izmantojamām medicīniskajām ierīcēm sniegšana, jo ietver ne tikai ārstniecības iestādes aprīkojuma atbilstības izvērtējumu (pievienojot to lietošanas instrukcijas), bet arī trešās puses – ierīču kalibrāciju un verifikāciju nodrošinošo uzņēmumu – atbilstības novērtējumu. Iesniedzamo dokumentu apjoms un detalizācijas pakāpe rada labvēlīgu vidi tam, ka kādi prasītie dokumenti netiek iesniegti, un papildinošo dokumentu iesniegšana pagarina medicīniskās tehnoloģijas apstiprināšanas termiņu.

Ārstniecības iestādes, kas iesniegušas dokumentus medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanai, ir saskārušās ar situācijām, kad NVD darbinieki uzdod pārstrādāt iesniegtos dokumentus tāpēc, ka viņiem nešķiet pareizs informācijas izkārtojums vai dokumentu noformējums. 28.05.2005. MK noteikumi Nr. 468 nosaka iesniedzamo dokumentu būtību (saturu), taču neregulē šo dokumentu dizainu (lapas noformējumu, formatējumu, informācijas izvietojuma secīgumu u.tml.), tādējādi NVD prasības attiecībā pret dokumenta noformēšanu ir uzskatāmas par nepamatotu administratīvo slogu, kas radies procedūras īstenošanas posmā.

<u>Problēma</u>: nepastāv atvieglojumi tādu medicīnisko tehnoloģiju reģistrēšanai Latvijā, kas ES strādā vairākus gadus.

Ņemot vērā dokumentu apjomu, kas jāiesniedz jaunas medicīniskās tehnoloģijas apstiprināšanai, ārstniecības personas ir neizpratnē, kāpēc dokumenti, kas apliecina tehnoloģijas efektivitāti, ir jāiesniedz vēlreiz arī tad, ja šāda medicīniskā tehnoloģija ir apstiprināta un tiek veiksmīgi izmantota kādā citā ES dalībvalstī. Ārstniecības iestādes uzskata, ka šādas medicīniskās tehnoloģijas Latvijā būtu jāapstiprina automātiski vai ievērojami atvieglojot procedūru. Kā iespējamais atvieglojumu piemērs tiek minēts samazināts ziņojumu skaits, kas apliecina medicīniskās tehnoloģijas efektivitāti, aizvietojot to ar attiecīgās specialitātes profesionālās organizācijas atzinumu. Šis piemērs neizslēdz iespēju atcelt arī kādus citus iesniedzamos dokumentus, lai apstiprinātu Latvijā kādā citā ES valstī reģistrētu medicīnisko tehnoloģiju, ja politikas veidotāji saskata šādas iespējas.

6.2. logs. Administratīvā sloga saistībā ar medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu un lietošanu piemēri

Ja tā tehnoloģija ir izstrādāta ES un to pielieto 20 valstīs, tad kāpēc man tā ir jāreģistrē šeit? *To man neviens nevar paskaidrot, kāpēc man tas ir jādara. Viņa ir atzīta, to ir ražojis sertificēts ražotājs, kas nozīmē, ka tā aparatūra jau ir izgājusi pārbaudi. To pielieto Vācijā, Francijā un vēl kaut kur, bet man to ir jāiesniedz vēl reģistrācijā, vēl plus ar eksperta atzinumiem, pētījumiem un vēl kaut ko, kā to lietot. Pie tam tie pētījumi man vēl ir jāpārtulko latviešu valodā.* (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Mums kā iestādei šī te [tehnoloģija] *jāreģistrē ar pierādījumiem, kāda ir šī te populācijas grupa, uz kuru tiks izmantotas, (..) tad pusgada laikā apmēram tiek pieņemts lēmums, vai pievienot MK noteikumiem 1046 šo te manipulāciju kā apmaksājamu, un tad varbūt pēc gada mēs, gadu strādājot bez* [finansējuma]*, saņemam finansējumu, sākam saņemt par to, ka mēs esam kā pirmie uzsākuši šo te ieviešanas procedūru, šo te samaksu par savu veikto darbu. (..) Ir viena lieta, ko varbūt uz visām slimnīcām un tieši universitātes klīnikām un varētu attiekties, ka* ***ir valstis, kurās ir samaksa par*** **[tehnoloģijas]** ***ieviešanu.*** *Neskatoties uz to, ka, jā, šī te nav definēta manipulācija ar noteiktu tarifu visām veselības iestādēm, tad šo te ieviešanas brīdi* [ir ieplānots] *kaut kādas provizoriskās izmaksas, kas tomēr šai te iestādei jau no šī te pirmā brīža, kad tiek šī te manipulācija vai procedūra, vai process pilnībā tiek uzsākts, tiek pie kaut kāda tarifa novērtēts un šī te varbūt uz īpašām līguma nosacījumiem tiek jau arī šī samaksa saņemta.* (stacionārs, Rīga)

Valstij vajadzētu vienreiz ļoti precīzi nodefinēt, kas ir ārstniecības medicīnas tehnoloģija. (..) Ja man liktu rakstīt kā asociācijas pārstāvim tehnoloģiju sarakstus, man neviens nav spējis pateikt, ***kādā veidā mēs to tehnoloģiju apskatām:*** *vai tehnoloģija ir endoprotēzes ielikšana tai caurumā, vai tehnoloģija ir endoprotezēšanas operācija, kura sastāv no tehnoloģijām: ādas pārgriešana, asinsvadu atvilkšana, muskuļu neasa pārdalīšana, tehnoloģija ir kaula nozāģēšana...* ***Vai katru šo punktiņu mēs saucam par tehnoloģiju, vai mēs par tehnoloģiju nosaucam procesu?*** *Tātad endoprotezēšanas operācija, ar-cementa fiksācija, bez-cementa fiksācija, tā ir medicīniskā tehnoloģija un šai*

medicīniskajai tehnoloģijai, lai viņā varētu notikt, jāsastāv no tiem punktiem. (..) Tas jēdziens tiek tik gari staipīts. Paskatoties dažādas specialitātēs, ko zem šī jēdziena „tehnoloģija", katrs saprot, tad parādās nesapratne, tāpēc ar tām tehnoloģijām ir liela putra. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Prasības, ko viņi izvirzījuši, tiem iesniedzamajiem dokumentiem, ir <u>it kā</u> īsas, loģiskas un korektas, bet problēmas sākas, kad cilvēks izlasa noteikumus, savāc informāciju, attiecīgos parakstus un iedot dokumentu paketi šajā te novērtēšanas komisijā. *Un tad sākās! Bet tur vajag šito, tur vajag šito, to vajag tā. Kad prasa, lūdzu, iedodiet metodiku, ko jums galu galā vajag, man (..) pasaka: „Paņemiet noteikumus, izlasiet." Mēs tā lasījām viens ar otru pusgadu. (..) Respektīvi, burts tiek prasīts, nevis gars šim te izprintētam dokumentam. Nu, tas nav pareizi, jo tas tāpat prasa lielu, jāsaka arī, daļēji lieku darbu, lai visas šīs vadlīnijas aptirinātu. Tas ir tiešām ļoti darbietilpīgs process, kurš, protams, arī papildus nekādā veidā nav apmaksāts, un tas kādam ir jādara ārpus viņa tiešā darba laika. Tāpēc arī liela daļa šo vadlīniju nav apstiprinātas un visticamāk arī netiks, jo ir jāizvēlas vai tu ārstē, vai tu apstiprini vadlīnijas.* (stacionārs, Rīga)

Šim te centram jābūt arī kaut kādā sasaistē ar līdzīgiem Eiropas centriem un tajā brīdī, kad parādās jauna metode, kas ir akceptēta, es atvainojos, visā Eiropas Savienībā, viņa automātiski ir datu bāzē un pieejama. Un tajā brīdī valsts domā mēs šito apmaksājam, šito neapmaksājam, un slimnīca drīkst strādāt. (stacionārs, Rīga)

Ir tāda lieta kā ārstēšanas tehnoloģiju apraksti, kur tiek ietvertas noteiktas diagnožu grupas, kurās tiek uzlikts, kādā veidā šis te process norit, kādas ir pozitīvās/ negatīvās lietas un kādas varētu būt komplikācijas pie šīs ārstēšanas (..). Šīs lietas mēs, universitātes pasniedzēji, esam rakstījuši pa naktīm par trīs pirkstu kombināciju – esam tulkojuši, rakstījuši un salikuši. Valsts par to nav samaksājusi nevienu kapeiku. Šie kritēriji un tehnoloģijas ir aprakstītas, jo pamatnostādnes MK noteikumos ir, ka ir jāārstē pēc jaunākajām tehnoloģijām un visām lietām, bet tas nekur nav uzlikts uz papīra. (..) Mums atnāca vēstule, kur lūdza asociāciju, lai mēs aktivizētos un uzrakstītu jaunās tehnoloģijas un vecās papildinātu. Kad pateicām, ka varam uzņemties diriģēt šo te visu procesu, lai tās lietas tiktu rakstītas, un ka cilvēkiem parasti ir kaut kas jāsamaksā par viņu darbu, tad viņi atsūtīja lapu, kur bija 11 vai 12 punkti, kā mēs to tehnoloģiju varam aprakstīt. Pirmkārt, ir jāapraksta, tad ir jāmin, kurā universitātes klīnikā ES valstī tā tiek izmantota, tad ir jāatrod citāti, pētniecības raksti, kurā tiek salīdzināta procedūras efektivitāte ar mūsu esošo. Tur bija pietiekami liels darbs, kurš bija jāizdara par neko. Protams, par šīm te lietām ir paredzēti kredītpunkti, bet, piemēram, ASV šī te tehnoloģiju grāmata (..) bija šitik [rāda] *bieza un budžets tai ir ~14 miljoni dolāru. Aizejiet pie kāda profesora universitātē un pasakiet, lai uzraksta tehnoloģiju procedūrai, ko viņš dara! (..) Tur būtu jāsanāk speciālistiem kopā un jāizstrādas, vai patiešām tas tā ir. To nevar viens cilvēks uzrakstīt un to pieņemt kā absolūto patiesību. (..) To nevar parasts prakses ārsts uzrakstīt un akceptēt, ka tas tā ir.* (profesionālā asociācija)

Ir šo medicīnas tehnoloģiju reģistrs, kur līdz kuram tur gadam tās tur ir piereģistrētas ar aprakstiem par to, kādā veidā tas ir jādara. Uz doto brīdi dažas lietas ir vienkārši piedeklarētas, ka ir tādas tehnoloģijas. Tas, cik katrs dzīvē ievēro tieši to tehnoloģiju, to neviens nekontrolē. (..) Es ļoti šaubos, ka visi speciālisti vadās pēc to reģistrēto tehnoloģiju aprakstiem. Neko jau citu cilvēki neizmanto, jo, kad viņi mācās, viņus medicīnas iestādēs apmāca darboties ar tām tehnoloģijām, kuras ir reģistrētas. Viņi tās arī pēc tam lieto. Nav mums neviena, kas kontrolētu, vai šīs tehnoloģijas izmanto, piemēram, ķirurgi. Šie jautājumi uzpeld, kad rodas strīdus situācijas. Mums iestādē vienreiz bija strīds (..) par to, kā mēs saprotam, kādas manipulācijas ir jāveic (..). Mēs toreiz gribējām no Ekonomikas centra iegūt šīs tehnoloģijas aprakstu, jo šī medicīnas tehnoloģija bija reģistrēta. Rezultātā strīds beidzās ar neko un nekādas sankcijas nebija, bet verdikts bija tāds, ka, ņemot vērā to, ka nekur nevar iegūt pašas tehnoloģijas aprakstu, tad nevar arī pierādīt, kuram ir taisnība. (stacionārs, reģions)

Kad mēs šeit izstrādājam jaunu metodi un atradām kaut ko līdzīgu jau reģistrētu un gribējām uzzināt vai tas ir tas, kaut kas līdzīgs, ko mēs darām jeb kaut kas cits un prasījām viņiem šo aprakstu. Viņiem viņš nebija ne elektroniskā veidā pieejams, ne drukātā veidā. Sakarā ar šo reorganizāciju esot viss pazudis kaut kur. Tā metode reģistrēta... Nu, visādos strīdos nav viņas apraksta. (laboratorijas pakalpojumu sniedzējs)

6.3. Ieteikumi jaunu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas procedūras pilnveidošanai

Izvērtējot identificētās problēmas attiecībā uz jaunu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu, **administratīvo slogu ir ieteicams samazināt divos gadījumos**. Tādējādi ieteikumi saistībā ar jaunu medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu virzīti, 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 <u>par vienu un to pašu profilu (specialitāti)</u>

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 apliecinošo klīnisko pētījumu rezultātu apkopojumu. To var veikt divējādi: (a) samazināt dokumentu skaitu vai (b) aizvietojot 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 noteikumus 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 apliecinošie 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 veiktas tāda pati dokumentu pārbaude par tās rīcībā esošo personālu un materiāli tehnisko nodrošinājumu, kāda tiek veikta arī 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 ieviesēji par konkrētu dokumentu (bet ne klīnisko pētījumu!) sagatavošanas darbu.

7. PRASĪBAS MEDICĪNISKĀS UN UZSKAITES DOKUMENTĀCIJAS LIETVEDĪBAS KĀRTOŠANAI

7.1. Tiesiskais regulējums

Pētījuma izstrādē ņemti vērā šādi normatīvie akti, kas regulē veselības aprūpes medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtību un prasības šajā jomā:

- 24.04.1997. likums „Par prakses ārstiem" (redakcija uz 04.05.2011.);
- 04.04.2006. MK noteikumi Nr. 265 „Ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtība";
- 20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" (redakcija uz 01.06.2012.);
- 19.12.2006.MK noteikumi Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība";
- 08.03.2005. MK noteikumi Nr. 175 „Recepšu veidlapu izgatavošanas un uzglabāšanas, kā arī recepšu izrakstīšanas noteikumi";
- 26.09.2000. MK noteikumi Nr. 330 „Vakcinācijas noteikumi";
- 03.04.2001. MK noteikumi Nr.152 „Darbnespējas lapu izsniegšanas kārtība";
- 11.07.2006. MK noteikumi Nr. 574 „Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē";
- 21.11.2006. MK noteikumi Nr. 948 „Noteikumi par gripas pretepidēmijas pasākumiem";
- 31.05.2005. MK noteikumi Nr.377 „Spirta aprites kārtība farmaceitiskās darbības uzņēmumos, veterinārfarmaceitiskās darbības uzņēmumos, aptiekās, ārstniecības iestādēs un veterinārmedicīnā";
- 27.03.2007. MK noteikumi Nr.220 „Zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās".

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, arvien vairāk tiek izmantotas specializētās datorprogrammas, kas atvieglo šo darbu. Pētījuma starpziņojuma 7. daļā ir apkopoti 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. Medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtību regulējošais pamata normatīvais akts ir 04.04.2006. MK noteikumi Nr. 265 „Ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtība", taču ir virkne normatīvo aktu, kas definē ārstniecības personu un ārstniecības iestādes darbības dokumentēšanas kārtību (sk. uzskaitījumu augstāk). Atsevišķi normatīvo aktu punkti, kas ārstniecības personām rada administratīvo slogu, ir analizēti pētījumā identificēto problēmu kontekstā, ilustrējot tos ar konkrētiem piemēriem.

Šajā starpziņojuma daļā vispirms ir raksturota situācija un problēmas saistībā ar medicīniskās dokumentācijas lietvedību primārajā veselības aprūpē, analīzi balstot uz ģimenes ārstu un ārsta palīgu (feldšeru) pieredzi un viedokļiem. Turpinājumā ir analizētas problēmas, ar kurām saskaras sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji.

7.2. Medicīniskās dokumentācijas lietvedības prasību vērtējums primārās veselības aprūpes jomā

7.2.1. Medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtošanas prakses raksturojums

24.04.1997. likums „Par prakses ārstiem" (redakcija uz 04.05.2011.) nosaka, ka medicīnisko dokumentu lietvedību prakses ārsts kārto saskaņā ar normatīvajiem aktiem par medicīnisko dokumentu lietvedības kārtību (12.pants). Šī likuma norma padara saistošus ģimenes ārstiem 04.04.2006. MK noteikumus Nr. 265 „Ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtība", kuros noteikts, ka lietvedības kārtošana ir ārstniecības iestādei izvirzīto obligāto prasību sastāvdaļa, kuru izpildi kontrolē Veselības inspekcija (VI) (3., 4. punkts). Atbilstoši šo noteikumu 5. punktam „medicīniskie dokumenti par primārās veselības aprūpes, sekundārās veselības aprūpes un neatliekamās medicīniskās palīdzības saņemšanu (turpmāk – medicīniskie ieraksti) veido vienotu informācijas vienību. Medicīniskos ierakstus apkopo un uzglabā ģimenes ārsts (primārās veselības aprūpes internists, primārās veselības aprūpes pediatrs)." Pienākums ievērot medicīniskās un uzskaites dokumentācijas kārtību ir iekļauts arī primārās veselības aprūpes ārstu līgumā ar NVD par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Ārsta palīgiem pienākumu kārtot medicīnisko dokumentāciju definē 19.12.2006.MK noteikumu Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 15.pielikuma „Ģimenes ārsta māsas un ārsta palīga (feldšera) darba apjoms un darbības nodrošināšanas maksājuma aprēķināšanas kārtība" 1.10. punkts, kas nosaka, ka viens no māsas un feldšera pamatuzdevumiem ir „dokumentēt veikto veselības aprūpi medicīniskajā un uzskaites dokumentācijā".

Turpinājumā šajā sadaļā ir raksturota vispārējā medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības prakse ģimenes ārstu praksēs un feldšerpunktos, pievēršot uzmanību galvenajām problēmām.

<u>Problēma</u>: grūtības izsekot atbilstošo normatīvo aktu grozījumiem un attiecīgi izmaiņām prasībās par medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtību.
Nozīmīgas grūtības veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem sagādā nepieciešamība regulāri sekot līdzi izmaiņām tiesiskajā regulējumā par medicīnisko dokumentāciju, izprast šīs izmaiņas, apgūt jaunās dažādu veidlapu aizpildīšanas prasības u.tml. Īpaši problemātiski tas ir tām ārstniecības personām, kas strādā patstāvīgi – ģimenes ārsti, feldšeri, ārsti speciālisti, nevis ir darbinieki ārstniecības iestādēs, jo prasību aktualizēšana viņiem prasa papildu laika resursus paralēli ārstniecības un administratīvajai darbībai. Turklāt daudziem ārstiem problēmas sagādā normatīvajos aktos lietotās valodas sarežģītība, kas apgrūtina izmainīto prasību izpratni un attiecīgi rada risku, ka prasības tiks ievērotas neatbilstoši (ģimenes ārstu viedokli spilgti ilustrē kāda respondenta komentārs, kas atspoguļots 7.2.1.a. logā). Gadījumos, kad ģimenes ārsts ir darbinieks ārstniecības iestādē, ir vērojama prakse, ka ārstniecības iestāde centralizēti informē visus savus darbiniekus par atbilstošajām izmaiņām tiesiskajā regulējumā.

7.2.1.a. logs. Ģimenes ārsta viedoklis par izmaiņām tiesiskajā regulējumā

1046. likuma grozījumi ir bijuši bez skaita! Ja tos grib izlasīt, var dabūt izvērsto likuma formu, kas ir speciālistiem, bet, ***lai cilvēks likumu ievērotu, viņam ir jābūt uztveramam, nevis 100 lapaspušu apjomam, smalkajos terminos iepinot visu tā, ka neko nevar saprast!*** *Kurš tās lasīs!? Neviens reāli strādājošais tās nav izlasījis. Tikai funkcionāri, laiku īsinādami. Tajā nevar iedziļināties un to nevar izpildīt, jo tu nezini, ko pildīt. Kur ir problēma uztaisīt kodolīgu, īsu un saprotamu likumu, ko vismaz cilvēki izlasīs un arī ievēros.* ***Nepārtrauktās izmaiņas ir izmisums vienkārši.*** (ĢĀ, reģions)

Pētījuma rezultātā secināms, ka 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. Proti, ģimenes ārsti un feldšeri (vai

pašvaldības) regulāri saņem informāciju no kontrolējošām un uzraugošajām institūcijām par izmaiņām prasībās. Taču šī informācija tiekot 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. Ārsta palīgi intervijās izteica priekšlikumu, ka obligāto tālākizglītības tēmu vidū, ja tādas tiek saglabātas, nepieciešams iekļaut aktuālā tiesiskā regulējuma apskatu, informējot ārstniecības personas par jaunākajām izmaiņām, spēkā esošajām prasībām, kā arī sniedzot rekomendācijas šo prasību izpildei. Tādējādi tiktu novērsts arī atšķirīgas normatīvo aktu interpretācijas risks un mazināts neatbilstību skaits dažādu prasību, t.sk, medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtošanā.

Problēma: laika trūkums medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtošanai.
Ņemot vērā kopējo medicīniskās dokumentācijas apjomu, īpaši to, kas attiecas uz informāciju par pacientiem un veiktajām manipulācijām, ģimenes ārsti uzsvēra laika trūkumu šīs funkcijas izpildei. Pacientu pieņemšanas laikā tiek fiksēta tikai pati svarīgākā informācija, bet tās detalizēts izklāsts atbilstoši normatīvajām prasībām tiek sagatavots vēlāk. Feldšeriem laika trūkuma problēma nav tik aktuāla kā ģimenes ārstiem, tā kā salīdzinājumā ar ģimenes ārstiem viņiem ir mazāks apmeklētāju skaits, kā arī samazināts atļauto manipulāciju un ārstniecības darbību apjoms. Neraugoties uz to, arī ārsta palīgi atzina, ka medicīnisko ierakstu kārtošana prasa papildu laika resursus un ne vienmēr tie tiek sakārtoti brīdī, kad tiek veikta attiecīgā darbība (piemēram, vakcinācija). Ģimenes ārsti, kā liecina intervijās iegūtie dati, rīkojas dažādi, lai risinātu laika trūkuma problēmu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtošanai (sk. arī 7.2.1. logu):

- medicīniskās dokumentācijas kārtošana tiek īstenota pēc pamata darba laika (t.i. pēc pieņemšanas, ja neseko mājas vizītes; darba dienas beigās darba vietā vai brīvdienās mājās);
- medicīniskās dokumentācijas lietvedības funkciju izpildē tiek izmantotas specializētās datorprogrammas;
- medicīniskās dokumentācijas lietvedības funkcijas tiek deleģētas citiem ģimenes ārsta prakses darbiniekiem – māsām un ārsta palīgiem.

7.2.1. logs. Medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtošanas prakses piemēri

Mums vajadzētu kādu atsevišķu dienu vai kādas stundas dienā dokumentiem, jo ar tiem ir daudz jāstrādā. Mums ir jāformē visādi veidi – invaliditātes, uz dārziņu, uz skolu. Visur ir jāformē dokumentus, un tā ir diezgan liela rakstīšana. Lai noformētu invaliditāti, man vajag divas stundas vismaz, jo man ir jāizlasa visus izrakstus no slimnīcas, rekomendācijas. Tur ir tik daudz dokumentus jānoformē, ka man ir jāsēž visu vakaru. Nav laika dokumentiem. Papīrdarbs īpaši neatmaksājas. Es nesaku, ka es par to gribu dabūt lielu naudu, bet drusku vieglāk kaut ko varētu. (pediatrs, Rīga)

(..) māsām ambulatoro talonu pildīšana - ambulatorie pacientu taloni. Čeku grāmatiņā – ieraksts čeku grāmatiņā. Tad man paliek pacienta ambulatorā kartiņa, receptes, recepšu galvas māsa saraksta visas, teiksim, medikamentu es jau rakstu. (..) Visi nosūtījumi uz analīzēm pie speciālistiem, galvas- vārdu, uzvārdu māsa saraksta, tad jau visu pārējo pēc tam es sarakstu. Dienas beigās tie visi žurnāli – recepšu žurnāli jāaizpilda, to tad māsa aizpilda. (..) Ambulatorajā pacienta grāmatiņā es jau tikai tādus atslēgas vārdus ierakstu priekš sevis pieņemšanas laikā. Visa tālākā sarakstīšana notiek pēc pieņemšanas, vai vispār sestdienās, svētdienās. To dienas laikā nevar paspēt sarakstīt. (ĢĀ, reģions)

Es arī to līdz galam nezinu. Es zinu, ka man kartiņā ir kaut kas jāieraksta, jāaizpilda galīgo diagnožu lapu, potēšanas pasi. To es arī cenšos darīt. Mums ir arī žurnāli, bet pārsvarā tam visam seko māsiņa. (..) Pie tam finansiālā atskaite iet uz VID un NVD. Viņi savā starpā nevar dabūt tos datus? Īstenībā ar vienu atskaiti man nodarbojas viena māsiņa, ar otru tie, kas nenodarbojas ar medicīnu. Es pati neko nerakstu. Es rakstu tikai kartiņas un runājos ar cilvēkiem. Visu, kas ir nepieciešams ar visām apdrošināšanas kompānijām un visu, to visu dara tikai māsiņa vai grāmatvedis. (ĢĀ, Rīga)

Pacienta sūdzības uzreiz. Pie ārsta objektīvās, svarīgākās detaļas uzreiz, atlikums, kad sanāk pēc tam. Recepšu daļējs sākums ir pie manīm, pabeidz, visu sakārto māsas tās vājprāta vietas n-tās, kur viņas visu saraksta. Nosūtījumos ir tāpat. Pie ārsta minimālā medicīniskā informācija, pamata un pārējā apstrāde pie māsiņas notiek. Ne tikai dublējas, tas laiku prasa. Katru reizi rakstīt tos pašus nosūtījumus. Vienkāršota atbilde – laiks. (ĢĀ, Rīga)

(..) ja cilvēkam ir kaut kas neatliekams, piemēram, tā pati, kā es saku hipertoniska krīze, kas mums visbiežāk ir, vispirms es iešu pie pacienta, izdarīšu viņam visu vajadzīgo, un pēc tam, protams, (..) es varu tālāk darīt un rakstīt, (..) ko es

viņam darīju, un tad es varu aizpildīt ambulatoro karti. Protams, ka viņš te nesēdēs un negaidīs. (pašvaldības finansēts FP)

Izvērtējot augstāk uzskaitītās prakses, jāsecina, ka tās atsevišķos aspektos pārkāpj tiesiskā regulējuma prasības, kas, savukārt, liecina par administratīvo slogu medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtošanā (sk. arī 7.2.2. sadaļu). Viena no šādām pētījumā konstatētajām problēmām, kas izriet no laika trūkuma dokumentācijas prasību izpildei, ģimenes ārstu mērķa grupā ir medicīniskās dokumentācijas lietvedības funkciju deleģēšana māsām.

<u>Problēma</u>: medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtošanas funkciju deleģēšana māsām un ārsta palīgiem, kas rada ierobežojumus šo ārstniecības personu grupu profesionālā potenciāla izmantošanai.

Māsu un ārsta palīgu pamatuzdevumos, „pildot ģimenes ārsta uzdotos uzdevumus slimību diagnostikā, ārstēšanā un profilaksē", ietilpst pienākums „dokumentēt veikto veselības aprūpi medicīniskajā un uzskaites dokumentācijā" (19.12.2006.MK noteikumu Nr. 1046, 15. pielikums, 1.10. punkts). Taču šāds formulējums skaidri nedefinē, vai šis pienākums attiecas uz ģimenes ārsta veikto aprūpi, ārsta palīga vai māsas patstāvīgi veikto aprūpi vai visu minēto ārstniecības personu darbību dokumentāciju. 04.04.2006. MK noteikumos Nr. 265 „Ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtība" noteikts, ka „ierakstus, kurus medicīniskajos dokumentos veic ārstniecības personas, kas nav ārsti, nosaka ārstniecības iestādes iekšējās kārtības noteikumos" (27. punkts). Tas nozīmē, ka ģimenes ārstiem ir tiesības noteikt, kādus medicīniskos ierakstus par ārsta darbībām veic māsa vai ārsta palīgs. Kaut arī tiesiskais regulējums neaizliedz izmantot māsu un ārsta palīgu resursus medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtošanai, svarīgi pievērst uzmanību šo ārstniecības personu profesionālā potenciāla izmantošanas ierobežojumiem, ko rada šādu lietvedības funkciju izpilde. Kā atsevišķs šīs problēmas aspekts jāmin tas, ka māsas daudzkārt pilda arī reģistratora funkcijas ģimenes ārsta praksē, kaut gan šo funkciju izpildei ģimenes ārstiem ir iespēja saņemt piemaksu 160,00 LVL apmērā (19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046, 12. pielikums, 17. punkts). Ģimenes ārstam, uzņemoties medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības pienākumus pilnā apmērā, savukārt būtiski tiek samazināts ārstniecībai atvēlētais laiks, kā rezultātā cieš sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte un pieaug pacientu neapmierinātība ar ģimenes ārstu darbu. Praksē novērojams, ka virkni medicīnisko ierakstu ģimenes ārsti veic kopā ar māsām vai ārsta palīgiem, šie uzdevumi tiek sadalīti, mutiski par to vienojoties. Piemēram, ārsta palīgs vai māsa ieraksta dokumentā pamatdatus par pacientu, bet ārsts – specifisko informāciju, kas attiecas uz diagnozēm, terapiju utt.; vai arī ārsts veic pirmreizējo ierakstu par noteiktu manipulāciju vai darbību vienā dokumentā, bet māsa attiecīgo ierakstu veic pārējos saistošajos dokumentos (piemēram, vakcinācijas žurnālā, recepšu žurnālā u.tml.). Medicīniskos ierakstus, kurus veikuši citi darbinieki, parasti paraksta ģimenes ārsti, uzņemoties arī atbildību gan par veiktajām darbībām, gan par ierakstu patiesumu.

Problēmas risinājums, lai gan ģimenes ārsti, gan māsas un ārsta palīgi varētu vairāk laika veltīt pacientiem un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai, ir, pirmkārt, kopējās medicīniskās un uzskaites dokumentācijas samazināšana (sk. sekojošās sadaļas par iespējamiem samazinājumiem dažādās dokumentu grupās). Otrkārt, palielināt viena pacienta pieņemšanas laiku tādā apmērā, lai atbildīgās ārstniecības personas spētu gan sniegt veselības aprūpes pakalpojumus, gan izpildīt lietvedības prasības. Šis ieteikums ir jāskata kompleksi ar ieteikumiem par ģimenes ārsta darba laika organizēšanas kārtību, ļaujot ģimenes ārstiem pašiem brīvāk noteikt pacientu pieņemšanas laiku un tā sadalījumu (sk. 4.2.4. sadaļu). Treškārt, aprēķinot šo ārstniecības personu slodzi, aprēķina kārtībā ieteicams ieviest medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības darba apjoma koeficientu atbilstoši reģistrēto pacientu (ģimenes ārstu gadījumā) vai apmeklētāju (feldšeru gadījumā) skaitam, tādējādi kopējā atalgojuma aprēķinā iekļaujot arī lietvedības darba samaksu.

7.2.2. Specializēto datorprogrammu lietošana medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības funkciju izpildei

Latvijā nav veikts apsekojums par to, cik daudz ģimenes ārstu izmanto specializētās datorprogrammas (piemēram, *Profdoc, Smart Medical, DataMed, Ārsta birojs* u.c.), tāpēc nav iespējams izdarīt vispārinājumus par šādu praksi, kas ietekmē medicīniskās dokumentācijas un uzskaites lietvedības darbu. Ģimenes ārsti, kas savā darbā izmanto specializētās datorprogrammas šādām vajadzībām, uzskata, ka tas ievērojami atvieglo viņu darbu un samazina kopējos nepieciešamos laika resursus šo funkciju izpildei, īpaši ierakstiem ambulatoro pacientu medicīniskajās kartēs, recepšu izrakstīšanai, nosūtījumu sagatavošanai, darba nespējas lapu sagatavošanai u.c. medicīnisko ierakstu veikšanai. Ir vērojama tendence, ka specializētās datorprogrammas plašāk izmanto tie ģimenes ārsti, kas strādā lielākās ārstniecības iestādēs, kurās ir izveidota gan iekšējā informācijas apmaiņas sistēma, gan arī ir pieejams plašāks dažādu programmu klāsts un to lietošanai nepieciešamais tehniskais aprīkojums.

<u>Problēmas</u>: pastāv vairāki ierobežojumi specializēto datorprogrammu izmantošanai – ierobežota interneta pieejamība, atbilstošu zināšanu un prasmju trūkums, dažādu informācijas datu bāzu nesavietojamība, personas datu aizsardzības noteikumu ievērošana.
Pastāv vairāki faktori, kas ierobežo specializēto datorprogrammu lietošanu ģimenes ārstu un feldšeru darbā. Pirmkārt, īpaši lauku teritorijās izvietotajās praksēs un feldšerpunktos joprojām nav pieejams internets un atbilstošs tehniskais aprīkojums (dators un printeris, kas ir pieejams ārsta vai feldšera kabinetā), lai gan 20.01.2009. MK noteikumu Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" 18. punktā ir noteikta prasība, ka ārstniecības iestādē ir pieejamas informācijas tehnoloģijas ar atbilstošu interneta pieslēgumu un programmatūru, kas nodrošina pacientu datu uzglabāšanu un apstrādi, ievērojot informācijas pieejamības ierobežojumus. Izplatīta ir situācija, ka internets ārstniecības personai ir pieejams mājās vai pagasta pārvaldē vai bibliotēkā, attiecīgi atskaites un informācija, kas jāiesniedz kontrolējošām vai uzraugošajām institūcijām tiek nosūtītas nevis no ārstniecības personas darba vietas, bet citas vietas. Tas savukārt liedz, piemēram, izmantot programmu datu bāzes iesniedzamās informācijas sagatavošanai. Bez tam, kā atzina vairāki intervētie feldšeri, lauku teritorijās būtisks risks datorizācijai ir regulārie elektrības padeves traucējumi. Interneta pieejamības un tehniskā nodrošinājuma ierobežojumi jāvērtē kā vērā ņemams riska faktors sekmīgai e-veselības sistēmas ieviešanai valstī.

Otrkārt, primārās veselības aprūpes personālam daudzkārt trūkst nepieciešamo zināšanu un prasmju, kā šīs programmas var efektīvi izmantot. Iespējams, tieši zināšanu un prasmju trūkums ir pamatā viedoklim, ka specializēto datorprogrammu pielietošana tikai sarežģī ārstniecības personas darbu, tā prasa papildu laiku, nevis otrādi – atvieglo darbu un samazina nepieciešamos laika resursus medicīnisko ierakstu un uzskaites veikšanai.

Treškārt, kā atsevišķa problēma ir dažādu datorprogrammu nesavietojamība ar citām datu bāzēm gan ārstniecības iestādē, gan starp dažādām ārstniecības iestādēm vai veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kā arī kopējo veselības informācijas sistēmu. Ne visas pieejamās datorprogrammas pilnībā apmierina ārstu vajadzības, tāpēc ir gadījumi, kad viens ģimenes ārsts izmanto vairākas programmas. Specializēto datorprogrammu pielietošanas kontekstā ģimenes ārsti aktualizēja jautājumu par nepieciešamību nodrošināt datorprogrammu savietojamību ar citām veselības aprūpes sistēmā esošām informācijas datu bāzēm, pamatojot e-veselības sistēmas ieviešanas lietederību, kas būtiski uzlabotu informācijas apmaiņu starp dažādām ārstniecības iestādēm un speciālistiem, kas aprūpē vienu un to pašu pacientu.

Ceturtkārt, vērtējot specializēto datorprogrammu lietošanas ierobežojumus medicīniskās dokumentācijas un uzskaites lietvedību funkciju izpildes atvieglošanai, ģimenes ārsti atzina, ka nevēlas izmantot specializētās datorprogrammas, jo to izmantošana ir saistīta ar personas datu aizsardzības noteikumu ievērošanu, kas daudzos gadījumos ģimenes ārstiem nav pilnībā saprotami un kuru ievērošana radot papildu darbu, tādējādi palielinot ikdienas darba slodzi.

<u>Problēma</u>: datorprogrammu izmantošana, no vienas puses, atvieglo ārstniecības personu darbu, no otras puses, esošās prasības liek dublēt elektroniskos dokumentus papīra formā.
Ģimenes ārsti, kas jau šobrīd ir motivēti izmantot specializētās datorprogrammas, ir apguvuši tam vajadzīgās zināšanas un prasmes, kā arī atbalsta pēc iespējas ātrāku e-veselības sistēmas ieviešanu, uzskata, ka problemātisks ir jautājums par to, ka liela daļa medicīniskās dokumentācijas ir jādublē gan elektroniski, gan papīra formā. Šādā situācijā daļa ārstu nesaskata datorizācijas efektivitāti, lai gan principā to atbalsta. Tajā pašā laikā ģimenes ārstu vidū pastāv viedoklis, ka ir ļoti svarīgi nodrošināt, ka atsevišķi medicīniskie dokumenti un tajos fiksējamie ieraksti tiek saglabāti abos formātos – elektroniski un papīra formā. Dažādos intervēto ģimenes ārstu viedokļus šajā jautājumā sk. 7.2.2. logā.

7.2.2. logs. Ģimenes ārstu viedokļi par medicīniskās dokumentācijas lietvedību elektroniski un papīra formā.

Tā ir vakardiena. Tam visam [papīra dokumentiem] *vajadzētu aiziet prom. Ja tas serveris stāvēs valsts kontrolē, ja datu informācija stāvēs valsts kontrolē, ja būs nodalīti personu dati un sensitīvie dati, (..), ja būs pieeja, tikai autorizējoties ģimenes ārstam, tad jau viss būs labi. Lai jebkurš ieejot sistēmā to nevarētu izsūkt. (..) Nevis tā kā visi kopā, nosūc un tad palaiž internetā, un visi zina, kas ar ko slimo. Tā tas nedrīkstētu būt. Ja tas būs tā uztaisīts, ka tas ir nodalīts un tās informācijas nav sabāžamas kopā, tad viss būs labi. Igaunijā tā ir. Dakteris ieliek savu karti, autorizējas un tikai tad visi dati saiet kopā. Un tikai par saviem pacientiem.* ***Tam visam vajadzētu izgaist. Tiem taloniem, atskaitēm. Visam būtu jānotiek automātiski***. (ĢĀ, reģions)

Ģimenes ārstam ir jāveic ieraksti ambulatorajā kartē. Es centos to rakstīt datorā, bet tas ir diezgan darbietilpīgi, jo katram pacientam viss ir jāievada no nulles. ***Man nepatīk šobrīd tas, ka man neviens neļauj to darīt tikai datorā. To man neaizliedz, bet man pēc likuma tas ir jāizprintē, jāizgriež un jāielīmē***. (ĢĀ, reģions)

Tagad ir situācija, ka ***tie, kas nodarbojas ar datorizēto uzskaiti, viņiem viss jāizdrukā papīra formātā un tas ir pilnīgi nonsenss*** [no angļu valodas vārda *nonsense*: bezjēdzība] ***– tam nav jēgas***. *Ja ir tā e-veselība, tad tai ir jāaizvieto šīs funkcijas. Piemēram, es domāju, ka kartiņas jau ir vakardiena. Valstij ir jāuzņemas funkcija, ka tā šo datu bāzi spēj uzturēt. Informatīvai videi ir jābūt pietiekoši sakārtotai, lai tā visas šīs funkcijas pārņemtu. Nevar būt, ka tagad es strādāju ar datoru ar e-medicīnu un atkal būs jāpilda atskaites. Nevar būt tā, ka es strādāju ar datoru un vēl rakstu žurnālu. E-veselībai reāli ir jābūt tādai, ka tu piesēdies pie datora un tā informatīvā vide nodrošina visas atskaites.* (ĢĀ, reģions)

Visu, kas attiecas konkrēti uz manu pacientu, man ir datu bāzē. (..) Man datorsistēma saglabā arī to, ko un kurā brīdī es katram pacientam esmu izrakstījusi, kādus nosūtījumus un receptes. Rentgena uzņēmumus un sonogrāfijas es arī tur varu mierīgi redzēt, nav nekādu problēmu. Ja pat arī pazūd papīra kartiņas, es to informāciju varu atrast datorā. Protams, mēdz būt tā, ka datorsistēmas „uzkaras", tad attiecīgi papīra kartiņas glābj mūs. Var būt arī tāda situācija, kad prakses pāriet no vienas programmas uz citu, nepārnesot datus. Tad arī papīra kartiņas mūs glābj. (ĢĀ, Rīga, maksas)

Ņemot vērā ģimenes ārstu sniegtos viedokļus, ieteicams izvērtēt, pirmkārt, kura veida medicīniskā dokumentācija būtu obligāti jāpilda papīra formā un kura drīkst būt tikai elektroniski; otrkārt, 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.

7.2.3. Medicīniskā dokumentācija, kas rada administratīvo slogu

Šajā sadaļā ir apkopoti ģimenes ārstu un feldšeru viedokļi par medicīnisko dokumentāciju, kas viņu ikdienas darbā rada administratīvo slogu – tie ir dokumenti, kas minēto ārstniecības personu grupu vērtējumā (a) dublē citos medicīniskajos dokumentos fiksēto informāciju, (b) ir formāli vai lieki, jo to reālais pielietojums ārstniecības personu profesionālajā praksē nav pamatots vai saprotams.

Problēma: ambulatorā pacienta medicīniskās kartes struktūra, aizpildīšanas un glabāšanas noteikumi.
Ambulatorā pacienta medicīnisko karti (veidlapa nr. 025/u) ģimenes ārsti un feldšeri uzskata par vienu no svarīgākajiem medicīniskajiem dokumentiem, kas satur informāciju par pacientu. Daloties savā praktiskajā pieredzē par šī dokumenta aizpildīšanu, respondenti identificēja vairākus problemātiskus aspektus, kas, viņuprāt, sarežģī primārās veselības aprūpes personāla darbu (piemērus no intervijām sk. 7.2.3.a. logā).

7.2.3.a. logs. Pacientu ambulatorās kartes aizpildīšana.

***Kartiņas** jau visvairāk nomoka, jo tur ir jābūt pilnam ierakstam, jo tās var pacelt jebkurš augšā – apdrošināšana, inspekcija.* (ĢĀ, Rīga, maksas)

*(..) **kartiņu man ir jāaizpilda tā, lai to varētu izlasīt kontrolējošais ārsts**. Pati sev es rakstītu savādāk, lai man ietu ātrāk un vairāk laika paliktu sarunai ar pacientu. Tagad man vajag visu izlasāmi sarakstīt, jo mani var sodīt arī par rokrakstu.* (ĢĀ, reģions)

*Kad būs e-veselība, tad būs jāraksta vēl tur, jo neviens jau kartiņas vēl nav atcēlis. Es pat nestādos priekšā, kam tad vispār būs ambulatorās kartiņas. Tad visticamāk tu sadrukāsi, izprintēsi un līmēsi kartiņā, jo tām arī ir jābūt. Nav neviens teicis, ka tās drīkst aizvietot ar e-medicīnu. **Tas arī uzreiz ir dubults darbs – klikšķini, kopē ārā un līmē iekšā.*** (ĢĀ, Rīga, maksas)

*(..) **kartiņu man ir jāaizpilda tā, lai to varētu izlasīt kontrolējošais ārsts**. Pati sev es rakstītu savādāk, lai man ietu ātrāk un vairāk laika paliktu sarunai ar pacientu. Tagad man vajag visu izlasāmi sarakstīt, jo mani var sodīt arī par rokrakstu.* (ĢĀ, reģions)

*(..) tā lapa vispār nav vajadzīga. Pirmkārt, ja tas pacients atnāk, tad mēs jau varam šķirstīt tās diagnozes, bet lielākā daļa no tām ir saaukstēšanās. Tās būtiskās lietas, kas ar pacientu ir bijušas, tās vienmēr paliek viņam prātā. Ja mēs strādājam ar pacientu, tad pirmā informācija, ko mēs ievācam, ir tas, ar ko viņš ir slimojis. Tur vajag aizpildīt alerģijas, ja ir bijušas operācijas vai sarežģījumi, lai mums ir priekšstats par to, ka pacientam to un to nevar. Piemēram, ja ir sāpes vēderā, tad mēs zinām, ka žultsakmeņi viņam nevar būt, jo žultspūslis jau ir izņemts. Bet tai lapai nevajadzētu būt. Nav jau tā, ka ārstam būtu slinkums pacelt pildspalvu, sēdēt un rakstīt, bet, ja tev ir jāsaraksta to par kādiem pieciem gadiem, tad tas ir pusstundas darbs, kurā galīgi neietilpst nekas par pacienta ārstēšanu. Es nesaku, ka papīrus vispār nevajag, bet tā **diagnožu lapa īpaši informatīva nav**.* (ĢĀ, Rīga, maksas)

Pirmkārt, kā problemtātisks tiek vērtēts apkopojums. 04.04.2006. MK noteikumos Nr. 265 „Ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtība" noteikts, ka viena no ambulatorās ārstniecības iestādes medicīnisko ierakstu sastāvdaļām ir apkopojums, kas satur šādu informāciju: „galīgā diagnoze, ziņas par iepriekš pārciestajām slimībām (arī infekcijas slimībām) un traumām (pēc pacienta vārdiem), zināmās svarīgākās ķirurģiskās un invazīvās procedūras; zināmās nelabvēlīgās un alerģiskās reakcijas; ziņas par medikamentiem, kas lietojami regulāri" (17.- 17.5. punkts). Apkopojums atrodas ambulatorā pacienta medicīniskās kartes sākumā un tiek regulāri papildināts pēc pacientu apmeklējuma (18. punkts). VI veiktajās kontrolēs 154 ģimenes ārstu praksēs laika posmā no 2011. gada oktobra līdz 2012. gada martam 33 gadījumos tika konstatētas „B" līmeņa neatbilstības šīs normas – apkopojums ir aizpildīts un satur visu nepieciešamo informāciju – izpildē. Paši ģimenes ārsti šīs nomas ievērošanu uzskata par apgrūtinošu, jo, viņuprāt, informācija par pacientu tiek dublēta – medicīniskais ieraksts tiek veikts gan ambulatorā pacienta medicīniskās kartes veidlapas formā (signālatzīmju daļa), gan apkopojumā, kas ir kartes sastāvdaļa. Ģimenes ārstu ieteikums ir izvērtēt nepieciešamību galīgo diagnožu apkopojuma lapā

fiksēt pilnīgi visas pacientu diagnozes, atsakoties, piemēram, no katras respiratorās slimības (saaukstēšanās) reģistrēšanas apkopojumā, bet rakstīt tikai nozīmīgākās diagnozes.

Otrkārt, vairāki ģimenes ārsti atzina, ka šobrīd ambulatorajā kartē par katru pacienta pieņemšanu ir jāfiksē ļoti liels informācijas apjoms. Atsevišķi respondenti norādīja, ka veids, kādā viņi šobrīd raksta ambulatorās kartes, ir vairāk paredzēts kontrolējošo ārstu vajadzībām. Savām vajadzībām viņi kartes aizpildītu citādā formātā, kas ļautu vairāk laika veltīt tiešajam kontaktam ar pacientu. Tāpēc ģimenes ārsti vēlas, lai tiktu izvērtēta tā informācija, kas ir jāieraksta ambulatorajā kartē katrā pacienta pieņemšanas reizē, īpaši hronisko slimību pacientu gadījumos, kad vienas un tās pašas informācijas atkārtošana ir novērojama katrā pacienta pieņemšanas reizē. Šeit gan jānorada, ka normatīvais akts jau šobrīd nosaka, ka „diagnozi vai stāvokļa novērtējumu nav nepieciešams norādīt atkārtoti vienas un tās pašas ārstēšanas laikā" (18. punkts). Tas nozīmē, ka ģimenes ārstiem ne vienmēr ir skaidras viņiem saistošās prasības par medicīniskajiem ierakstiem ambulatoro pacientu medicīniskajās kartēs. Tāpat daži ģimenes ārsti pauda neizpratni par VI inspektoru aizrādījumiem par saīsinājumu un diagnožu kodu lietošanu ambulatorajās kartēs, lai gan normatīvais akts neaizliedz lietot simbolus un saīsinājumus, taču to var darīt tikai tad, ja tas ir paredzēts ārstniecības iestādes iekšējās kārtības noteikumos (04.04.2006. MK noteikumi Nr. 265, 27. punkts).

Treškārt, ģimenes ārsti intervijās problematizēja ambulatoro pacientu medicīnisko karšu aizpildīšanu e-veselības sistēmas ieviešanas kontekstā. Šis ir viens no dokumentiem, kam, pēc ģimenes ārstu domām, būtu jābūt arī papīra formā, taču tad zūdot e-veselības sistēmas ideja – samazināt papīra dokumentācijas apjomu un atvieglot ārstniecības personas darbu. Šeit ieteicams ņemt vērā ieteikumu diferencēt elektroniski un papīra formā fiksējamās informācijas apjomu tajos dokumentos, kas ir saglabājami abos formātos, atstājot ģimenes ārsta izvēlei, vai visa informācija tiek dublēta (piemēram, ievadīta elektroniski, izdrukāta un ielīmēta ambulatorajā kartē) vai papīra formā tiek fiksēti tikai paši nozīmīgākie dati par pacientu un ārstēšanas procesu. Jāuzsver, ka ambulatorā pacienta medicīniskā karte papīra formā var būt nozīmīgs kontroles dokuments sistēmā, kad lielākā daļa medicīniskās un uzskaites dokumentācija tiktu sagatavota elektroniski (sk. arī 8.2.3. sadaļu).

<u>Problēma</u>: vakcinācijas dokumentācija, kas paredz katras vakcinācijas reģistrēšanu četros dažādos dokumentos.

Ģimenes ārstu un feldšeru vērtējumā tieši vakcinācijas dokumentācija ir tā, kur pastāv vislielākā informācijas atkārtošanās (ne tikai dublēšanās). Vakcinācijas veikšanas dokumentēšanu nosaka gan 26.09.2000. MK noteikumi Nr. 330 „Vakcinācijas noteikumi", definējot „ārstniecības personas pienākumu „aizpildīt medicīnisko dokumentāciju atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajai ārstniecības iestāžu medicīniskās dokumentācijas lietvedības kārtībai un ierakstīt potēšanas pasē vakcīnas nosaukumu, vakcinēšanas datumu, vakcīnas sēriju un ievadīto daudzumu, ievadīšanas veidu (..)" (27. - 27.1. punkts). 04.04.2006. MK noteikumi Nr. 265 „Ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtība" ietver šādas ar vakcinācijas veikšanu saistītas veidlapas: profilaktiskās potēšanas karte (veidlapa Nr. 063/u) un profilaktiskās potēšanas uzskaites žurnāls (veidlapa Nr. 064/u) (61., 26. pielikums). Vakcinācijas veikšana ārstniecības personai ir jāieraksta arī ambulatorā pacienta medicīniskajā kartē. Tas nozīmē, ka kopumā vakcinācijas veikšana ir medicīnisko ierakstu formā ir jāfiksē vismaz četros dažādos dokumentos – potēšanas pasē, ambulatorā pacienta medicīniskajā kartē, profilaktiskās potēšanas kartē un profilaktiskās potēšanas uzskaites žurnālā. Turklāt par vakcinācijas veikšanu ir jāaizpilda arī ambulatorā pacienta talons.

7.2.3.b. logs. Primārās veselības aprūpes personāla viedokļi par vakcinācijas dokumentēšanu.

Mēs vakcināciju fiksējam kartiņā, žurnālā, potēšanas kartē un potēšanas pasē. ***Viena vakcīna, bet jāraksta četrās vietās. Vakcinācijas žurnālu varētu likvidēt****, lai ir tikai potēšanas karte un pacienta kartiņa, bet tas viss ir ar likumu.* (jauns ĢĀ, Rīga)

Potes man ir jāieraksta šajā kartē, pošu kartē, tad ir vienam otram nāk pašam tā privātā karte, un tad vēl ir žurnāls. (..) varbūt, ka var kaut kā rakstīt vienā vietā vai kā, nevis tur tik daudzās vietās. (pediatrs, Rīga)

(..) mēs veicam profilaktiskās potes, aprakstam, ka pacientam nekas nekaiš, ka viņam drīkst veikt vakcināciju. Pēc tam vēl ir tāda potēšanas karte, kur jāraksta, k ievadīts tad un tad, tāda un tāda, gadi un vecums utt. Un vēl ir žurnāls, kur jāatzīmē potes, un vēl ir procedūru žurnāls, kur, piemēram, māsiņa šodien veica intramuskulāru injekciju, vakcināciju, tur intravenozo injekciju utt. Sanāk tā, kad viens, divi, trīs, četrās vietās jāraksta viena pote. (ĢĀ, reģions)

Ārstniecības personu vērtējumā nepieciešams samazināt šīs dokumentācijas apjomu un 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). Intervijās izskanēja arī iebildumi pret potēšanas kartes (veidlapa Nr.063/u) formu, kurā ir nepietiekami daudz vietas atvēlēts vakcinācijas kalendārā iekļautajām vakcīnām, kas apgrūtina nepieciešamās informācijas ierakstu veikšanu atbilstoši vajadzībām un prasībām.

<u>Problēma</u>: medicīniskie dokumenti, kas ģimenes ārstu un feldšeru vērtējumā ir formāli un lieki.

Kaut arī medicīniskās dokumentācijas apjoms tiek pakāpeniski samazināts, tas joprojām saglabājas diezgan liels. Daļa no tā tiek vērtēta kā lieka. Pirmā lieko dokumentu grupa, ko intervijās minēja ģimenes ārsti un feldšeri, ir medicīniskās uzskaites reģistrācijas žurnāli – parasto recepšu uzskaites žurnāls, nederīgo recepšu veidlapu un recepšu reģistrācijas žurnāls, profilaktiskās potēšanas uzskaites žurnāls, mājas vizīšu žurnāls, darbnespējas lapu reģistrācijas žurnāls, procedūru uzskaites žurnāls. Galvenais ārstniecības personu arguments ir tas, ka viņi nesaskata citas šo žurnālu pielietojuma vajadzības, kā tikai to, ka tie ir jāuzrāda VI (šeit gan jāpiebilst, ka par atsevišķiem dokumentiem respondentu viedokļu dalās, piemēram, tā tas ir par darba nespējas lapu uzskaites reģistrācijas žurnālu, kuru daļa ģimenes ārstu tomēr atzīst par vajadzīgu). Otrs pētījuma dalībnieku arguments, ka augstāk uzskaitītie dokumenti nav vajadzīgi, ir tas, ka visa žurnālos reģistrējamā informācija ir jānorāda arī ambulatorā pacienta medicīniskajā kartiņā, un līdz ar to notiek informācijas dublēšana.

Izvērtējot šo problēmu no spēkā esošā tiesiskā regulējuma perspektīvas, jāņem vērā divi būtiski aspekti. Pirmkārt, ir secināms, ka ģimenes ārsti nespēj izsekot visām izmaiņām tiesiskajā regulējumā, jo intervijās kā atceļamus viņi ir minējuši dokumentus, kas jau ir atcelti un svītroti no obligātajām prasībām. Piemēram, „Ārstniecības personu mājas vizīšu reģistrācijas žurnāls" (04.04.2006. MK noteikumi Nr. 265, 52. pielikums) ir svītrots no MK noteikumiem 15.04.2008. ar MK noteikumiem Nr. 269. Tiesiskais regulējums nenosaka arī prasību vest parasto recepšu uzskaites reģistrācijas žurnālu.

Otrkārt, daļā gadījumu ir nepieciešams precizēt normatīvajos aktos lietotos formulējumus. Piemēram, 08.03.2005. MK noteikumi Nr. 175 „Recepšu veidlapu izgatavošanas un uzglabāšanas, kā arī recepšu izrakstīšanas noteikumi" nosaka, ka „ārstniecības iestādes vadītājs nodrošina un ir atbildīgs par recepšu veidlapu glabāšanu, uzskaiti un izsniegšanu ārstniecības personām, kas strādā attiecīgajā ārstniecības iestādē, kā arī par to neizlietoto īpašo recepšu uzskaiti, uzglabāšanu un iznīcināšanu, kas saskaņā ar šo noteikumu 25. punktu saņemtas atpakaļ no pacientiem (turpmāk – neizlietota recepte), un no aprites izņemto recepšu veidlapu uzskaiti un nodošanu centram, sastādot par to nodošanas aktu" (10. punkts). Šo noteikumu 11. punkts nosaka prasību veikt īpašo recepšu uzskaiti reģistrācijas žurnālā un 17. punkts – bojāto vai nederīgo recepšu uzskaiti reģistrācijas žurnālā. Taču 10. punkta formulējums skaidri nenosaka, ir vai nav jāveic parasto recepšu uzskaite, veicot ierakstus parasto recepšu reģistrācijas žurnālā. Rezultātā daļa ģimenes ārstu un feldšeru

joprojām veic parasto recepšu uzskaiti, izdarot par to ierakstus atsevišķā reģistrācijas žurnālā, daļa – neveic. Kāds ģimenes ārsts atzina, ka ne tikai viņš, bet arī viņam zināmie ģimenes ārsti praksē neievēro prasību par bojāto un nederīgo recepšu uzskaiti un tās reģistrāciju atsevišķā žurnālā, jo prasības, kas noteiktas 24. punktā, ir pārāk sarežģītas un laikietilpīgas. Tās paredz, ka ir nepieciešams izveidot komisiju, kuras klātbūtnē nederīgās recepšu veidlapas tiek iznīcinātas, ir jāsastāda akts divos eksemplāros par šo darbību un viens eksemplārs jānosūta VI. Tāpēc ģimenes ārsti apejot šo prasību un neuzskaitot kļūdaini uzrakstītās receptes, kas turklāt esot arī samērā reti.

Lai risinātu problēmu par formālajiem un liekajiem medicīniskajiem dokumentiem primārajā veselības aprūpes jomā, ir nepieciešami vairāki soļi. Pirmkārt, pētījums parāda, ka ir svarīgi celt ārstniecības personu informētības līmeni par viņām izvirzītajām prasībām medicīniskajai dokumentācijai un atbilstošo normatīvo aktu aktualizāciju. Otrkārt, ir ieteicams izvērtēt iespēju atteikties no atlikušajiem reģistrācijas žurnāliem (potēšanas reģistrācijas žurnāls, 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. Treškārt, 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.

7.2.3.c. logs. Liekā medicīniskā dokumentācija – ģimenes ārstu un feldšeru viedokļi

To papīru, ko prasa ir ļoti daudz. Es domāju, kam tas viss vispār ir vajadzīgs. ***Katru kustību, ko tu dari pierakstīt.*** *Visam ir jābūt. Protams, man viss papīros ir sakārtots. Tāpat māsiņa uzvelk cimdus, izvēdina telpas, ja ir gripas slimnieks. Mēs visu to darām. Kāpēc tas vēl ir jāpieraksta? Tādi nevajadzīgi sīkumi.* (ĢĀ, reģions)

Tad vēl ir ***roku apstrādes metodika****. Parasti tās kaut kur uzkarina un tās karājas, jo viņiem tā vajag, bet vai tad ārsts nezina, kā rokas ir jāmazgā. Es tagad uzkāršu un viņš savādāk tagad mazgās. (..) Visi mediķi zina, kā rokas ir jāapstrādā. Ir daudz sīku lietu, kas ir pašsaprotamas, bet tām ir jābūt uz papīra. Dārziņā var bērnus mācīt rokas mazgāt, bet ne jau ārstus.* (ĢĀ, Rīga, maksas)

Kas attiecas uz parastajām receptēm, tad kādēļ tās būtu šausmīgi jāuzskaita, jo tāpat parastās receptes ir nodalītas no īpašajām receptēm, ar kurām izraksta nopietnus medikamentus un narkotiskās vielas. Tās tiešām ir vērts uzskaitīt un pierakstīt visus medikamentus, kurus tu izraksti, bet parastās receptes? Piemēram, tas pats antibiotiķis vai pretiekaisuma līdzeklis ir recepšu medikaments, bet kāds pamatojums ir uzskaitīt šo recepti? Es varbūt nesaprotu, kāpēc tas ir jāuzskaita? ***Tu jau nevari izrakstīt ne miega līdzekli, ne narkotisko līdzekli, ne stipru pretsāpju līdzekli uz parastās receptes, jo tie ir tādi preparāti, kas ir toksiski, kas pacientam lielās devās var nodarīt pāri. Tad ir skaidrs, kāpēc šīs receptes tiešām vajadzētu uzskaitīt, bet pārējās receptes?*** *Es nezinu, ko cilvēks var sliktu izdarīt ar antibiotiķiem? Nu, sadzerties 10 kārbiņas ar antibiotiķiem!? Nezinu, kāpēc tas būtu jāuzskaita. Tas, manuprāt, ir lieki.* (ĢĀ, Rīga, maksas)

Vienu brīdi mums bija tādas ***ārsta apmeklējumu lapas****, ļoti ērti bija viņas rakstīt. (..) nebija tie n-tie žurnāli. (..) ļoti laba forma bija, tad es tur vienā lapā rakstīju visu dienas darbu. (..) 0393-U forma, apmeklējuma, mājas vizīšu uzskaites lapa. Ļoti ērta, laba bija. Mēs rakstījām datumiņu un mēs tajā lapiņā visu rakstījām, vienalga – procedūra, pote, mājas apmeklējums, patronāža. Te vienkārši bija visa tā uzskaite, protams, to no lapiņas visu mēs ierakstījām ambulatorajā kartiņā vai bērnu kartiņā. Tagad atkal šīs lapas ir noņemtas, šī veidlapa bija ļoti ērta. (..) Problemātiskākais ir, piemēram, procedūru žurnāls, mājas apmeklējumu žurnāls un pieņemšanas žurnāls. Teiksim, tad es to pacientu rakstu ambulatorajā žurnālā, tad es to pacientu rakstu procedūru žurnālā (..), jau dublējas. Pēc tam es rakstu statistikai nodot pacienta talonu, atkal es to pašu rakstu.* (NVD finansēts FP)

To papīrdarbu vajag kaut kā samazināt. ***Pamatā ir ambulatorā karte, kas jau ir no senseniem laikiem, kurā ir viss, ir ielīmēti visi izmeklējumi, analīzes un ieraksti.*** *Tajā visu ieraksta gan ārsts, gan es, ja ārsta nav uz vietas. Ko vēl vajag? Es uzskatu, ka ar to pietiek. Kāpēc vēl vajag dublēt to kaut kur?* (NVD finansēts FP)

Man nebija tāds kuriozs papīrs, ko es daru tajā brīdī, ja man saplīst ledusskapis. Tagad man tas papīrs ir uzrakstīts un smuki ielikts žurnāliņā, ka es savas vakcīnas tūlīt aizvedu uz (..) centrālo slimnīcu uz lielo ledusskapi. Bet, ja tas notiek vakarā un es nemaz nezinu, ka te nav elektrība, ko tad , lai es daru – es uzdevu tādu jautājumu. Man nemācēja atbildēt. (pašvaldības finansēts FP)

Otrā lieko dokumentu grupu primārās veselības aprūpes personāla vērtējumā ir **dokumenti, kuros tiek aprakstītas noteiktas ārstniecības personu darbības**. Tās ir darbības, piemēram, kuru dokumentēšanas prasības izriet no 11.07.2006. MK noteikumos Nr. 574 „Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē" definētajām prasībām ārstniecības iestādes higiēniskā un pretepidēmiskā plāna saturam (3.-3.1.9. punkts). Visbiežāk respondenti par liekām uzskata sekojošas šī plāna sadaļas: roku apstrādes metodika (3.1.2. punkts, 11.-14. punkts); individuālo aizsarglīdzekļu lietošana atbilstoši procedūrai (manipulācijai) (3.1.3. punkts); veļas šķirošana un marķēšana, veļas maiņas biežums (3.1.5. punkts); rīcības plāns gripas epidēmijas gadījumā (saskaņā ar 21.11.2006. MK noteikumu Nr. 948 "Noteikumi par gripas pretepidēmijas pasākumiem" 5.-5.7. punktu). Formāli respondentu vērtējumā ir arī telpu tīrīšanas un dezinfekcijas plāns (11.07.2006. MK noteikumi Nr. 574, 7.-10. punkts); neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanas kārtība (20.01.2009. MK noteikumi Nr. 60, 14. punkts); pasākumu plāns elektroapgādes pārtraukuma vai ledusskapja bojājuma gadījumā (26.09.2000. MK noteikumi Nr. 330, 18.[1] punkts). Šo dokumentu sagatavošanai ģimenes ārsti un feldšeri, kas strādā patstāvīgi, izmanto savu kolēģu izstrādāto dokumentu paraugus, kurus pirms tam VI savās kontrolēs ir atzinusi par atbilstošiem. Savukārt ģimenes ārstiem, kas ir darbinieki lielākās ārstniecības iestādēs, visas nepieciešamās instrukcijas un darbības plānus sagatavo centralizēti ārstniecības iestāde, kas ļauj būtiski ietaupīt ģimenes ārstu un māsu laiku.

Intervētie ģimenes ārsti un feldšeri neapšauba augstāk minēto darbību nepieciešamību, iebildumi ir pret šo darbību veikšanas dokumentēšanu instrukcijās un plānos, kas praksē netiek lietoti, bet tikai uzrādīti VI inspektoriem ārstniecības iestādes kontroles laikā. Tajā pašā laikā pastāv arī viedoklis, ka šāda dokumentācija ir nepieciešama, jo ne visas ārstniecības personas atbildīgi izturas pret šāda veida prasību ievērošanu savā darbībā.

<u>Problēma</u>: ārstniecības iestādes darbības organizācijas lietvedības dokumenti (galvenokārt feldšerpuntkos), kas ārstniecības personu vērtējumā ir lieki un formāli.
Līdzās medicīniskajiem dokumentiem, kas tiek uzskatīti par liekiem, ir vēl viena dokumentu grupa, kuru sagatavošana ir saistoša ārstniecības iestāžu vadītājiem – tie ir dažādi **rīkojumi, ar kuriem tiek norīkota atbildīgā persona par noteiktu darbību veikšanu ārstniecības iestādē**. Kā piemērus var minēt šādus dokumentus: rīkojums par atbildīgo personu par higiēniskā un pretepidēmiskā plāna ieviešanu (20.01.2009. MK noteikumi Nr. 574, 3.1., 3.1.1.-3.1.8.punkts), rīkojums par atbildīgo darbinieku, kas organizē medicīnisko ierīču sterilizācijas procesu (3.4. punkts), rīkojums par atbildīgo personu zāļu, spirta aprites kārtības ievērošanai (27.03.2007. MK noteikumi Nr. 220, 31.05.2005. MK noteikumi Nr. 377). Formālas šīs prasības ir tajos gadījumos, kad ārstniecības iestādē reāli strādā tikai viens cilvēks, kā tas visbiežāk ir feldšerpunktu gadījumā. Teju visās intervijās feldšeri uzsvēra šo rīkojumu formālo saturu, jo, no vienas puses, viņi kā ārstniecības personas un ārstniecības iestādes vadītāji ir atbildīgi par konkrēto darbību veikšanu vai prasību ievērošanu, no otras puses, viņiem pašiem sevi ir jānorīko šo darbību izpildei (sk. 7.2.3.d. logu).

7.2.3.d. logs. Feldšeru viedoklis par rīkojumiem dažādu darbību veikšanai ārstniecības iestādē

(..) bija jāraksta rīkojumi, ko es arī tā ka uzskatu, ka tas ir lieki, jo es šeit tiešām esmu viena, vienīgā persona vadītāja un izpildītāja, bet nu man it kā sevi bija jānorīko kad es esmu atbildīga par to neatliekamās medicīnas neatliekamiem medikamentiem. (pašvaldības finansēts FP)

(..) kas tur bija absurds, tur bija daždien dažādi rīkojumi absurdi. Es rīkoju sevi rīkoties, man ir amata apraksts, man ir darba pienākumi, viss tas ir zināms, nē, vēl man bakstīja ar pirkstu, rīkoties ar to un šito. Kurš gan cits rīkosies? Kas vispār apspriežams, ja tur ir viens darbinieks? (..) Amerikāņi nebrauks, tātad paši. (pašvaldības finansēts FP)

(..) neredzu tam jēgu, ka viņš man ir uzlikts uz tā papīra. Vai tiem neatliekamās palīdzības algoritmiem. Ja nu kaut kas notiks, vai es pie tā papīra skriešu, ja man tai galvā nebūs, tad diez vai man tas papīrs palīdzēs. Es tā domāju. Vai tad es tagad meklēšu tās mapes un tagad pētīšu tos algoritmus, es nezinu. (pašvaldības finansēts FP)

Problēmas risinājums ir tiesiskā regulējuma līmenī noteikt, ka, pirmkārt, gadījumos, kad ambulatorajā ārstniecības iestādē strādā viena ārstniecības persona (ārsta palīgs), 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. Līdzīgi ieteicams rīkoties ģimenes ārstu (pašnodarbināto personu) gadījumā, kad ģimenes ārsts vienlaikus ir ārstniecības iestādes vadītājs. Ieteicams noteikt, ka visas tās darbības un prasības, par kurām ģimenes ārsts ir atbildīgs kā ārstniecības iestādes vadītājs, ir jāiekļauj ģimenes ārsta amata aprakstā.

7.3. Sekundārās veselības aprūpes dokumentācija

7.3.1. Pacientu dokumentu kārtošana un uzglabāšana

Līdzīgi kā primārās veselības aprūpes speciālistiem, arī sekundārajā veselības aprūpē pacientu dokumentu kārtošana un tajā nepieciešamā detalizācijas pakāpe apgrūtina ārstniecības personu darbu. Stacionāro pakalpojumu sniedzēji ir atraduši dažādus risinājumus, lai samazinātu laiku, kas ārstam ir jāpavada, kārtojot pacienta slimības vēsturi, un lai nodrošinātu pacienta dokumentos veikto ierakstu kvalitāti. Savukārt sekundāro ambulatoro pakalpojumu sniedzējiem (ārstiem speciālistiem) iespējas nodrošināt šādus papildu resursus nav, tāpēc visbiežāk minētā problēma ir ārstu speciālistu pieņemšanas īsais laiks (15 – 20 minūtes), ko nosaka līgums ar NVD par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Ārsti norāda, ka tik īsā laikā uzklausīt pacientu, veikt nepieciešamās manipulācijas un aizpildīt visus pacienta dokumentus nav iespējams, tāpēc pacientu slimības vēstures tiek rakstītas pēc pieņemšanas beigām vai pat ārsta mājās. Visbiežāk nepietiekamo viena pacienta pieņemšanai atvēlēto laiku minēja ginekoloģijā, narkoloģijā un psihiatrijā specializējušies ārsti.

7.3.1.a. logs. Pacientu dokumentu aizpildīšanas prakse un to radītais administratīvais slogs

Kartiņas ir kartiņas. Tur nekas nav mainījies. Ja parādīsies e-medicīna, tad blakus vēl parādīsies dators un 20 minūtēs iekļauties nebūs iespējams. Tad būs kā ārzemēs, kur ārsts acis pacientam neuzmet un pirkstu nepieliek. Visu saraksta datorā un viss! Mums būs tāpat vismaz valsts praksēs, kur pacientam nav atvēlēta stunda, bet 15-20 minūtes. Tehnoloģijām ir jāiet uz priekšu, man nav iebildumu, bet tad valsts prakse ir jāorganizē savādāk. (ārsts speciālists, Rīga)

Ambulatora karti mēs kaut kādi tur noteikumi, es, protams, zinu, bet kā mēs tur viņus pildām vai rakstām, kā mākam, tā rakstām, neviens nekontrolē. Droši vien atnāks kontrole, dabūsim atkal pa mizu, jo viņu prasības ir ļoti smalkas, ļoti precīzi jāraksta, un tas nav fiziski izdarāms, kā viņi grib, lai mēs rakstītu ambulatorās kartiņas. Es jau, protams, cenšos rakstīt maksimāli labi, bet laika nav tik daudz, lai tā smuki salasāmā rokrakstā sarakstītu, visu smalki, smalki atrunātu. (ārsts speciālists, reģions)

Nedaudz varētu pārskatīt ierakstus ambulatorajās kartēs, ja, piemēram, nemainās diagnoze. Uz šo brīdi ir prasība, ka katru reizi, pēc katra ieraksta ir jābūt diagnozei ierakstītai. Te varētu būt, ka varētu šifrēti rakstīt diagnozes, kā ir pēc klasifikatora. Te, man liekas, ir diezgan liela dubultošanās. (..) Samazināt to informācijas daudzumu, kas ir vajadzīgs ambulatorajā kartiņā, lai nerakstītu vienkārši rakstīšanas dēļ. (ārsts speciālists, Rīga)

Un medicīniskajās veidlapās bieži vien ir tā, ka pašai svarīgākajai lietai, kas ir, piemēram, kaut vai šī te diagnoze, tur ir visādas muļķības pietiekami daudz, kuras ir jāatķeksē un jāparaksta, bet diagnozi nav kur ierakstīt. Ir atstāta cilvēkam varbūt diagnoze ir šitāda [rāda]*, bet tur atstāts ir diagnozei tā, ka sīkiem burtiņiem knapi kaut kur var iespiest.* (stacionārs, Rīga)

Ārsti speciālisti norāda, ka ļoti sarežģīta ir ārzemnieku pieņemšana, jo ir jāatpazīst liels skaits dokumentu, kas apliecina tiesības saņemt medicīnisko palīdzību, vai arī no NVD jāpieprasa EVAK aizvietojošais sertifikāts – šie dokumenti un personu apliecinoša dokumenta dati ir jānokopē, dati ir

jāievada vienotajā informācijas sistēmā (VIS) par ES un Ekonomiskās zonas dalībvalstu un Šveices iedzīvotājiem, kas par pakalpojumiem norēķinājušies ar personīgajiem līdzekļiem, medicīniskās uzskaites dokumentā norādot maksātāju.

Administratīvo slogu ārstiem speciālistiem vai papildu grūtības rada arī ģimenes ārstu nepareizi noformēti nosūtījumi. Tā rezultātā pakalpojumu nevar sniegt kā valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu. Ārstiem rehabilitologiem ir uzdots izsniegt pacienta nosūtījumu uz rehabilitācijas iestādi, kā rezultātā var rasties konflikta situācijas ar pacientu, ja ārsts speciālists piedāvā alternatīvas rehabilitācijas iespējas, grūtības rada arī normatīvo aktu prasība pacientu aprūpi īstenot noteiktā kārtībā, taču ārsts nevar piespiest pacientu sekot viņa rekomendācijām (sk. piemērus 7.3.1.b. logā).

7.3.1.b. logs. No normatīvajām prasību ievērošanas izrietošas pacientu aprūpes grūtības – piemēri

Attiecībā uz grūtniecēm es jūtu, ka viņi bauda, vai grūtnieci ir redzējis ģimenes ārsts. Tas jau ir tā varbūt formāli, jo īstenībā nevar jau piespiest otru cilvēku aiziet pie otra ārsta. Un kaut kādus termiņus uzlikt vēl arī ir nepamatoti. Līdz ar to man bija, ka grūtnieču kartēs nebija, ka nav šo te ģimenes ārstu ieraksti, bet tas nav tik vienkārši. Ja grūtniece ir vesela, tad tas ir formāls piegājiens. Es, protams, varu runāt un motivēt viņu aiziet pie ģimenes ārsta, bet, ja grūtniecei šis ārsts kādā ziņā nav viegli sasniedzams, tad ir diezgan grūti reālajā dzīvē to noorganizēt. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Rehabilitācijas centrs ņem pretī pacientu tikai ar ārsta rehabilitologa nosūtījumu. (..) Mums ir divi ārsti rehabilitologi, tieši priekš tam ārsts rehabilitologs sēž un strādā savā ārstniecības iestādē, ka jebkurš ārsts pie viņa var atsūtīt [pacientu]*, un tālāk ārsts rehabilitologs pasaka: „Es varu strādāt ar Jums šeit." (..) Tas ir normāls rehabilitācijas ārsta konsultatīvais darbs. Tajā pašā laikā, ja rehabilitācijas ārsta darbs pārvēršas par to, ka neiroķirurgs ir izoperējis mugurkaulu, uzrakstījis: „Nepieciešama rehabilitācija Vaivaros," bet, lai Vaivaros tiktu iekšā, pacientam jānāk pie rehabilitotloga. (..) Bet es zinu, ka Vaivaros ir divu mēnešu rinda. „Ar Jūsu problēmu, ja Jūs varētu nākt uzsākt risināt Jūsu problēmu pie mums no rītdienas." „Nē, mans ārstējošais ārsts teica, ka man ir jābrauc uz Vaivariem, piešķiriet man ceļazīmi uz Vaivariem." Man vajag* [sniegt] *to nosūtījumu. Es varbūt viņu izmeklēju un saku: „Jums nav funkcionālu traucējumu". „Ar kādām tiesībām Jūs apstrīdat mana operējošā profesora viedokli." Ja šis profesors sūtītu uz Vaivariem pa taisno un Vaivaros pacients top izmeklēts, un Vaivaros speciālists saka: „Apsveicu, Jūs esat vesels.", tad konfliktsituācija varbūt zināmā mērā atrisinās. Šinī brīdī es* [rehabilitologs] *esmu ielikts kā nosacītais starpnieks, kuram vienkārši jāparaksta vai jāuzraksta papīrs, lai cilvēks varētu izpildīt to, ko cits ārsts ir…* [uzdevis]. *(..) Tas ir varbūt vienīgais tāds tizlais papīrītis, kurš joprojām brīžiem traucē.* (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Arī ģimenes ārsti neraksta nosūtījumus, brīzam viņš uzraksta talonu un iedod līdzi, bet ne norīkojumu, bet talonu. Vienu brīdi es tos talonus vienkārši izmantoju kā talonus, un pēc tam sanāca, ka tas norīkojums ies pa naudu – tad es kopēju viņus un līmēju iekšā vēsturē, ka tas ir tas norīkojums saucamais, bet forma pavisam cita, tā būtu jābūt, lai nebūtu problēmas. (ārsts speciālists, reģions)

7.3.2. Uzskaites žurnāli un citi lietvedības dokumenti

Ņemot vērā sekundārās veselības aprūpes organizācijas specifiku (paralēli darbojas mazas konsultatīvas ārstu speciālistu prakses un lielas ambulatorās vai stacionārās iestādes), aptaujātie nosauca salīdzinoši maz grūtību, kas rodas, izpildot normatīvo aktu prasības – ārstu speciālistu praksēs uzskaites žurnāli u.c. dokumenti jālieto samērā maz, savukārt stacionāro pakalpojumu sniedzēji šīs grūtības risina, lietojot datorizētas uzskaites sistēmas un nozīmējot par tām atbildīgās personas. Tādējādi attiecībā uz sekundāro veselības aprūpi un zobārstniecību var nosaukt trīs faktorus, kas rada administratīvo slogu. Pirmkārt, tā ir dažādos uzskaites žurnālos ierakstītās informācijas dublēšanās, otrkārt, sterilizēšanas procesa norises dokumentēšanai aizpildāmo dokumentu daudzums, un, treškārt, informācijas trūkums par grozījumiem normatīvajā regulējumā, kas nosaka nepieciešamību kārtot noteikta veida uzskaites žurnālus (sk. piemērus 7.3.2. logā).

7.3.2. logs. Uzskaites žurnāli un citu lietvedības dokumentu kārtošana – administratīvā sloga piemēri

Slimnīcā pacientu aprūpē ir viens, otrs, trešais un vēl ceturtais žurnāls. Brīžiem tu nesaproti, kur ir pacients? To visu žurnālu ieviešanu acīmredzot ir pieprasījusi Veselības inspekcija, vadoties no kādiem noteikumiem. Iedomājieties, kad mēs uzņemam grūtnieci, lai sarakstītu grūtniecei vēsturi, vajag vienu stundu! Labi, ja tas ir dzemdību sākums, bet, ja

tur jau ir izstumšanas periods, tad tur viss paliek, viņa jau piedzemdē un tad tikai sāk to visu rakstīt. Līdz ar to, jābūt kaut kādai optimizācijai. No kaut kā vajag atteikties, kaut ko vajag elektroniski. (ārsts speciālists, reģions, maksas)

Katrs sevi cienošs dakteris saprot, ka viņš arī pats jebkurā brīdī var iesēsties krēslā un tai infekcijas kontrolei ir jābūt. (..) Bet, ja visu pako tajos maisiņos, kā mēs pakojam, un katru reizi autoklāvējam un tos laikus pierakstām, tad tur vēl visi indikatori ir jālīmē, viss ir jāpārlīmē, viss ir jāpieraksta – cikos ir autoklāvēts, cikos ir darīts. Man arī liekas, ka tas ir bišķīt pārspīlēti. Tur drusku varētu vienkāršot. Man liekas, ka tas ir bišķīt par daudz, jo visur ir jābūt pieliktiem tiem papīriem, cik, kāds ir šķīdums, cik ilgi viņš tiek turēts šķīdumā. Mēs katru dienu strādājam, mēs visu to zinām, kam man tur līmēt klāt katru dienu jaunu uzlīmīti, ka man tur ir jātur 30 minūtes. Visi to zina, pilnīgi visi to zina. Tas ir vairāk vajadzīgs... [Veselības inspekcijai]. (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, Rīga, maksas)

Par tām īpašām receptēm es īsti nesapratu, vai viņas tiešām ir – laikam likums bija tāds, ka visas īpašas receptes izrakstīšana bija jāreģistrē žurnālā, bet es sapratu, ka kolēģis teica, ka tas ir – ka atsaukts tas likums, ka nevajag reģistrēt katru izrakstīto recepti. (..) Kartiņā ierakstīts, ka izrakstīts medikaments, kompensējamais medikaments, un tāda un tāda numura recepte, un to es vairāk nerakstu. Jo man teica, ka tas esot atcelts, jo to nevar izdarīt [receptes ierakstīšana žurnālā, izņemot speciālās receptes]. (ārsts speciālists, reģions)

7.3.3. Aizpildīšanai neērtie dokumenti vai veidlapas

Dažādu jomu ārsti speciālisti, komentējot dokumentus, kas viņiem jāaizpilda ārstniecības procesa ietvaros, nosauc vairākus dokumentus vai veidlapas, kuru aizpildīšana, viņuprāt, nav ērta, vai kuru izstrādes laikā nav atvēlēta vieta noteiktas informācijas ierakstīšanai, kas pašam ārstam šķiet būtiska. Kā aizpildīšanai neērtus dokumentus visbiežāk ārsti speciālisti pieminēja izraksta no ambulatorā pacienta medicīniskās kartes formu, dokumentus, kas saistīti ar grūtniecības novērošanu, mātes pasi, kā arī recepšu veidlapas (sk. piemērus, kas attiecīgajās veidlapās nav pārdomāts un ērts aizpildīšanai 7.3.3. logā). Papildus šīm problēmām, pēc ārstu domām, administratīvo slogu rada biežās veidlapu izmaiņas, savukārt spēkā esošo veidlapu lietošanu kontrolē VI. Ja ārsts praksē nelieto aktuālo veidlapas versiju, viņam var rasties problēmsituācijas ar VI.

7.3.3. logs. Aizpildīšanai neērtie dokumenti un veidlapas – piemēri no ārstu prakses

Ir kaut kādas veidlapas, kas ir izveidotas tā kā ir obligātas, kur nav iespējams ierakstīt datus, mēs viņas veidojam paši. Tās ir tā sauktās temperatūras kādas, tur ordināciju lapas vai kā, protokoli, kas ir it kā pielikumi. (stacionārs, Rīga)

Nosūtīšanas uz izmeklēšanām – tur daudz dažādas blankas jātaisa, mainās. Tikko pierod pie kaut kādas vienas formas, tad atkal parādās cita forma, varbūt pat ne tik adekvāta, cik bija iepriekšējā. Un tādā ziņā blankas, ja nāk nākošais, tad kaut ko groza, bet ne visai labi, tas ir viens. (ārsts speciālists, reģions)

(..) formā 027 – izraksti no ambulatorās kartes. Tur apakšā praktiski nav, kur uzrakstīt diagnozi. Tur ir vienos tādos kvadrātiņos. Vajadzētu tur atstāt kārtīgu laukumu. It kā ir diagnozes šifri, bet, ja mums ir jāuzraksta pamatdiagnoze, blakusdiagnoze un komplikācijas, tad būtībā tas viss jau praksē uzreiz netiek šifrēts kvadrātiņos. (..) Tur ir jāraksta visam pāri, un vēl vietas neiznāk. Tagad mums tādas tās formas ir. (ārsts speciālists, reģions, maksas)

Ļoti nepārdomāta ir mātes pase, kas grūtniecei paliek uz rokām. Tur ir nepārdomāts tas, ka pēc dzemdībām bērnu dakteris izņem savu lapu, bet man nepaliek nekāda informācija, kā tas bērns ir dzimis. Ja tā ir grūtniece, kas atkārtoti nāk pie manis uzskaitē, tad es jau viņu atceros un paceļu savu grūtnieču karti, bet viņas mātes pasē, izņemot viņas personas datus un nelielo ieskicējumu, kādas ir bijušas vainas iepriekšējā grūtniecībā, man nav absolūti nekādas informācijas, kādas ir bijušas dzemdības. Līdz ar to tas ir formāls dokuments, kuram klīniska nozīme nav pilnīgi nekāda. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Mēs strādājam ar divu formātu grūtnieču kartēm. Viens ir ļoti neveiksmīgs, jo tur ir tikai dažu vizīšu skaits, kas pēc MK noteikumiem, nemaz tik maz vizītes nedrīkst būt. Dažkārt tīri intuitīvi liekas, cik bieži to grūtnieci vajag skatīties, jo ir jau grūtnieces, kuras ir jāskata biežāk, nekā mums nosaka MK. Bet ir grūtnieces, kuras varētu novērot arī retāk. Un līdz ar to, ja viss labi beidzas, tad nav jau nekādu problēmu, jo īsti tādas kontroles nav, kas skatās, vai viņa nāca reizi mēnesī vai reizi piecās nedēļās. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Pašas recepšu blankas ir zem katras kritikas ar visu to izkārtojumu. Nav kur ierakstīt, kāpēc es vispār rakstu to recepti. Ja zāļu nosaukums sastāv no diviem vārdiem, tad to nav iespējams uzrakstīt tajā paredzētajā laukumiņā. Tajā pašā laikā, ja runājam par parasto zilo recepti, tai kreisā stūrī ir brīvs laukums. Būtu stipri jāpārdomā recepšu forma. Tas kaitina. Uz parastās receptes varētu divus zāļu nosaukumus rakstīt, kā tas bija agrāk – tas būtu ļoti ērti. (..) Galvenais, lai mēs varētu divus zāļu nosaukumus rakstīt tai laukumiņā vienu zem otra. Lai mums būtu tas atļauts. Bet mums tas

receptes iekārtojums ir galīgi aplams. Mēs nevaram sākt no lapas kreisā stūra, kur viss laukumiņš pieder mums. Arī, lai uzrakstītu garāku zāļu nosaukumu, man ir jātaisa ar pārnesumu un tad tie miligrami kaut kur jāiespiež. Tas ir ļoti neērts dizains. (ārsts speciālists, reģions, maksas)

Lai gan daļa iepriekš minēto 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 būtu jāturpina ieviest attiecībā uz vairumu dokumentu.

7.3.4. Reģistru aizpildīšana

Administratīvo slogu sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem rada nepieciešamība ievadīt pacientu datus dažādos reģistros. To nosaka 15.09.2008. MK noteikumi Nr. 746 „Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība". Atbilstoši ārstu specialitātēm aptaujātie pieminēja kardioloģisko, onkoloģisko, narkoloģisko, psihiatrisko, cukura diabēta pacientu reģistru un traumu reģistru. Visbiežāk kā administratīvo slogu radošs tikai pieminēts traumu reģistrs, tad onkoloģisko, narkoloģisko un psihiatrisko pacientu reģistri. Citu reģistru aizpildīšanu ārsti speciālisti par apgrūtinošu neuzskatīja.

Galvenās grūtības, ar kurām sastopas ārstniecības personas, aizpildot reģistru, ir to detalizācijas pakāpe (it sevišķi traumu reģistra aizpildīšanai), informācijas dublēšanās (reģistrā un ambulatorā vai stacionārā kartē), darbinieku kompetences trūkums (piemēram, ja reģistru aizpildīšanā tiek iesaistīts iestādes personāls bez atbilstošās izglītības ārstniecībā), informācijas trūkums, cik bieži ir jāatjauno dati reģistrā (piemēram, narkoloģisko pacientu gadījumā), pacientu informācijas pieejamības ierobežojumi (ja ierakstu veicis cits ārsts speciālists).

<u>Problēma</u>: reģistrā ievadāmās informācijas augstā detalizācijas pakāpe.
Saistībā ar reģistrā ievadāmās informācijas augsto detalizācijas pakāpi visbiežāk tiek pieminēts traumu reģistrs. Ārstniecības personas demonstrē, ka drukātā veidā viena traumu reģistra karte (vienam pacientam) ir aptuveni trīs vai četras lapas gara. Šī karte ir jāaizpilda un jāievada elektroniskajā traumu reģistra datu bāzē. Reģistrā ievadāmās detalizācijas pakāpes dēļ tas kļūst par laikietilpīgu procesu. Ārstniecības personas norāda, ka viņiem nav skaidrs iemesls, kāpēc nepieciešami tik detalizēti dati, un ka augstās detalizācijas pakāpes dēļ (un arī visas informācijas noskaidrošanas laikietilpīguma dēļ) reģistrā ievadītie dati ir nepilnīgi un var būt arī nekvalitatīvi. Turklāt aptaujātie arī neredz atgriezenisko saiti – datu analīzi, uz to balstītu rīcības plānu vai tamlīdzīgu dokumentu izstrādi.

<u>Problēma</u>: reģistrā ievadāmās informācijas dublēšanās.
Ārsti speciālisti norāda, ka reģistrā tiek vēlreiz ievadīti dati, kas fiksēti pacienta ambulatorajā vai stacionārajā kartē. Ja reģistrā jāievada tikai pamatdati – pacientu identificējoša informācija un diagnoze, tad šāda neliela dublēšanās ir pieļaujama informācijas pārskatāmības un nozīmīguma dēļ. Tāpēc vienīgais no reģistriem, kurā ievadāmā informācija ar pacientu kartēs atrodamo informāciju dublējās pārāk daudz, no ārstniecības personu viedokļa, ir traumu reģistrs. Aptaujātie iesaka samazināt un vienkāršot traumu reģistrā ievadāmās informācijas daudzumu, saglabājot tikai galvenos parametrus.

7.3.4.a. logs. Reģistrā ievadāmās informācijas augstā detalizācija un dublēšanās – traumu reģistra piemērs

Kad mēs pievienojamies ES, tad ES sāka pētīt, kā rodas traumas, kā no viņām varētu izvairīties utt. Neskatoties uz mūsu ļoti mazajiem cilvēku resursiem un milzīgo aizņemtību, par katru, kas ir paklupis, nokritis, stabā ieskrējis utt., ir jāaizpilda trīs traumu reģistra lapas. Gandrīz tā kā prokuratūras izmeklētājam. (..) ***Un jautājumi ir tādi, ka cilvēkam nav laika ārstēt. Vai cilvēks ir aizķēries ar labo vai kreiso kāju, un vai ķeblītis ir pats skrējis pretī!? Vai tas bija pamatpriekšmets, palīgpriekšmets vai dūre, kas skrēja, vai pats uzskrēja uz neapgaismotu kulaku? Nu, apmēram tādā smalkumā.*** *Tur vispār var pārsmieties, to lasot. Tam traumatologam jau tā nav laika.* (stacionārs, reģions)

Tās pašas traumu kartes, kas ir traumējies to var atrast arī stacionāra kartēs. *(..) Vai otrreiz būtu jāpārraksta tas pats, kas jau ir? Es uzskatu, kad optimāli būtu papildināt ar kaut kādu detalizēto daļu, nevis sākt visu no sākuma, kas jau ir atrodams ar diagnožu kodiem un tamlīdzīgām lietām. Tas ir tā starp resoriem, kas ir šobrīd starp dažādiem dienestiem – Slimību profilakses un kontroles un Nacionālo veselības dienestu.* (stacionārs, reģions)

Tas ir ļoti pārspīlēts, es esmu skatījusies veselības organizācijas mājas lapā, neviens tik, tik krimināli nevērtē traumas. *Velosipēda traumas, moto traumas, auto traumas, aviācijas traumas, slīkšana un tādas lietas. Rupjos vilcienos. Ne jau ar ko žņaugts, kur slīcis? Piemājas dīķi, jūrā, nu. Nu, kam to visu? Tam sadalījumam vajadzēja būt gluži vienkāršam un rupjam, un tad arī tas reģistrs darbotos, ja viņu būtu vienkārši izpildīt. Nevis viņš ir uz cikām lappusēm, smalkiem burtiņiem. Viss ir jāatķeksē, nu, nu kam to. (..) Un, ja visu to gribētu pacientam izjautāt, tad jau paietu es nezinu, cik stundas. Nu, kam tas viss ir vajadzīgs? Tādos sīkumos.* (stacionārs, reģions)

Mums ir jāpilda arī traumu reģistrs, kura informāciju arī daļēji varētu iegūt no tās pašas vadības informācijas sistēmas. *Reģistrs ir pilnīgi nodalīts, kas nozīmē, ka mums atkal ir jāvada pilnīgi jaunā un nesaistītā sistēmā.* (stacionārs, Rīga)

<u>Problēma</u>: darbinieku zināšanu vai kompetences trūkums reģistra datu aizpildīšanai.

Lai atslogotu ārstu darbu, daļā ārstniecības iestāžu informācijas ievadīšana reģistros tiek uzticēta atbalsta personālam, kuram nav iegūta izglītība kādā ārstniecības specialitātē, piemēram, statistiķiem, reģistratoriem u.tml. Tomēr veikt minētās funkcijas šim personālam var traucēt reģistrā ievadāmās informācijas komplicētība, piemēram, onkoloģiskajā reģistrā ir jāievada tāda rakstura informācija, ko spēj veikt tikai onkologs. Neskatoties uz to, ka atbalsta personālam nav atbilstošu zināšanu, reģistra aizpildīšana tomēr ir viņu uzdevums, kas nozīmē, ka ievadītā informācijas var būt neprecīza. Lai uzlabotu šādu specifisku reģistru informācijas kvalitāti, iespējams, ir nepieciešama attiecīgā personāla īsa apmācība visā Latvijā, kas vienlaikus nodrošinātu vienādu izpratni par ievadāmajiem datiem.

7.3.4.b. logs. Darbinieku zināšanu vai kompetences trūkums reģistra datu aizpildīšanai – onkoloģiskā reģistra piemērs

Onkoloģisko pacientu reģistru, agrāk to uzturēja valsts, tagad tas ir jāaizpilda katram ārstam, tur viņiem jāapmācās šinī sistēmā, online reģistrācijas sistēmā, un tā gan bija problēma tāpēc, ka tas prasīja laiku. Tas prasīja laiku, un to valsts no reģistra uzturētāja pleciem pārlikusi uz slimnīcas pleciem. Mēs tur arī uzdevām vēl rīkojumu par to, kā tur katram ārstam tas ir jāievada, bet tam tāpat statistikā ir jākontrolē, interesanti, kā viņiem tagad ar to iet. (..) ***Pašlaik tā sistēma saveidota tā, ja to nedara ārsts, tad tas statistiķis to īsti nevar izdarīt.*** *Tas tāds jautājums, vai tas ir labi vai nē, jo ārstam vienkārši jāārstē, un viņi vienmēr izvēlēsies starp divām lietām – vai aizpildīt kādu reģistru vai kaut ko izārstēt – izārstēšanu.* (stacionārs, Rīga)

Onkoloģiskais reģistrs ir pietiekoši sarežģīts, ka tur tikai onkologs viņu aizpilda, tāda mums ir tā kārtība, un labi, ka mums tāds onkologs ir. Viņš var aizpildīt to, to reģistru. Pietiekoši sarežģīts viņš ir. Priekš viena parasta ārsta, kurš varbūt neizprot tās stadijas un kā viņi izvērtē to gadījumu. Jā, es atradu plaušu, tad es tā arī varētu ziņot tam – es atradu rentgenoloģiski plaušu vēzi. Bet tur taču uzreiz ir arī uz, man liekas, uz četrām lappusēm viss tas ir. Nu, tur ir jābūt speciālistam, lai to aizpildītu tomēr. Ir jābūt onkoloģijas speciālistam, tāds katrs nav. Un varbūt arī tieši tāpēc tie reģistri buksē, ka viņi ir pārmēru sarežģīti. (stacionārs, reģions)

<u>Problēma</u>: informācijas trūkums par vēlamo reģistra datu atjaunošanas biežumu.

Ārsti, kuri ārstē hroniskas saslimšanas un ievada savu pacientu informāciju atbilstošās datu bāzēs, mēdz norādīt, ka viņiem nav informācijas, cik bieži informācija par pacientu ir jāatjauno. Kā šādas

situācijas piemērs tiek minēts narkoloģisko pacientu reģistrs, kura uzturētāji prasa ārstam atjaunot informāciju vai noņemt pacientu no uzskaites. Savukārt ārsti nav informēti, cik bieži vēlams atjaunot datus, un uzskata, ka situācijās, ja pacienta diagnoze nemainās, nekādi papildu ieraksti reģistrā nebūtu jāveic. Informācijas ievadīšanu ar mērķi, lai tā tiktu aktualizēta, nemainot nekādus datus par pacienta stāvokli, ārsti speciālisti uzskata par nelietderīgu.

7.3.4.c. logs. Informācijas un izpratnes trūkums par vēlamo reģistra datu atjaunošanas biežumu – narkoloģiskā reģistra piemērs

Nav skaidrs, kā darīt ar pacientu – vai katru reizi tur vadīt informāciju; viņi tur mums pasaka visu laiku, ka kaut ko jāaktualizē – cik bieži, ko jāaktualizē? Ja man pacients nāk katru mēnesi, es neiešu par viņu katru mēnesi vadīt datus – viņš man tur ir, diagnoze tur ir. Vai viņš mani apmeklē vai neapmeklē – es to redzu pēc kartiņas. Ja viņi grib, lai es to vēl darītu, tad es vispār tur sēdēt tikai tajā PREDā [narkoloģisko pacientu reģistrā] *un nepārtraukti man to visu vien jādara – es nevaru to izdarīt. Es viņu* [pacientu] *reģistrēju, mēs pa jaunu uzlikām to diagnozi, vai diagnoze mainās, vai mēs viņu noņemam no narkoloģiskās uzskaites – tad mēs to rakstam, bet tad viņam* [reģistram] *sanāk tā, ka tas pacients piecus gadus nav, datu par viņu nav, mums jāņem viņu nost no uzskaites, viņi mums brauc virsū, lai mēs ņemam nost tagad no uzskaites cilvēku. Nezinu, bet man par viņu dati ir, ka viņš par savu diagnozi tur cīnās – slimnīcā guļ vai kur viņš, es viņu jau redzu, bet to es fiziski nevaru savadīt visu, aktualizēt. Katru reizi rakstīt citu diagnozi vai datumu? Katru reizi rakstīt – cik bieži viņi grib, lai mēs to darām – reizi gadā, reizi mēnesī? Arī, lai reizi gadā visus pacientus vēlreiz aktualizēt, tas ir... tur tak' vajag reģistratoram sēdēt, cilvēkam, kas to dara nepārtraukti. (..) Tur ir nolikums par to, kā to darīt. Bet tur daudz kas nav atrunāts.* (ārsts speciālists, reģions)

<u>Problēma</u>: pacientu informācijas pieejamības ierobežojumi.
Atsevišķi ārsti speciālisti norāda, ka, kaut arī viņiem ir ļauts papildināt reģistra datus (piemēram, narkoloģisko vai psihiatrisko pacientu reģistra datus), viņi nevar izmantot reģistru pacientu iepriekš noteikto diagnožu noskaidrošanai (t.i., nevar aplūkot diagnožu vēsturi). Lai uzzinātu, vai pacients ir reģistra uzskaitē, ir jāpieprasa izziņa no reģistra, taču tas ir dārgs un laikietilpīgs process, kas var būt pretrunā ar pacienta interesēm (raugoties no ārstniecības pakalpojuma saņemšanas savlaicīguma un izmaksu viedokļa).

7.3.5. Datorprogrammu lietošana lietvedības kārtošanai

Lai gan 20.01.2009. MK noteikumu Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" 18. punktā ir noteikta prasība, ka ārstniecības iestādē ir pieejamas informācijas tehnoloģijas ar atbilstošu interneta pieslēgumu un programmatūru, kas nodrošina pacientu datu uzglabāšanu un apstrādi, ievērojot informācijas pieejamības ierobežojumus, pētījumā aptaujātie sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji šīs prasības pamatotību nekomentēja.

Ārstu praksēs un stacionāros datorprogrammu lietošanas lietvedības kārtošanai intensitāte atšķiras – tās lieto pacientu reģistrēšanai, radioloģisko izmeklējumu dokumentēšanai, retāk – pacientu slimības vēstures dokumentēšanai. Daļa sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju norāda, ka ir iegādājušies specializēto datorprogrammu (piemēram, *Ārstu birojs*) licences, kuras uzskata par samērā dārgām, tāpēc pauž bažas, kā notiks e-veselības sistēmas ieviešana un kā tiks salāgota e-veselība ar tām specializētajām datorprogrammām, kuras ārsti ir iegādājušies (jutušies spiesti iegādāties). Aptaujātie norāda, ka privāto pakalpojumu piedāvātāju nodrošinātās speciālās datorprogrammas padara tos atkarīgus no pakalpojuma sniedzējiem. Atsevišķiem ārstiem speciālistiem ir bijusi negatīva pieredze saistībā ar specializēto datorprogrammu lietošanu, jo, neiegādājoties atjaunoto datorprogrammas versiju, visi iepriekšējā versijā ievadītie pacientu slimības vēstures dati tika zaudēti (programma paredz, ka dati tiek glabāti nevis uz lietotāja servera, bet gan pakalpojuma nodrošinātāja servera). Papildus tam privāto pakalpojumu sniedzēju izstrādātās datorprogrammas neļauj nodrošināt informācijas apmaiņu ārstniecības iestāžu starpā par pacientam iepriekš veiktajiem izmeklējumiem un to rezultātiem. Ārstniecības pakalpojumu sniedzēji norāda, ka tam ir jābūt galvenajam e-veselības ieviešanas mērķim – dot iespēju jebkuram ārstam, pie kura

atnācis pacients, uzzināt, kādi izmeklējumi viņam veikti nesenā laika posmā un šī pacienta slimības vēsturi. Tāda pieeja atvieglotu darbu ar pacientu, jo viņam nebūtu, dodoties pie ārsta, jānes līdzi cita ārsta nosūtījums vai izmeklējumu rezultāti, kā arī nebūtu jāatstāsta sava slimības vēsture, par kuru, nebūdams speciālists, viņš nespēj atbilstoši izstāstīt.

7.3.5. logs. Attieksme pret informācijas tehnoloģiju izmantošanu ārsta darba dokumentēšanai un informācijas apmaiņai

Man tomēr liekās, par cik vairs nav 20. un 19. gadsimts un tomēr, cik es zinu, tad tai kartiņai ir jābūt, mums viss ir datorizēts. Nu, ja ir kaut kāda, kaut kur man jāsniedz, man ir jātaisa kartiņa. Mums viss ir sistēmā iekšā, nu manuprāt, mēs varam gan analīzes, gan mēs varam fotogrāfijas likt iekšā visu, manuprāt, gan vajadzētu to visu akceptēt. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Mums vajag vienotu bāzi, lai arī pacients, kurš ir bijis pie cita ginekologa citā iestādē Valmierā vai Rīgā, var ieiet, uzklikšķināt personas kodu, vārdu un redzēt visu tā cilvēka vēsturi. Tas būtu ideāli. Vai vajag papīru kopijas, es nezinu, jo var uzkārties sistēma, un ko tad? Nezinu, cik droša var būt datu saglabāšana, arhivēšana, es to neizprotu, bet, ja tas ir vajadzīgs, tad varētu taisīt kādas rezerves kopijas, drukāt ārā. Principā būtu pareizi, ja pa visu valsti būtu centralizēta datu bāze. Tad nedublētos analīzes un citas lietas. (ārsts speciālists, reģions, maksas)

Ārstiem, kuri lieto specializētās datorprogrammas un uzglabā informāciju elektroniski, šobrīd papildu slogu rada nepieciešamība dublēt pacienta slimības vēsturi papīra formā (t.i., veidot „kartiņu"). Ārsti iesaka, ka sloga mazināšanai būtu jāparedz iespēja, ka dokumenti tiek glabāti tikai elektroniskā veidā. Tomēr, īstenojot šo priekšlikumu, varētu rasties problēmsitācijas attiecībā uz gadījumiem, kad VI veic ārstniecības procesa ekspertīzi saistībā ar pacienta iesniegtu sūdzību par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Ekspertīzes veikšanai, pirmkārt, ir jābūt pārliecībai par ārsta ierakstu autentiskumu (t.i., ka tie ir veikti pacienta vizītes laikā un pēc tam nav laboti ar atpakaļ ejošu datumu), un, otrkārt, jānodrošina to atbilstoša nodošana VI. Tā kā līdzīgas problēmsituācijas nākotnē varētu rasties, ieviešot e-veselību, sistēmas izstrādātājiem ir savlaicīgi jāparedz to iespējamie tehniskie risinājumi.

7.4. Ieteikumi medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības samazināšanai un vienkāršošanai

- Lai veselības aprūpes pakalpojumu sniezēji varētu vairāk laika veltīt pacientiem un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanai, ir ieteicama, pirmkārt, kopējās medicīniskās un uzskaites dokumentācijas samazināšana un/vai optimizēšana. Otrkārt, palielināt viena ambulatorā pacienta pieņemšanas laiku tādā apmērā, lai atbildīgās ārstniecības personas spētu gan sniegt veselības aprūpes pakalpojumus, gan izpildīt lietvedības prasības. Šis ieteikums ir jāskata kompleksi ar ieteikumiem par ārsta darba laika organizēšanas kārtību. Treškārt, aprēķinot ārstniecības personu slodzi, kas strādā kā prakses ārsti un nav darbinieki ārstniecības iestādēs, aprēķina kārtībā ieteicams ieviest medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības darba apjoma koeficientu atbilstoši reģistrēto vai pieņemto pacientu skaitam, tādējādi kopējā atalgojuma aprēķinā iekļaujot arī lietvedības darba samaksu.
- Medicīniskās un uzskaites dokumentācijas samazināšanas un optimizēšanas nolūkos, ieteicams izvērtēt, pirmkārt, kura veida medicīniskā dokumentācija būtu obligāti jāpilda papīra formā un kura drīkst būt tikai elektroniski. Otrkārt, pārejas posmā 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 dokumentam, 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 pārēju 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).
- Lai risinātu problēmu par formālajiem un liekajiem medicīniskajiem dokumentiem primārajā veselības aprūpes jomā, ir nepieciešami vairāki soļi. Pirmkārt, ir svarīgi celt ārstniecības personu informētības līmeni par viņām izvirzītajām prasībām medicīniskajai dokumentācijai un atbilstošo normatīvo aktu aktualizāciju. Otrkārt, ir ieteicams 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. Treškārt, 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, pirmkārt, gadījumos, kad ambulatorajā ārstniecības iestādē strādā viena ārstniecības persona (ārsta palīgs), 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. Līdzīgi ieteicams rīkoties ģimenes ārstu (pašnodarbināto personu) gadījumā, kad ģimenes ārsts vienlaikus ir ārstniecības iestādes vadītājs. Ieteicams noteikt, ka visas tās darbības un prasības, par kurām ģimenes ārsts ir atbildīgs kā ārstniecības iestādes vadītājs, ir jāiekļauj ģimenes ārsta amata aprakstā.
- 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 būtu jāturpina ieviest attiecībā uz vairumu dokumentu.

8. LĪGUMU SLĒGŠANA UN IZPILDE AR NACIONĀLO VESELĪBAS DIENESTU PAR VALSTS APMAKSĀTO VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU SNIEGŠANU

8.1. Tiesiskais regulējums

Pētījuma izstrādē ņemti vērā šādi normatīvie akti, kas regulē līgumu slēgšanu un izpildi ar Nacionālo veselības dienestu (NVD) par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu:

- 19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība";
- 01.11.2011. MK noteikumi Nr. 850 „Nacionālā veselības dienesta nolikums".

Bez minētajiem normatīvajiem aktiem šī jautājuma analīzē ir izmantota arī līguma „Par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu" 2012. gadam paraugs.[8] Atsevišķi normatīvo aktu aspekti ir analizēti kontekstā ar pētījumā identificētajām problēmām, kas ir saistītas ar šajā starpziņojuma daļā aplūkoto tēmu.

8.2. Primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji

No 30 aptaujātajiem ģimenes ārstiem 24 ir līgums ar NVD par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Puse respondentu, kuriem ir līgums ar NVD, sadarbību ar to, ņemot vērā visus aspektus, sākot no līguma slēgšanas līdz dažādu atskaišu sagatavošanai, vērtē kā drīzāk vienkāršu, kas nesagādā nozīmīgas grūtības. Attiecīgi četri respondenti sadarbību ar NVD vērtējuši kā drīzāk vienkāršu un četri – kā drīzāk sarežģītu, kas sagādā vai ir sagādājusi nelielas grūtības. Diviem ģimenes ārstiem šī sadarbība bijusi sarežģīta, sagādājot nozīmīgas grūtības. Diviem respondentiem bija grūti atbildēt uz šo jautājumu, tāpēc viņi nesniedza konkrētu savas sadarbības ar NVD vērtējumu.

8.2.1. Līguma slēgšanas procedūras un līguma nosacījumu vērtējums

Primārās veselības aprūpes finansēšanas kārtību un attiecīgi arī līguma slēgšanu par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem regulē 19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība". Līgumu ar NVD par valsts apmaksāto primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu slēdz gan ģimenes ārsti, gan ārstniecības iestādes, kurās ģimenes ārsti pieņem. Ar ārstniecības iestādi līgums par ģimenes ārsta sniegtajiem primārās veselības aprūpes pakalpojumiem tiek slēgts tajos gadījumos, kad ģimenes ārsts ir darbinieks ārstniecības iestādē. Gadījumos, kad izpildās 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" 74. punkta nosacījumi[9], līgumu ar NVD

[8] Avots: http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/ligumu-paraugi/primaras-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs-2012gadam (pēdējo reizi skat.: 09.08.2012.).

[9] 74. Teritorijās, kurās ir nepietiekams ģimenes ārstu pakalpojumu sniedzēju nodrošinājums un apgrūtināta veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība, dienests izņēmuma gadījumā var slēgt ar pašvaldību līgumu par feldšerpunkta darbību primārās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai, ja tiek izpildīts viens no šādiem nosacījumiem:
74.1. novada pagastā, kurā atrodas feldšerpunkts, nav reģistrēta ģimenes ārsta prakse vai attālums no feldšerpunkta līdz tuvākajai ģimenes ārsta praksei ir lielāks par 10 km;
74.2. feldšerpunkta apkalpes zonā (teritorijā, kuras iedzīvotāji saņem ārsta palīga (feldšera) sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus) deklarēti ne mazāk par 500 iedzīvotājiem.

par valsts apmaksātājiem veselības aprūpes pakalpojumiem var slēgt arī pašvaldības. Lai ar primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju tiktu noslēgts līgums, ārstniecības personai ir jāatbilst noteiktiem kritērijiem, kas definēti 19.12.2006. MK noteikumu Nr. 1046, 126.1-126.7. punktā. Ģimenes ārsti un feldšeri šos kritērijus vērē kā pamatotus un atbilstošus.

Kopumā līguma slēgšanas procedūru ar NVD ģimenes ārsti un pašvaldību pārstāvji vērtē kā vienkāršu. Vienlaikus ģimenes ārsti atzina, ka nejūtas kā līdzvērtīgi līguma partneri, jo nesaskata iespējas iesaistīties diskusijā ar NVD par līguma nosacījumiem. Respondenti norādīja, ka jūtas spiesti parakstīt līgumu arī tad, ja viņus neapmierina tā nosacījumi, jo pretējā gadījumā viņi riskē zaudēt jebkādu iespēju saņemt valsts finansējumu par saviem pakalpojumiem, attiecīgi arī zaudēt pacientus, kas nevar atļauties maksas pakalpojumus. Līdz ar to līguma slēgšanu ar NVD ģimenes ārsti uztver kā formālu procedūru.

Lai rastu iespēju ietekmēt ģimenes ārstu līgumu ar NVD nosacījumus, ir izveidojusies prakse, ka ģimenes ārstu līgumus vispirms izskata Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas (LĢĀA) juristi, kas sniedz katram ģimenes ārstam nepieciešamos komentārus vai norādes, kuriem līguma punktiem pievērst īpašu uzmanību. Paši ģimenes ārsti šādu praksi vērtē pozitīvi, jo tas atvieglojot līguma slēgšanas procedūru. Šāda pieeja ļaujot būtiski ietaupīt ģimenes ārstu laiku, kas jāvelta līguma izvērtēšanai pirms tā parakstīšanas. Ģimenes ārsti intervijās norādīja, ka pirmkārt, līguma teksts ir ļoti apjomīgs; otrkārt, līgumā lietotā normatīvā valoda ne vienmēr ir labi saprotama. Jāpiebilst, ka ģimenes ārstu vidū ir arī skeptiski vērtējumi šādai praksei.

8.2.1.a. logs. Ģimenes ārstu viedokļi par LĢĀA kā starpnieka lomu līgumu slēgšanā ar NVD

Tas ir jautājums par to, cik rūpīgi ārsti lasa līgumu. Cipari ir pirmais – cik ir māsiņām nauda, cik ir reģistratoram nauda, cik ir medikamentiem nauda. Tie ir pamata rādītāji, uz kuriem es vispirms skatos. Pārējo es skatos tā, jo parasti jau komentārus atsūta, ir Lauku ģimenes ārstu asociācija un Latvijas ģimenes ārstu asociācija, un tu jau zini, kas tur būs. Ja tu nezini, tad ir sarežģītāk. Protams, ir kaut kādi zemūdens akmeņi, ko es nezinu reizēm. (..) To, ka piedāvā un lūdz atsūtīt savus komentārus un spriedumus, es domāju, ka tad procedūra ir drusku demokrātiskāka. Agrāk bija tā, ka tev iedeva tādu līgumu, kur viss kaut kas sarakstīts, ko varēja varbūt tikai dienas laikā izlasīt, ja ātri lasa. (ĢĀ, reģions)

(..) ir jurists, kas to caurskata. Ir vesela brigāde, kas to izlasa. Kas zina katra vārda nozīmi un katru situāciju. Viņi zina iepriekšējo līgumu. Vai tad man ir laiks to visu pētīt? Es jau nesaku, ka tie Nacionālā veselības dienesta cilvēki ir slikti vai ministrijas cilvēki, bet viņi ir viņu vidē. Mēs esam savā. Viņi nevar saprast, kas man ir svarīgi un es nevaru saprast, kas viņiem ir svarīgi. Tāpēc ir vajadzīgs kāds pa vidu, kas tās savstarpējās nianses sakārto. (ĢĀ, reģions)

Līgumi, tie vienmēr ir bijuši traģiski, tie palagi, es tos nekad līdz galam neesmu lasījusi, parakstījusi un viss, jo nekas jau nemainās no tā. Vistrakākais jau ir tas, ka likuma nezināšana neatbrīvo tevi no atbildības. (pediatrs, reģions)

<u>Problēma</u>: līgums starp primārās veselības aprūpes ārstu un NVD tiek slēgts novēloti ar atpakaļejošu datumu.

Līgums starp ģimenes ārstu un NVD parasti par valsts apmaksāto primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu tiek slēgts katra kalendārā gada sākumā. Ir iespējami dažādi līguma termiņi – no viena gada līdz pat pieciem gadiem. Vairāki ģimenes ārsti intervijās izteica neapmierinātību, ka līgumu slēgšana ar NVD daudzkārt kavējas un rezultātā līgums tiek parakstīts ar atpakaļejošu datumu janvārī vai pat tikai februāra mēnesī. Ģimenes ārstiem tas rada vairākas problēmas. Pirmkārt, viņiem ir ievērojami mazākas iespējas grozīt vai precizēt kādus līguma nosacījumus, lai līguma slēgšana neievilktos vēl ilgāk. Otrkārt, viņiem nav laicīgi zināms piešķirtā finansējuma apmērs kārtējam gadam, kas ierobežo viņu darbības plānošanu, lai gan likums „Par prakses ārstiem" nosaka, ka savā darbībā ārsts ir finansiāli patstāvīgs (13. pants), kas nozīmē pienākumu pašam ārstam uzņemties atbildību par savu finansiālo darbību. Treškārt, ģimenes ārsti norādīja, ka dēļ novēlotas līguma noslēgšanas viņi tehniski nevar ievadīt informāciju veselības informācijas sistēmā, kā rezultātā viņi arī nesaņem finansējumu par sniegtajiem pakalpojumiem, nevar norēķināties ar saviem prakses darbiniekiem (māsām, feldšeriem, reģistratoriem). Kaut gan problēmas cēlonis parasti ir

likuma par nākamā gada budžetu novēlota pieņemšana, ne visiem primārās veselības aprūpes darbiniekiem ir šāda izpratne, tāpēc viņi šajā situācijā – novēlotā līguma noslēgšanā - vaino NVD darba organizāciju un kapacitāti. Ģimenes ārsti uzsvēra, ka ar līgumu vēlētos iepazīties jau decembra vidū, nevis tikai janvārī, kad reāli sākas jaunā līguma darbība vai stājas spēkā līguma grozījumi par piešķirtā finansējuma apmēru un apmaksas nosacījumiem, ja līgums ir noslēgts uz laiku, kas ir ilgāks par vienu gadu. Viens no problēmas risinājumiem, 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.

Šo problēmu kā vienu no būtiskākajām sadarbībā ar NVD vērtē arī sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, tāpēc šīs problēmas izvērtējumu sk. arī 8.3.2. sadaļā.

8.2.1.b. logs. Līguma noslēgšanas aizkavēšanās – primārās veselības aprūpes sniedzēju perspektīva

(..) man tikai jocīgi liekas tas, ka līgumu bieži vien, piemēram, viņš ir sastādīts, ***viņš man tiek atsūtīts kaut kādas divas nedēļas pēc tam, kad viņš ir stājies spēkā****. Es viņu parakstu, protams, bet (..) nav tā sajūta, kad es tagad parakstu dokumentu, tad sāksies kaut kas tāds jauns. Izrādās viss jau notiek. (..) ir tādas situācijas, ka reizēm pamainās manipulācijas, līdz ar to tu, rakstot talonu ar atpakaļejošu datumu, vairs nevari tur ierakstīt neko, vai arī nepareizi esi uzrakstījis kaut ko pa vecam. Tas tāds piemērs varbūt, bet īstenībā reizēm ir bijusi tāda situācija. Man tāda sajūta ir, ka bez mana paraksta jau viss ir izdarīts un viss notiek.* (ĢĀ, reģions)

Tā lielākā pretenzija no manas puses būtu par līguma slēgšanu. ***Šogad līgumus mēs saņēmām janvāra beigās un tur jau nekas nav grozāms****. Tā kā tas ir uzrakstīts, ir jāparaksta un viss. Pagājušajā gadā es diviem punktiem nepiekritu un ar roku pierakstīju klāt. Tā tad tas arī palika. Tam nebija nekādas jēgas. Par līgumiem mēs kādreiz esam karojuši ilgstoši un nolēmuši, ka neparakstīsim. Protams, ir ārsti, kas nobaidās, ka būs represijas, ja neparakstīs. (..) Paraksti un īsti mēs neko nevaram panākt. Ir bijis, ka asociācijas cīnās par kaut kādiem līguma punktiem vai kopējās naudas palielināšanu. Tas jau ir atkarīgs no tā, ko valsts var iedot – tas arī ir. Vislielākā pretenzija ir par šo līgumu. To vajadzētu tomēr redzēt novembrī vai decembrī, kādi ir šie noteikumi. Tā ir viena lieta. Janvārī mēs strādājām un nezinājām, par ko mēs strādājam. Līgums nāca ar atpakaļejošu datumu. Otra lieta ir tā, ka kaut kā gada sākumā līdz janvāra vidum vai vairāk, neņem mums pretī datus vadības informācijas sistēmas Nacionālajā veselības dienestā tāpēc, ka nav šie līgumi. Kādā statusā mēs tad skaitāmies, es nezinu. Viņi gaida, kad ir līgumi un tad sāk pieņemt mūsu papīrus. No mums prasa ļoti strikti, bet es neteiktu, ka tikpat strikti un korekti viss ir pretī. Tie līgumi ir izstrādāti ar visām soda naudām.* (ĢĀ, pediatrs, reģions)

Normāla. Problēmas rodas, ja ir izvēle iespējas, bet praktiski līgumu koriģēt un izmainīt kādu punktu es fiziski neesmu spējīgs. Viņi dod naudu uz tādiem noteikumiem un, ja gribi, tad noslēdz līgumu. Protams, ka es noslēdzu. Kādas prasības tur ir ierakstītas, tās es pildu. (..) Es godīgi teikšu, ka es esmu situācijā, ka es varu tam piekrist vai nepiekrist, bet, ja es nepiekritīšu, tad es vispār nestrādāšu. Man nav variantu. Es neesmu brīvs tur kaut ko koriģēt. Mani nostāda fakta priekšā, bet es tam piekrītu, jo man par to maksā naudu. (ĢĀ, reģions)

Galvenās priekšrocības līgumam ar NVD ģimenes ārstu skatījumā ir, pirmkārt, iespēja saņemt garantētu un regulāru finansējumu gan prakses uzturēšanai atbilstoši obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm, gan par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem; otrkārt, iespēja pacientiem izrakstīt valsts kompensējamos medikamentus (sk. arī 8.2.5. sadaļu). Ģimenes ārstiem ir kritiska attieksme pret to, ka līgums ar NVD negarantē, ka viņu pacienti, lai arī tiks pieņemti piecu darba dienu laikā, ko to prasa tiesiskais regulējums, varēs savlaicīgi saņemt valsts apmaksātos sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus.

<u>Problēma</u>: ģimenes ārstam līgumā ar NVD ir ierobežots valsts apmaksāto primārās veselības aprūpes pakalpojumu klāsts.

Atsevišķi ģimenes ārsti, komentējot NVD līguma nosacījumus, norādīja, ka viņus neapmierina ierobežotais 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. Savukārt maksu par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas principā ietilpst valsts garantētās medicīniskās palīdzības apjomā, bet neietilpst ģimenes ārstam apmaksāto pakalpojumu kopumā, ģimenes ārsts nav tiesīgs pieprasīt un pieņemt saskaņā ar līguma 2.3. punktu[10]. Pašu ģimenes ārstu vērtējumā ierobežots ģimenes ārstiem apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu klāsts un ierobežotas tiesības saņemt maksājumus par papildus veselības aprūpes pakalpojumiem samazina viņu iespējas nodrošināt pilnvērtīgu ārstniecības procesu pacientam, jo netiek izmantotas visas ārsta zināšanas, prasmes un iespējas. No veselības aprūpes perspektīvas raugoties, paplašinot ģimenes ārstiem apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu klāstu atbilstoši viņu kvalifikācijai, kompetencei un pieejamajam medicīniskajam aprīkojumam un ierīcēm, tiktu sekmēta veselības aprūpes savlaicīga pieejamība pacientiem noteiktā teritoriālajā apvidū.

Pētījumā kopumā tika intervēti 14 **feldšerpunkti**, par kuru darbību ir noslēgts līgums starp NVD un pašvaldību. Pārējos 23 gadījumos feldšerpunkta darbību pilnībā nodrošina pašvaldība. Te gan jāņem vērā, ka šajā grupā ietilpst arī tie feldšerpunkti, kuros strādājošiem ārsta palīgiem ir līgumiskas attiecības ar ģimenes ārstiem tādā nozīmē, ka ārsta palīgu darbības nodrošinājuma maksājums ir iekļauts ģimenes ārsta līgumā ar NVD. Ja turklāt feldšerpunkts ir arī ģimenes ārsta otrā vai nākamā prakses vieta, tad ģimenes ārsts saņem arī finansējumu 100,00 LVL apmērā šīs prakses vietas uzturēšanas izdevumiem. Tātad NVD finansējumu šie feldšerpunkti saņem pastarpināti caur ģimenes ārstiem.

Pētījumā intervētie pašvaldību pārstāvji nenorādīja problēmu situācijas saistībā ar līgumu slēgšanu ar NVD par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu. Pašu feldšeru vērtējums par sadarbību ar NVD, aptverot visus aspektus, sākot no līguma slēgšanas līdz dažādu atskaišu sagatavošanai, ir sekojošs: lielākā daļa (12 feldšeri no 14) sadarbību vērtē kā vienkāršu vai drīzāk vienkāršu, un tikai divos gadījumos sadarbība ar NVD ir novērtēta kā drīzāk sarežģīta, jo tā sagādājot nelielas grūtības. Līguma ar NVD slēgšanas kontekstā jānorāda ārsta palīgu kritiskā attieksme par to, ka viņiem nav nekādas iespējas iesaistīties līguma slēgšanas procedūrā, lai gan līgumā tiek noteikti viņu pienākumi un atbildība, darba laiks, atalgojuma apmērs. Ārsta palīgi saņem pašvaldības un NVD starpā noslēgtā līguma kopiju jau pēc tā abpusējas parakstīšanas.

8.2.2. Ārsta palīgu atalgojums, kas izriet no pašvaldības vai ģimenes ārsta līguma ar NVD

Pētījumā intervētie feldšeri raksturoja vairākas problēmas, kas saistītas ar viņu atalgojuma noteikšanas kārtību, t.sk. gadījumos, kad pašvaldībai ir līgums ar NVD, kurā iekļauta arī feldšera darba apmaksa – fiksēts ikmēneša maksājums. Tāpat kā feldšerpunktu darbības nodrošināšanai paredzētais finansējums tiek novirzīts no dažādiem finanšu avotiem (sk. 4.3.1. sadaļu), arī feldšeru kopējais atalgojums var veidoties no dažādiem avotiem. Šajā sadaļā ir analizētas tās problēmas, kas izriet tieši no līgumiskajām attiecībām ar NVD, kurās ārsta palīgi ir iesaistīti caur NVD līgumiem ar pašvaldībām vai ģimenes ārstiem.

<u>Problēma</u>: 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.

Šo problēmu raksturo konflikts, kas veidojas starp pašvaldību, ģimenes ārstiem un feldšeriem, kas strādā patstāvīgi feldšerpunktos, tajos gadījumos, kad feldšeru darbības nodrošināšanai paredzētais atalgojums netiek iekļauts un noteikts ģimenes ārsta līgumā ar NVD. Problēmas būtība ir tā, ka

[10] Avots: http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/ligumu-paraugi/primaras-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs-2012gadam (pēdējo reizi skat.: 09.08.2012.).

pašvaldības un feldšeri vēlas, lai ārsta palīgi būtu piesaistīti ģimenes ārstiem, jo tad feldšeri var saņemt valsts finansējumu par saviem pakalpojumiem kā ģimenes ārstu palīgi. Tas mazina pašvaldības finanšu un administratīvo slogu, kas ir īpaši aktuāli situācijā, kad pašvaldībās turpina samazināties iedzīvotāju skaits, ir augsti bezdarba rādītāji, attiecīgi samazinās pašvaldības ienākumi un pieejamie finanšu resursi pašvaldības funkciju izpildei. Taču ir pašvaldības, kas, neraugoties uz to, ka izpildās 19.12.2012. MK noteikumu Nr. 1046 74. punkta prasības, atsakās slēgt līgumu ar NVD, jo uzskata, ka feldšerim ir jābūt piesaistītam ģimenes ārstam, un ģimenes ārsts ir atbildīgs par feldšera atalgojumu. Raugoties no valsts perspektīvas, feldšeru institucionalizēta piesaiste ģimenes ārstiem ļauj labāk pārraudzīt un uzskaitīt feldšeru sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus.

Praksē, kā parādīja pētījums, feldšeri apkalpo visus attiecīgās teritorijas iedzīvotājus neatkarīgi no viņu reģistrācijas pie konkrētiem ģimenes ārstiem. Iedzīvotāji, kuriem feldšeri sniedz veselības aprūpes pakalpojumus, var būt reģistrēti pie dažādiem ģimenes ārstiem, atsevišķos gadījumos tie var būt pat desmit un vairāk ģimenes ārsti. Ar daļu no ārstiem feldšeriem ir līguma attiecības, ar daļu – nav, bet pakalpojumi tiek sniegti visiem iedzīvotājiem, kas vēršas pie vietējiem feldšeriem. Feldšeri uzskata, ka nevar atteikt pacientam palīdzību tikai tāpēc, ka viņš nav reģistrēts pie ģimenes ārsta, ar kuru feldšerim ir līgumiskas attiecības. Lielā mērā šādu praksi nosaka lauku kopienās izveidojušās sociālās attiecības un feldšeru sociālā atbildība par attiecīgajā teritorijā dzīvojošajiem iedzīvotājiem. Ir pašvaldības, kas ir noteikušas veselības aprūpes pakalpojumu izcenojumus pacientiem, kas ir reģistrēti pie ģimenes ārstiem, ar kuriem feldšerim nav līgumiskas attiecības (piemēram, kā stāstīja kāda feldšere, pašvaldība viņai ir noteikusi šādus izcenojumu: pacienta iemaksa 0,50 LVL, intramuskulārā injekcija 0,20 LVL, sistēma 3,00 LVL). Šī nauda tiek izmantota gan feldšerpunkta darbības nodrošināšanai, gan feldšera darba atalgojumam. Gadījumos, ja pašvaldība nepiemaksā feldšerim par viņa darbu, veidojas situācija, ka daļai iedzīvotāju feldšeri sniedz veselības aprūpes pakalpojumus, nesaņemot par to atalgojumu. Tādējādi pastāv neatbilstība starp ārsta palīgu ieguldīto darbu un saņemto atalgojumu. Savukārt, ģimenes ārsti, kas nodrošina feldšeru darbības maksājumus, arī nav apmierināti, ka citi kolēģi neuzņemas saistības apmaksāt ārsta palīga darbu, un vēlas pārtraukt šādas līgumiskas attiecības, neraugoties uz to, ka viņu pacientiem tiek nodrošināta vajadzīgā aprūpe pēc iespējas tuvāk viņu dzīvesvietai.

Pētījumā apkopotā feldšeru pieredze liecina, ka ģimenes ārstu un feldšeru sadarbībā, tās institucionalizācijā ļoti liela loma ir cilvēciskajam faktoram, kas rada nevienlīdzīgus darba apmaksas nosacījumus ārsta palīgiem. Feldšeri, kuriem neveidojas veiksmīga sadarbība ar ģimenes ārstiem, uzskata, ka ģimenes ārsti nav ieinteresēti iekļaut savos līgumos ar NVD ārsta palīgus, lai nepalielinātu savus izdevumus, apmaksājot arī feldšera sniegtos veselības aprūpes pakalpojumus viņu pacientiem. Feldšeru intervijās paustie viedokļi ir atspoguļoti 8.2.2.a. logā.

8.2.2.a. logs. Feldšeru viedokļi par ģimenes ārstu un feldšeru sadarbības formu par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem

[Nacionālais] *veselības dienests vairāk tendēts uz ģimenes ārstiem, lai tomēr tas ģimenes ārsts pārstāvētu to feldšeru punktu. Tad arī bija aptauja, lai feldšerpunktus, kas ir atsevišķi, tomēr pārstāvētu ģimenes ārsts, lai nav viņi vieni.* (NVD finansēts FP)

Sākumā bija tāda doma, cik no katra ārsta ir šeit cilvēku, tik algas daļu ņems no tā ģimenes ārsta un maksās feldšerim. Tas variants galīgi negāja, un ***mēs bijām kā ienaidnieki visiem ģimenes ārstiem****. Šie te vientuļie feldšeri. Tiklīdz pacēlās jautājums, uzreiz bija tā, bet mana daktere, es laikam biju piekļauta pie viņas tā kā un tad naudiņu laikam no tās māsiņas atņēma un laikam man daļu maksāja. Es tik smalki nevaru teikt, vai tā nauda bija no norēķinu centra* [tagad – Nacionālais veselības dienests] *iedalīta man. Es to nevarēju īsti izprast. Tad novadu izveidoja, kamēr nesāka maksāt par to, ko maksāja daktere. Viņa jau tomēr par prakses uzturēšanu, kabineta uzturēšana arī jāsedz ģimenes ārstam, tad ģimenes ārste attiecās. Norēķinu centrs nekā nevar izdarīt. Slēgt atsevišķi ar mani* [līgumu] *norēķinu centrs arī negrib. Arī nauda jāmaksā ir.* (pašvaldības finansēts FP)

(..) cilvēkiem ir brīvas tiesības izvēlēties, kuru ģimenes ārstu viņš grib. Tātad ***viens pierakstās pie viena, pie otra, pie***

***trešā, pie piektā** (..). **Es strādāju ar visiem, bet ar visiem es strādāt nedrīkstu, jo ir ģimenes ārsti, kas maksā man algu, un ir, kas nemaksā.** Viņi pateica, ka viņiem nevajag. Bet cilvēks, viņš atnāk, un ko tad lai es ar viņu daru? Pasaku: „Ej projām"? Un tad, kad es viņu pieņemu, man ģimenes ārsti – tie, kas maksā, viņi saka, nu tad es arī tev nemaksāšu, pieņem mūsējos arī.* (NVD finansēts FP)

(..) gan alga, gan viss pārējais, uzturēšana ir no novada. Pašreiz (..) ***novads grib no mums*** [feldšeriem] ***atteikties*** *un, kā lai pasaka, lai ģimenes ārsti ņem. Bet ģimenes ārsti neņems neviens. To var pateikt. Jo par ko viņi uzturēs? Par kādiem līdzekļiem? Viņiem jau nav tāda vajadzība un* [apdzīvotā vieta] *atrodas tuvu* [pilsētai, piezīme: attālums starp apdzīvoto vietu un pilsētu ir vairāk kā 15 kilometri]. [Apdzīvotās vietas] *iedzīvotāji piereģistrēti pie visiem, praktiski visiem iespējamiem ģimenes ārstiem, kādi novadā ir.* (pašvaldības finansēts FP)

Bija tāda doma, ka mūs paņems kā ģimenes ārstu otrā prakses vieta, tad mēs kādu laiku bijām bez nekā. Neviens mūs nepaņēma. (..) ***pašvaldība vienmēr saka, ka medicīna nav viņu prioritāte, ka tas ir jāliek uz ģimenes ārstiem. Ģimenes ārsti uzskata, ka viņiem ne vienmēr vajag to otru prakses vietu.*** *Tad mēs te paliekam, nezinu, kam vajadzīgi. Īstenība konkrēti tāda situācija bija ar manu medpunktu. Pašvaldība mani it kā noņēma no saviem pleciem, ģimenes ārsts nepaņēma.* (pašvaldības finansēts FP)

Tā kā pie mums ir brīva valsts un cilvēki reģistrējas, kur grib, un es pat domāju, ka ***viena ceturtā daļa iedzīvotāju piereģistrējušies pavisam pie tādiem ārstiem, kuri man nekādu algu par to nepārskaita****, bet tajā pašā laikā viņi te dzīvo. Es īstenībā varētu varbūt arī atteikt, bet tas arī varbūt nav kaut kā īsti korekti. (..) Pašlaik tā situācija nav īsti normāla.* (pašvaldības finansēts FP)

Es kā feldšere strādāju tikai uz 0,25 slodzi. Man ir jāstrādā 10 stundas nedēļā. Es varu atbraukt vienreiz nedēļā, nostrādāt tās 10 stundas un uz redzēšanos! Es jau te nedzīvoju uz vietas. Es katru dienu braucu uz darbu 40 km turp un atpakaļ. (NVD finansēts FP)

Šīs problēmas – ģimenes ārstu un feldšeru institucionālās attiecības – risinājums ir ļoti komplekss jautājums. Pirmkārt, ir jābūt skaidrai valsts politiskajai 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 (sk. arī 3.4. nodaļu par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību Latvijas lauku teritorijās). 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. Ārsta palīgi var saņemt atalgojumu no vairākiem avotiem – (a) no NVD, pamatojoties uz NVD un pašvaldības savstarpējo līgumu, (b) no viena vai vairākiem ģimenes ārstiem, kuru līgumos ar NVD ir iekļauti feldšeri, (c) no pašvaldības budžeta līdzekļiem. Kaut arī neviens no minēto finanšu avotu pārraudzītājiem nevar nodrošināt pilnas slodzes darbu feldšerim, tomēr praksē feldšeri strādā vienā darba vietā (feldšerpunktā), bet viņu slodze summējas no dažādiem darba devējiem. Kā liecina feldšeru darbības izpēte, pastāv risks, ka šīs ārstniecības personas nesaņem regulējumā noteikto zemāko atalgojumu atbilstoši 29.06.2010. MK noteikumiem Nr. 595 „Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām" dēļ nepietiekamās slodzes. No vienas puses, tā ir feldšera atbildība – nodrošināt sev pilnu slodzi, no otras puses, līgumiskās saistības ar dažādiem darba devējiem (pašvaldību, ģimenes ārstu, NVD) var to ierobežot. Piemēram, gadījumu izpētē atklājās, ka pašvaldības līgumā ar NVD par feldšerpunkta darbību noteikta 0,25 feldšera slodze, bet darba laiks no 9.00 - 17.00 ar pusdienas laiku no 12.00-13.00. Tas nozīmē, ka feldšerim atbilstoši apmeklētāju skaitam noteikta 0,25 slodze, bet darba laika apjoms atbilst lielākam slodzes apmēram, kas rada būtiskus ierobežojumus ārstniecības personai palielināt kopējo slodzes apmēru, strādājot citā ārstniecības iestādē vai darba vietā, jo saskaņā ar tiesisko regulējumu ārstniecības personas darba laiks nedrīkst pārklāties dažādās darba vietās.

<u>Problēma</u>: ārsta palīgi nav apmierināti ar slodzes un atalgojuma aprēķināšanas kārtību par valsts apmaksāto primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.
<u>Problēma</u>: ambulatorā pacienta talonos fiksētie dati neatspoguļo pilnībā ārsta palīgu veiktā darba apjomu.

Šīs divas problēmas ir aplūkojamas saistīti. Saskaņā ar spēkā esošo tiesisko regulējumu ārsta palīga, kuriem ir pašvaldības līgums ar NVD, valsts piešķirtā darbības finansējuma (atalgojumu) aprēķinā galvenais rādītājs ir apmeklētāju skaits iepriekšējā gadā, kas tiek noteikts pēc VIS ievadītājiem ambulatoro pacientu taloniem. Pēc šī rādītāja tiek noteikts ārsta palīga slodzes apmērs. Lielākajai daļai intervēto feldšeru ir noteikta 0,25 slodze. Ārsta palīgi uzskata, ka šāda viņu atalgojuma noteikšanas kārtība nav taisnīga, salīdzinot ar ģimenes ārstiem, kuru atalgojuma aprēķinā tiek ņemts vērā daudz lielāks kritēriju skaits. Feldšeru skatījumā ambulatorā pacienta taloni neatspoguļo visas feldšera darbības un attiecīgi viņu reālo slodzes apmēru. Tā tas ir tāpēc, ka virknei darbību, kas saskaņā ar 19.12.2006. MK noteikumu 15. pielikuma 1.4. punktu klasificējas kā feldšeru uzdevums „piedalīties pacientu veselības aprūpes un sociālo jautājumu koordinēšanā un risināšanā", nav atbilstošu manipulāciju kodu, tāpēc talonu nav iespējams korekti aizpildīt un uzrādīt, lai gan darbs tiek veikts. Turklāt 0,25 slodze paredz, ka ārsta palīgam ir jāstrādā 10 stundas nedēļā, bet praktiski darba stundas ir garākas, jo reāli iedzīvotājiem ir nepieciešami feldšera sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi katru dienu un divas stundas dienā nav pietiekams laiks, lai apkalpotu pacientus ārstniecības iestādē un vēl arī mājas vizītēs. Tāpēc, pirmkārt, ārsta palīgi jūtas nepietiekami novērtēti un atalgoti, otrkārt, feldšeri uzsvēra, ka atalgojums, kas nāk no NVD piešķirtā finansējuma, ir nepietiekams, lai nodrošinātu sevi. Īpaši tā tas ir gadījumos, kad līgumā ar NVD noteiktais darba laiks pārsniedz 0,25 slodzi.

8.2.2.b. logs. Ārsta palīgu slodze un atalgojuma izmaksas kārtība

(..) no valsts puses man ir tā saucamā ceturtdaļslodze. (..) atrada iespēju izteikt tādu, ka es te pati tīru, par to man samaksā pagasts. Pašvaldība. Tad mazs līgumiņš ar pediatru, kas samaksā par nostrādātām stundām kopā ar viņu un ko viņš uzskata, kas viņam nepieciešams, ko lai es daru. Tad ģimenes ārsts, es ar viņu kopā pieņemšanās strādāju, viņam kaut kādas vajadzības, viņš man piemaksā. Slimokase, pagasts un viss, tad tā, lai ir tas nenosprāgšanas minimums. (..) piespiedu samazināšana tā saucamajām slodzēm, tas ir ļoti nelietīgi. Jo te vienkārši pasaka – nav noslogots, un punkts, un komats. (..) mums tos talonus liek vadīt, it kā pēc tiem, redziet, jums nav noslogojums. (..) man ir kaut kas jāparāda, jo man viņi to ceturtdaļslodzi maksā. (NVD finansēts FP)

Priekš šīs atbildības un darba atalgojums tomēr ir zems. Jo, kā lai to tā pasaka, ģimenes ārstam, ja, tagad – es strādāju zem ģimenes ārsta - un tas nav tikai man vienai tā. (..) visiem tas tā nedaudz kremt. Ģimenes ārstam maksā par pierakstītajiem pacientiem, maksā par attālumu līdz stacionāram tuvākajam, maksā par sertifikātu, maksā par - nu vēl tur dažādas tās samaksas. Bet tam ģimenes ārsta palīgam, viņam ir noteikta alga no apmeklējumu skaita. Kādreiz jau tās algas bija tīri pieņemamas, tad, protams, samazināja ģimenes ārstam - ja viņam bija 2000 alga, viņam noņēma 100 latu, un ārsta palīgam, kuram bija 300 latu, arī noņēma 100 latu. (..)

*(..) tā kā es **skaitos pagasta feldšere**, es strādāju, bez atalgojuma. Man algu neviens nemaksā, tad tā ir viena tāda problēma, ko nevar atrisināt, vai ne, kas maksās feldšerim algu. Tā kā, un otrs ir ne, kad, **man algu maksā dakteris par saviem pierakstītajiem iedzīvotājiem. Viņš man maksā algu, bet par to otru pusi, vai ne, man nemaksā neviens.** Jā, nu praktiski, es strādāju, es viņus pieņemu, bet man par to neviens nemaksā. Un **pagasts man nemaksā**, ne santīmu, lai gan es skaitos pagasta feldšere.* (NVD finansēts FP)

To 0,25 slodzi apmaksā valsts. Pašvaldība neko nemaksā. Es vēl esmu ģimenes ārsta palīgs un tad viņa vēl man maksā. Es te visu daru – analīzes, pārsiešanu, potēšanu, mājas aprūpi un visu, ko vajag. (..) Pirms tam biju uz pilnu slodzi, tad uz 0,75 slodzi, lai gan neviens man neko nepateica, bet es vienalga braucu un strādāju visas piecas dienas. Tikai pēc tam uzzināju, ka man ir 0,75 slodze. Tad vienā jaukā dienā janvāra beigās es saņēmu līgumu, ka es palieku tikai uz 0,25 slodzi. Protams, ka kamols saskrēja kaklā, ka es vairs neesmu vajadzīga pēc tik daudz gadu nostrādāšanas. Un es jau gribēju iet prom. Lai tie pacienti iet, kur grib un taisa visas potes un visu pārējo. Pēc tam ārsts mani atstāja kā otro palīgu, jo viņam piešķīra līdzekļus otrajai māsai, un tāpēc es paliku. (..) Pagasts arī saņem kaut kādu naudu no tā apkurei, elektroenerģijai. Man tikai pēc tam tā līguma kopiju parāda. Tad es uzzināju, ka līgums atnāca par 0,25 slodzi. Es prasīju, cik tad man ir jāstrādā par to naudu. Tad priekšsēdētājs vai sekretāre zvanīja uz slimokasi, kuri atbildēja, ka tās ir 10 stundas nedēļā. Es varu divas dienas pa 5 stundām strādāt vai uz vienu dienu atbraukt uz 10 stundām. (NVD finansēts FP)

***Pašvaldības finansējums un NVD**. Es pildu talonus un ievadu. Mums **katru mēnesī pārskaita noteiktu summu**. Pārējo mums **piemaksā pagasts**. Mums obligāti jāpilda taloni. Tas, ka mēs pieņemam cilvēkus, **mēs obligāti ievadām talonus**, es ievadu datorā. Es **drukāju rēķinu katru mēnesi** un tur ir viena un tā pati noteikta summa, kas ir norunāta līgumā. mums absolūti neko nemaksā par taloniem. Mums pateica, ka tas ir tamdēļ, lai redzētu, ka mēs strādājam.* (NVD finansēts FP)

Tā ir nabaga alga. Es par 0,25 slodzi no valsts saņemu 52 latus uz rokas. Un es vēl braukāju ar savu mašīnu uz šejieni. Citādi tā būtu tukša laika izšķiešana. Algas ir ļoti zemas. (NVD finansēts FP)

Šīs problēmas kontekstā, pirmkārt, ir ieteicams pārskatīt ārsta palīgu, kas strādā patstāvīgi, nevis ģimenes ārsta pamata prakses vietā, atalgojuma aprēķinā iekļaujamos kritērijus un aprēķina kārtību, jo šobrīd netiek ņemts vērā feldšeru darbs brīvdienās un naktīs, ja no iedzīvotāju puses rodas šāda nepieciešamība. Otrkārt, novērst gadījumus, kad pašvaldības līgumā ar NVD ir noteikts darba laiks, kas pārsniedz feldšerim aprēķināto slodzes apmēru.

<u>Problēma</u>: ārsta palīgu veikto manipulāciju un ārstniecības darbību uzskaite neatspoguļo reālo ārsta palīgu darbību.

Ģimenes ārstu palīgi intervijās kā problēmu raksturoja situāciju, ka ne visas viņu veiktās manipulācijas tiek attiecinātas uz viņu darbību un netiek veikta objektīva viņu darbības uzskaite primārās veselības aprūpes jomā. Ārsta palīgi, komentējot šo problēmu, atsaucās uz 19.12.2006. MK noteikumu 14. pielikumā uzskaitītajām ģimenes ārstiem valsts apmaksātajām manipulācijām, kuras daudzos gadījumos veic ārsta palīgi. Problēma rodas tajos gadījumos, kad ārsta palīga darbības maksājums ir ietverts ģimenes ārsta līgumā ar NVD. Tiesiskais regulējums šajā gadījumā parasti tiek ievērots – proti, manipulāciju atbilstoši savai kvalifikācijai drīkst veikt ārsta palīgs, bet ambulatorā pacienta talonu, kaut arī aizpilda ārsta palīgs, paraksta ģimenes ārsts, kurš to arī iesniedz NVD. Tas nozīmē, ka ģimenes ārsts gan uzņemas atbildību, gan saņem maksājumus par veiktajām manipulācijām, attiecīgi tālāk novirzot noteiktu finansējuma daļu feldšera atalgojumam. No praktiskā viedokļa šeit ir vairāki problemātiski aspekti. Pirmkārt, feldšeru skatījumā tas liedz objektīvi izvērtēt reālo feldšera darba apjomu un viņu kapacitāti veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā, īpaši tajos gadījumos, kad ārsta palīgam ir arī neatliekamās medicīniskās palīdzības feldšera sertifikāts, kas apliecina vēl augstāku ārsta palīga kvalifikāciju. Otrkārt, ārsta palīgi pauda neizpratni, kāpēc, ja atbilstoši savai kvalifikācijai viņi var veikt attiecīgās manipulācijas un/vai ārstniecības darbības, viņi ar savu parakstu nevar uzņemties atbildību par savu darbību. Viņuprāt, ģimenes ārstu atbildības uzņemšanās šādā veidā ir tikai formāla un balstās uz ģimenes ārsta uzticību feldšera zināšanām un prasmēm. Treškārt, attiecībā uz manipulācijām, kuras ir kvalificēti veikt ne tikai ģimenes ārsti, bet arī feldšeri, notiek dublēšanās. Gadījumos, kad feldšeris nevēlas veikt manipulācijas, par kurām formāli atbildību uzņemas ģimenes ārsts, tiek ierobežota veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība vietējiem iedzīvotājiem. Iedzīvotājiem ir jāgaida ģimenes ārsta pieņemšanas diena feldšerpunktā vai jādodas uz ģimenes ārsta pamata prakses vietu, kas ir saistīta ar papildu transporta izdevumiem un laika patēriņu. Ceturtkārt, tas ir jautājums par pacientu nosūtījumiem pie ārstiem speciālistiem vai uz stacionāriem. Saskaņā ar tiesisko regulējumu to drīkst darīt tikai ģimenes ārsts, bet, lai nodrošinātu ātrāku pakalpojumu saņemšanu, jau šobrīd praksē nosūtījumus uz ģimenes ārstu parakstītām veidlapām pēc saskaņojuma ar ģimenes ārstu izraksta arī ārsta palīgi. Šādas pēc būtības nelikumīgas darbības liecina, ka šajā jomā pastāv administratīvā barjera, kuras novēršanai ir jāparedz risinājums.

8.2.2.c. logā ir atspoguļota feldšeru atklātā pieredze par manipulācijām, kuras viņi reāli veic daļēji tiesiskā regulējuma normu ietvaros, daļēji tās arī pārkāpjot.

8.2.2.c. logs. Ārsta palīgu veikto manipulāciju raksturojums

Jā, visas šīs te darbības, visas procedūras, bet šie ***neparādās, ka ārsta palīgs to pilda, tas parādās, ka tas viss iet ģimenes ārstam****. (..) tā laikam ir visas valsts tāda problēma. Es zinu, kad mums bija tāda feldšeru gada atskaite, tad arī tā kā par šo kolēģi izteicās, ka* ***tas tā netiek objektīvi izvērtēts, tā ārsta palīga devums ģimenes ārstam****. Es, piemēram, taisu kardiogrammas, viņas visas iet kā ģimenes ārsts tiek parādīts, ka ģimenes ārsts viņus parāda. Mums atsevišķi pilnīgi nekas netiek parādīts, uzskaitīts.* (NVD finansēts FP)

Tagad, piemēram, ***es uztaisu kardiogrammu, bet te nekur nav norādīts, ka to drīkst vienpersoniski tā kā darīt****. Ārsta palīgs viņu var uztaisīt, bet ir jābūt ģimenes ārsta nozīmējumam, ģimenes ārsta parakstam. Es varu to darbu darīt, ja es par viņu atbildu, ko es izdaru, ja, bet oficiāli ir jābūt ģimenes ārsta ierakstam.* ***Jūs varat darīt, bet ir jābūt ģimenes ārsta***

***parakstam, tas ir formāli, jūs saprotiet, tas ir formāli. Tas ir formāli. Tai pat laikā man ir rakstīts Ārstniecības likumā - to, ko es daru, es atbildu par sevi, jo ārsta palīgs ir feldšeris, kurš var strādāt vienpersoniski un viņš par savu darbu atbild**. (..) visus šos darbus veic ārsta palīgs. Piemēram, te arī slēptās asinis ar testa strēmeli. Daktere pērk testa strēmelītes, bet es reāli viņu taisu, bet šeit parādās, ka ģimenes ārsts. (..) Vienkārši tas ir tā – kontrolējošām instancēm, lai būtu ko parādīt. Nu, vai tas nav dumji? Tāpat profpotēšana šeit, lūdzu, profpotēšanas ja ir, te visur ir tikai ģimenes ārsts, internists, pediatrs. Bet reāli mēs to darbu darām. (..) Un, ja reiz ar mani ir ģimenes ārsts noslēdzis līgumu, un arī tālāk slimokasei* [tagad – NVD] *ir, kad es tāda un tāda ģimenes ārsta pakļautībā strādāju kā feldšeris, tad kāpēc vēl zem tā ieraksta ir vajadzīgs ģimenes ārsta paraksts?* (pašvaldības finansēts FP)

*Varētu **pamainīt to, ka pats feldšerim būtu vairāk iespējas, lai nedublētos ar ģimenes ārstu**, lai pats varētu kaut kur nosūtīt. (..) Jā, es strādāju ar ārstiem. Man ir dokumenti no katra ģimenes ārsta. (..) ja es zinu, ka es varu to veikt un zinu, kas ir ar atbildi, bet es saku: „Ar atbildi ej pie ģimenes ārsta!" Mums ir tāds mutisks līgums. Ja tur ir kaut kas sarežģīts, es zvanu ārstam: **„Ir tāda un tāda problēma, vai es varu cilvēku nosūtīt uz turieni un turieni?" (..) Viņš saka: „Jā, tur var, tur nevar."** Ja ir kaut kas akūts: „Jā, uz slimnīcu var, lūdzu, bez problēmām". Bet es brīdinu ģimenes ārstu, ka pacientu nosūtu ar tādu diagnozi. Ja kaut kas noticis, ir atnācis cilvēks, viņam vajag, bet lai viņš nebrauktu un nestāvētu rindā. Pirmkārt, vajag pierakstīties pie ārsta, ir ļoti grūti tikt, lai viņš tur nesēdētu rindu, es nosūtu uzreiz, bet tad ar visām atbildēm, es varu viņus pierakstīt uz tādu dienu un tādu stundu, viņi dodas pie ārsta. Tas atvieglo darbu cilvēkam un ārstam, lai būtu feldšerim tādas iespējas pastāvīgi.* (pašvaldības finansēts FP)

*(..) te **uz vietas taisu gan urīna analīzīti, gan cukura līmeni asinīs, jauns kardiogrāfs ir, es taisu kardiogrammas**. (..) man tomēr ir pilnvaras, es varu izdot nespējas lapas, tāpat varu nosūtīt uz stacionāru, tāpat var nosūtīt pie speciālista. (..) ja kaut kas tāds sarežģītāks, protams, mēs ar ģimenes ārstu sazvanāmies. **Diezgan lielas funkcijas es veicu**.* (NVD finansēts FP)

*Viss iet ģimenes ārstam, mēs taču talonus rakstam. **Mēs taču veicam manipulācijas, glikozes testēšanu, holesterīns, triglicerīdi, hemoglobīns, kardiogrammas taisām, urīna analīzes – to mēs visu rakstam ārsta talonos, bet to mēs veicam**. Tās pašas potes, to taču mēs taisām, viņš mums tikai norādījumus dod, ka mēs to visu talonā ierakstam un viņš to visu saņem.* (pašvaldības finansēts FP)

8.2.3. Atskaitīšanās par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu

Valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu pamatojošais dokuments ir ambulatorā pacienta talons (turpmāk – talons) atbilstoši 04.04.2006. MK noteikumu Nr. 265 „Ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtība" 45. pielikumam (veidlapa nr. 024/u). Talonu aizpildīšana ģimenes ārstiem un ārsta palīgiem ir jāveic atbilstoši „Ambulatorā pacienta talons un tā aizpildīšanas vadlīnijas" prasībām. Saskaņā ar regulējumu talons ir jāglabā piecus gadus (35.4. punkts). Ārsta palīgiem ir pienākums aizpildīt talonus par atsevišķi no ģimenes ārsta veikto darbu (19.12.206. MK noteikumi Nr. 1046, 15. pielikums, 13. punkts).

<u>Problēma</u>: ambulatoro pacientu talonu sagatavošana un apstrāde ir laikietilpīga.
Ģimenes ārsti un ārsta palīgiem, kuriem arī ir pienākums aizpildīt ambulatorā pacienta talonu, intervijās uzsvēra, ka tas ir laikietilpīgs darbs, jo talonā ir ļoti daudz aizpildāmo lauku un ailīšu. Par to, cik vidēji mēnesī stundu velta atskaišu sagatavošanai NVD saistībā ar līguma izpildi par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu, pastāstīja 12 ģimenes ārsti. Pētījumā iegūtie kvantitatīvie rādītāji liecina, ka stundu skaits mēnesī ir ļoti atšķirīgs. Astoņu respondentu atbildes variējas no 2 līdz 14 stundām, kamēr vēl 4 respondenti min daudz lielāku veltīto stundu skaitu – no 20 līdz pat 40 stundām. Šādas atšķirības skaidrojamas ar to, ka pastāv ļoti dažādas prakses, kā šis pienākums tiek pildīts. Lielai daļai ģimenes ārstu šo darbu palīdz veikt viņu praksēs strādājošās māsas vai feldšeri, kas ar līgumu starp ģimenes ārstu un NVD ir piesaistīti ģimenes ārstiem. Ir gadījumi, kad māsas vai feldšeri pilnībā aizpilda talonu, un ģimenes ārsts to tikai paraksta. Ir gadījumi, kad pamatdatus talonā par pacientu raksta māsa vai feldšeris, bet pārējo informāciju aizpilda ģimenes ārsts. Talonu pilnīga aizpildīšana parasti notiek pēc pacientu pieņemšanas beigām, kad tiek sakārtota arī pārējā medicīniskā dokumentācija – ambulatorās pacientu medicīniskās kartes, dažādi reģistrācijas žurnāli.

<u>Problēma</u>: ambulatoro pacientu talonu sagatavošana rakstiski, ievadīšana elektroniski un nodošana papīra formā.

Viens no lielākajiem apgrūtinājumiem primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju vērtējumā ir nepieciešamība dublēt ambulatoros pacienta talonus papīra un elektroniskā formā, jo prasība ir glabāt šos dokumentus piecus gadus un ievadīt elektroniskajā NVD VIS datu bāzē. Talonu elektroniskā apstrāde un ievadīšana VIS datu bāzē arī tiek organizēta atšķirīgi. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ir tiesīgs pats organizēt šo darbu un noteikt par to atbildīgo personu, balstoties uz līgumu par VIS lietošanu. Tāpat ir iespēja slēgt ārpakalpojuma līguma par šīs funkcijas izpildi. Izplatītāka šāda prakse ir tieši feldšerpunktos, par kuru darbību pašvaldības ir noslēgušas līgumu ar NVD. Vienlaikus situācijā, kad talonu ievadīšanu veic trešās personas un ir iespējamas arī tehniskas kļūmes, bet nav papīra formā šī dokumenta dublikāta, aktualizējas jautājums par to, kurš uzņemas atbildību par ielaistajām kļūdām – persona, kas ievada datus vai persona, kas sagatavo datus ievadīšanai (ārstniecības persona). Šobrīd tehniskās ievades laikā pieļautās kļūdas ir iespējams kontrolēt, salīdzinot VIS datu bāzē ievadīto informāciju ar papīra formā saglabātajiem taloniem. Esošā sistēma arī aizsargā ārstniecības personas no elektronisko datu pazušanas, tādējādi mazinot risku, ka ārstniecības persona var nesaņemt finansējumu par savu darbību. Tāpēc pārejai tikai uz elektronisko talonu sistēmu ļoti svarīgs nosacījums ir gan ārstniecības personām pieejamo informācijas sistēmu, gan NVD informācijas sistēmu kapacitāte un drošība.

Lai mazinātu šo administratīvo slogu ārstniecības personām un viņu darbību pārraugošajām institūcijām (šajā gadījumā - NVD), kas saistīts ar talonu dublēšanu papīra un elektroniskā formā, ieteicams atcelt prasību par rakstveida ambulatorā pacienta talona papīra formu, bet sagatavot tos tikai elektroniskā formā atbilstoši drošu elektronisko dokumentu sagatavošanas prasībām un ievadīt VIS datu bāzē. 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. Daudzviet, īpaši lauku teritorijās izvietotajos feldšerpunktos, nav pieejams internets un atbilstošs tehniskais un specializēto programmatūru nodrošinājums. Treškārt, šo ieteikumu nepieciešams skatīt kompleksi ar jautājumu par to, kādi dokumenti, pārejot uz e-veselības sistēmu, ir jāsaglabā arī papīra formā. Šeit aplūkotās problēmas un to risinājumu kontekstā 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. Tas nozīmē, ka medicīniskās un uzskaites dokumentācijas formu izmaiņas (no papīra uz elektronisko) ir nepieciešams savstarpēji saskaņot (sk. arī 7.2.3. sadaļu).

8.2.3.a. logs. Ambulatorā pacienta talona aizpildīšanas un ievadīšanas VIS datu bāzē prakse

Mums dara to [ievada talonus elektroniski] *atsevišķs cilvēks. Mēs arī izmantojam viņa pakalpojumus, paši to nedarām.* (ĢĀ, reģions)

Talonu es cenšos aizpildīt uzreiz, bet talons ir kādam vēl jāievada. Personāls ir, tad ir kas ievada. Ievadīšana vien ir kādas piecas stundas. Divas reizes mēnesī vidēji vada. Vidēji, gadās arī citādas situācijas. Es vēl tieši pirms talona vadīšanas pārskatu visas ambulatorās kartes. Kopā aptuveni kādas 14 stundas. Ja es to talonu neaizpildītu uzreiz, tad ui!!! Man ir bijis tas moments, jo nevar jau zināt, vai tas pacients atnāks vai neatnāks. Tad ir tā, ka hronisko pacientu aprūpi es cenšos aizpildīt uzreiz. Ja ir akūtais, tad es aizpildu tajā brīdī, kad viņš ir atveseļojies. Tad ir vieglāk, bet man ir bijis periods, kad es esmu strādājusi pa septiņām un astoņām stundām. Ziemas periodā taloni ir 300 un vairāk kā 300, pat 400 taloni mēnesī. Uz 2000 pacientiem tā arī ir. Jo viens pacients jau mēnesī neatnāk tikai vienu reizi, ja ir saslimis. Bet tagad es veltu mazāk laika, vienkārši es pati esmu organizējusies savādāk, tad, kad es redzēju, ka tas par daudz laika prasa. No šodienas 30 kartiņām es neesmu līdz galam sarakstījusi trīs. (ĢĀ, reģions)

(..) mums tas ir noorganizēts tā, ka mēs izmantojam Medius programmu. Māsiņa, noformējot kartiņu, manis aizpildīto talonu uzreiz ievada un tad es tajā vadības informācijas sistēmā aizsūtu tikai atskaiti. (ĢĀ, reģions)

Ar to nodarbojas mani palīgi. Es tam neveltu tik daudz laika. Es rakstu, bet visai maz. Ja es to darītu, es nemaz nevarētu pastrādāt. (ĢĀ, reģions)

Tagad tas aizņem vairāk laika, jo iepriekš es tikai ar roku sarakstīju, bet tagad to visu vēl vajag ievadīt datorā. Mēs mazāk nerakstām, bet mēs vēl tērējam laiku uz to, lai ievadītu to datorā. (NVD finansēts FP)

Tos talonus sanāk rakstīt pēc darba. Pieņemšanas laikā – praktiski nav laika. Es uzrakstu datumu, pieliku kartītei un tikai pēc tam aizpildu talonu. Tur vēl jāmeklē šifri. (NVD finansēts FP)

Mums ir noslēgts līgums ar vienu cilvēku, kas ievada talonus. Tas cilvēks arī piekļūst visiem mūsu slimokases kontiem, viņš mums raksta visus rēķinus. Mēs esam noalgojuši, speciāli noslēgts līgums ar cilvēku, kas visu to izdara. (NVD finansēts FP)

Problēma: ārsta palīgu veiktās darbību atspoguļošana ambulatorā pacienta talonā (sk. arī 8.2.2. sadaļu).

Ārsta palīgu vērtējumā nozīmīga problēma ir tā, ka viņu gadījumā ne visus pacientu apmeklējumus var atspoguļot talonos. Tekošajā līguma gadā ārsta palīga atalgojumu tas neietekmē, jo viņiem līgumā ir noteikts fiksētais ikmēneša maksājums (atalgojums). Taču ambulatoro pacientu taloni ir dokumenti, pēc kuriem tiek veikta feldšerpunkta apmeklētāju uzskaite. Līdz ar to, ja nav iespējams pacienta pieņemšanā veikto darbību atspoguļojums talonā, tiek uzrādīts mazāks apmeklējumu skaits, nekā tas ir reāli praksē. Situāciju piemēri par darbībām, kuras feldšeri nevar uzrādīt talonos, ir ilustrēti 8.2.3.b. logā. 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 uzskaite tā, lai tā nebalstītos tikai uz ambulatoro pacientu talonu datiem.

8.2.3.b. logs. Ārsta palīgu veikto darbību uzskaites ierobežojumi ambulatoro pacientu talonos

Kā es tai talonā varu uzrakstīt, teiksim, ja atnāk kāda tante pie manis ar receptēm un es vienkārši izstāstu, ko tas dakteris uzrakstījis un priekš kam tās zāles ir. Nu, viņa nav atnākusi saslimšanas pēc, viņa atnākusi ar mani parunāt. Bet es ar viņu laiku esmu patērējusi, tātad cilvēku es esmu pieņēmusi, bet atzīmēt tai talonā es nezinu, kā?! Es domāju, ka mums lauku feldšeriem tā talonu rakstīšana ir smieklīga. Mēs nevaram uzskaitīt savu darbu, ko mēs darām. Varbūt ģimenes ārsts var uzrakstīt, viņš ir pieņēmis, receptes tur izrakstījis to, to, to, bet laukos mēs to nevaram uzskaitīt. (..) ja maksā par paveiktajām manipulācijām, tad tur ir faktiski jāsēž visu laiku un jāfantazē, lai tas būtu tā reāli un pareizi. Tas nav vajadzīgs. (NVD finansēts FP)

(..) reizēm jau pat viņš nav noformulējams, ko mēs palīdzam. Tur, tagad kundzīte ienāk: „Izmēri man spiedienu." Bet, ko lai es tev rakstu? „Kā tu jūties?" „Labi, man nekas nav, es, vienkārši gribēju izmērīt, jo šodien tāda diena, tādi darbi. Man jau jānoformulē, tagad tā jāizdomā ir. Jo ir lietas, ko mēs nevaram pat noformulēt. Atnāca cilvēks: „Piesaki man, lūdzu, tur un tur rindu telefoniski", vai „paskaidro man, ko tas slimnīcas izraksts īsti nozīmē?" „Kāpēc tās zāles, kāpēc šitās? Kas tā par diagnozi? Kas man tālāk būs, kas man tagad nebūs?" Tik ļoti daudz mums [reģions] *pusē ir grūti ar pierakstiem, 2-3 mēnešu laikā var tikt, bet cilvēks jautā: „Ko man tagad darīt tos trīs mēnešus?" (..) tur ir diagnoze vajadzīga un ārstēšana. Bet ne jau vienmēr ir ārstēšana, vienmēr vairāk jau ir tādi padomi un koordinēšana. (..) Mēs jau reizēm smejamies, ka mēs esam apvienotais mediķis, sociālais darbinieks.* (NVD finansēts FP)

Reizēm mēs arī nerakstām talonu, jo man nav kur rakstīt, kartiņā es ierakstu situāciju, ja, bet noformulēt es viņu nevaru līdz talonam. Līdz talonam es viņu nevaru noformulēt, man vienkārši paliek pašai zināšanā kartiņā, kas mums tur bija, kas nebija. Vai tur bija vecāki piedzērušies un bērns tika kaut kur izdzīts no mājām, un tad tur viss tas notikās, bet talonā man nav tur, ko rakstīt. (NVD finansēts FP)

Manā skatījumā ambulatorie pacienta taloni nekam neder. Feldšeriem ir tā, ka mēs daudz ko nevaram uzrādīt, bet mēs tāpat darām. Piemēram, ja atnāk pārbaudīt asinsspiedienu, mēs tikai uzrādām, ka viņam ir tā hipertoniskā slimība. To, ka mēs kādreiz kādu pusstundu runājam, mēs neparādām. Reizēm pat stundu ir jārunā un viņš ir jānomierina. Tas tajā darbā neparādās. Bet par to jau mums tas gandarījums ir. Taloni arī dārgi izmaksā. Tie ir jāpērk. Dakteri varbūt uzskata, ka tas ir vajadzīgs. (NVD finansēts FP)

Problēma: elektronisko un papīra formāta rēķinu dublēšanās.

Vēl viena problēma, kuru pētījumā aktualizēja ģimenes ārsti un ārsta palīgi, ir ikmēneša rēķinu akceptēšana elektroniski VIS un iesniegšana papīra formā NVD.

8.2.3.c. logs. Ģimenes ārstu un feldšeru viedoklis par elektroniskajiem un papīra formas rēķiniem

NVD mēneša beigās pa mēnesi, uztaisa tādus elektroniskus rēķinus, ko sistēmā katrs dakteris apstiprina, uzliek numuru. Viss it kā tas rēķins jau aizgājis sistēmā, bet ar to nepietiek, ir jāizprintē šis te rēķins, jāparaksta un jānogādā veselības dienestā. Ar kādu nolūku man īsti nav skaidrs. (..) ja jau tiek elektroniski apstiprināts, šī pieeja ir individuāla. (..) Kāpēc ir jāprintē un jāsūta? Tā ir tāda sistēma, kur nevar vienkārši kurš katrs cilvēks ienākt. Katram ir savas paroles, katram ir savi tā kā identifikatori. (jauns ĢĀ, reģions)

(..) mēs ievadam tos talonus, tad mēs mēneša beigās to atskaiti sūtām, izprintēju laukā un tad papīra formātā es vedu uz to norēķinu centru [NVD]*, bet ja es sūtu elektroniski, vai tad viņi to neredz un paši nevar izprintēt, ja viņiem tiešām papīra formātu vajag? Tas mani kaut kā tā samulsina. (..) Bet, ja elektroniski viņš aiziet? Es tādu pašu viņu redzu, viņu attaisu vaļā un tad man viņš jāizprintē papīra formātā un tad es viņu vēl vedu, citi sūta ja, bet man ērtāk aizvest ir nekā, tad iet, jo pastā mūžīgās garās rindas tur aizņem atkal kaut kādas pāris stundas, lai viņu dabūtu nosūtītu. (..) tad man ērtāk ir aizbraukt un aizvest.* (pediatrs, Rīga)

Pēc respondentu domām, rēķinu nosūtīšana vai iesniegšana klātienē papīra formā ir lieka, jo rēķina apstiprināšanu elektroniski VIS var veikt tikai persona, kurai ir līgums par piekļuvi VIS un attiecīgi arī unikāla piekļuve šim elektroniskajam dokumentam. Šīs problēmas risinājums ir saistīts ar elektroniski drošu dokumentu sagatavošanas prasībām, kā arī ar grāmatvedības un lietvedības dokumentu regulējuma prasībām, jo līguma ar NVD 2. pielikuma „Norēķinu kārtība primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem" 5. punktā ir noteikts, ka „apmaksai tiek pieņemti arī atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu izstrādi, glabāšanu un apriti noformēti dokumenti".[11] Līdz ar to šīs problēmas risinājums ir ārstniecības personu kompetencē.

8.2.4. Statistisko atskaišu pielietojums un statistisko datu dublēšanās

Bez ambulatorajiem pacienta taloniem ārstniecības personām, kurām ir līgums par valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ir jāiesniedz NVD arī dažāda statistiskā informācija. Pētījumā primārās veselības aprūpes jomā tika identificētas divas galvenās problēmas: neskaidrība par statistikas pārskatu pielietojumu un iesniedzamo statistisko datu dublēšanās, t.sk. starp dažādām valsts institūcijām.

<u>Problēma</u>: ģimenes ārstiem nav skaidrs statistikas pārskatu par valsts budžeta līdzekļu izlietojumu ārsta praksē pielietojums.
Ģimenes ārsti atzina, ka viņiem nav skaidrs statistiskās informācijas pielietojums, ko viņi iesniedz NVD. Lielākās neskaidrības ir par pārskatu par budžeta izlietojumu, kurā jānorāda atsevišķi izlietotie līdzekļi pa dažādām pozīcijām. Daļā gadījumu ģimenes ārstiem ir grūtības ievērot prasīto pozīciju sadalījumu, jo, piemēram, telpu īres rēķinā tiek uzrādīta kopējā summa, nevis atsevišķi samaksa par apkuri, ūdeni vai elektrības patēriņu. Šādās situācijās respondentu skatījumā nav iespējams sniegt objektīvus datus. Tāpat ir iebildumi par nepieciešamību uzrādīt, cik daudz naudas tieši ir iztērēts medikamentu iegādei, degvielai u.c. vajadzībām. Ģimenes ārsti uzskata, ka šādas atskaites ir liekas, jo, pirmkārt, neatspoguļo objektīvo ainu; otrkārt, atskaite ir jāiesniedz tikai par valsts līdzekļu izlietojumu, nevis par prakses darbības nodrošināšanas kopējiem izdevumiem, kas liedz tālāk veikt pamatotus aprēķinus par nepieciešamo izdevumu apjomu ģimenes ārstu praksēs. Šādi respondentu argumenti liecina, ka viņi neizprot finansējuma apguves kontroles nepieciešamību no valsts puses. Izpratnes trūkums par valsts budžeta līdzekļu izlietojuma pārskata nepieciešamību, negatīvi ietekmē gan pārskata sniedzēju motivāciju tos aizpildīt atbilstoši reālajiem datiem, gan kopējo statistisko datu precizitāti, uz kuriem tiek balstīti aprēķini par veselības aprūpei nepieciešamo finansējumu. Šīs

[11] Avots: http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/ligumu-paraugi/primaras-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs-2012gadam (pēdējo reizi skat.: 09.08.2012.).

problēmas kontekstā ieteicams ņemt vērā ne tikai valsts budžeta līdzekļu izlietojuma pamatojumu, bet arī cita prakses vajadzībām izlietotā finansējuma apmēru.

Feldšerpunktu gadījumā statistiskas pārskatus sagatavo pašvaldībā strādājošie grāmatveži, tāpēc feldšeri statistikas pārskatu sagatavošanu nevērtē kā administratīvo slogu. Tomēr arī šī ārstniecības personu grupa atzina, ka nesaņem no NVD atgriezenisko saiti datu analīzes formā par viņu darbību raksturojošiem statistiskajiem rādītājiem (piemēram, NVD mājas lapā).

<u>Problēma</u>: prasīto statistisko rādītāju dublēšanās, t.sk. starp dažādām institūcijām.
Ģimenes ārsti un ārsta palīgi uzskata, ka lielu daļu informācijas, kas ir jāiesniedz atsevišķi kā statistikas pārskati NVD un citām institūcijām, ir iespējams iegūt no NVD VIS, balstoties uz ambulatoro pacientu talonu datiem, vai citām institūcijām, piemēram, VI, VID vai PMLP (sk. 8.2.4. logu). Pētījuma dalībnieku vērtējumā, efektīvi izmantojot regulāri NVD VIS datu bāzē ievadītos datus no ambulatoro pacientu taloniem, varētu būtiski samazināt papildus iesniedzamo statistikas pārskatu apjomu. Problēmas risinājumu attiecībā uz starpinstitucionālo informācijas datu bāzu izmantošanu sk. 8.3.7. sadaļā.

8.2.4. logs. Ģimenes ārstu viedoklis par statistisko rādītāju dublēšanos

Mēs arī katru mēnesi NVD nosūtām ***diagnozes*** *un visu, bet gada beigās mums citi vēl prasa, cik mēnesī es pieņēmu pacientus. Es saku, ka es jau to statistiku sūtīju NVD, bet viņi neko nezina un prasa no manis. To varētu apvienot.* (ĢĀ, Rīga)

(..) ir daži papīri, kas ir statistika par to, kāds ir ***vidējais apmeklējumu skaits mēnesī/ gadā, cik no tiem ir bērni/ pieaugušie, cik ir akūtas/ hroniskas saslimšanas****! Es aizsūtu visus talonus uz NVD un viss. Kur tas paliek? Kāpēc no manis to prasa arī gada beigās?* (ĢĀ, Rīga)

Faktiski vispār atkristu jebkāda vajadzība pēc atskaitēm, jo pēc talonu informācijas var perfekti dabūt visu – ***kāda kontingenta pacienti ir slimojuši, cik bieži un ar ko, cik ilgi*** *utt.* (ĢĀ, reģions)

8.2.5. Jauno ģimenes ārstu reģistrācija ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā NVD

Lai strādātu par ģimenes ārstiem un lai kļūtu par valsts apmaksāto primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, ģimenes ārstiem ir vispirms jāreģistrējas ģimenes ārstu gaidīšanas rindā, ko pārvalda NVD. Kārtību, kādā jāveic reģistrācija, ir noteikta 19.12.2006. MK noteikumos Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (53. punkts). Saskaņā ar šo normatīvo aktu ģimenes ārsti, kas gada laikā pēc rezidentūras beigšanas iesniedz iesniegumu NVD, kurā izteikta vēlēšanās strādāt par ģimenes ārstu un būt līgumattiecībās ar NVD, tiek reģistrēti gaidīšanas rindā ārpus kārtas. Ja šādi iesniegumi ir vairāki, tad reģistrs tiek veikts atbilstoši iesniegumu secībai. Pētījuma uzsākšanas brīdī (16.03.2012.) primārās veselības aprūpes ģimenes ārstu gaidīšanas sarakstā bija 82 personas[12]. Kaut arī pati procedūra ģimenes ārstu vērtējumā nav sarežģīta iesniedzamo dokumentu un laika patēriņa ziņā, tomēr pati ģimenes ārstu gaidīšanas rinda, pēc vairāku ģimenes ārstu domām, ir lieka, tā nedarbojas un tāpēc vērtējama kā drīzāk formāla prasība, kas rada administratīvo slogu ģimenes ārstu darbības uzsākšanai. Turpinājumā ir izklāstīti argumenti un problēmas, kas pamato šos ģimenes ārstu viedokļus un vērtējumus.

<u>Problēma</u>: ģimenes ārstu gaidīšanas rindas kārtības organizēšana drīzāk kavē personas iespējas uzsākt ģimenes ārsta valsts apmaksāto profesionālo darbību.
Pats rindas veidošanas princips paredz to, ka reģistrētā persona drīzāk virzās rindā uz leju, nevis uz augšu. To nosaka tas, ka ārpus kārtas rindā tiek reģistrēti visi rezidentūru absolvējušie ārsti, kas gada laikā pēc rezidentūras beigšanas iesniedz pieteikumu reģistrācijai rindā. Attiecīgi visi rindā jau esošie

[12] Avots: NVD mājas lapa (http://www.vmnvd.gov.lv)

ārsti pavirzās rindā uz leju. Tādējādi jaunie ģimenes ārsti sākotnēji nonāk rindas augšgalā. Tomēr reāla priekšroka jaunajiem speciālistiem ir ļoti neilgu laiku – vienu vai divus gadus, kamēr rindā netiek reģistrēti jauni tikko rezidentūru beigušie speciālisti. Ja šajā laikā viņi nesaņem piedāvājumu vai neatrod iespēju strādāt savās praksēs, ir liels risks, ka viņi šajā rindā paliek ilgstoši, turklāt iespējas sagaidīt savu kārtu ar katru gadu mazinās, nevis palielinās. Lai mazinātu šo problēmu, pirmkārt, ir nepieciešams pārskatīt ģimenes ārstu gaidīšanas rindas organizēšanas kārtību; otrkārt, noteikt, ka priekšroka rindā jaunajiem ģimenes ārstiem (tikko rezidentūru beigušajiem ārstiem) ir vienu gadu, pēc kura viņi nonāk rindas galā. Tādējādi tiktu gan radīti priekšnosacījumi jaunajiem speciālistiem slēgt līgumu ar valsti par saviem pakalpojumiem, gan saglabātas reālas iespējas ikvienam rindā reģistrētajam ārstam sagaidīt savu kārtu.

<u>Problēma</u>: rezidentūras beigšanas laika nesakritība ar sertifikācijas īstenošanas laiku un ģimenes ārsta sertifikāta iegūšanas brīdi, kā rezultātā tiek kavēta reģistrācija ģimenes ārstu gaidīšanas rindā.

Lai rezidentūru beigušais ģimenes ārsts varētu reģistrēties ģimenes ārstu gaidīšanas rindā, pirms tam viņam ir jānokārto sertifikācijas eksāmeni un jāsaņem sertifikāciju apliecinošs dokuments. Praksē šobrīd ir tā, ka rezidentūra beidzas jūnija mēnesī, sertifikācijas eksāmeni arī tiek kārtoti jūnijā, taču sertifikātu jaunie speciālisti saņem tikai septembra beigās, kad tiek sasaukta sertifikācijas komisija. Tas nozīmē, ka divus mēnešus jaunie ģimenes ārsti nevar reģistrēties NVD ģimenes ārstu gaidīšanas rindā, lai gan pēc būtības ir izpildījuši visas kvalifikācijas prasības. Turklāt sertifikātu saņemšanas laiks atšķiras dažādu augstskolu beidzējiem, kas līdz ar to rada priekšrocības tās augstskolas absolventiem, kuri sertifikātus ģimenes ārsta specialitātē saņem ātrāk. Šobrīd spēkā esošais princips, ka priekšroka tiek dota tai personai, kas ātrāk iesniedz pieteikumu, tiek vērtēts negatīvi. Pēc jauno ārstu domām, šāda prakse rada nevajadzīgu iekšējo negatīvo konkurenci un liecina par caurspīdīguma principa neievērošanu gan sertifikācijas, gan reģistrēšanas procedūrā ģimenes ārstu gaidīšanas rindā. Lai novērstu šo problēmu, pirmkārt, nepieciešams saskaņot augstskolu un profesionālo asociāciju darbību, pēc iespējas satuvinot laikā rezidentūras beigšanu, sertifikāciju, sertifikācijas komisijas sēdes norisi un sertifikātu izsniegšanu; otrkārt, izstrādājot kvalitātes kritērijus, pēc kuriem tiek dota priekšroka reģistrācijai rindā. Jaunu kvalitātes kritēriju noteikšana ļautu arī izstrādāt jaunu ģimenes ārstu gaidīšanas rindas organizēšanas kārtību.

8.2.5.a. logs. Jauno ģimenes ārstu reģistrācija ģimenes ārstu gaidīšanas rindā

*Galīgi garām ir tas, **kā mūs paņem rindā**. Tur ir līdz kurioziem. Latvijas Ārstu biedrība izgatavo sertifikātus,* [Ģimenes ārstu] *asociācija saņem, tad viņi apzvana visus ģimenes ārstus un, kurš pirmais saņem sertifikātu un aizskrien uz VNC* [Veselības norēķinu centru, tagad – Nacionālo Veselības dienestu]*, tas ir pirmais rindā. Kad atbrīvojas brīva vieta, tad rindas kārtībā ir. Tas ir diezgan nesaprotami man, jo tur cilvēki tiešām vaktē bez maz vai pie durvīm. Vēl jau ir divas universitātes. Nezin kāpēc LU* [Latvijas Universitāte] *dabūja ātrāk sertifikātus. Varbūt viņi ātrāk kārto eksāmenus. Viņi bija ātrāk rindā. Tas bija ļoti interesanti. Nezinu, kādu citu mehānismu tur varētu ieviest. (..) visi bija noskrējušies un skatījās, ka kāds jau ir paspējis pa priekšu, tas bija diezgan pazemojoši.* (jauns ĢĀ, Rīga)

*Mēs visi vienā gadā beidzam, bet man nav skaidrs tas princips, kurš tiek pa priekšu? Tur ir tā rinda. **Pēc kādiem kritērijiem to rindu sastāda?** Kritērijs jau ir viens – kurš pirmais atskrien. Ja vienā laikā liek eksāmenu, tad nezin' kāpēc citiem paziņo ātrāk. Tur bija pat pa nedēļām ātrāk.* (jauns ĢĀ, Rīga)

<u>Problēma</u>: ģimenes ārstu gaidīšanas rindas kārtības organizēšana un darbība ierobežo jauno ģimenes ārstu patstāvīgas profesionālās darbības uzsākšanu.

Pētījumā intervētie ģimenes ārsti atzina, ka ģimenes ārstu gaidīšanas rinda ir drīzāk formāla, jo tā darbojas vāji, par ko liecina tas, ka praksē reti ir tie gadījumi, kad ārsti saņem sev atbilstošu piedāvājumu uzsākt ģimenes ārsta praksi un stāties līgumattiecībās ar NVD. Te svarīgi uzsvērt, ka saskaņā ar NVD sniegto skaidrojumu, NVD piedāvā rindā esošajiem ģimenes ārstiem prakses vietas gada laikā, taču visbiežāk to atrašanās vietas neatbilst ārstniecības personu vēlmēm, jo citas vietas akceptēšana ir saistīta arī ar dzīves vietas maiņu, papildu transporta izdevumiem. Tāpēc lielākā daļa

rindā reģistrēto ārstu šādos gadījumos pieņem lēmumu strādāt kā maksas ģimenes ārsti, vienlaikus saglabājot savu vietu rindā. Rindā paliek arī tie ģimenes ārsti, kas ir pieņēmuši NVD piedāvāto prakses vietu, bet kas tomēr neatbilst viņu vēlmēm, tāpēc viņi turpina gaidīt iespēju strādāt praksē, kas atrodas viņiem vēlamajā vietā. Šī situācija parāda, ka tiesiskais regulējums, no vienas puses, tiek ievērots, no otras puses, tas nedarbojas ģimenes ārstu interesēs, radot grūtības savienot profesionālo darbību ar personīgajām interesēm un vajadzībām, kas saistītas ar ārsta ģimenes dzīvi un pastāvīgo dzīves vietu.

Būtisks šķērslis jaunajiem ģimenes ārstiem savas prakses atvēršanai un pretendēšanai uz valsts finansējuma saņemšanu ir nepieciešamā pacientu loka savākšana. Normatīvais regulējums nosaka, ka ģimenes ārstam, kas ir tikko uzsācis savu darbību, pusgada laikā ir jāreģistrē savā praksē vismaz 600 pacienti, lai NVD turpinātu ar šo ārstu līgumattiecības (MK noteikumi Nr. 1046). Kā liecina prakse un Jauno ārstu asociācijas vadības paustais viedoklis, problēma ir nevis izveidot pacientu loku, bet iegūt tiesības slēgt līgumu ar valsti par apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Gadījumos, kad valsts pārtrauc līgumattiecības ar kādu no ģimenes ārstiem, šī ārsta pacienti sešu mēnešu laikā var pārreģistrēties pie cita ģimenes ārsta no NVD piedāvātā ārstu saraksta. Ja pacients pats to neizdara, tad viņš tiek automātiski pārreģistrēts pie NVD izvēlētā ārsta (MK noteikumi Nr.1046 29.,30. punkts). Savukārt ģimenes ārsti, kas sniedz maksas veselības aprūpes pakalpojumus saviem pacientiem un ir izveidojuši NVD prasībām atbilstošas ģimenes ārstu prakses pacientu skaita ziņā, nevar pretendēt uz līguma slēgšanu ar NVD, ja viņi nav reģistrēti ģimenes ārstu gaidīšanas rindā un attiecīgajā veselības aprūpes finansēšanas teritorijā jau ir nodrošināts pietiekams ģimenes ārstu prakšu skaits atbilstoši iedzīvotāju skaitam šajā teritorijā.

8.2.5.b. logs. Ģimenes ārstu gaidīšanas rindas darbība

Tāpat jau tā [ģimenes ārstu rinda] *rinda tiek apieta. Tas saraksts nekam pilnīgi nav derīgs. (..) Ja godīgi, tad vispār nevajadzēja gaidīt. Es pieteicos, tur meklēja to cilvēku un mani paņēma. Man ir citi kolēģi, kas arī tika ne caur sarakstu. Varbūt tikai kādi divi ir tikuši caur to sarakstu.* (jauns ĢĀ, Rīga)

Gaidīšanas rindā uz to brīdi bija vismaz 100 cilvēki. Tie, kas tur bija pirmie un vairākus gadus jau stāv, protams, ka viņi sen jau strādā. Citiem vārdiem, tā ir formalitāte. Kad man pienāca laiks dabūt prakses vietu, man teica, ka mani nevar paņemt, jo ir rinda. Es vienkārši atradu pats. (..) Pēc likuma nedrīkst dot prakses vietu, ja neesi rindā. Kad es interesējos, tad tur vairāki cilvēki jau strādāja un netiek izrakstīti. Neviens jau to neprasa. Tas nav lietderīgi. (ĢĀ, Rīga)

Biju rindā. Man neviens neko nebija piedāvājis. Vienu dienu piezvanīja un pajautāja, vai es vēl gribu būt tai sarakstā, es pateicu, ka nē un viņi izsvītroja mani. Tas arī viss. Visus tos septiņus gadus, cik es tur biju, viņi neko nebija piedāvājuši. (ĢĀ, Rīga, maksas)

Ja ārsts, kamēr ir šai rindā, ir sācis strādāt kā privātārsts, sniedzot ambulatoras konsultācijas sadarbībā ar apdrošināšanas kompānijām vai pacientiem sedzot to pašiem, tad viņiem ir jādod iespēja arī izveidot savu praksi un pēc tam noslēgt līgumu ar NVD. ***Ja viņam pa tiem septiņiem, deviņiem gadiem jau ir izveidojies liels cilvēku daudzums, kuri labprāt pie tā ārsta arī pierakstītos, tad kāpēc tas ārsts nevar aiziet uz NVD un pateikt, ka viņam ir daudz cilvēku, un noslēgt līgumu. Tad viņš varētu apkalpot tos pacientus, kas pie viņa ir reģistrēti, un paralēli sniegt maksas konsultācijas pacientiem, kas pie viņa nav reģistrēti.*** *(..) Bet ir ļoti daudz ārstu, kuri strādā privāti, un kuri labprāt noslēgtu līgumu arī ar NVD un oficiāli piereģistrētu pie sevis tos pacientus, bet viņiem ir jāiziet visa tā procedūra – jāieliek sevi gaidīšanas sarakstā, un kamēr tie gadi atkal paies. Tie nelaimīgie jau, pirmkārt, ir pacienti. Labi, ja viņi šodien var nomaksāt tos pakalpojumus vai ir apdrošināšana, bet nākamajā gadā var nebūt. Un ja viņiem nav arī tā valsts ārsta, tad ko viņiem darīt tādā situācijā?* ***Ja var savākt 1000 pacientus, tad ārsts varētu iet ar lūgumu uz NVD, neskatoties, kurā teritorijā viņam prakse atrodas, un noslēgt līgumu ar valsti.*** *Tā rinda var pienākt arī pēc 10 gadiem, bet pacienti ir jau sakrājušies, kuri grib arī oficiāli pie viņa piereģistrēties, jo viņiem gribas to stabilitātes sajūtu.* (ĢĀ, Rīga, maksas)

Lai novērstu raksturotos problēmas aspektus, pirmkārt, iesakām izvērtēt priekšlikumu noteikt, ka priekšroka līgumam ar NVD konkrētā reģionā vai teritorijā ir tiem ģimenes ārstiem, kas ir jaunāki par 65 gadiem – vecums, kas atbilst nākotnē plānotajam pensionēšanās vecumam Latvijā (atbilstoši tā pakāpeniskajai paaugstināšanai), un atrodas ģimenes ārstu gaidīšanas rindā ilgāk nekā vienu gadu.

Šāda pieeja sekmētu jauno ģimenes ārstu profesionālās darbības uzsākšanu un ģimenes ārstu gaidīšanas rindas virzību. Otrkārt, lai radītu iespēju maksas ģimenes ārstiem iesaistīties valsts apmaksātās 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. Tādējādi tiktu ievērotas arī pacientu tiesības brīvi izvēlēties savu ģimenes ārstu, nevis ierobežot šo izvēli no tiem ārstiem, kuriem ir līgums ar NVD un kas praktizē viņu dzīves vietas teritorijā. Treškārt, izvērtēt ģimenes ārstu prakšu mantošanas un/vai pārdošanas sistēmas ieviešanas lietderību, nosakot arī pacientu pārreģistrācijas kārtību.

8.2.6. Kompensējamo medikamentu izrakstīšana

Tieši iespēja izrakstīt valsts kompensējamos medikamentus primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju vidū tiek uzskatīta par vienu no galvenajām priekšrocībām līgumam ar NVD. Pētījumā ģimenes ārsti un feldšeri tika lūgti novērtēt esošo kārtību, saskaņā ar kuru valsts kompensējamos medikamentus drīkst izrakstīt tikai tie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, kuriem ir līgums ar NVD. Kaut arī ģimenes ārstu viedokļi šajā jautājumā dalās, tomēr dominējošā attieksme ir par labu esošajai kārtībai. Primārās veselības pakalpojumu sniedzēju galvenais arguments ir tas, ka šādā veidā valsts var kontrolēt šim mērķim piešķirtā finansējuma izlietojumu. Kā intervijā atzina viens no ģimenes ārstiem bez līguma ar NVD: *„Ērti tas nav, bet loģiski – gan."* Taču nevar noliegt, ka esošā kārtība rada arī problēmas ne tikai ģimenes ārstiem, bet galvenokārt pacientiem.

<u>Problēma</u>: pacienti apmeklē divus dažādus ģimenes ārstus, radot papildu rindas pie ģimenes ārstiem.

Kā atzina pētījuma dalībnieki, tieši šī iemesla dēļ daļai iedzīvotāju ir divi ģimenes ārsti – viens, kuram ir līgums ar NVD un kurš ir tiesīgs pacientam izrakstīt kompensējamos medikamentus; otrs, kuru pacients apmeklē regulāri kā ārstējošo ģimenes ārstu. Šāda sistēma vispirmām kārtām nav draudzīga pacientiem. Ar šādu kārtību nav apmierināti arī tie ģimenes ārsti, pie kuriem pacienti nāk tikai pēc šāda veida medikamentu receptēm, jo tas viņiem atņem laiku savu pacientu aprūpei. Tā rezultātā šiem ģimenes ārstiem veidojas garākas pieņemšanas rindas un ir lielākas grūtības ievērot prasību par ikviena pacienta pieņemšanu piecu darba dienu laikā. Ģimenes ārsti, kas uzskata, ka kompensējamās zāles vajadzētu atļaut izrakstīt arī maksas ģimenes ārstiem, kā argumentus min, pirmkārt, pacientu tiesību vienlīdzības principa ievērošanu – proti, ikvienam pacientam būtu jānodrošina iespēja saņemt valsts kompensējamos medikamentus atbilstoši viņam noteiktajai diagnozei, otrkārt, ģimenes ārsta kvalifikāciju. Šī problēma attiecas arī nosūtījumiem pie ārstiem speciālistiem, kas sniedz valsts apmaksātos sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus. Kā risinājumu intervētie ģimenes ārsti izteica priekšlikumu slēgt līgumu ar NVD konkrēti par kompensējamo zāļu un medicīnisko ierīču izrakstīšanu.

8.2.6.a. logs. Ģimenes ārstu viedokļi par valsts kompensējamo medikamentu izrakstīšanas kārtību

Godīgi sakot, es arī labprāt gribētu izrakstīt kompensējamās zāles, bet kā tad viņi spēs kontrolēt tad to budžetu? Man tie pacienti šodien ir tik, rītdien ir tik. Vienīgais tad ir jābūt viņiem pieejamam maksas ārstu reģistram, kas tagad, es domāju, ka būs jebkurā gadījumā, kad būs tās programmas. Ja jau tās programmas ir un ir pieejamais skaits, tad nav starpības, ka tas konkrētais pacients nāk pie manis. Būs redzams, ka es to viņam esmu izrakstījusi, lai nebūtu tāda situācija, ka viņš aizskrien vēl pie sava daktera un tur vēl viņam izraksta. Tad pazudīs viņam vajadzība iet pie tā ārsta. Viņš pārnāks pie manis. Tā problēma ir tīri dēļ tās reģistrācijas. Protams, ka es gribētu uz stacionāriem arī sūtīt akūtos pacientus ar tādu pašu privilēģiju, kāda ir valsts ģimenes ārstiem, bet lielākajai daļai pacientu ir šie te otrie ārsti, valsts ārsti. Ir arī tādi pacienti, protams, kuri nevienam nepieder, kuri ir tikai pie manis. Vienkārši būs grūti kontrolēt, kas notiek, kur tā naudas plūsma aiziet. (ĢĀ, Rīga, maksas)

Es domāju, ka tas ir normāli. Tagad ir grūti kontrolēt pacientus, jo viņi var saņemt to pašu preparātu, piemēram, pret holesterīnu pie ģimenes ārsta, pie kardiologa un pie endokrinologa. (ĢĀ, Rīga)

Maksas ārsti droši vien to gribētu. Ja pastāvēs tāda iespēja, kas arī būtu normāli konkurences apstākļos, tad, protams, ka lielākā daļa gribēs kļūt par maksas ģimenes ārstiem, bet tad atkal tā varbūt būs problēma pacientiem, jo ģimenes ārsts tad var uzlikt savu cenu vizītēm. Es domāju, ka būtu pozitīvi, ka arī maksas ģimenes ārsti varētu izrakstīt valsts apmaksātos medikamentus. Tas veicinātu konkurenci, jo ir cilvēki, kas tiešām izmanto šos maksas pakalpojumus. Viņi maksā par laboratorijas izmeklējumiem, iet pie visiem speciālistiem par maksu, bet, ja viņam ir kāda hroniska saslimšana, tad ģimenes ārsts viņam varētu izrakstīt zāles, ko valsts apmaksā. Viņam jau ir tādas pašas tiesības kā tiem, kuri iet pie valsts ģimenes ārsta. Vai nebūtu labi, ja varētu arī maksas ārsts izrakstīt? (..) Varētu noslēgt līgumu tīri par kompensējamajiem medikamentiem. Tas nevarētu būt sarežģīti. (jauns ĢĀ, Rīga)

Man ir grūti pateikt. Godīgi sakot, es domāju, ja viņš ārsts, tad viņš drīkstētu uzrakstīt recepti, tāpēc taču es esmu mācījusies. Vai tad tāpēc, ka man nav līgums ar valsti, vai tāpēc es esmu sliktāka? Es nedomāju tā. Es domāju, ka varētu atļaut. Cits jautājums ir, kā to reglamentēt. (ĢĀ, reģions)

Kas tagad notiek? Ja cilvēkam ir polise, viņš labprāt apmeklē maksas ārstu, jo viņš ātrāk tiek, nav jāsēž ar 40 cilvēkiem aiz durvīm, ērtāks laiks, bet viņš ir spiests vēl skriet pie sava ģimenes ārsta pakaļ receptei! Tas ģimenes ārsts atkal nav apmierināts, ja pie viņa atskrien tikai pēc receptes, un tāda ir arī viņa attieksme. Visi ir neapmierināti. Šai sistēmā varētu kaut ko mainīt. (ĢĀ, Rīga)

(..) būtībā kaut kas tur īsti pareizi nav, jo pacients pats izvēlas, pie kura ārsta ārstēties. Man ir daudzi pacienti, kuri ārstējas pie manis, un pienāk brīdis, kad vajag kompensējamo medikamentu. Es viņu informēju, protams, ka viņš to var pirkt par pilnu maksu, bet, ka ar šo diagnozi viņam tas pienākas ar atlaidi. Vai arī, ja viņš grib iet slimnīcā vai izmeklēties, tad ar šo diagnozi ar ģimenes ārsta nosūtījumu viņš to varētu izdarīt par velti vai par daļēju samaksu. Pacienti tad man jautā, ko darīt. Es saku, ka tad ir jāiet un jāreģistrējas pie cita ģimenes ārsta. Tad pacienti apjūk, jo viņi negrib mainīt ģimenes ārstu, bet tai pat laikā viņi rēķina, ka varētu ietaupīt kādu naudu, bet atkal galīgi nav ieinteresēti sēdēt rindās. Ir daļa turīgo pacientu, kuriem tas ir vienalga un viņi maksā par tiem izmeklējumiem. Kuriem tā naudas summa ir būtiska, tie lūdz ieteikt kādu labu ģimenes ārstu. Man ir dažas draudzenes, kuras strādā ar slimokasi, kuras tad es iesaku, iepriekš sazinoties. Tad tā situācija ir tāda, ka tad, kad vajag tos medikamentus, viņi iet pie viņām, bet kad nevajag, tad pie manis. It kā valsts kompensē tos medikamentus, bet, ja nav līguma ar valsti, tad nevar, bet kāpēc tu nevari, jo tu esi tāds pats ārsts ar ģimenes ārsta sertifikātu, kas arī var novērtēt, ka pacientam to medikamentu vajag. Varbūt, ka to finansējumu tur kaut kā savādāk var organizēt. Protams, viņi tur katram ārstam iedod konkrētu budžetu, tad varbūt būs grūtāk to kontrolēt. (ĢĀ, Rīga, maksas)

<u>Problēma</u>: valsts kompensējamo medikamentu kvotu ievērošana.

Vairāki ģimenes ārsti, kuriem ir līgums ar NVD un kuri izraksta saviem pacientiem valsts kompensējamos medikamentus, kā problēmu raksturoja viņiem piešķirto kompensējamo zāļu kvotu limita pārsniegšanu. Ģimenes ārsti uzskata, ka situācijā, kad diagnozi nosaka un attiecīgi vajadzīgos medikamentus ordinē ārsts speciālists, viņiem ir grūtības kontrolēt šajā pozīcijā iedalītā finansējuma plūsmu. Turklāt viņiem nav skaidrs, kāda rīcība no viņu puses tiek sagaidīta brīdī, kad kvotu limits ir sasniegts – turpināt izrakstīt kompensējamos medikamentus pacientiem ar atbilstošām diagnozēm vai pārtraukt to darīt, skaidrojot pacientam, ka pieejamais finansējums šim mērķim ir izlietots un nepieciešamās zāles ir jāiegādājas par pilnu samaksu pašam pacientam.

8.2.6.b. logs. Kompensējamo medikamentu kvotu ierobežojumi

Mums drusku ir stresaina situācija, jo mēs vienmēr pārtērējam kompensācijas zāļu saraksta medikamentiem summu. Es neko nevaru izdarīt. Ja tie pacienti slimo ar šo saslimšanu un zina, ka viņiem ir iespējams dabūt šos preparātus ar atlaidi, tad kā es varu atteikt!? Man vienmēr no NVD nāk informācija, ka esmu pārtērējusi naudu. Tas apbēdina, bet es savādāk nevaru, jo, ja man tie pacienti ir, kuriem ir paredzēta tāda ārstēšanu, es rakstu. Ja ir nopietna diagnoze, kurai ir nauda paredzēta, tad ko tur vispār var? Es jau to nerakstu sev, bet saviem pacientiem. Ir recepte, to var pārbaudīt. Es rakstu tikai sava iecirkņa pacientiem, kuri visi ir reģistrēti. Tā ir nevajadzīga rakstīšana. Ja gribat, atbrauciet un pārbaudiet, ka mani pacienti saņemt tikai to, ko vajag! (pediatrs, Rīga)

Tas, ka man nāk pa kvartāliem reizi, ka es esmu pārsniegusi kaut kādas vidējās kvotas kaut kādām atsevišķām diagnozēm, bet tas arī nāk un tracina, jo uz epilepsiju un tādām lietām, man tur burtiski pāris pacienti, ne es tās zāles es izdomājusi. Un tad, ja nepārtraukti mani baksta, ka es viņas esmu pārsniegusi, tad man gribas teikt, lai atnāk un paskatās uz to cilvēku un paskaties, kā viņam iet dzīvē un kādas zāles viņam ir, un ko tad viņam noņemt nost. Un tad man katru kvartālu atnāk, ka es esmu pārsniegusi tās kvotas. Un tās zāles nozīmē speciālists Rīgā, nevis es! (pediatrs, reģions)

Problēma: ārsta palīgi, kuriem ir līguma attiecības ar NVD caur ģimenes ārstiem vai pašvaldību, nav tiesīgi patstāvīgi izrakstīt kompensējamo medikamentu receptes.
No ārsta palīgu teiktā redzams, ka tas, ka saskaņā ar tiesisko regulējumu viņi nedrīkst izrakstīt kompensējamos medikamentus, rada virkni problēmu veselības aprūpes pakalpojuma saņēmējiem, it īpaši gados vecākiem cilvēkiem. Tā rezultātā veidojas situācijas, kad pacients šīs savas tiesības pat neizmanto vai vēl ļaunāk – vispār nelieto nepieciešamās zāles. Lai risinātu šo problēmu un nodrošinātu medikamentu pieejamību pacientam, praksē feldšeri samērā bieži apmainās ar informāciju ar ģimenes ārstu par attiecīgajiem pacientiem, kompensējamo medikamentu saņēmējiem, un izraksta tiem zāles uz ģimenes ārstu iepriekš sagatavotām un parakstītām receptēm.

8.2.6.c. Ārsta palīgu (feldšeru) viedoklis par kompensējamo medikamentu izrakstīšanas kārtību un praksi

Jūs saprotat, tas vecais cilvēks ne vienmēr var tikt pie sava ģimenes ārsta, un, ja viņš tās zālītes ir jau ilgstoši lietojis, tad jau izdevīgāk būtu, ka viņam uzrakstītu uz to atlaidi. Bet tagad tas uzskats ir tik drakonisks un viena daļa jau pērk par naudu tagad, protams, kas nav tik dārgi. (NVD finansēts FP)

Mums tā sadarbība ir savādāka – viņš [pacients] *piezvana vai atnāk pie manis un viņam tūlīt beigsies zālītes. Protams, tad ir zvans ģimenes ārsta praksei. Visi cilvēki pagastā zina, ka es vienreiz nedēļā braucu uz Priekuli un man stāv tur jau recepšu kalni, es tos paņemu, atvedu un vai nu otrā dienā paši atnāk vai es aizbraucu pie viņiem mājās un zāles atdodu.* (pašvaldības finansēts FP)

Tās ir arī attiecības starp ģimenes ārstu un feldšeri, pie kura viņš ir piesaistīts, jo tāpat tie ģimenes ārsti iet atvaļinājumā, viņi atstāj tās receptes. Tā ir sadarbība starp feldšeri un ģimenes ārstu, starp pazīstamiem cilvēkiem. (NVD finansēts FP)

No vienas puses, pacientam būtu vienkāršāk, ja es rakstītu, bet, no otras puses atkal, ka izkontrolēt, ka viņš varbūt atnāks pie manis izņems tās receptes, un varbūt viņš nākošo mēnesi aizies pie ģimenes ārsta, izņems tās receptes. (NVD finansēts FP)

Neraugoties uz to, ka esošā kārtība sagādā neērtības pacientiem, feldšeri atzina, ka tā nav labākā prakse, ja kompensējamo medikamentu izrakstīšanu atļautu veikt arī ārsta palīgiem, jo ir nepieciešama kontrole un precīza sadarbība starp feldšeri un ģimenes ārstu, lai pacients nemēģinātu recepti paralēli iegūt gan no feldšera, gan ģimenes ārsta vai ārsta speciālista. Kā iespējamo problēmas risinājumu ārsta palīgi ieteica nodrošināt, ka katram pacientam ir viena pacienta ambulatorā medicīniskā karte gan ģimenes ārstam, gan ārsta palīgam, ja abu ārstniecības personu darbavietas ir atšķirīgās vietās. Tādā gadījumā varētu izvērtēt iespēju, ka, piemēram, hroniskiem slimniekiem, kompensējamo zāļu receptes drīkst izrakstīt arī ārsts palīgs, ja viņš ir piesaistīts ģimenes ārstam. Ņemot vērā esošo veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas organizāciju, šāda sistēma ir iespējama tikai tad, ja tiek ieviestas elektroniskās ambulatorās pacienta medicīniskās kartes, kurām ir pieeja gan ģimenes ārstam, gan viņam piesaistītajam ārsta palīgam.

8.2.7. Informācijas apmaiņas ar NVD vērtējums

Ģimenes ārsti un ārsta palīgi (feldšeri) sadarbību ar NVD kopumā vērtē pozitīvi. Raksturojot kontaktēšanās biežumu no NVD puses, respondenti norādīja, ka NVD speciālisti ar viņiem kontaktējas pēc nepieciešamības. Par to liecina arī pētījumā iegūtie kvantitatīvie rādītāji. Piemēram, trīs gadījumos respondenti ir norādījuši, ka NVD ar viņiem kontaktējas vienu līdz četras reizes gadā, savukārt divi respondenti minējuši 48 un 60 reizes.

Parasti kontaktēšanās ar ģimenes ārstiem notiek elektroniskās saziņas formā, nosūtot ārstniecības personām vai pašvaldībām, kas attiecīgi šo informāciju pārsūta feldšeriem, informāciju par grozījumiem tiesiskajā regulējumā vai prasībās, kas attiecas uz valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas kārtību un finansēšanu, kā arī jautājumiem, kas saistīti ar līguma izpildi un finansējuma apguvi. Papildus elektroniskajai saziņai, kā atzina intervētie ģimenes ārsti, NVD rīko arī

informatīvus seminārus par jaunumiem veselības aprūpes jomā, taču to noderīguma vērtējums nav augsts. Telefoniskajā saziņā lielākās grūtības ārstniecības personām sagādā tas, ka nereti nākas sazināties ar vairākiem darbiniekiem, lai sakontaktētos ar to speciālistu, kas ir kompetents atbildēt par konkrēto tēmu.

NVD sniegto informāciju ģimenes ārsti un feldšeri vērtē dažādi. Daļa atzīst, ka tā ir noderīga, daļa uzskata, ka informācija tiek pasniegta sarežģītā normatīvajā valodā (normatīvo aktu izrakstu formā), līdz ar to ir grūtības to uztvert. Daudzkārt nosūtītās informācijas apjoms ir ļoti liels un ierobežota laika apstākļos ārstniecības personas ar šo informāciju iepazīstas paviršī. Neraugoties uz to, ka NVD mājas lapā tiek ievietota aktuālā informācija gan par izmaiņām tiesiskajā regulējumā, gan par līguma izpildes nosacījumiem, ģimenes ārsti un feldšeri uzsvēra, ka viņiem trūkst saprotamā veidā izklāstītas informācijas par aktuālajām normatīvajām prasībām. Šādu zināšanu nepietiekamību apstiprina arī vairākas pētījumā konstatētās situācijas, kad ģimenes ārsti nav apmierināti ar noteiktu prasību, kas jau ir atcelta vai mazināta. Ir arī gadījumi, kad ģimenes ārsti nav izstrādājuši noteiktus dokumentus, kas saistīti ar ārstniecības iestādes darbību, jo nav zinājuši par jauno prasību ieviešanu.

Izmantojot pētījumā iegūtos kvantitatīvos rādītājus, jānorāda, ka vairāk kā puse (16) no visiem ģimenes ārstiem, kas piedalījās pētījumā, atbildēja uz jautājumu, vai būtu nepieciešams uzlabot sadarbību ar NVD. Noraidoši no viņiem atbildēja deviņi respondenti, bet septiņi ģimenes ārsti uzskata, ka tomēr būtu nepieciešams uzlabot sadarbību. Kaut arī NVD darbojas bezmaksas informatīvais tālrunis, primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji norādīja, ka viņiem trūkst konsultatīva dienesta (tālruņa profesionāļiem vai līgumpartneriem), kurā varētu saņemt atbildes un skaidrojumus par aktuālo tiesisko regulējumu. Līdzīgas problēmas tika identificētas, vērtējot primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sadarbību ar Veselības inspekciju (sk. 9.1. nodaļu).

8.3. Sekundārās veselības aprūpes iestāžu sadarbība ar NVD

No 26 aptaujātajiem ārstiem speciālistiem 13 ir līgums ar NVD par valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Aptuveni trešdaļa respondentu (4), kuriem ir līgums, sadarbību ar NVD, ņemot vērā visus aspektus, sākot no līguma slēgšanas līdz dažādu atskaišu sagatavošanai, vērtē kā vienkāršu, tā kā tā nesagādā nekādas grūtības, kā arī tikpat lielam respondentu skaitam (4) bija grūti novērtēt, cik vienkārša vai sarežģīta viņiem ir sadarbība ar NVD. Sarežģīta šī sadarbība ir diviem respondentiem un vēl vienam respondentam tā ir drīzāk sarežģīta, jo sagādā vai sagādājusi nelielas grūtības. Savukārt divi ārsti speciālisti nevarēja novērtēt sadarbību, jo visas prasības, kas saistītas ar līguma ar NVD izpildi, veic ārstniecības iestāde, kurā viņi veic savu profesionālo darbību.

Savukārt stacionāro un laboratorijas pakalpojumu sniedzēju vidū līgums ar NVD bija noslēgts visiem – 24 stacionāriem un 4 laboratorijām. Lielākā daļa stacionāro pakalpojumu sniedzēju (8 respondenti) sadarbību ar NVD vērtē kā drīzāk sarežģītu, tomēr aptuveni tāds pats respondentu skaits (7) vērtē kā drīzāk vienkāršu. Vienāds respondentu skaits (4 un 4) ieņem pavisam atšķirīgas pozīcijas – viena daļa sadarbību vērtē kā vienkāršu, bet otrā kā sarežģītu. Savukārt laboratorijas sadarbību ar NVD, ņemot vērā visus aspektus, vērtē kā drīzāk vienkāršu un vienkāršu.

8.3.1. Ārstu prakšu un ārstniecības iestāžu atlase līguma noslēgšanai

Lai noslēgtu līgumu par valsts apmaksāto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, NVD rīko konkursu, atlases kritērijus un pieteikuma veidlapas publicējot iestādes mājas lapā. Ārstniecības iestāžu atlasi sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji komentēja tikai atsevišķos gadījumos. Savukārt kā samērā aktuāls jautājums līguma slēgšanas

kontekstā tika pieminētas jauno ārstu speciālistu iespējas noslēgt līgumu ar NVD vai tikt iekļautiem stacionārā nodarbināto sarakstā, kuri sniedz valsts apmaksātos pakalpojumus (iekļūt iestādes „štatā").

Attiecībā uz ārstu speciālistu prakšu iespējām noslēgt līgumu ar NVD aptaujātie kritizēja 19.12.2006. MK noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" izvirzīto nosacījumu, ka priekšroka tiek dota tādām ambulatorajām iestādēm, kurās pieejami vairāki ārsti speciālisti. Ārsti speciālisti, kuriem nav izdevies noslēgt līgumu, min piemērus, kā būtu ieteicams mainīt līguma slēgšanas nosacījumus, lai ārstniecības pakalpojumu kļūtu pieejamāki (piemēram, pieļaujot brīvu speciālistu konkurenci – slēdzot līgumus ar visām ārstu praksēm, kas gatavas nodrošināt pakalpojumu par noteiktu cenu). Vienlaikus jāatzīmē, ka šādas pieejas ieviešana varētu radīt NVD papildus slogu, jo līgumu skaits par sekundāro ambulatoro pakalpojumu sniegšanu pieaugtu.

8.3.1. logs. Līguma ar NVD noslēgšanas iespējas un priekšlikumi to uzlabošanai

VNC [NVD] *neslēdz līgumu ar valsti ar privātajiem. Es runāju, viņi neslēdz. Motīvs ir tāds, ka Rīgā ir ļoti daudz (..)* [specialitāte]. *Viņiem ir vieglāk noslēgt ar (..)* [lielu ārstniecības iestādi]*, nevis ar katru praksi atsevišķi. Kad es jautāju, ar ko es atšķiros no tiem, kas strādā tur, jo es tur arī kādreiz pats strādāju, tad precīzi atbildēt viņi nevarēja. Viņi man pateica, ja es gribu noslēgt līgumu, tad lai es paskatos, kurā rajonā nav (..)* [attiecīgās specialitātes ārsta]*, un lai es braucu uz turieni, noslēdzu līgumu un tad tur es varēšu pieņemt.* (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Man nav savas ārsta prakses. Es skaitos pašvaldības poliklīnikā. Man neļauj dibināt [praksi] *NVD. Tiek sniegts minimālais pakalpojumu skaits. Viņi nevēlas slēgt līgumus ar atsevišķiem speciālistiem. Viņi grib slēgt ar poliklīnikām.* (ārsts speciālists, reģions)

Nezinu, vai pie mums tas ir pielietojams, bet (..), piemēram, (..) [valsts] *uz medicīnas pakalpojumiem ir daļēji tendera sistēma. Tur ir intervences cena. Valsts pasaka, ka, piemēram, par ultrasonogrāfiju viņi maksās 10 latus. Ja tevi tas apmierina, tad ar tevi noslēdz līgumu. Viss! Citu jautājumu vairs nav. Ja šeit tas būtu, tas ļoti stipri nomainītu visu tirgu. Būtu lielāka konkurence, un privātajiem būtu vieglāk strādāt. Man kā privātajam apmierinātu 10 lati par ultrasonogrāfiju, bet Stradiņos pacientam tas izmaksās 25 lati. Atkristu gan rindas uz izmeklējumiem, gan viss kas.* (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Lai veicinātu jauno ārstu speciālistu iekļaušanos nozarē, vairāki aptaujātie izsaka priekšlikumu normatīvi regulēt ārsta vecumu, kuru sasniedzot viņš valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus vairs nav tiesīgs sniegt. Tā kā ir sagaidāms būtisks ārstu trūkums jau pēc pieciem gadiem, normatīvu ārsta vecuma ierobežojumu aptaujātie iesaka ieviest pēc iespējas ātrāk, lai mazinātu to negatīvo ietekmi, ko rada jauno ārstu speciālistu aizbraukšana darbā uz ārvalstīm. Ieteicamā ārsta vecuma robeža, pēc kura sasniegšanas NVD ir tiesīgs neslēgt līgumu par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu, ir 65 gadi, kas atbilst nākotnē plānotajam pensionēšanās vecumam (atbilstoši tā pakāpeniskajai paaugstināšanai). Ja ārsts, sasniedzot 65 gadu vecumu, joprojām ir kompetents savā specialitātē, viņam ir tiesības dibināt privātpraksi vai tikt algotam kā maksas konsultantam – ārsts var turpināt darbu, taču ārstniecības iestādes štata vietas būtu pieejamas jaunajiem speciālistiem. Tikai gadījumos, kad noteiktā teritorijā nav pieejami jaunie ārsti, pensijas vecumu sasniegušais speciālists drīkst sniegt arī valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus.

8.3.2. Līguma nosacījumu un līguma slēgšanas procedūras vērtējums

Vērtējot līguma ar NVD noslēgšanas procedūru, vairums sekundārās veselības aprūpes sniedzēju norāda, ka nejūtas kā līdzvērtīgi līguma partneri – tikai reti stacionāro pakalpojumu sniedzēji atzīst, ka viņi izmanto iespēju diskutēt ar NVD par finansējuma sadalījumu pa pozīcijām vai noteiktu punktu iekļaušanu līguma tekstā.

Problēma: katra gada sākumā kavējas līguma noslēgšana.
Kā nozīmīgāko problēmu saistībā ar līguma noslēgšanu, sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji min kavēšanos – ārstam speciālistam vai stacionāram piešķirtais finansējums kārtējam gadam parasti top zināms tikai gada sākumā (vai pat februārī), kas liedz plānot finansējuma izlietojumu. Daļa aptaujāto pauž izpratni, ka līguma aizkavēšanās rodas nevis NVD darba organizācijas problēmu, bet gan likuma par nākamā gada budžetu vēlās pieņemšanas dēļ. Tā kā vairums stacionāru arī ir valsts vai pašvaldību budžeta iestādes, tiem budžeta plānošana ir jāveic savlaicīgi, un tas notiek vismaz ceturksni pirms līguma parakstīšanas ar NVD. Tādējādi stacionāru budžeta plānošana ir apgrūtināta – pat, ja tiek ņemts vērā attiecīgā gadā piešķirtā finansējuma apjoms, nav garantijas, ka nākamajā gadā tas tiks saglabāts tādā pašā apmērā.

Jāatzīmē, ka NVD ir centies samazināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības samazināšanās riskus, kuri izriet no iepriekš minētās problēmas – līguma noslēgšanas aizkavēšanās. Tā kā 19.12.2006. MK noteikumi Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" atļauj noslēgt līgumu uz vairākiem gadiem (līdz pieciem), NVD izmanto šo nosacījumu, lai nodrošinātu līgumu nepārtrauktību (kas citādi rastos, ja, līgumu noslēdzot uz vienu gadu, nākamā gada sākumā jaunā līguma redakcija nebūtu vēl zināma). Līgums par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, kas noslēgts uz vairākiem gadiem, nodrošina, ka tas ir spēkā arī tad, ja precīzs finansējums ārstniecības iestādei vēl nav aprēķināts – pakalpojuma sniegšana netiek pārtraukta kārtējā kalendārā gada 1. janvārī tikai tāpēc, ka jaunais līgums vēl nav noslēgts budžeta plānošanas aizkavēšanās dēļ. Savukārt budžeta plāns ir līguma pielikuma daļa, kuru var grozīt vai pievienot pēc vajadzības.

8.3.2. logs. Līguma noslēgšanas aizkavēšanās – sekundārās veselības aprūpes sniedzēju perspektīva

Tas, ka viņi kavējās, tā jau nav NVD vaina. Tur jau valsts budžets kavējas vienmēr, jo pārvēl Saeimu, un kamēr politiķi izstrīdas, budžetu pieņem nokavēti, un līdz ar to mums tas finansējums un līgumi nav laikā. Bet tagad jau maksā avansus, kamēr līgums stājas spēkā. (ārsts speciālists, reģions)

Vienīgais, ko es varu piebilst, kad tas, kad nelaime tā, ka ja mēs it kā budžetu plānojam, pieņemsim rudenī mums kā visām iestādēm jāplāno ir 2013. gada budžets, tad mēs to kādu naudu mēs saņemsim, mēs uzzināsim 2013. gada februārī apmēram būs. (..) Mēs, protams, gribētu zināt to mazliet ātrāk, kādi varētu būt tie skaitļi (..) ar kādiem tiem apjomiem mēs varam rēķināties. (stacionārs, Rīga)

Kādreiz bija konkurss ik pēc cik tur gadiem. Tagad līgums ir līdz 2014. gadam. Viņi pagarināja, jo vismaz kaut kāda stabilitāte ir tai bardakā, kas ir milzīgs. (ārsts speciālists, Rīga)

Problēma: prasības līgumā par valsts apmaksāto sekundāro ambulatoro pakalpojumu sniegšanā neatbilst ārstu darba organizēšanas praksei un iespējām.
Ārsti speciālisti norāda, ka vairākas prasības, kuras iekļautas līgumā par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanai, neatbilst tam, kā praktiski tiek organizēts ārsta darbs un kādas ir faktiskās pacientu vajadzības. Šis komentārs attiecas, piemēram, uz prasību, ka ārsts speciālists (izpildītājs) nosaka atsevišķu darba/ pieņemšanas laiku valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanai un maksas pakalpojumu sniegšanai. Reģionos strādājošie ārsti speciālisti norāda, ka pieņemšanas laiks nav noteicošais valsts apmaksāto pakalpojumu saņemšanai – galvenais kritērijs ir pacientu iespējas nokļūt uz pieņemšanu pie ārsta (ierobežotās sabiedriskā transporta pakalpojumu pieejamības dēļ). Tāpat ārsti norāda, ka maksas pacientu pieņemšanas laiks var būt elastīgs – ja mēnesim ieplānotā valsts apmaksāto pakalpojumu pacientu kvota ir izsmelta, ārsts gribētu būt tiesīgs pieņemt maksas pacientus visā savā darba laikā.

8.3.3. Finansēšanas kārtības un tarifu sistēmas vērtējums

Divas visbūtiskākās problēmas, kas saistītas ar sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanu, ārstniecības iestāžu vērtējumā ir 19.12.2006. MK noteikumu Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" biežie grozījumi – vismaz divas vai trīs reizes gadā, kas kopsummā šo noteikumu konsolidēto versiju padara par grūti izlasāmu dokumentu. Pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka šie noteikumi būtu jāizstrādā no jauna, biežāk grozāmos jautājumus izvietojot pielikumos, kas atvieglotu noteikumu lasāmību un uztveramību. Otra nozīmīgākā problēma ārstniecības personu skatījumā ir manipulāciju un ārstniecības profilu tarifu neatbilstība aktuālajiem izcenojumiem – iestāžu vadītāji norāda, ka tarifi ir izstrādāti ilgu laiku atpakaļ, materiālu un iekārtu izmaksas šajā laikā ir būtiski mainījušās, tiek pieļauta iespēja, ka visi pakalpojuma nodrošināšanas aspekti nav iekļauti tarifos (piemēram, māsu apmaksa ārstiem speciālistiem, instrumentu un ierīču iegādes apmaksa, ierīču un mērīšanas līdzekļu tehniskās uzraudzības izmaksas u.tml.), kā rezultātā tarifi neatbilst šī brīža veselības aprūpes reālajām izmaksām. Turklāt stacionāro pakalpojumu sniedzēji arī uzsver, ka savulaik sistēma tika veidota, lai nodrošinātu principu „nauda seko pacientam", un datu uzskaites sistēma, par kuru bieži ir neapmierināti sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, bija radīta tieši šīs principa ieviešanas dēļ. Lai gan uzskaites sistēma tika radīta, tā šobrīd nedarbojas – stacionāru darba finansēšanas reformas, kas veiktas pēdējo gadu laikā, ir panākušas to, ka stacionāri darbojas pēc tāmes finansēšanas principa – līgumā ir noteikts atvēlētais finansējums un plānotais pacientu skaits, tāpēc no administratīvā viedokļa 19.12.2006. MK noteikumu Nr.1046 18. pielikumam ir formāls raksturs.

Vairāki stacionāro pakalpojumu sniedzēji norāda, ka situāciju ar zemajiem un sen nepārskatītājiem ārstniecības tarifiem varētu atrisināt tad, kad notiks pāreja uz ārstēšanas atbilstoši diagnozei apmaksu. Tomēr vienlaikus stacionāro pakalpojumu sniedzēji pauž bažas, ka jaunās apmaksas sistēmas ieviešana kādu laiku prasīs dubultu datu ievadi – gan pēc šobrīd spēkā esošās kārtības, gan pēc jaunās, uz saslimšanas diagnozi balstītās apmaksas kārtības.

8.3.3.a. logs. Finansēšanas kārtības un tarifos iekļautās izmaksas – stacionāru uztveres piemērs

Mums tagad maksā tagad tikai tā kā par ienākošu pacientu. *Nu tad, ja visi būtu veseli, tad mēs, mums nebūtu, ko ēst. Nē, it kā nevajadzētu ne mašīnas, ne ārstus, ne elektrību, neko. Bet nu ja tas otrs princips, kas dažās valstīs ir, kad ir tukšā hospitāļa izmaksas un tad katru ienākošu pacienta, tad ir tā samaksa, kur tad ir tas konkrētais apjoms, to ārstu darbs, kas tikai tās manipulācijas taisa. Bet mums, piemēram, dežurantu darbs, kuri gaida vai tukšā hospitālī, vai būs kāds slims. Tad viņas tur var nebūt, bet pie tā, kas ir mums, viņām, protams, jābūt ir pakalpojumu cenā. Un ja mums ir šis modelis valstī, kad mēs saņemam tikai šādā veidā, tad tur ir jābūt šīm izmaksām un mēs jau, protams, nevaram visu valsti pārveidot tāpēc, ka mēs to apzinām vai esam saskaitījuši. Tātad, ja tas ir tā, tad viņam ir jābūt manipulācijās. Ja lemj citu modeli, tad viņam ir jābūt savādāk.* (stacionārs, Rīga)

Tarifi nav pārrēķināti jau ļoti daudzus gadus. Kaut kad viņi tika indeksēti, ar krīzi tie tika atkal samazināti, bet mēs rēķinām šīm manipulācijām pašizmaksu un redzam, ka ir neatbilstība. *Ir arī tarifi, kas ir ļoti labi no valsts puses sarēķināti. Tagad viņi plāno divu gadu periodā pāriet uz jaunu apmaksas sistēmu, kad tiek par diagnozi maksāts. Tas ir pilnīgs jaunums, bet, protams, ka šie finansēšanas noteikumi mainās katru gadu un bija pat laiks, kad trīs reizes gadā mainījās, un mēs ļoti dabūjam tam pielāgoties, bet slimnīca nav tāds mehānisms, ka šodien mēs nolemjam un rīt sākam darboties. Tur vajag drusku laiku, lai tas mehānisms sāktu iestrādāties un to izprastu. Kādreiz maksāja par gultas dienu un klāt vēl bija manipulācijas, tad bija par diagnozēm, vēl bija periods, kurā mums vajadzēja skatīties, lai tas pacients ietrāpa tai periodā, lai par viņu samaksātu. Tagad tarifs ir noteikts par pacientu, ko maksā, bet tai pašā laikā ir globāls budžets – naudas klucis jeb 1/12 katru mēnesi neatkarīgi no tā, vai mēs ārstējam vai neārstējam pacientus, un vai mēs izārstējam tik pacientu, cik ir līgumā noteikts, jo pagājušogad bija visām slimnīcām, ka mēs ārstējām vairāk pacientus, nekā līgumā tas bija noteikts. (..) pacientiem mēs neatliekamo palīdzību atteikt nedrīkstam, ko savukārt nosaka citi MK noteikumi. Slimnīcas administratoriem ir jāspēj izmenedžēt to. Ja pietrūkst naudas, lai visus izārstētu, tad saka, ka mēs slikti menedžējam.* (stacionārs, reģions)

<u>Problēma</u>: nav skaidra sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvotu aprēķināšanas loģika.
<u>Problēma</u>: aprēķinātā sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvota neatbilst reālajam attiecīgā ārsta speciālista pacientu skaitam un pakalpojuma pieprasījumam.
Ārsti speciālisti, kas nodrošina sekundāros ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, atzīst, ka viņiem nav skaidra kārtība, kādā katru gadu piešķir tā sauktās „kvotas", t.i., finansējumu noteikta pacientu skaita ārstniecībai. Ārsti norāda, ka piešķirtās kvotas, pirmkārt, neatbilst viņu pakalpojuma pieprasījumam, tāpēc pacientam, kuri vēlas saņemt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, ir jāgaida rindā vairākus mēnešus. Otrkārt, ārsti norāda, ka viņiem nav skaidra kvotu aprēķināšanas loģika – lai gan pakalpojums ir pieprasīts un kvota ir izpildīta, nākamajā gadā tā var tikt (un tiek) samazināta. Ārstu pieredze liecina – lai nodrošinātu to, ka nākamā gada kvota ir vismaz tikpat liela kā pašreizējā gada kvota, ārstam ir jāpieņem vairāk pacientu, t.i., „jāpārstrādā kvota", riskējot ar to, ka par šo darbu viņš atalgojumu nesaņems. Līdz ar to ārsti speciālisti tiek nostādīti ķīlnieku lomā – apkalpojot tikai tik daudz pacientu, cik noteikts kvotā, viņi riskē ar kvotas samazinājumu nākamajā gadā.

<u>Problēma</u>: finansēšanas noteikumu īstenošana praksē atšķiras no līgumā noteiktā.
Atsevišķi ārsti speciālisti (arī stacionāri) norāda, ka ilgstošas sadarbības rezultātā ar NVD ir izveidojusies savdabīga prakse, kā risināt finanšu līdzekļu nepietiekamību un neatbilstību pakalpojuma pieprasījumam. Šīs prakses ietvaros ārsti rakstiski NVD norāda, ka noteiktā laika posmā piešķirtā kvota ir iztērēta un pakalpojumu vairs nav iespējams nodrošināt. NVD šādos gadījumos formāli atbild, ka pakalpojums jāsniedz līgumā noteiktā apjomā. Kad veikta šāda formāla vēstuļu apmaiņa, NVD darbinieki un ārsts speciālists mutiski vienojas, kā tiks risināta situācija, piemēram, notiks kvotas pārstrāde. Ārstu pieredze rāda, ka pārstrādāto kvotu apmaksa (papildu līdzekļu piešķiršanas iespējamība) ir atkarīga no attiecībām, kādas ārstam ir izveidojušās ar NVD darbiniekiem. Šādas sadarbības prakses pastāvēšana rada vairākus riskus – pirmkārt, pastāv nevienlīdzīgas attieksmes pret līgumslēdzējiem iestāšanās risks, otrkārt, rodas iespaids, ka tiesību aktu ievērošana iesaistītajām pusēm nav saistoša. 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.

8.3.3.b. logs. Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvotu sistēmas vērtējums – ārstu speciālistu perspektīva

Mēs esam nonākuši līdz tādai situācijai, ka mums ir uzlikta kvota – 15-16 cilvēki dienā, bet, ja dienā atnāk 30 cilvēki, tad ko darīt? Mūsu administrācija izdomāja, ka ir jātaisa pieraksts. (..) Ja mēs strādājam katru dienu un pieņemam vairāk tos pacientus nekā mums valsts apmaksā, tad tagad mēs pieņemam 20 pacientus dienā. (..) Mums samaksā par tiem 15-16, ko esam pieņēmuši dienā, bet pārējās summas krājas. Ja kāda nauda ienāk, tad viņi gada beigās izmaksā tās summas. Galīgais absurds! It kā ir kopējais katls, mēs pārstrādājam savu kvotu, mums var neizmaksāt to naudu, jo neiekļaujamies tai kvotā, ***bet kas notiek, ja mēs nepārstrādājam to kvotu****? Tad mums uz priekšdienām var samazināt kvotu, jo mēs it kā neizstrādājam. Mums ir jāizstrādā un jāstrādā mazliet vairāk, lai mums neatņemtu nost to, kas bija iepriekš. (..) Viņi bija radījuši kaut kādu mistisku koeficientu, pēc kura viņi bija izrēķinājuši, kāda sanāk nākamajam gadam. Tas koeficients ir mazāks. Tad cik mums ir jāpārstrādā, lai mums nemazinātu iepriekšējo un mēs saglabātu to, kas ir? (..) Pacientu netrūkst. Pacientu ir vairāk nekā vajag. Gribētāju ir daudz, un pieņemt visus mēs nevaram.* (ārsts speciālists, reģions)

Un tas notiek tā, ka, ja kāds no speciālistiem ir pārtērējis kvotu, tas nenozīmē, ka viņš var nesaņemt to naudu, bet var nesaņemt tas, kurš sanāk neizdevīgāks tai sistēmā, kurš ir pēdējais. Mums vairākas reizes ir bijis tā, ka okulists, piemēram, ir pārtērējis to kvotu, un viņam vajadzētu nesaņemt, bet viņš saņem. Nesaņem endokrinologs tikai tāpēc, ka viņš tai sistēmā ir tikai kurš tur pēc kārtas, kur viņam nevajadzētu būt. Kā mums strādāt? No vienas puses, mums ir mazliet jāpārstrādā tā kvota, lai nesamazinātu, ko mēs arī darām, tai pašā laikā, ja mēs pārstrādājam to kvotu, mums var neizmaksāt visu naudu, jo mēs esam pārstrādājuši. Ja strādājam normāli, tad mēs riskējam, ka mums samazinās iespējamo kvotu nākamgad, bet tad atkal mums neizmaksās naudu! (ārsts speciālists, reģions)

Man iedod ļoti mazu kvotu. Tur milzīga problēma ar pacientiem, viņi jau grib tikt, viņi nevar tikt, viņiem nav valsts naudas, viņi, protams, dusmīgi uz mums. Un mēs esam tur kā tādi muļķu lomā. Pagājušogad bija drausmīgi, dramatiski, cilvēki ar trūcīgiem statusiem, viņi nāk, pienākas pa brīvu, man kvotas beidzas, es viņam saku – nē, tikai viss par maksu. Es jūtos arī slikti. Nu es viņam [NVD] *rakstu, ka man ir tā un tā, lūdzu nemazināt viņu šogad. Atkal nogriež, vēl mazāk.* (ārsts speciālists, reģions)

Man laboratorijas pakalpojumiem ir paredzēti praksē no valsts (..) latu uz gadu. Es tos jau maijā esmu pārsniegusi. ***Tūlīt es rakstīšu papīru, ka līdzekļi ir pārsniegti un man vajag jaunus piešķirt. Viņi atbildēs, ka naudas nav. Mēs sazvanīsimies un sarunāsim, ka es strādāju tāpat tālāk kā pagājušogad. Viss tiks pārtērēts. Ja tas ir pamatoti nozīmēts, tad nav variantu.*** *Kur vēl labāku sadarbību!? Raksta vienu, bet runā citu.* (ārsts speciālists, Rīga)

8.3.4. Finansēšanas noteikumu detalizēts vērtējums

Vērtējot 19.12.2006. MK noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" definētos finansēšanas noteikumus, pētījuma veikšanas laikā ir identificētas vairākas problēmas, ar kurām ārstniecības pakalpojumu sniedzēji saskaras bieži un regulāri. Vienlaikus šie finansēšanas noteikumi var radīt ārstam gan papildu administratīvo slogu, gan samazināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti pacientiem.

Problēma: vienam pacientam 30 dienu laikā drīkst izrakstīt tikai vienu ambulatoro talonu.
Ārsti speciālisti norāda, ka nodrošināt kvalitatīvu pacientu aprūpi viņiem liedz 19.12.2006. MK noteikumos Nr. 1046 iestrādātais nosacījums, ka vienam pacientam (ārsti to traktē – kā vienam pacienta apmeklējumam) 30 dienu laikā drīkst izrakstīt tikai vienu ambulatoro talonu. Šī principa pamats ir tas, ka ārsts speciālists konsultē pacientu noteiktas diagnozes sakarā, un, saņemto konsultāciju, vajadzībai atkārtoti vērsties pie speciālista īsā laika posmā nebūtu jārodas. Tomēr ārsti speciālisti norāda, ka ir situācijas, kad pacienta konsultēšanai un ārstēšanai nepieciešams vairākkārtējs apmeklējums pēc dažām dienām un ka ieguldītais darbs arī tad ir apmaksājams (t.i., to nevar uzskatīt par iepriekš sniegtās konsultācijas daļu). Tādējādi aptaujātie uzskata, ka pastāvošais normatīvais regulējums ierobežo ārsta iespējas veikt kvalitatīvu veselības aprūpi – ja ārsts uzskata, ka pacientam ir jāierodas atkārtoti, tad vai nu tas notiek pēc 30 dienām, vai arī ārsts uzskata, ka par savu papildu darbu atalgojumu nesaņem.

Analizējot ārstu viedokli, jānorāda, ka aptaujātie iebilst pret principu, ka vienā aprūpes epizodē, par ko izraksta vienu ambulatoro talonu, var tikt iekļauti vairāki apmeklējumi, kuru skaits 30 dienu laikā nav ierobežots. Ārsti speciālisti, pamatojot savus iebildumus, min šādus argumentus: pirmkārt, katra apmeklējuma ietvaros patērētais laiks ir pietiekami nozīmīgs, lai par to saņemtu atbilstošu samaksu, otrkārt, ja apmeklējuma laikā tiek izmantoti kādi instrumenti, medicīnas ierīces u.tml., tad ārstam objektīvi rodas papildus izdevumi, kuru segšanai viņš vēlas izrakstīt atsevišķu ambulatoro talonu.

8.3.4.a. logs. Pacientu pieņemšanas biežuma ierobežojumi – problēmu piemēri

Citi grib izoperēt vairākas dzimumzīmes vai papilomas uz ķermeņa, kas man ir dubults darbs, spricēšana, materiāli un laiks, bet viņi [NVD, normatīvais regulējums] *tikai atļauj man rakstīt vienu operāciju* [t.i., vienu ambulatorā apmeklējuma talonu]. *Mēs arī nelielus ādas vēžus izgriežam, jo nav jau jēgas sūtīt uz onkoloģiju, bet mēs mēnesī tikai vienu drīkstam griezt. Man, piemēram, ir viens 80-gadīgs slimnieks, kuram visu laiku ir jāgriež, jo viņam katru gadu rodas trīs vai četras jaunas bazaliomas uz muguras. Mēs visu laiku griežam pa vienai mēnesī, jo uzreiz mēs nedrīkstam.* (ārsts speciālists, reģions)

Ja atnāk pacients, kuram ir jāuzsāk insulīna terapija, to ambulatori izstāstīt pusstundas laikā nevar. Pacientam ir jānāk nākamajā un vēl aiznākamajā dienā, lai daudzmaz varētu pieregulēt insulīna devas. Valsts apmaksā to pacienta epizodi vienu reizi mēnesī! Kā tad man to? Es nevaru riskēt, un man ir jāsaka tam pacientam, lai viņš nāk rīt, parīt un aizparīt, bet maksā man par viņu vienreiz mēnesī. (ārsts speciālists, reģions)

<u>Problēma</u>: pacientam ambulatorā apmeklējuma talonu neapmaksā, ja viņš apmeklējuma brīdī bijis stacionēts.

Stacionāro pakalpojumu sniedzēju, kuri sniedz arī ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, biežākais pārkāpums līguma ar NVD izpildē ir ambulatoro pakalpojumu sniegšana pacientam tad, ja viņš apmeklējuma brīdī bijis stacionēts. Pakalpojumu sniedzēji norāda, ka viņiem nav iespēju pilnībā izkontrolēt, vai pacients nav saņēmis ambulatoros pakalpojumus, savukārt, ievadot ambulatoro apmeklējumu un stacionāro pakalpojumu talonus, automātiska ierakstu salīdzināšana un neatbilstošo ambulatoro talonu atsijāšana nenotiek. Savukārt VI, kas pārbauda valsts finansējuma izlietojumu līgumiestādēs, konstatē normatīvā akta pārkāpumu ar ievērojamu laika nobīdi – pat pēc vairākiem gadiem. Veiktie ieturējumi par neatbilstošajiem ambulatorajiem apmeklējumiem tiek veikti no tā gada budžeta, kurā pārkāpums ticis konstatēts. Ņemot vērā, ka ārstniecības iestādes regulāri apkalpo vairāk pacientu, nekā plānots, aptaujātie uzskata, ka savlaicīga (konkrētā kalendāra gada ietvaros) neatbilstošo ambulatoro talonu atklāšana ļautu ietaupīt budžetu, jo tad par neatbilstošu atzītā apmeklējuma vietā tiktu pieņemts cits pacients, kurš citādi gaidītu rindā uz speciālista apmeklējumu.

8.3.4.b. logs. Pacienta ambulatorie apmeklējumi stacionēšanās laikā – problēmas raksturojums

Ja cilvēks iestājas ar plaušu karsoni slimnīcā, bet viņš ir bijis iestājies rindā pie okulista, tad viņš savās mājas drēbēs, kā ir pieņemts tagad slimnīcās, jau gana labi juzdamies, aizstaigā pie okulista uz poliklīniku tai laikā, kad viņš ir slimnīcā, jo ir sagaidījis beidzot rindu, un viņam tur izraksta rēķina talonu, tad tagad divus gadus pēc fakta [Veselības] *inspekcija izdomā, ka šī okulista konsultācija mums bija jānodrošina par to pašu naudu, kaut gan pamatslimība ir plaušu karsonis. Tas ārsts, kurš sēž poliklīnikā, nekad neiedomāsies to, ka tas cilvēks tagad guļ slimnīcā, jo viņam ir mājas drēbes. Šādā veidā mums tiek noņemta nauda pēc diviem gadiem! Sistēma to visu uzreiz varētu kontrolēt un viss tas atkristu. (..) Jā, sistēmā ir filtrs, kas vienlaicīgos pacientus izmet laukā. Viss, elementāri. Viņi neapmaksājas. Mēs saņemam informāciju, viss kārtībā un visi ir laimīgi, nevis pēc diviem gadiem noņem slimnīcai (..) latu, bet tai naudai pa tiem gadiem jau ir cita vērtība.* (stacionārs, reģions)

Papildus iepriekš minētajam ārstniecības iestāžu vadītāji norāda, ka pastāv situācijas, kurās speciālista apmeklējums ambulatori ir savietojams ar ārstēšanos stacionārā. Tipiskākie piemēri, kurus min pakalpojumu sniedzēji, ir oftalmologa un ginekologa apmeklējumi. Lai gan normatīvais regulējums nosaka, ka stacionēšanās laikā pacientam jānodrošina arī ārstu speciālistu konsultācijas, ja diagnoze ietekmē citas orgānu sistēmas, tomēr stacionāro pakalpojumu sniedzēji norāda, ka pārkāpumi visbiežāk ir konstatēti tieši saistībā ar tādām diagnozēm, kurās tiešas ietekmes uz citām orgānu sistēmām nav (piemēram, plaušu karsoņa gadījumā tiek apmeklēts oftalmologs, taču plaušu karsoņa ārstēšana neprasa redzes pārbaudi).

Lai risinātu konstatēto un vienlaikus plaši izplatīto normatīvā regulējuma pārkāpumu, ieteicams (a) pilnveidot NVD vienoto informācijas sistēmu tā, ka, ievadot ambulatoros talonus, sistēma automātiski atlasītu tos, kur pacienta ambulatorā apmeklējuma laiks sakrīt ar stacionēšanās laiku, vai (b) noteikt 19.12.2006. MK noteikumos Nr.1046 izņēmuma situācijas un diagnozes, kad ambulatorais apmeklējums ir iespējams vienlaikus ar pacienta atrašanos stacionārā.

<u>Problēma</u>: vienotas izpratnes trūkums, kādas ārstnieciskās darbības uzskatāmas par vienu manipulāciju un kuros gadījumos tās ir divas atsevišķas manipulācijas.

Sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji norāda, ka sadarbībā gan ar NVD, gan ar VI nākas saskarties ar situācijām, kad interpretācija, kādas ārstnieciskās darbības uzskatāmas par vienu manipulāciju un kuros – divām dažādām manipulācijām, atšķiras. Tāpat var atšķirties izpratne, kuras manipulācijas ir un kuras nav savstarpēji savietojamas. Šāds vienotas izpratnes trūkums apgrūtina pacientu apmeklējumus apstiprinošo talonu ievadīšanu un norēķinus ar līgumiestādēm. Sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji norāda, ka vēlētos saņemt vairāk skaidrojumu par šiem jautājumiem, taču, lūdzot rakstisku skaidrojumu NVD, parasti saņem formālu atbildi – normatīvā regulējuma citātus, kas, ja jau nav saprasti līdz šim, arī pēc tam, atbildes vēstulē citēti, nav saprotami.

8.3.4.c. logs. Dažādas manipulācijā ietilpstošo darbību interpretācijas – piemērs

Es uzskatu, ka tur nav izslēgtas šīs personīgās interpretācijas. Tas ir garais stāsts šajā te norēķinu kontrolē par to, kas īsti ietilpst vai neietilps manipulācijā. Norēķinu sistēma mums balstās uz epizodēm un manipulācijām. Manipulācija ir kaut kāda konkrēta vērtība. Tad atbrauc un saka, šīs divas manipulācijas jūs nevarējāt vienlaicīgi rakstīt, jo tā otra ir ietverta tai pirmajā. Nosaukumā tas nav minēts. Manipulācijas atšifrējums mums nav pieejams. Jautājums, kā mēs varējām zināt, ka tā otra ietilpst tai pirmajā. Tādas teiksim no inspekcijas viedokļa. Vairākas reizes es prasījuši, lai publisko, kas tad ietilpts tajās manipulācijā. Alga tik, materiāls tik, laiks tik, nodokļu daļa tik, darbības tādas un tādas. Viņš uz šo brīdi nav pieejams publiski. (stacionārs, reģions)

8.3.5. Kompensējamo medikamentu izrakstīšana

Vairumu ārstu speciālistu šī brīža kompensējamo medikamentu izrakstīšanas kārtība apmierina, t.i., ārsti speciālisti norāda, ka viņu pašu iespējas izrakstīt kompensējamos medikamentus ir ierobežota (mazā atvēlētā finansējuma dēļ), taču viņiem ir iespēja sagatavot slēdzienu ģimenes ārstam, kura kompensējamo medikamentu budžets ir ievērojami lielāks. Turklāt aptaujātie uzskata, ka šāda prakse ir arī veiksmīga no personas ārstniecības viedokļa – ģimenes ārstam ir jābūt informētam par pacienta specifiskajām terapijām, jo to blakusparādības citādi var uzskatīt par saslimšanu.

8.3.5. logs. Kompensējamo medikamentu izrakstīšanas prakse

Jā, man ir veseli 300 lati piešķirti [kompensējamo medikamentu izrakstīšanai]*! Tas nepietiek pat pilnam kursam endometriozes ārstēšanai. Bet tā nav problēma, jo ģimenes ārstiem ir pietiekoši daudz, un to parasti izraksta viņi. (..) Turklāt tā nav problēma pacientam, jo jebkurus medikamentus drīkst izrakstīt ģimenes ārsts, ja ir speciāls slēdziens, ka tas ir vajadzīgs. Un tas ir daudz adekvātāk, jo ģimenes ārsts tur roku uz pulsa, kurš zina, ka paciente ārstējas no endometriozes, kurai tāpēc ir klimaktēriska rakstura sūdzības, un viņš zinās, ka tahikardija ir nevis tāpēc, ka viņai ir slima sirds, bet tā ir medikamenta komplikācija. Tas būtu tikai normāli. Speciālisti ir vajadzīgi slēdzienam.* (ārsts speciālists, Rīga)

8.3.6. Atskaitīšanās par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu

<u>Problēma</u>: NVD vienotā informācijas sistēma strādā lēni.
Praktiski visi aptaujātie ārstniecības pakalpojumu sniedzēji norāda, ka NVD vienotā informācijas sistēma (VIS), kurā jāievada ambulatoro pacientu apmeklējumu taloni un dati par stacionētiem pacientiem, strādā lēni, tāpēc datus ievadīt tiešsaistē nav iespējams. Ārstniecības iestādes ievada talonus savā sistēmā, un ar noteiktu laika intervālu tos eksportē VIS. Tomēr arī šādas prakses gadījumā aptaujātie vēlas, lai VIS darbības ātrums tiktu uzlabots. Ņemot vērā, ka šo problēmu identificēja vairums aptaujāto, var uzskatīt, ka problēma ir objektīva un tiešām ir saistīta ar VIS darbību, nevis ar iespējamo lēno interneta pieslēguma ātrumu ārstniecības iestādēs.

<u>Problēma</u>: NVD vienotajā informācijas sistēmā iestrādātas maz datu loģisko pārbaužu.
Saistībā ar problēmām, kuras sīkāk izklāstītas 8.3.4. sadaļā, aptaujātie vēlējās, lai VIS sistēmā tiktu iestrādāts vairāk datu loģisko pārbaužu, nekā tas ir šobrīd. Loģiskās pārbaudes nepieciešamas, pirmkārt, uz kontroli, vai stacionāra pacients nav vienlaikus saņēmis ar pakalpojumus ambulatori, otrkārt, uz manipulāciju noteiktu diagnožu gadījumā savietojamību.

Lai gan NVD norāda, ka savulaik normatīvos aktos bija noteikts, kādas specialitātes var veikt noteiktas manipulācijas, taču pēc profesionālo asociāciju pieprasījuma šie kritēriji tika izņemti, jāuzsvar, ka šajā gadījumā ārstniecības iestādes vēlētos, lai loģiskās pārbaudes tiktu īstenotas uz vienas manipulācijas savietojamību vai nesavietojamību ar otru manipulāciju, kas tiek ievadītas, kas pēc savas būtības ir atšķirīga loģiskā pārbaude.

Tāpat arī, izvērtējot iespējamos ieguvumus un zaudējumus, iekļaujot VIS sistēmā vairāk loģisko pārbaužu, jāsecina, ka to ieviešana būtiski atslogotu ne tikai ārstniecības iestāžu darbu, bet arī ļautu VI efektīvāk īstenot līgumu izpildes kontroli, t.i., ieguvumi ir uzskatāmi par nozīmīgākiem, nekā potenciālie zaudējumi.

8.3.6.a. logs. NVD VIS sistēmas lietošanas grūtības

Jārada šī automātiskā kontroles sistēma un tā sistēma būtu jāizstrādā Veselības dienestam, lai slimnīcai ir tikai jāievada un nav jādomā par to, kādā veidā to visu izdarīt. Lai to kļūdu iespēju likvidētu, tas īstenībā būtu Veselības dienestam svēts pienākums, es teiktu. (stacionārs, Rīga)

Ja mēs ievadīsim kaut kādu nepareizu manipulāciju, kur tikai dēļ kaut kādas kļūdas, par to sodīs mūs, ja atkal kaut tur izdarīsim ne tā, neesam sapratuši, sodīs mūs. Ja viņi būtu izveidojuši sistēmu, ka, mums datus iesūtot, momentā izlec ārā kļūdas, nu kur ir problēma, bet tas nav. Viss risks ir uz mums. (..) Tagad jau vispār ir iezīmējusies pēdējā gada laikā tāda tendence, kad nenotiek sadarbība pa tiešo starp Nacionālo veselības dienestu un slimnīcu. Piemēram, ja viņiem liekas kaut kas aizdomīgs, tad būtu normāli, kad viņi sakontaktējas ar slimnīcu: mēs paskatījāmies datus par kaut kādu periodu, mums liekas tur, tur, tur ir kaut kas neprecīzs. Jūs paskatieties, ielabojiet. Bet ir viņu ziņojums Veselības inspekcijai. Veselības inspekcija uzreiz pārbauda mums un rezultātā ir vainīga slimnīca. Bieži vien tur varbūt ir kaut kāda kļūda... cipari samainīti vietām. (..) Tur vajadzētu tā kā atšķirt, viens, kas ir ikdienišķās kļūdas un otrs, kur ir novērojama ļaunprātība. Bet nu kad vienkārši tev uzreiz sūta pārbaudi un liek sodus virsu... Turklāt vēl līgumsodus, kas ir trīskāršā vērtībā. Nav godīgi. (stacionārs, reģions)

<u>Problēma</u>: manipulāciju kodu sistēma ir sarežģīta.
Aptaujātie pakalpojumu sniedzēji norāda, ka manipulāciju kodu sistēma, kuri jāievada, lai atskaitītos par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, ir sarežģīta, un ir nepieciešama to vienkāršošana. Grūtības sagādā izsekošanu, kuri manipulāciju kodi ir jāievada vienas vai otras saslimšanas gadījumā, kuri ir uzskatāmi par savstarpēji izslēdzošiem, kuri kodi savukārt ir jāievada kopā, jo to prasa loģika.

<u>Problēma</u>: stacionāra atskaitīšanās sistēma neatbilst tam veidam, kā tas tiek finansēts.
Stacionārie pakalpojumu sniedzēji norāda, ka atskaitīšanās sistēma atbilst principam „nauda seko pacientam", savukārt šobrīd viņi saņemt konstantu finansējumu gadā. Tas nozīmē, ka stacionāru atskaitīšanās sistēma būtu jāvienkāršo.

8.3.6.b. logs. Atskaitīšanās sistēmas (manipulāciju kodu) sarežģītība

Slimnīca jau trešo gadu par stacionāra darbu saņem tāmes finansējumu. (..) [Katru mēnesi] *mēs saņemam 12 daļu, lai ko mēs nedarītu.* ***Nozīme tādai smalkai, sarežģītai uzskaites sistēmai stacionāram trešo gadu vairāk nav vajadzīga. Tur vajag kaut ko domāt, pāriet uz kaut kādiem pavisam citiem principiem****, bet mēs pagaidām turpinām darīt pa vecam, cerot, ka kādreiz būs ļoti daudz naudas valstij un beidzot sāks maksāt tā, kā astoņi gadi atpakaļ, par katru gultu, visas manipulācijas.* (stacionārs, Rīga)

Ir ļoti daudz papildus dati, bez kuriem, manuprāt, varētu iztikt. Pietiktu ar vienu noteicošu manipulāciju, kura noteiktu atbilstību vienai vai otrai programmai, bet mums vēl bez tās pamata manipulācijas prasa 150 papildus, kuras neko nenosaka. Kārtību un cenu viņas arī nevar ietekmēt. Ļoti sarežģī un palielina informācijas apjomu bez vajadzības. No tā var atteikties, vēl vairāk ņemot vērā tāmes finansējumu. (stacionārs, Rīga)

<u>Problēma</u>: atskaites par finansējumu formas izveidotas pēc tāmes budžeta principa, kas neatspoguļo patiesos slimnīcas tēriņus, kādi būtu nepieciešami.
Atsevišķi stacionāro pakalpojumu sniedzēji norāda, ka NVD atskaišu forma, kas izveidota, lai iesniegtu informāciju par izlietotajiem valsts budžeta līdzekļiem, ir izveidota pēc tāmes principa, kas nozīmē, ka ieņēmumi nedrīkst pārsniegt izdevumus. Šāda atskaites forma neļauj parādīt patieso līdzekļu izlietojumu, proti, ka arī nodrošināt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, valsts līdzekļu ir nepietiekami, lai samaksātu par visiem iestādes tēriņiem. Stacionāro pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka, analizējot atskaites pēc tāmes formas, rodas pozitīvāks priekšstats par

izmaksām vēlības aprūpē un budžeta (ne)pietiekamību, nekā tas būtu, ja ieņēmumi un izdevumi tiktu reģistrēti tā, kā tas tiek darīts uzņēmējdarbībā.

Problēma: līdzīgas (dublējošas) finanšu atskaites ir jāiesniedz dažādām institūcijām.
Stacionāro pakalpojumu sniedzēji norāda, ka atskaites, kas iesniedzamas par darbinieku atalgojumu, dublējas – līdzīga informācija (iespējams, mazliet atšķirīgā griezumā) tiek iesniegta, pirmkārt, Valsts ieņēmumu dienestā (par atalgojumu un ieturētajiem nodokļiem), otrkārt, NVD, un, treškārt, arī Finanšu ministrijai (Valsts kasei), kuri analizē valsts un pašvaldību iestāžu darbinieku atalgojumu. Pakalpojumu sniedzēji norāda, ka, lai gan informācijas saturs ir vienāds, atkarībā no iestādes atšķiras griezums vai veidlapas forma, kādā ir jāiesniedz dati, tāpēc vairāku atskaišu sagatavošana un iesniegšana katrai iestādei rada papildu administratīvo slogu. Ņemot vērā, ka hierarhiski Valsts ieņēmumu dienests ir tā struktūra, kurā nonāk dati gan par valsts un pašvaldību iestāžu, gan par privāto uzņēmēju darbiniekiem izmaksāto atalgojumu, NVD (un Veselības ministrijai kā nozares politikas veidotājai) ir jāmeklē iespējas iegūt nepieciešamo informāciju no VID. Ja šādai informācijas saņemšanai ir būtiski šķēršļi, cits iespējamais risinājums ir atskaišu formu vienādošana, lai vienu un to pašu vienādi aizpildītu veidlapu var nosūtīt visām institūcijām.

8.3.6.c. logs. Finanšu atskaišu formu vērtējums un to dublēšanās piemēri

Pagājušajā gadā es kaut kā centos caur to atskaiti parādīt, ka valsts dotā naudiņa nemaz pat nepietiek, lai segtu to mūsu valsts it kā apmaksāto pakalpojumu. Bet tad man bija zvans, ka es neesot pareizi sapratusi atskaiti un kad tomēr man jāiesniedz tā. Un es atkal skatos no savas puses, man liekas, ja es tā sniedzu, viss izskatās rožaini un skaisti. Tās naudiņas pietiek, bet reāli jau nepietiek. (..) Es proporcionāli biju sadalījusi izdevumus un parādījusi – ambulatoram es uzskatu tik izdevumu, stacionāram tik, un maksas [pacienti] *tik. Reāli arī sanāca, ka viņiem pēc kases principa ienākusī nauda bija mazāka nekā izgājusī nauda pieņemsim pa valsts daļu. Te ir tā pretruna, it kā tu nevari iztērēt vairāk, nekā tev ienāca nauda. Līdz ar to man vajadzēja samazināt tos skaitļus nu lai it kā būtu nulle. Tad sanāk, ka no maksas pakalpojumiem dotējam valsts pakalpojumus.* (stacionārs, Rīga)

Tad ir pārskats par strādājošo faktisko vidējo atlīdzību, vidējo atalgojumu, vidējo mēnešalgu, kas ir vēl detalizētāka. Tas ir divreiz gadā, kad algu daļa saka, ka neko citu nevar izdarīt, jo gatavo tikai atskaiti. Tai pašā laikā VID mēs sniedzam ļoti līdzīgas ziņas. Vēl mēs dodam Valsts kasei arī pārskatu par atlīdzību, kas ir atskaite reizi mēnesī. Kaut ko līdzīgu, varbūt bez kādas ailes, mēs dodam NVD tikai savādākā griezumā un savādākā tabulā, bet faktiski tā informācija varētu vienā punktā aiziet un, kam vajag, no turienes savāktu. (stacionārs, reģions)

Ja jau mēs visu informāciju ievadām vadības informācijas sistēmā, tad šai sistēmai ir jābūt tādai, ka no tās valsts var visu vajadzīgo informāciju arī dabūt, nevis gada beigās mēs sākam visu par jaunu skaitīt un pārskaitīt, un papīra formātā iesniegt. To pašu var teikt par kadriem. Par katru cilvēku tiek viss noziņots, bet mēs pēc tam atkal sākam taisīt atskaites. Tur viss it kā dublējas. Papīra formas ar visu elektroniski ievadīto. Par to arī runā gadiem ilgi, ka vajadzētu šo informācijas sistēmu pielietot tā, ka no turienes mēs visi ņemam vienu informāciju, jo tagad ir tā, ka gada atskaitēs ir viena informācija, bet vadības informācijas sistēmā ir otra informācija. (stacionārs, reģions)

Problēma: atskaite par rindām sekundāro ambulatoro pakalpojumu saņemšanai nav jēgas.
Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji norāda, ka katru mēnesi NVD ir jāiesniedz atskaite arī par rindām uz valsts apmaksāto veselības aprūpi. Pakalpojumu sniedzēji uzskata šo atskaiti par bezjēdzīgu dokumentu, jo šie dati tiek pieņemti tikai zināšanai, ievietoti iestādes mājs lapā pacientu informācijai, taču tie netiek izmantoti argumentācijai politikas veidotājiem budžeta paaugstināšanai u.tml. mēriem, kas ļautu samazināt rindu garumu. Aptaujātie uzskata, ka tieši pēdējais būtu īstais iemesls, kā izmantojami atskaitēs par rindām iegūtie dati.

8.3.7. Statistisko atskaišu iesniegšanas biežums un iespējamā pārskatu dublēšanās

Sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka vairumu informācijas, kas ir jāiesniedz atsevišķi kā statistikas pārskati, arī pēc ārkārtas pieprasījumiem no VM un NVD, iespējams iegūt no NVD VIS. Atsevišķi pakalpojumu sniedzēji norāda, ka izmaksas par medicīnas statistikas uzskaiti ir divas reizes lielākas nekā par grāmatvedības uzskaiti. Uz datu pamata šobrīd

netiek veikta nekāda salīdzināšana, slimnīcas nesaņem nekādu atgriezenisko saiti par datiem, ko sniegušas, neredz jēgu no iesniegtajiem datiem. Savulaik NVD mājas lapā varēja redzēt iesniegtos datus detalizētos griezumos un uz tā pamata vismaz paši taisīt salīdzinošo analīzi, bet arī NVD mājas lapā tagad pieejama tikai skopa informācija. Stacionārie pakalpojumu sniedzēji uzskata, ka NVD iesniegtos datus varētu izmantot pēc būtības, piemēram, no reālajiem, iestāžu iesniegtajiem datiem varētu izrēķināt, cik maksā konkrētas diagnozes ārstēšana un salīdzināt šīs izmaksas pa dažādu stacionāru veidiem – universitātes klīnikā, reģionālajā slimnīcā u.tml. Tad būtu reāls pamats no datiem runāt par medicīnas pakalpojumu izcenojumiem, nevis tikai runāt par zemiem tarifiem, kā tas ir šobrīd.

8.3.7.a. logs. Dublējošās informācijas piemēri

Piemēram, par Eiropas Savienības pilsoņiem viennozīmīgi dublējas, jo visu to pašu informāciju citādā veidā mēs iesniedzam, un tad mums vēl viņa ir jāieliek atsevišķā pārskatā. Tā ir viena tāda, kur es pilnīgi uzskatu, ka tas dublējas. Mēs nododam pirmdokumentu. Talonu, stacionāra karti, tajā pašā laikā pārskatā mums pieprasa visus tos pašus datus, kas jau ir šajā talonā, ir šajā te kartē, ir manipulācijas klasifikatorā. Tas viss vēl ir jāpārraksta speciālā pārskatā. Tas ir tas, kas dublējas. (..) Eiropas Savienības pilsoņiem sniegto medicīniskā palīdzība, tas nāk kā līguma pielikums ar Veselības dienestu. (stacionārs, reģions)

<u>Problēma</u>: ārstu iesniegtā statistika ir nepilnīga.

Ārsti speciālisti (visbiežāk ginekologi) norāda, ka viņu rīcība nav pieejama pilnīga informācija, lai korekti aizpildītu statistiskos pārskatus. Tas nozīmē, ka, viņuprāt, iegūtā informācija ir nepilnīga, līdz ar to tāda uzskaite no ārsta viedokļa zaudē jēgu. Vienlaikus ārsti uzskata, ka daļu informācijas ir iespējams iegūt no zāļu lieltirgotavām (par noteiktu kontracepcijas veidu izplatību), bet informāciju par noteiktu diagnožu izplatību, ārsta veiktajām manipulācijām – no VIS, ārsta praksē nodarbināto skaitu – no VID un VSAA u.tml.

8.3.7.b. logs. Nepilnīgo statistisko atskaišu piemēri

Statistikā neparādās spontānie aborti grūtniecēm, jo mēs to grūtnieces karti formējam, kad jau ir relatīvi liels laiks, kad skaidri ir redzams, ka grūtniecība progresē. Vismaz es to neformēju ne 4., ne 5. un bieži vien pat ne 6. nedēļā. Pēc jaunajām vadlīnijām mums grūtniece papildus ar ultrasonogrāfiju ir jāskata 12. nedēļā +/- 1 nedēļa, kad mēs skatām ģenētiskos marķierus. Ja redzam, ka grūtniece aug un viss ir kārtībā, tad formējam lielo karti. Bet bieži šai laikā mēs redzam, ka ir problēma un tad mēs šo karti pat neiesākam. Līdz ar to tā statistika ir labāka, nekā viņa objektīvi ir. Nekur jau tās neveiksmīgās grūtniecības nav pazudušas, bet viņas neparādās statistikā. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Vēl kas, manuprāt, ir pilnīgi lieks, ir hormonālā kontracepcija. Mēs nevaram izvērtēt, cik sievietes lieto un cik lieto ar pārtraukumiem. Tas drīzāk ir jāprasa aptieku tīkliem, jo es saprotu, ka viņiem šī informācija ir daudz pieejamāka un redzamāka. Ja es izrakstu recepti, man nav datu, cik viņa ir lietojusi un vai vispār ir lietojusi. Ja paciente nāk regulāri, tad es to visu precizēju, bet statistiku veikt nav reāli. Tas skaitlis ir izdomāts skaitlis. (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Es zinu, ka tur daudz ko grib zināt tas informācijas dienests – cik spirāles ir ieliktas, kāda ir hormonālā kontracepcija, bet teikšu godīgi, ka tie visi dati tiek paņemti no gaisa, jo nav laika, ambulatorās pieņemšanas laikā man ir jāizprašņā, protams, paciente, kas viņai ir bijis un kāda kontracepcija, bet es neņemšu vēl žurnālu un neatzīmēšu to. Es to nedaru. Tikai tā aptuveni. Tie dati jebkurā gadījumā nav ticami. Ja būtu centralizēta sistēma, tad tā statistika uzreiz atkristu. Tur būtu anamnēzē sadaļa „Kontracepcija", kur uzreiz var ieklikšķināt, kas ir – hormonālā, spirāle, sterilizācija. Statistika, lai pēc tam gada beigās skaita to pa visu Latviju, ja vajag. (ārsts speciālists, reģions, maksas)

Es, piemēram, nesaprotu, es nekad neesmu dzirdējusi nekādu statistikas pārskatu konkrēti par zobārstniecību. Es neesmu dzirdējusi konkrēti, tā kā viņiem tur tie jautājumi, cik ir gadā pieņemti bērni, cik ir sešgadīgie, cik ir divpadsmitgadīgie, cik ir tik-gadīgie, cik ir plombas ieliktas tādiem, cik ir tādiem... Es nekad neesmu dzirdējusi, es nezinu, priekš kam viņi to veic, jo mums tas ir apgrūtinoši. Man ir apgrūtinoši piefiksēt grāmatā ar sarkano, ka tas man ir bijis bērns un administratorei lūgt gada beigās skaitīt, cik kas katram ir izdarīts. (zobārstniecības pakalpojumu sniedzējs, Rīga, maksas)

Problēma: informācijas apkopojumu un izziņu sniegšana citām institūcijām rada nozīmīgu administratīvo slogu.
Liels finansiāls un administratīvs slogs ir bezmaksas izziņu, vēstuļu un citas informācijas sniegšana valstiskām, izmeklēšanas, tiesu, pašvaldības institūcijām, kas tieši nav saistītas ar ārstniecības procesu (sk. piemēru 8.3.7.c. logā).

8.3.7.c. logs. Citu institūciju pieprasījumu radītais administratīvais slogs – piemēri

Atnāk, piemēram, Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcija. Atnāk 2011. gadā un mums prasa, cik gadījumos 2010. gadā slimnīca ir ziņojusi policijai, bāriņtiesai, sociālajam dienestam par iespējamiem bērnu tiesību pārkāpumiem ģimenē!? Vai mums kāds ir prasījis tādu uzskaiti, ka katrs gadījums būtu jāpiefiksē? (stacionārs, reģions)

Iespējamais problēmas risinājums varētu būt 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.

8.4. Ieteikumi valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un apmaksas uzlabošanai

- Izvērtēt iespēju paplašināt ģimenes ārstiem noteikto valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu klāstu (19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046, 14. pielikums), ņemot vērā ārstniecības personas kvalifikāciju, tiesiskajā regulējumā noteiktās kompetences un ārstniecības iestādē (ģimenes ārsta praksē) pieejamo medicīnisko ierīču nodrošinājumu, tādējādi sekmējot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem attiecīgajā teritoriālajā apvidū.
- 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 politiskajai 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 uzskaite 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 jāsaglabā 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.

- Pilnveidot NVD VIS sistēmu, pirmkārt, 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. Otrkārt, pilnveidot no ambulatoro pacientu taloniem NVD VIS ievadīto datu apstrādes metodiku, tādējādi samazinot ārstniecības personām papildus iesniedzamo statistikas pārskatu apjomu.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Lai veicinātu jauno ārstu speciālistu iekļaušanos nozarē, ieteicams normatīvi regulēt ārsta vecumu, kuru sasniedzot viņš valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus vairs nav tiesīgs sniegt. Tā kā ir sagaidāms būtisks ārstu trūkums jau pēc pieciem gadiem, normatīvu ārsta vecuma ierobežojumu ieteicams ieviest pēc iespējas ātrāk, lai mazinātu to negatīvo ietekmi, ko rada jauno ārstu speciālistu aizbraukšana darbā uz ārvalstīm. Ieteicamā ārsta vecuma robeža, pēc kura sasniegšanas NVD ir tiesīgs neslēgt līgumu par valsts apmaksāto pakalpojumu sniegšanu, ir 65 gadi, kas atbilst nākotnē plānotajam pensionēšanās vecumam (atbilstoši tā pakāpeniskajai paaugstināšanai). Ja ārsts, sasniedzot 65 gadu vecumu, joprojām ir kompetents savā specialitātē, viņam ir tiesības dibināt privātpraksi vai tikt algotam kā maksas konsultantam – ārsts var turpināt darbu, taču ārstniecības iestādes štata vietas būtu pieejamas jaunajiem speciālistiem. Tikai gadījumos, kad noteiktā teritorijā nav pieejami jaunie ārsti, pensijas vecumu sasniegušais speciālists drīkst sniegt arī valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus.

9. UZRAUGOŠO UN KONTROLĒJOŠO INSTITŪCIJU DARBĪBAS VĒRTĒJUMS

Šajā starpziņojuma daļā ir apkopoti un analizēti primārās un sekundārās veselības aprūpes darbinieku, kā arī primārās un sekundārās veselības aprūpes ārstniecības iestāžu vadības pieredze un viedokļi par uzraugošo un kontrolējošo institūciju darbību, aptverot šādas institūcijas – Veselības inspekcija (VI), Zāļu valsts aģentūra (ZVA) un Valsts vides dienesta Radiācijas drošības centrs (RDC). Ārstniecības iestāžu vadītāji ir saskārušies arī ar citu dienestu veikto uzraudzību, piemēram, ar Valsts darba inspekciju vispārējā kārtībā, Valsts ieņēmumu dienestu u.tml. Jāatzīmē, ka visplašākā pieredze un komentāri ārstniecības iestādēm ir saistībā ar VI veiktajām kontrolēm, citu iestāžu īstenoto uzraudzību veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji raksturo visai maz. Atbilstoši pētījumā iegūtās informācijas apjomam starpziņojuma 9. daļa ir strukturēta divās nodaļās – VI darbības vērtējums un citu uzraugošo institūciju darbības vērtējums.

9.1. Veselības inspekcija

Šajā nodaļā ir sniegts VI darbības vērtējums saistībā ar veiktajām kontrolēm ārstniecības iestādēs **no primārās un sekundārās veselības aprūpes personāla perspektīvas**, aplūkojot šādus jautājumus:

- VI kontroļu nepieciešamība un lietderība;
- VI kontroles plānošana un norise veselības aprūpes iestādēs;
- VI darbinieku (inspektoru) profesionalitātes vērtējums;
- VI kontrolēs biežāk konstatēto neatbilstību un pārkāpumu kvalitatīvs raksturojums;
- veselības aprūpes personāla ieteikumi VI darbības pilnveidošanai un sadarbībai ar ārstniecības iestādēm.

9.1.1. Veselības inspekcijas kontroļu nepieciešamība un to lietderības vērtējums

Pētījumā iegūtie kvantitatīvie rādītāji liecina, ka 2011. gadā VI ir veikusi kontroles 16 gadījumos no 30 pētījumā iekļautajām ģimenes ārstu praksēm. Lielākā daļa respondentu (14) atbildējuši, ka VI ir veikusi vienu kontroli, vienā gadījumā ir bijušas divas VI kontroles, un tikai viens respondents atbildējis, ka VI kontroles ir bijušas salīdzinoši bieži – septiņas reizes viena gada laikā. Ārsta palīgu mērķa grupā šie rādītāji ir sekojoši - 2011. gadā VI ir veikusi kontroles 14 no 37 aptaujātajiem feldšerpunktiem. Astoņos gadījumos ir veiktas arī atkārtotas pārbaudes, lai izvērtētu identificēto neatbilstību novēršanu.

Gan ģimenes ārsti, gan feldšeri uzskata, ka viņu darbības plānveida kontrole ir nepieciešama, jo tas motivē sekot līdzi tam, lai tiktu ievērotas un izpildītas visas normatīvajā regulējumā definētās prasības, neraugoties uz to, ka šādas kontroles rada stresa situāciju un traucē ikdienas darba kārtību. Stacionāro pakalpojumu sniedzēji arī ir piekrīt, ka kontroles ir nepieciešamas, tomēr norāda, ka pēdējo gadu laikā tās ir kļuvušas formālākas, t.i., vairāk orientētas uz dokumentu, nevis ārstniecības iestādes vides atbilstības pārbaudi. Šāda nostāja – kontroļu nepieciešamība – vērojama arī profesionālo asociāciju pārstāvju vidū. Diskutējami ārstu un feldšeru skatījumā ir drīzāk jautājumi par prasību piemērotību konkrētajam ārstniecības iestādes tipam, par prasību pamatotību, to savstarpējām pretrunām vai dublēšanos, kā arī VI inspektoru profesionalitāti tieši ārstniecības jomā, nevis par pašu kontroli kā tādu. Stacionāro pakalpojumu sniedzēji un profesionālo asociāciju pārstāvji uzsvēra, ka lielāka vērība un diskusijas būtu jāvelta jautājumam par kontrolēs lietoto metodiku un kontroles instrumentiem, lai tā sniegtu gaidīto rezultātu – ietekmētu veselības aprūpes kvalitāti, nevis apgrūtinātu ārstniecības personu darbību un radītu papildu administratīvo slogu.

Vērtējot VI kontroļu lietderību, ārstniecības personu un ārstniecības iestāžu komentāri liecina, ka daļa aptaujāto spēj nošķirt, kurš VI departaments – Kontroles pārvalde (KP) vai Veselības aprūpes līgumu un pakalpojumu uzraudzības departaments (VALPUD) – ir veicis kontroli, savukārt daļa aptaujāto kontroles veicēju precīzi identificēt nespēj. Spēja nošķirt kontroles veicēju – attiecīgo VI struktūrvienību, ietekmē VI veikto kontroļu un darbinieku profesionalitātes vērtējumu. Pozitīvāku vērtējumu aptaujātie sniedz par to uzraudzības daļu, kuru īsteno VI KP, savukārt kritiskāks viedoklis ir par VALPUD īstenoto uzraudzību. Šāda attieksmes atšķirība ir uzskatāma par likumsakarīgu, jo VALPUD uzrauga valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu finanšu līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs, un, kā minēts iepriekš (sk. starpziņojuma 8. daļu), pastāv daudz neskaidrību saistībā ar 19.12.2006. MK noteikumu Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" piemērošanu praksē. Šīs neskaidrības atsaucas arī uz uzraugošās institūcijas – VI VALPUD darba vērtējumu. Tomēr papildus negatīvais faktors, par ko tiek kritizēts VALPUD, ir formāla, juridiska pieeja lietvedības dokumentiem, neiecietība pret ārstniecības personāla kļūdām, par kuru rašanos iemeslu nejaušību, tehnisko raksturu (nevis ļaunprātīgu pierakstījumu), analizējot situāciju pēc būtības, nav šaubu (sk. arī 9.1.2. sadaļu). Ārstniecības personas un iestādes uzskata, ka, atklājot šādas tehniska rakstura kļūdas gadījumos, kad par pakalpojuma sniegšanas faktu šaubu nav, ir jādod ārstniecības iestādei atļauja tās novērst, nevis jāveic atskaitījums par veikto darbu.

Lai arī kopumā VI kontroļu nepieciešamība ir atzīta, ārstniecības personu un iestāžu vidū pastāv atšķirīgs viedoklis par to, cik bieži un kādos apstākļos kontroles būtu jāveic. Ģimenes ārstu un feldšeru vidū pastāv arī viedoklis, ka VI kontroles ārstniecības iestādēs būtu jāveic tikai tajos gadījumos, ja ir konstatēti profesionālās darbības pārkāpumi – par ārstniecības personas darbību ir saņemtas sūdzības. Vienlaikus problemātiski tiek vērtēts tas, ka šobrīd kontroles tiek veiktas, pamatojoties uz katru iedzīvotāju vai citu iestāžu iesniegto sūdzību, arī anonīmajām, iepriekš neizvērtējot tās pamatotību pēc pieejamās informācijas vai saziņas ar ārstu. Savukārt ārstam šādas ārkārtas kontroles rada ne tikai papildu stresu, bet arī būtiski ietekmē viņa ikdienas profesionālo darbību – pacientu pieņemšanu, mājas vizītes utt. Ārsti speciālisti ir novērojuši, ka atsevišķas valsts iestādes, piemēram, Pilsonības un migrācijas lietu pārvalde, lūdz VI veikt pārbaudi katru reizi, kad ārsts speciālists ir izsniedzis pacientam atbrīvojumu (piemēram, no valodas eksāmena), kas rada papildu slogu ne tikai ārstniecības personai, bet arī VI.

Atšķirīgs ir stacionāro pakalpojumu sniedzēju viedoklis, kuri uzskata, ka šobrīd VI kontroļu intensitāte nav pietiekama – tā orientējas uz sūdzību izskatīšanu un tematiskajām pārbaudēm, taču plašākām preventīva rakstura kontrolēm, konstatējot nereģistrētu prakšu darbību un sistēmiski vērtējot ārstniecības iestādes kapacitāti sniegt viena vai otra veida ārstniecības pakalpojumus, VI nav resursu. Tomēr, vērtējot iespējas paaugstināt VI kapacitāti, stacionāri drīzāk negatīvi izturas pret iespēju, ka par plānveida kontroli ārstniecības iestādē būtu jāmaksā, līdzīgi kā tas bija jādara par regulāro ārstniecības iestāžu atbilstības pārbaudi, kuru atcēla 2009. gadā.

Primārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un profesionālo asociāciju pārstāvju viedokļi par VI kontroļu nepieciešamību un lietderību ir atspoguļoti 9.1.1. logā.

9.1.1. logs. Veselības inspekcijas kontroļu nepieciešamība un lietderība veselības aprūpes personāla vērtējumā

Iespējams, kontrole drusku ārstus disciplinē. Ja zini, ka tāda pārbaude draud reizi gadā, tad tu to medicīnisko dokumentāciju uzturi kaut kādā kārtībā, jo ārsti ir ļoti aizņemti un ne vienmēr grib vai spēj kaut ko ierakstīt kartiņā. Pārbaudes ir vajadzīgas. (ĢĀ, Rīga, maksas)

Šo to tā kā salikt kārtībā, kā vienmēr tāds dopings ir, kad tā inspekcija ir. Bet tāds, kas uzlabotu manu darbu- darba kvalitāti- to es tā kā nevaru teikt. (..) dokumentāciju, kura pēc būtības absolūti nekādā veidā neietekmē manu darba kvalitāti, dokumentāciju, kuru es ikdienā neizmantoju. (jauns ĢĀ, reģions)

(..) tieši tā kā mainītos darbs no tā, protams, nē. Protams, nē. Darbs no tā nemanās, bet viņiem jau jāzina, piemēram, pamatos jāzina vai tas vispār, tieši sākumā, kad tā pārreģistrācija, viņiem jāzina vai tad viņš atbilst vispār. Jo daudz taču visādi medpunkti ir tādās vēl, nu vecās telpās. (pašvaldības finansēts FP)

Profesionāli burtu kalpi. Skatās, vai MK noteikumi ir izpildīti, neizpildīti vai daļēji izpildīti. Tā tas arī izskatās. No vienas puses, mēs esam priecīgi, ka pie mums atnāk tāds ārējs auditors, kurš novērtē to sistēmu, jo MK noteikumu un prasību ir tik bezgala daudz, ka diemžēl mēs nevaram tam turēt vienu vai divus cilvēkus, kas tam vien katru dienu seko līdzi, iet pa struktūrvienībām un čeko līdzi. (stacionārs, reģions)

Viņi ir pietiekami gudri, bet ne eksperti. Viņi vairāk skatās no normatīvo aktu viedokļa. Viņu pamatpostulāts ir dokumentācija, nevis veiktais darbs. Viņus neinteresē, vai darbs ir izdarīts reāli. Viņuprāt, tie labie ir tie ģimenes ārsti- rakstveži, jo tur viss ir. Par viņiem var būt lielas un regulāras sūdzības, jo viņi ar pacientiem varbūt nerunā un ir šādi vai tādi, bet izsauc viņus uz inspekciju pārbaudīt un liek nosūtīt kartiņu (jo inspekcijai šobrīd nav naudas, lai brauktu, un tāpēc liek nosūtīt kartiņu un aicina ārstus, kas it kā ir bonuss, jo tad ārsti var sagatavoties), bet viņi uzskata, ka tā dokumentācija ir dzelžaini jāievēro. Tā ideja – ierakstīts, tātad izdarīts – nav taisnīga. Bieži vien darbs ir izdarīts, bet nav ierakstīts un seko sods, kas ir ļoti liels. (profesionālā asociācija)

Vispatīkamākais, ko mēs esam dzirdējuši par Veselības inspekcijas kontrolēm ir tas, cik labi, ka viņi atnāca, jo tagad mēs zinām, kas mums ir jādara, jo bieži vien tās kontroles ir arī kā novēršamu problēmu identifikācija. Ņemot vērā Veselības inspekcijas pieredzi darbā ar daudzām ārstniecības iestādēm, šīs te kontroles kļūst arī par pieredzes apmaiņu, kuru ārstniecības iestāde var iegūt no kontroles, jo viņa pasaka, kā ir labāk. Tie ne vienmēr ir sodi, nopēlumi un sankcijas, bet to es esmu no vairākiem saviem kolēģiem, māsām un ārstu palīgiem dzirdējusi, ka kontrole ir laba lieta, kas liek viņiem saņemties un pievērst lielāku uzmanību lietām, kuras varbūt ikdienā nav darītas, liek savest lietvedību kārtībā utt.. Jā, tas ir stress un apgrūtinājums, jo tas aizņem laiku, bet tā kontrole ir arī attīstība. (profesionālā asociācija)

Viņi tagad runā par šādu pārbaudi, par kuru jāmaksā atkal. (..) Arī toreiz mēs maksājām. Es pie sevis domāju, ja atbrauc kontrole, kas paralizē praktiski iestādes darbu, un vēl mums par to viņiem jāsamaksā. Īstenībā viņi paralizē, goda vārds. (stacionārs, reģions)

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. Vairāku pētījuma dalībnieku vērtējumā šāda pieeja ir formāla, tā neatspoguļo ārstniecības iestādes darbības realitāti, sniegto pakalpojumu pieejamību, drošību un kvalitāti, kā rezultātā sniegtais vērtējums (un attiecīgi sods) var būt netaisnīgs.

9.1.2. Veselības inspekcijas kontroles plānošana un norise veselības aprūpes iestādēs

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. Tāpat nereti tiek veikta metroloģisko ierīču verifikācija, ja tā nav savlaicīgi izdarīta, medicīnas instrumentu sterilizācija, nodrošināta atsevišķu, ikdienas profesionālajā darbībā retāk lietoto vai nemaz nelietoto, medicīnas ierīču pieejamība ārstniecības iestādē, veikta medicīnisko ierīču sterilizācija un izpildītas citas prasības. Intervētie feldšeri norādīja, ka to feldšerpunktu kontrole,

kuru darbību pilnībā nodrošina pašvaldība, notiek ievērojami retāk, pēdējos gados šīs ārstniecības iestādes vispār netiekot pārbaudītas zemās VI kapacitātes dēļ.

Savukārt stacionāro pakalpojumu sniedzēji ir saskārušies gan ar VI plānveida kontrolēm, par kuru norises laiku ir brīdināti iepriekš, gan ar ārkārtas kontrolēm, par kuru veikšanu brīdināti nav bijuši. Abu kontroles veidu norises vērtējums atšķiras. Ja plānveida kontroļu norises tiek uzskatīta par apmierinošu, tad ārkārtas kontroļu norises kārtība izsauc stacionāro pakalpojumu sniedzēju neapmierinātību (sk. arī 9.1.2.b. logu). Visbiežāk aptaujātie kritizē ārkārtas kontroļu norisi uz vietas – veidu, kādā notiek pārliecināšanās, vai tiek izpildīti MK noteikumus vai līguma ar NVD nosacījumi, kā arī inspektoru attieksmi pret darbiniekiem un darbiniekiem uzdotajiem jautājumiem. Lai gan ārkārtas kontroles mērķis ir novērtēt situāciju ārstniecības iestādē, kāda tā patiešām ir (piemēram, attiecībā uz neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumu nodrošināšanu u.tml.), ieteicams rūpīgāk pārdomāt to norises kārtību. Neskatoties uz savlaicīgu brīdinājumu par plānveida kontroli, atsevišķas ārstniecības personas un iestādes ir saskārušās ar situāciju, kad VI pašas noteiktajā laikā nav ieradusies uz pārbaudi vai pārcēlusi pārbaudi uz citu laiku, kas izsauc aptaujāto neapmierinātību sakarā ar to, ka šāda prakse traucē plānot ārstniecības personu darbu.

Vērtējot VI kontroles darbu, ģimenes ārsti un feldšeri atzīst, ka **kontroles norise bijusi lietišķa, saskarsmes emocionālais konteksts apmierinošs**. Pētījuma dalībnieki ir novērojuši, ka VI inspektoru saskarsmes kultūra pēdējos gados ir uzlabojusies, vairāki ģimenes ārsti un feldšeri atzina, ka inspektoru attieksme ir bijusi pozitīva. Vidējo laiku, cik daudz ģimenes ārsti velta vienai VI kontrolei, ietverot šajā laikā gan sagatavošanos kontrolei, gan pašas kontroles norisi, norādīja 15 respondenti no kopumā intervētajiem 30 ģimenes ārstiem. Septiņi ģimenes ārsti Viena daļa norādīja stundu skaitu robežās no divām līdz 10 stundām, bet astoņi - no 14 līdz 32 stundām. Savukārt intervēto feldšeru norādītais laika apjoms, kas tika veltīts vienai VI kontrolei, ieskaitot sagatavošanās un kontroles norises laiku, savstarpēji ļoti atšķiras, kas liecina ne tikai par subjektīvā faktora ietekmi uz stundu aprēķināšanas algoritmu, bet arī par atšķirīgu situāciju feldšerpunktos attiecībā uz dažādu normatīvo prasību savlaicīgu izpildi un regulāru ievērošanu. Dažiem respondentiem šis process aizņēma aptuveni vienu darba dienu, bet dažiem pat veselu darba nedēļu.

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. Intervijās sniegto VI kontroļu norises pozitīvā vērtējuma piemēri ir atspoguļoti 9.1.2.a. logā.

9.1.2.a. logs. Veselības inspekcijas kontroles norises pozitīvais vērtējums

Padomus sniedza konkrētus. Viss bija korekti (..). Nebija tā draudīga, briesmīga. (pašvaldības finansēts FP)

Bija labi, bija labi. Bija stingri, bet nebija tā kad, kad bail (smejas). Nē, nē bija ļoti cilvēcīgi, bet nu visam tam kam, bet nebija tādu.... toni vai, vai augstprātība ... vai rupjību, jā nu tā. Bija patīkami tā. Bija miers. (pašvaldības finansēts FP)

Es domāju, ka ļoti korekti. Es nedomāju, ka tur kaut kas bija nepareizi. Strādāja ar dokumentiem vairāk. Ko vajadzēja, to pajautāja. Ja to visu varēja uzrādīt, tad nekādu problēmu nav. (ĢĀ, reģions)

Tie darbinieki, kas pie manis bija, saprotoši izskaidroja un sniedza informāciju, informēja un man nebija problēmu. (NVD finansēts FP)

Kopumā pēdējos gados vērojams, ka VI darbinieku attieksme kontroles laikā ir uzlabojusies, tā ir koleģiāla, draudzīga, konsultatīva. (NVD finansēts FP)

(..) sieviete, kas pie mums brauc, viņa ir prasīga, bet viņa nav tāda ļauni prasīga un piekasīga. Viņa zina savus punktus, par kuriem jābūt skaidrai izpildei un to arī prasa. Bet viņa arī sniedz padomu. Jo tā arī bija, kad viņa atbrauca to vienu reizi, tad mums te bija šādi tādi, kā viņa teica, sīkumi. Tad viņa atbrauca vēl pēc mēnešiem. Dod laiku, lai es to sakārtotu, bet viņa izstāsta, kā labāk varbūt. Par to pašu sterilizāciju. Lai jums nebūtu problēmu, noslēdziet līgumu ar

Valmieru. Tur ir viss kārtībā. Nevar teikt, ka slikti no viņas būtu kādas izturēšanās vai ne profesionalitāte. Man liekas, ka bija labi. (ĢĀ, reģions)

Ja tādā veidā, kā šī, kad inspekcijas pārstāve bija kolosāla sieviete, tad tu nebaidies. Agrāk bija tā, ka atbrauc un tu neesi vairs cilvēks. Pret tevi attiecas ar kliegšanu. Noliek tik zemu. Es esmu ārsts, kāpēc ar mani būtu tā jārunā? Bet šīs kolēģes bija ļoti patīkamas un visu mierīgi izstāstīja. Tas ļoti noder, ja brauc palīdzēt. (..) Ja brauc tāda inspekcija tad, lai viņi brauc un atrod, un iesaka. Tad tas ir tā vērts. (ĢĀ, reģions)

Viņi [Veselības inspekcija] *nav bijuši, jo viņi jau zina, ka es uzreiz viņiem zvanu, ja man ir kaut kas neskaidrs. Tur ir ļoti labi cilvēki, kas ne vienu brīdi neatsaka ar savu padomu. Nekad! Viņi tieši otrādi – vienmēr cenšas palīdzēt, atrast un sniegt to palīdzību. Ja tas nav iespējams uzreiz, tad viņi pasaka, kad var pārzvanīt, vai paši pārzvana. Tā prakse mums ir jāievieš. Nevis gaidīt, kad pie tevis atnāks, bet pašam painteresēties. Manuprāt, ļoti dauzi ārsti baidās, bet nevajag, jo tur ir tieši tādi paši cilvēki, tikai viņiem ir izteiktāka pieredze dokumentēšanas jomā, bet mums attiecīgi - ārstniecības jomā. Ja šīs divas darbības varam sasummēt, lai tas rezultāts ir kopīgs un pareizs, tad kāpēc nē?* (ĢĀ, Rīga, maksas)

Cik esmu dzirdējusi no privātprakšu kolēģiem, ka viņiem nav tāda sodīšanas mērķa, bet, ja atrod kādas nepilnības, tad dod mēnesi to novērst. Nav soda naudas, kas arī ir labi, jo viņu uzdevums īstenībā ir pārbaudīt, vai ir ievērotas sanitārās un dezinfekcijas normas, medikamentu uzskaite utt. Tas tā kā būtu pareizi. Viņi dod savas rekomendācijas arī un laiku, lai to visu realizētu. (ārsts speciālists, reģions, maksas)

VI kontroļu norises negatīvie vērtējumi (fragmenti no intervijām ir lasāmi 9.1.2.b. logā) ir saistīti gan ar VI inspektoru negatīvo attieksmi, gan ar nepieciešamību ģimenes ārstam atcelt vai saīsināt pieņemšanu, tiek traucēts ārstu ikdienas darbs, gan ar formālo pieeju kontrolei. Feldšeri šāda veida traucējumus minēja retāk, kas izskaidrojams ar viņu darbības specifiku, mazāku apkalpojamo pacientu skaitu. Izvērtējot respondentu sniegtās atbildes un situāciju atstāstus, jānorāda, ka daļa pārmetumu ir drīzāk retoriski, tie nebalstās konkrētos faktos, bet daļa ir pamatoti ar konkrētiem problēmu gadījumu analīzes piemēriem.

9.1.2.b. logs. Veselības inspekcijas kontroļu norises negatīvais vērtējums

Tad viņi te vienu vakaru pēkšņi ieradās. Desmitos vakarā savā ārkārtas pārbaudē un apmēram nolika visu uzņemšanas personālu. Salīdzināja, vai visi ir darbā. Apmēram face control, kas, manuprāt, ir ļoti pazemojoši. Bet tās ne jau viņu iniciatīvas šādas te pārbaudes veic. (stacionārs, Rīga)

Veselības inspekcija arī atnāca, kad man bija pacients, bet viņi sēž kabinetā un pārbauda manu literatūru. Man paveicās, jo manam kolēģim viņi divas diennaktis sēdēja kabinetā. Kā var pieņemt pacientus tai laikā? Tas galīgi nav atrisināts. Labi, viņi paziņo divas dienas iepriekš, lai sagatavo 50 kartiņas. Tu to aiznes, bet strādāt jau nav iespējams, jo tāpat ir stress. Kurš varētu pastrādāt, ja viņa dzīvoklī izmeklētu un skatītos, vai nav kaut kas paslēpts? Neviens! Tas ir gan stress, gan traucēklis, jo ne visiem jau ir daudz telpu. Pagaidām, manuprāt, tas nav ētiski. (ĢĀ, Rīga)

To, ka viņiem pašiem ir komunikācijas problēmas, tas ir 100%. Cilvēkiem, kuri strādā tikai ar negatīvo, tas ir normāli, bet viņiem kaut kāda psiholoģiskā palīdzība ir jāsniedz. To, ka viņi uzvedas ne īpaši pieklājīgi, tas ir 100%. Paskatījās kartiņā, kas ir rakstīts. No vienas puses, tas ir pilnīgi loģiski, bet, no otras puses, ļoti bieži kaut ko neieraksta, par ko pacienti sūdzas; vai arī, ja es rakstu ātri, tad es pati pēc tam nevaru izlasīt, kas tur ir rakstīts. (ĢĀ, Rīga)

(..) ja atbrauc un izkrata, un pazemo, kā tas ir bijis. (..) Prasa zīdaiņu svarus. Saku, ka man bērnu nav, es tos iedevu kolēģei blakus. Bet viņa tādā tonī – nu, tad jums tie ir vai nav? Būtībā man tie nav vajadzīgi, jo es zīdaiņus neskatos. (..) Tas tonis. Tas bija tāds pazemojošs. Arī cilvēkam, kas kontrolē, ir jābūt kaut kādai runas kultūrai. (ĢĀ, reģions)

Viņi, kad atbrauc, visu ļoti detalizēti skatās – visus līgumus, sertifikātus, sanitārās grāmatiņas. Piekasās pie visiem sīkumiem. (..) viņa ļoti augstu sevi nostādīja, ka mēs visi esam peles. (..) Tur gadās, ka nav kaut kā, varētu bez tā iztikt, bet viņi, nē, tik un tā raksta sodu. Viņi ir burta kalpi. Tomēr mēs visi esam dzīvi cilvēki, nevar taču pilnībā visu tā, kā ir uzrakstīts. (NVD finansēts FP)

(..) skatījās kartiņas, kā es esmu aizpildījusi. Pārbaudīja slimību lapu uzskaites žurnālus, skatījās, vai īpašās receptes ir norakstītas, sanitārās grāmatiņas pārbaudīja. Viss, ko es biju rakstījusi, tika pārbaudīts. (ĢĀ, Rīga, maksas)

Atkal jau šogad, kad tika sertificēts gan ambulatorais dienas stacionārs, gan tā programma, viņi [Veselības inspekcija] *zvanīja un pārcēla, un pārcēla, un pārcēla tos datumus, kad viņi var ierasties. Tas, īstenībā, diezgan tracina. (..) Ja tie darbi ir vairāki, tad es konkrēti gribu pieturēties pie tā datuma, ka tas būs, un, ja man dienu iepriekš pasaka, ka nav, man sajūk pilnīgi viss. Tomēr, ja ir tā kā teikts, gribētos, ka arī tajā dienā viņi ierodas.* (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Tas, kas ir viss sliktākais visās tajās pārbaudēs, kad šīm iestādēm ir ļoti raksturīgi, ka viņas spēj redzēt noteikumu izpildi tikai vienā veidā. (..) Tajā, kā konkrētais personāls to redz un saprot. Un viņi šajās pārbaudēs nemāk skatīties, kā vēl to var izdarīt, un vai tas, kā dara, atbilst tām prasībām. Bet viņi konkrēti skatās, vai tas, kā es to saprotu, ir izpildīts, ja tas nav izpildīts, tas ir nepareizi. (stacionārs, Rīga)

Tur bija tā, ka viņiem nepatika viens teikums amata aprakstā, nu gandrīz vai vietām jāsamaina vārdi un līdz ar to visiem amata aprakstiem jānomaina tas viens teikums, kurš neko neizsaka. Ja tas pats ir pateikts savādākā formā, (..) tad drusciņ savādāk viņi to gribēja. Es uzskatu, ka tā ir formāla lieta. (stacionārs, reģions)

Mums bija uzrēķins par trūcīgo personu aprūpi, pamatojot ar to, ka trūcīgo apliecība nav kabineta kartotēkā, bet ir reģistratūras kartotēkā. Ja man ir 30 kabineti, vai tiešām man apliecību būtu jākopē 30 eksemplāros? Centrālajā reģistratūrā tas viss ir atrodams. Viņi piegāja formāli, konkrēti (..) kartiņā viņas nav. Un tas nekas, ka iestādes rīcībā ir, (..) kartiņā nav. (stacionārs, reģions)

Uzņemšanas vecākai feldšerei statistikas dati jāzina atstāstīt deviņos vakarā. Viņai tas ir ārstniecisko pienākumu veikšanai nepieciešams? (..) jautājums ir par to, ja ārkārtas pārbaudes laikā paprasīt, cik jums ir operāciju bijis, uzņemšanas māsai, cik jums ir operāciju bijis piecos mēnešos, kā jūs nevarat atbildēt?! Jums ir jāzina, kas jūsu iestādē notiek. Jūs esat uzņemšanā. (..) Ja tā ir ārkārtas pārbaude, tad mēs pārbaudām to, vai viņš spēj veikt savus pienākumus uzņemšana, nevis pārbaudām, vai viņš orientējas statistikas datos. (stacionārs, reģions)

Viņi ir bijuši pārbaudē, viņi ir konstatējuši nepilnības, neprecizitātes, mūsu pārkāpumus viņu izpratnē. Mēs esam sagatavojuši savus atbildes rakstus, kam mēs piekrītam, kam mēs nepiekrītam. Nu tā arī tas viss ir palicis. Ir bijušas divas vai trīs pārbaudes. Laiks, man šķiet, ir pagājis divi, trīs mēneši. Atbilde par to, viņu lēmums, vai mēs esam vainīgi, vai neesam vainīgi, mūsu iebildumi ir vai nav ņemti vērā, nav nekādas. Tātad viņi ir valsts institūcija, kura patiesībā neievēro noteikumus, nesniedz mums atbildes, lai mēs zinātu kā tālāk rīkoties. (stacionārs, reģions)

Spriežot pēc ārstniecības personu sniegtajām atbildēm, domstarpības un negatīvi VI kontroles vērtējumi balstās abu iesaistīto pušu atšķirīgajā izpratnē un viedoklī par kontroles mērķi un būtību, vēlamo pieeju un metodiku. VI inspektoriem ir skaidras instrukcijas, kādu prasību izpilde viņiem ir jāpārbauda atbilstoši konkrētiem normatīvā regulējuma punktiem, kas pēc ārstu domām nereti liedz inspektoriem iedziļināties situācijas būtībā. Kā jau augstāk minēts, aptaujātie uzskata, ka šīs problēmas iemesls ir tas, ka ārstniecības iestādei izvirzīto prasību un ārstniecības personu darbības pārbaude, kas balstīta pamatā uz dokumentācijas analīzi, neļauj veikt objektīvu reālās situācijas izvērtējumu. Argumentējot VI inspektoru nepietiekamo iedziļināšanos situācijas būtībā, aptaujātie daudzkārt minēja gadījumus, kad ārstniecības iestādei, piemēram, ir pienākums nodrošināt noteiktu medicīnas ierīci, bet tā netiek nodrošināta, jo ārstniecības iestādē strādājošais ārsts neveic darbības vai manipulācijas, kurās šī ierīce ir jāizmanto (tipisks piemērs, ir zīdaiņu svari ārstu praksēs, kuriem nav reģistrēti pacienti jaunāki par vienu gadu). Tātad 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. Svarīgi uzsvērt, ka 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.

Cita problēma, kuru norāda ārstniecības iestādes, ir normatīvo aktu prasību interpretācija, ko, pēc aptaujāto domām, veic VI darbinieki. Ārstniecības personas norāda, ka, ja kāda norma MK noteikumos ir izpildāma dažādi, tad viņi ir saskārušies ar situāciju, kad VI nevērtē, vai norma ir izpildīta pēc būtības, bet uzdod mainīt iestādē izstrādātos dokumentus tikai tāpēc, ka VI inspektors uzskata, ka tiem būtu jābūt izstrādātiem savādāk.

Ievērojami biežāk nekā citas aptaujāto grupas stacionāro pakalpojumu sniedzēji kritizēja VI VALPUD īstenoto kontroļu normatīvo pamatu un tā piemērošanu (sk. arī 9.1.1. sadaļu). Šajā aspektā stacionāri, pirmkārt, bija neapmierināti, ka šobrīd VI VALPUD ir tiesīgs izvērtēt valsts finansēto pakalpojumu finanšu izlietojumu jebkurā laika posmā pagātnē, norādot, ka pamatotāks bija iepriekš spēkā esošais ierobežojums – iespēja pārbaudīt finanšu izlietojumu tikai par pēdējiem diviem

gadiem. Neapmierinātība ar šo normatīvo aktu ir cieši saistība ar stacionāru finansēšanas noteikumiem (sk. sīkāk 8.2. nodaļu) – aptaujātie uzskata, ka nav taisnīgi atvilkt viņiem finansējumu apstākļos, kad regulāri tiek hospitalizēti vairāk pacientu, nekā noteikts līgumā ar NVD. Tā kā pārbaudes notiek ar samērā lielu laika nobīdi (piemēram, 2012. gadā – par 2010. gadu), stacionāri nevar „apgūt" par nepamatotu finanšu līdzekļu izlietojumu atzīto budžetu citu, virs normas hospitalizēto, pacientu ārstēšanai. Ārstniecības iestādes vēlētos, lai VALPUD veiktās kontroles tiktu veiktas ar īsāku nobīdi laikā – daļā pārkāpumu tekošā kalendārā gada ietvaros, lai būtu iespējams par nepamatotiem atzītos tēriņus novirzīt citu pacientu ārstēšanai, kopsummā nezaudējot valsts iedalīto budžetu (sk. sīkāk šo jautājumu arī no VI perspektīvas rezultātu starpziņojuma 10. daļā).

Cita problēma, kas, pēc spiegtajiem piemēriem, saistīta VI VALPUD darbu, ir situācijas, kad, pamatojoties uz nepilnīgiem ierakstiem medicīniskajā dokumentācijā, tiek veikti atskaitījumi par sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, lai gan iespējams pierādīt, ka pacients pakalpojumu ir saņēmis. Ārstniecības iestādes, kuras saskārušās ar šādām situācijām, pauž neapmierinātību, ka VI nav vērtējusi situāciju pēc būtības, nav pieņēmusi paskaidrojumus un nav ļāvusi novērst nepilnību dokumentus. Kā šādu konfliktu negatīvās sekas ārstniecības iestādes min atrastajos pārkāpumos iesaistīto ārstniecības personu sajūtu, ka viņu darbs netiek novērtēts, un ar to saistīto darba motivācijas krišanos.

Ārstniecības pakalpojumu sniedzēji, kuru darbībā bija konstatēti pārkāpumi, norāda, ka dokumentu un viedokļu aprite ar VI līdz galīgā lēmuma pieņemšanai notiek lēni, t.i., process aizņem vairākus mēnešus. Ārstniecības iestādes norāda, ka, viņuprāt, VI nepilda normatīvajos aktos noteiktās prasības attiecībā uz atbildes sniegšanas ātrumu, un vēlētos, lai dokumentu izskatīšanas process, ja ārstniecības iestāde ir sniegusi savus paskaidrojumus, notiktu ātrāk. Atsevišķa VI kontroļu negatīvo vērtējumu argumentu grupa ir saistīta ar VI darbinieku kompetences un profesionalitātes vērtējumu, kas aplūkota 9.1.3. sadaļā.

9.1.3. Veselības inspekcijas darbinieku profesionalitātes vērtējums

Kopumā ārstniecības personas un ārstniecības iestādes pozitīvi vērtē VI inspektoru profesionalitāti. Intervēto ārstniecības personu vidū dominē viedoklis, ka VI inspektori veic kontroli, stingri sekojot noteiktajām vadlīnijām un tiesiskā regulējuma prasībām. Kā uzskata respondenti, veicot kontroli pēc šādas metodikas, inspektoru profesionalitāti raksturo tiesiskā regulējuma zināšanas, nevis kompetence ārstniecības jomā. Taču vienlaikus aptaujātie uzsvēra, ka ar šāda veida (pamatā juridiskām un lietvedības) zināšanām nevar profesionāli izvērtēt ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu darbību. Šāda nostāja atbilst iepriekš raksturotajai pētījuma dalībnieku kritiskajai attieksmei, ka ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu darbības vērtējums tiek balstīts galvenokārt dokumentācijas analīzē. Tāpēc augstāk pētījuma dalībnieki vērtē to VI inspektoru profesionalitāti, kuriem ir zināšanas un pieredze ārstniecībā. Tomēr arī situācijās, kad VI inspektoram ir pieredze ārstniecībā, neizpratni aptaujāto vidū rada tas, ka inspektoram nav pamata zināšanu par to specifisko jomu, kurā konkrētajā brīdī tiek veikta pārbaude. Lai samazinātu šādu negatīva priekšstatu vairojošu piemēru skaitu, ieteicams izglītot VI inspektorus dažādu ārstniecības specialitāšu jomās.

Otrs 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. Treškārt, ārstniecības personas VI kontrolēs ir saskārušies ar situācijām, kad inspektori nav kompetenti sniegt atbildes par to, kā tieši konkrētas prasības ir izpildāmas, īpaši tas attiecoties uz medicīnisko dokumentāciju. Viņuprāt, tas liecina par to, ka atsevišķiem inspektoriem tomēr ir

nepietiekama kompetence arī tiesiskā regulējuma un tā piemērošanas jomā. 9.1.3. logā ir atspoguļoti fragmenti no intervijām, kurās respondenti pamato savus kritiskos VI darbinieku profesionalitātes vērtējumus.

9.1.3. logs. Veselības inspekcijas darbinieku profesionalitātes kritiskais vērtējums

(..) esmu nopircis diktofonu, jo viņi kolēģi pagājušo reizi līdz asarām bija noveduši. Tur atbrauca vieni un lika izdarīt to, bet atbrauc otri un tiem jau ir atkal cits. Kad atbrauca trešie, tad es parādīju diktofonu un viņi lika svētu mieru, citādi jau nevar saprast, kurā brīdī un kam ko vajag. (ĢĀ, reģions)

Viņi jau nekontrolē medicīniskās lietas. Viņi kontrolē tikai un vienīgi papīru lietas. Tur tie epidemioloģiskās uzraudzības noteikumi, kas mums ir uzrakstīti – tur tika vilkts pilnīgi pa teikumiem, kur nepatika, tur tika svītrots. Tā nav ne ārstēšanas pārbaude – tā ir kaut kādu prasību kontrole. Ļoti prasa, lai par visu visur atskaitītos. Visam ir jābūt uzrādītam, ka tas tiešām tiek darīts, un ka tas viss ir pamatots. (ĢĀ, Rīga)

Bet, kas man nepatīk, tas bija visiem tiem pārbaudītājiem, kolēģim atnāk, tāpat pārbaudītājs saka – Jums ir vajadzējis to, to, to. Cits pārbaudītājs aiziet pie cita kolēģa – tas saka pilnīgi savādāk. Tāpēc ļoti atšķiras, ko pārbauda, kā pārbauda, un neviens tad nevar saprast, kā tad izdarīt pareizi. (ĢĀ, reģions)

Viņi nebija zinoši par miršanas apliecībām, konkrēti, ka feldšeri var izsniegt miršanas apliecību. Tad viņi man kliedza, ka man būs visi miroņi jāizrok, un tie man bija gadā septiņi. (..) Kad beidzot viņi bija mani izlamājuši, viņi pazvanīja, nezinu, uz kurieni, un pateica, ka var izsniegt. Tad es tikai gaidīju vienu – kaut tas cilvēks man būtu atvainojies, bet viņš to neizdarīja. (NVD finansēts FP)

(..) bija gadījums par narkotisko vielu norakstīšanu. Mums bija aile, kur mēs ierakstījām pacientus, kuriem šī narkotiskā viela ir izrakstīta. Tad izrādījās, ka mēs to darām nepareizi, jo tai ailē bija jāieraksta ārsta uzvārds. Mēs centāmies izskaidrot, ka tā nevar būt, jo tad iznāk, ka tā narkotiskā viela visu laiku tiek izrakstīta ārstam, bet patiesībā konkrētam pacientam, kura kartiņu tu pēc tam vari pacelt augšā un izsekot, kāpēc tas tika izrakstīts. Tas darbinieks palika domīgs un piekrita, ka tas ir loģiski, bet īsti nesaprot, kā tas ir. Respektīvi bija moments, ka tu redzi, ka tas cilvēks līdz galam nesaprot, par ko iet runa. (ĢĀ, Rīga, maksas)

Vērtējot programmas darbu, [Veselības] *inspekcijas pārstāve bija pasaukta tieši izvērtēt to aizvietojošo, viņa pat nezināja, kas ir metadons. Mēs viņu uzaicinām tādēļ, lai viņa spētu sertificēt tieši tādēļ, bet viņa pat nezināja, vai tas ir jāraksta stingrās uzskaites žurnālā. Tad mēs brīnījāmies, vai šis cilvēks savukārt ir kompetents. Līdz ar to ir grūti pateikt, cik dažādi cilvēki tur strādā.* (ārsts speciālists, Rīga, maksas)

Ir tur tik tiešām krietni profesionāļi, ko var redzēt, kurš attiecīgi ar savas specialitātes ārstu, ir saprotams, ka viņš ļoti labi to zina. Ir cilvēki... tur ir pietiekoši daudz jaunu cilvēku, kuriem nav tās pieredzes. Ir traģiski, kad likuma pants jebkurā brīdī viņu var skatīt no viena gala, no otra, no augšas, no apakšas tikai viena viņa līnija un viņa teiciens un viņa definīcija. (stacionārs, reģions)

MK noteikumos ir uzrakstīts, kā ir jāved uzskaite un jārīkojas ar stingrās uzskaites receptēm. Viņi [Veselības inspekcija] *paģērēja, ka mums pašiem vēl ir jāizstrādā vēl papildus sava kārtība, ko vēl ir jāapstiprina, lai gan mēs to MK noteikto kārtību ievērojam. Tas nozīmē vēl viens lieks papīrs. Pilnīga dublēšanās. (..) Tas žurnāls jau ir, jo tā uzskaite jau notiek.* (stacionārs, reģions)

Uz medicīnisko dokumentāciju situācija ir mainījusies (..), bet inspektori nāk un pārbauda pēc vecā [regulējuma]. *Šobrīd daudzi žurnāli ir atcelti. Ir noteiktas prasības, kādai informācijai ir jābūt, bet nav konkrētu veidlapu. Līdz ar to mēs to varam paši kaut vai burtnīcā vai datorā ieviest, bet nāk un pārbauda, jo viņiem liekas, ka kāda aile tur trūkst.* (stacionārs, reģions)

9.1.4. Veselības inspekcijas kontrolēs biežāk konstatēto neatbilstību un pārkāpumu kvalitatīvs raksturojums

Daloties savā pieredzē par VI kontrolēs konstatētajiem pārkāpumiem, primārās veselības aprūpes personāls norādīja, ka parasti VI kontroles aizrādījumi skar kādus atsevišķus trūkumus ārstniecības iestādes darbībā. Intervijās biežāk minētie trūkumi bija šādi:

- nav nodrošinātas vides pieejamības prasības (skat. starpziņojuma 4. daļu);
- pacientiem nav pieejama nepieciešamā informācija par ārstniecības personas darba laiku, pieejamo veselības aprūpes pakalpojumu izcenojumiem;

- medicīniskā dokumentācija par pacientiem (ambulatorā pacienta medicīniskās kartes) netiek uzglabātas slēgtā plauktā vai skapī;
- nav savlaicīgi verificēti un sertificēti medicīnas instrumenti, īpaši auguma mērītāji un svari (skat. starpziņojuma 5. daļu);
- konstatētas neprecizitātes medicīnas dokumentācijā (skat. starpziņojuma 7. daļu).

Kā jau iepriekš minēts, par pārkāpumiem, kas būtiski neietekmē veselības aprūpes pakalpojuma drošumu un/vai veselības aprūpes pakalpojuma pieejamību, no VI puses tiek sniegtas rekomendācijas to novēršanai un noteikts laika periods, kurā tas ir jāizdara. Kā pozitīvu faktu tieši feldšeri intervijās novērtēja to, ka VI kontroles prasības ir pietuvinājušās feldšerpunktu dzīves realitātei un vairāk nav pārspīlētu prasību, kā tas ir bijis iepriekšējos gados.

9.1.4. logs. Veselības inspekcijas kontrolēs identificētie trūkumi vai pārkāpumi

Ļoti nenozīmīgi. Bija jāuzliek šilte, ka te ir ārsta kabinets, procedūru kabinets. Man bija izdrukāts pakalpojumu cenrādis un līgums pielikts pie sienas. Tad man teica, kurš tad šķirstīs to līgumu, vajagot atsevišķi tās pakalpojumu cenas. Tas bija tā – nenozīmīgi. Mēs arī izkopējām un nolikām pašā priekšpusē. Ļoti sīkas lietas, ko mēs arī novērsām. Spirtu nebijām norakstījuši un parakstījušies, tas ir jādara reizi mēnesī. (ĢĀ, reģions)

*Par tiem **uzrakstiem uz durvīm**. Tas, kas salīmēts uz sienām, saskaņā ar MK noteikumiem. Durvis ir nolipinātas, sienas nolipinātas, bet vai tam ir kāda jēga. Akūtā stunda. Man tā akūtā stunda sākas pēc sešiem, kad māmiņas pārnāk no darba un zvana man.* (pediatrs, reģions)

*Mums ir bijuši mūžīgie strīdi par tādiem sīkumiem, ka **pie ieejas durvīm ir jābūt darba laikam, telefoniem utt.**, bet es ar putām uz lūpām saku, ka pat pie lielās slimnīcas uz durvīm nav darba laiku. Tu ieej iekšā un tur viņi ir, bet viņi saka, ka MK noteikumi to paģēr.* (ĢĀ, reģions)

To, ko kontroles pieprasa, lai būtu uz prakses durvīm, it kā priekš pacientiem, viņi [pacienti] *to nesaprot un viņi nelasa arī. **Tā ir tikai informācija priekš kontroles**.* (ĢĀ, reģions)

(..) .man bija vienā istabā izlikti visi šitie, [informācija] *nebija ārā. Piekasījās, ka nebija ārā. (..) visur raksta darba laikus un pieņemšanas, un tie visi rēķini, cik jāmaksā par gadu, viss ir izdrukāts un ir, nu, tāds likums, ka ārā vajadzēja būt.* (pašvaldības finansēts FP)

*(..) nekas jau tāds tur dižs nebija. **Izkārtnes nebija ārpusē**. Veca nodilusi un izmesta. Nebija vēl tie svari un spiediena mērītājs sertificēts, jo parasti mums te aprīlī brauc to visu sertificē. (..) Tad tur šādi tādi sīkumi, ka vajag uz durvīm ne tikai to darba laiku un to, ka ārsta palīgs pieņem, bet vajag arī vārdu un uzvārdu. Šādi tādi sīkumi, nekas jau tāds īpašs. Nebija tik traki. Vispār tiem papīriem katru teikumu, katru burtu izlasīja.* (pašvaldības finansēts FP)

*(..) pilnībā **nebija precīzi izstrādāts dezinfekcijas plāns**, tur tā kā atrada trūkumus, lika uzlabot **infekcijas plānu**, tad tobrīd **nebija pārbaudīti arī mērinstrumenti**. Un dažas tās dokumentācijas, kā es minēju, to profilaktisko potēšanas karti pieaugušajiem, mazliet kaut kas bija mainījies infekciju slimību ziņojumā, ko mēs tā kā nebijām piefiksējuši.* (pašvaldības finansēts FP)

Nebija nosertificēts asinsspiediena aparāts, svari, man arī plāns nebija pareizi uzrakstīts, epidemioloģiskais par gripu. (pašvaldības finansēts FP)

Lielākās diskusijas ģimenes ārstu un feldšeru vidū ir saistītas ar tādu prasību neievērošanu kā pacientu ambulatoro kartiņu glabāšana slēgtā plauktā vai skapī un dažāda veida un satura informācijas izvietošana redzamās vietās ģimenes ārsta prakses vietā vai feldšerpunktā.

Pirmkārt, par **pacientu medicīniskās dokumentācijas glabāšanas prasībām**. Ģimenes ārsti un feldšeri uzsvēra, ka, viņuprāt, svarīgi, lai pacientu medicīniskā dokumentācija tiktu glabāta slēdzamā telpā. Šādai prasībai parasti atbilst ģimenes ārstu un feldšeru kabineti. Turklāt to ļauj arī 04.04.2006. MK noteikumi Nr. 265 „Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība", kuros noteikts – „Ārpus ārstniecības iestādes darba laika pacienta medicīniskos ierakstus un tajos ietverto informāciju uzglabā atsevišķā slēdzamā telpā vai slēdzamos skapjos, kas nodrošināti pret ārstniecības procesā neiesaistītu personu piekļūšanu. Telpas vai skapju atslēgas glabā atbildīgā persona" (24.punkts).

Tātad veidojas pretruna starp respondentu iebildumiem, ka VI inspektori aizrāda par ambulatoro kartiņu glabāšanu atvērtos skapjos vai plauktos, lai gan slēdzamās telpās, un normatīvo regulējumu, kas to pieļauj. Šādai pretrunai iespējami iemesli: (a) ģimenes ārsti un feldšeri neizprot VI inspektoru aizrādījumu būtību, jo pretējā gadījumā veids, kādā par to stāsta respondenti, liecina, ka VI inspektori izvirza regulējumam neatbilstošu prasību, (b) VI inspektori tiešām nepamatoti izvirza prasību par pacientu dokumentācijas glabāšanu slēgtos skapjos, (c) ģimenes ārstu un feldšeru darba kabineti, kuros glabājas pacientu ambulatorās kartiņas tiešām nav slēdzami, kas gan ir stipri apšaubāms pieņēmums. VI kontroles dati periodā no 2011.gada oktobra līdz 2012.gada martam liecina, ka tikai 8 no 154 ģimenes ārstu praksēm, kurās veikta kontrole, ir konstatēti „B" un „C" līmeņa neatbilstības prasībās par medicīnisko dokumentu uzglabāšanas kārtību (attiecīgi 6 un 2 gadījumi). Šie dati ļauj secināt, ka pārkāpumi šajā ziņā nav būtiski un to apjoms ir ļoti neliels, neraugoties uz pētījumā vairākkārt dzirdētajiem pārmetumiem par prasības turēt pacientu dokumentāciju slēgtā skapī nepamatotību.

Otrkārt, par **prasībām par ārstniecības iestādē redzamā vietā izvietojamās informācijas saturu un apjomu**. Prasības par ārstniecības iestādē publiski izvietojamo informāciju ir definētas vairākos normatīvajos aktos. 20.01.2009. MK noteikumos Nr. 60 „Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" ir definēts, kādai informācijai ir jābūt pieejamai ārstniecības iestādē (6. punkts):

„6.1. atbilstības apliecinājumi (sertifikāti), kas piešķirti ārstniecības iestādei un kas apliecina tās atbilstību normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm, vai to kopijas;
6.2. ārstniecības personas un ārstniecības atbalsta personas, kuras pacientiem sniedz ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus (vārds, uzvārds, profesija, specialitāte, pieņemšanas laiks un vieta);
6.3. ārstniecības iestādē pieejamie veselības aprūpes pakalpojumi." Pieejamās informācijas nodrošinājumu ģimenes ārstu praksēs regulē arī 19.12.2006. MK noteikumi Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība". Piemēram, to 48.punkts nosaka – „Ģimenes ārsts nodrošina pacientu ar informāciju par ģimenes ārsta sniegto primārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas kārtību ģimenes ārsta darba laikā, ārpus darba laika un aizvietošanas gadījumā, kā arī ar informāciju par citu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējām. Ģimenes ārsts nodrošina, ka viņa darbavietā ir publiski pieejama informācija par aizvietošanu." Savukārt 15.pielikuma 15.9.punkts nosaka – „ģimenes ārsta praksē publiski pieejamā vietā ir izvietota informācija par trūcīgo personu veselības aprūpē atbildīgo (nozīmēto) māsu vai ārsta palīgu (feldšeri), norādot vārdu, uzvārdu, pieņemšanas vietu un laiku, un šī pielikuma 1. punktā noteikto pamatuzdevumu saraksts" (šajā sarakstā ir 11 uzdevumi). Šie ir tikai daži no normatīvo aktu punktiem, kas ir saistoši ģimenes ārstiem un ārsta palīgiem attiecībā uz publiskās informācijas pieejamību.

Bez minētājiem normatīvajiem aktiem ģimenes ārstu pienākumi attiecībā uz publiski pieejamās informācijas izvietošanu ir definēti ģimenes ārsta (izpildītāja) līgumā ar NVD (dienests):
„2.1.9. IZPILDĪTĀJA telpās publiski pieejamā vietā izvietot šādu skaidri salasāmu, korektu (aktuālu) un pilnīgu informāciju:

2.1.9.1. IZPILDĪTĀJA ārstniecības iestādes darba režīms – informācija par prakses darba laiku, ārstniecības personas pieņemšanas laiku, kā arī ģimenes ārsta aizvietošanas kārtību tā prombūtnes laikā, norādot aizvietotāja ārsta vārdu, uzvārdu, pieņemšanas laiku, vietu un tālruni;
2.1.9.2. IZPILDĪTĀJA sniegto pakalpojumu saraksts, kurus DIENESTS apmaksā, atbilstoši Līguma 7.1.14.apakšpunktam (IZPILDĪTĀJS norāda tikai tos pakalpojumus, kurus tas veic);
2.1.9.3. izraksts no normatīvā akta, kurā noteiktas no pacienta iemaksām atbrīvotās personu kategorijas;

2.1.9.4. pakalpojumu saraksts, kurus IZPILDĪTĀJS sniedz par maksu, šo pakalpojumu precīzs cenrādis;
2.1.9.5. informācija par primārās aprūpes ārsta darbības pamatteritoriju;
2.1.9.6. informācija par dežūrārsta palīdzības saņemšanas iespējām, kā arī par neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izsaukšanu, zvanot pa tālruni „03" vai „112" vai „113" un tuvāko ārstniecības iestādi, kurā iespējams saņemt diennakts neatliekamo medicīnisko palīdzību, tās adresi un telefonu;
2.1.9.7. DIENESTA sagatavota informācija pacientiem, ja tāda ir IZPILDĪTĀJA rīcībā;
2.1.9.8. informācija par pievienošanos ģimenes ārsta darbības kvalitātes brīvprātīgajam novērtējumam atbilstoši Līguma 7.1.13.apakšpunktā norādītajam paraugam;
2.1.9.9. informācija par Ģimenes ārstu konsultatīvo tālruni „66016001" un DIENESTA informatīvo tālruni „80001234"."[13]

Ģimenes ārsti un feldšeri pauda neizpratni un neapmierinātību par informācijas apjomu, kas viņiem ir jāizvieto savās pieņemšanas telpās redzamā vietā. Respondentu vērtējumā informācijas apjoms ir pārāk liels, tāpēc zūd tās lietderība. Pacientiem ir grūtības orientēties šajā informācijā, viņiem tā ir grūti uztverama un tāpēc tās pielietojums ir minimāls. Lielāko tiesu gadījumos, lai noskaidrotu jautājumus, kas ir ietverti publiski pieejamajā informācijā, pacienti vēršas tiešā veidā pie veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja, nevis lasa izvietoto informāciju. Tā kā ārstniecības personas nesaskata šādas prasības lietderību, daudzkārt daļa no obligātās informācijas netiek izvietota pieņemšanas vietās, kas savukārt tiek traktēts kā prasību neievērošana vai pārkāpums. Gadījumos, kad ģimenes ārsta prakses vieta atrodas ārstniecības iestādē, kurā ģimenes ārsts īrē savas pieņemšanas telpu, šīs telpas durvis ir vienīgā vieta, kur iepriekš minēto informāciju izvietot. Parasti šī vieta nav pietiekami liela, lai padarītu pieejamu visu prasīto informāciju.

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, atbilstības apliecinājumi (sertifikāti), kas piešķirti ārstniecības iestādei un kas apliecina tās atbilstību normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm, vai to kopijas; ārstniecības personas sniegto pakalpojumu saraksts, kurus tas veic un kurus apmaksā NVD; 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. Pēc šāda principa svarīgi sagatavot, piemēram, informāciju par no pacienta iemaksām atbrīvoto personu kategorijām, kas šobrīd ir jāizvieto normatīvā akta izraksta formā. Kā stāstīja ģimenes ārsti, cilvēkiem ir ļoti grūti uztvert šo informāciju šādā formā, turklāt dažkārt ir situācijas, kad pacientam ir jāņem vērā vairāki normatīvie akti, kas savukārt var būt pretrunīgi interpretējami, un pacients tāpat lūdz ārstam skaidrojumu par savu atbilstību vai neatbilstību konkrētajai pacientu kategorijai.

Svarīgi uzsvērt, ka daļa pārkāpumu un nepilnību rodas no tā, ka **ārstniecības personas nav pietiekami labi informētas un zinošas par tiesiskā regulējuma izmaiņām un atbilstošajām**

[13] Avots: http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/ligumu-paraugi/primaras-veselibas-aprupes-pakalpojumu-liguma-paraugs-2012gadam (pēdējo reizi skat.: 09.08.2012.).

prasībām. Kaut arī tā ir ārstniecības personu atbildība sekot līdzi izmaiņām, ģimenes ārsti intervijās izteica priekšlikumus, kā šo problēmu varētu mazināt, vienlaikus samazinot neatbilstību skaitu un uzlabojot VI un ģimenes ārstu sadarbību, rezultātā ceļot veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti. 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. Kaut arī VI mājas lapā ir pieejami kontakttālruņi, uz kuriem var zvanīt dažādos gadījumos, šobrīd kā problēmu ģimenes ārsti vērtē to, ka VI darbinieku kompetence ir šauri specifiska, tāpēc katru reizi, kad rodas neskaidrības, ir jāvēršas pie cita VI darbinieka, kas nereti ir laikietilpīgs process.

Stacionāro pakalpojumu sniedzēji visbiežāk norādīja, ka konstatētie VI pārkāpumi ir saistīti ar valsts finansēto veselības aprūpes pakalpojumu finansējuma izlietojumu. Raksturīgākās problēmas šajā jomā ir plaši raksturotas 8.2. nodaļā. Vērtējot finanšu izlietojumu, diskusijas starp ārstniecības iestādi un VI var rasties attiecībā uz to, vai ir bijis pietiekams pamats viena vai otra pacienta hospitalizēšanai. Tā kā cits biežs VI pārbaužu iemesls stacionāros ir iedzīvotāju sūdzības par saņemtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, tad, ja šajās pārbaudēs tiek konstatētas kādas nepilnības, tās ir saistītas ar medicīniskās dokumentācijas noformēšanu.

Lai samazinātu stacionāros konstatēto pārkāpumu biežumu, nepieciešams uzlabot NVD uzturētās vienotās informācijas sistēmas, kurā tiek ievadīti dati par sniegtajiem valsts apmaksātajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, funkcionalitāti. Jomas, kurās nepieciešami uzlabojumi, ir minētas rezultātu pārskata 8.2. nodaļā.

9.2. Citu uzraugošo institūciju vērtējums

9.2.1. Zāļu valsts aģentūra

Viena no Zāļu valsts aģentūras (ZVA) funkcijām ir veikt audu un orgānu ieguves un uzglabāšanas centru, ārstniecības iestāžu asins kabinetu un asins sagatavošanas nodaļu atbilstības novērtēšanu un uzraudzību. ZVA dati periodā no 2009. gada oktobra līdz 2012. gada martam liecina, ka ir veiktas 54 šādas atbilstības novērtēšanas un uzraudzības procedūras. Tomēr tikai atsevišķu intervēto ārstniecības iestāžu pārstāvji norāda, ka ir saskārušies ar ZVA veikto uzraudzību – procedūras ir ļoti specifiskas un ar tām lielākoties saskaras tikai stacionāri.

Vērtējot ZVA veikto uzraudzību, ārstniecības iestāžu pārstāvjiem nav būtisku iebildumu – procedūra ir pašsaprotama, un noteikto prasību pamatotība netiek apšaubīta. Vien respondenti iebilst pret ZVA darbinieku vēlmi interpretēt normatīvā regulējuma prasības pēc savas izpratnes. Piemēram, kādas ārstniecības iestādes pārstāvji sūdzas par to, ka ZVA likusi asins kabineta kvalitātes sistēmu veidojošās procedūras pārrakstīt vairākos atsevišķos dokumentos, nevis vienā, kā tas bijis izdarīts. Savukārt citas ārstniecības pārstāvji nav apmierināti, ka ZVA izteikusi aizrādījumus par mēbeļu izvietojumu asins kabinetā. Jāmin, ka 27.12.2005. MK noteikumos Nr. 1037 „Noteikumi par cilvēka asiņu un asins komponentu savākšanas, testēšanas, apstrādes, uzglabāšanas un izplatīšanas kvalitātes un drošības standartiem" nav iestrādātas normas par to, cik dokumenti ir jāsagatavo kvalitātes sistēmas aprakstam vai kā tieši jāizvieto mēbeles darba telpās.

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 šķērsli audu un orgānu ieguves un uzglabāšanas centru, asins kabinetu un asins sagatavošanas nodaļu izveidošanai ārstniecības iestādēs.

9.2.2. Radiācijas drošības centrs

Ar Radiācijas drošības centra (RDC) uzraudzību sastopas tās ārstniecības personas un ārstniecības iestādes, kuri savā darbā izmanto jonizējošā starojuma iekārtas (rentgenu) – stacionāri, ambulatorās iestādes un zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji.

Tās intervētās ārstniecības personas un ārstniecības iestāžu pārstāvji, kuri ir saskārušies ar RDC uzraudzību, tās nepieciešamību neapšauba – jonizējošā starojuma iekārtu (rentgena) izmantošanā drošības normu ievērošana ir būtiska. Tajā pašā laikā kādas ārstnieciskās iestādes pārstāvis norāda, ka uzraudzības procedūras varētu veikt nevis valsts institūcija – Valsts vides dienesta struktūrvienība RDC –, bet gan jonizējošās starojuma iekārtas (rentgena) servisa nodrošinātāji. Tādā veidā, pēc respondenta domām, varētu izvairīties no liekām prasībām, piemēram, no prasības par civiltiesiskās atbildības apdrošināšanu stacionāru radioloģijas nodaļas personālam – šobrīd jonizējošās starojuma iekārtas (rentgeni) ir lietošanai drošas, un nepastāv risks, ka pacients procedūru laikā varētu saņemt starojumu (sk. arī 5.2.3. sadaļu par prasībām jonizējošā starojuma iekārtām).

Atsevišķi respondenti uzsver, ka RDC darbiniekiem būtu jāuzlabo savas starppersonu saskarsmes prasmes.

10. ATBILSTĪBU NOVĒRTĒJOŠO, KONTROLĒJOŠO UN UZRAUGOŠO INSTITŪCIJU DARBĪBAS ANALĪZE ATTIECĪBĀ UZ REZULTATĪVAJIEM RĀDĪTĀJIEM UN BUDŽETA IZLIETOJUMU (AUDITS)

Atbilstību novērtējošo, kontrolējošo un uzraugošo institūciju darbības analīzes attiecībā uz rezultatīvajiem rādītājiem un budžeta izlietojumu (audits) mērķis ir izvērtēt iestāžu veiktās kontroles, uzraudzību vai atbilstības novērtējumus, raksturojot to skaitu un to biežumu attiecībā uz vienu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju gadā un to veikšanai nepieciešamo cilvēkresursu un finanšu resursu patēriņu. Analīzē ir aplūkotas četras pētījuma uzsākšanas brīdī darbojošās institūcijas, kas veic atbilstības novērtējumus, uzrauga vai kontrolē ārstniecības iestādes: Veselības inspekcija (VI), Nacionālais veselības dienests (NVD), Zāļu valsts aģentūra (ZVA) un Valsts vides dienesta Radiācijas drošības centrs (RDC). Salīdzinot ar sākotnējo pētījuma uzdevumu analizēt šo institūciju 2009. un 2010. gada darbības rādītājus, pārskatā ir aplūkots plašāks laika posms, uzskatot par iespējamu iekļaut analīzē arī 2011. gada un 2012. gada I ceturkšņa darbības rādītājus.

Katras institūcijas darbības analīze sastāv no šādām secīgām daļām: pirmkārt, vispārīga iestādes funkciju raksturojuma un aptvertā laika posmā notikušo iestādes reorganizācijas raksturojuma, otrkārt, darbības rādītāju raksturojuma (strukturējot pēc darbības virzieniem vai informācijas analīzes indikatoriem), treškārt, cilvēkresursu un finanšu resursu patēriņa analīzes, un, ceturtkārt, secinājumiem un ieteikumiem normatīvā regulējuma grozījumiem vai iestādes darbības efektivitātes paaugstināšanai.

10.1. Nacionālais veselības dienests

10.1.1. Vispārējais iestādes darbības raksturojums

Nacionālais veselības dienests (NVD) ir Veselības ministrijas padotības iestāde, kura administrē veselības aprūpei piešķirtos valsts budžeta līdzekļus, slēdz līgumus ar ārstniecības iestādēm un praksēm un norēķinās par sniegtajiem pakalpojumiem, veic veselības aprūpes pakalpojumu plānošanu, tarifu aprēķināšanu, veido kompensējamo zāļu sarakstu, apstiprina medicīniskās tehnoloģijas un klīniskās vadlīnijas un vada e-veselības projektus. NVD savu darbību sāka 2011. gada 1. novembrī, apvienojot Veselības ekonomikas centru un Veselības norēķinu centru.

No iepriekš minētajām NVD funkcijām uz pētījuma mērķi tieši attiecas līgumu slēgšana ar ārstniecības iestādēm un praksēm un norēķināšanās par sniegtajiem pakalpojumiem, kas ietver iestāžu iesniegto rēķinu pārbaudi un kontaktēšanos par ārstniecības iestādēm par sniegto valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu rēķinu apmaksu. Laika posmā no 2009. gada 1. oktobra līdz 2011. gada 31. oktobrim šīs funkcijas veica Veselības norēķinu centrs, savukārt līdz 2009. gada 1. oktobrim – Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra[14].

Saskaņā ar Ministru kabineta 2009. gada 29. jūlija rīkojumu Nr. 509 „Par Veselības ministrijas padotībā esošo valsts pārvaldes iestāžu reorganizāciju", uz kā pamata tika nodibināts Veselības norēķinu centrs, tam netika nodota kontroles funkcija, kuru iepriekš īstenoja Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra saistībā ar līgumu ar ārstniecības iestādēm izpildes uzraudzību

[14] Citas funkcijas, ko vēlāk veica Veselības norēķinu centrs un Nacionālais veselības dienests, tika uzdotas, reorganizējot (likvidējot) virkni citu iestāžu – Sabiedrības veselības aģentūru, Zāļu cenu valsts aģentūru, Medicīnas profesionālās izglītības centru un Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūru. Analizējot Nacionālā veselības dienesta darbību šī pētījuma vajadzībām, citas pievienotās funkcijas netika aplūkotas.

(kontroli). Šī funkcija ar 2009. gada 1. oktobri tika nodota Veselības inspekcijai. Līdz ar to Veselības norēķinu centrs (un tagad NVD) nozares uzraudzību veic ierobežotā apmērā – pārbaudot ārstniecības iestāžu iesniegtos rēķinus par valsts apmaksāto veselības pakalpojumu sniegšanu, taču, kontroli ārstniecības iestādē, pamatojoties uz Veselības norēķinu centrā (vai NVD) uzkrāto informāciju, praksē veic Veselības inspekcija. Lai gan abu iestāžu funkcijas veselības aprūpes jomas uzraudzībā ir skaidri nodalītas normatīvajos aktos, uzraudzības praktiskajai īstenošanai nepieciešama abu iestāžu cieša sadarbība. Ja šī sadarbības organizācija nav optimāla, tā var radīt papildu slogu abām iesaistītajām iestādēm. Ņemot vērā, ka, balstoties uz VI īstenotās kontroles rezultātiem, NVD ietur VI aprēķinātos atvilkumus ārstniecības personām, svarīga ir šo iestāžu iedibinātā savstarpējās sadarbības kārtība.

Attiecīgi pētījumā sākotnēji definētajā analizējamā laika posmā – 2009. un 2010. gadā – iestāde, kas slēdz līgumus ar ārstniecības iestādēm par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un norēķinās par pakalpojumiem, ir būtiski reorganizēta. Ņemot vērā, ka pētījuma mērķu sasniegšanai analīzē tika iekļauti arī 2011. gada un 2012. gada I ceturkšņa dati, tad šajā laika posmā iestāde ir reorganizēta divas reizes.

2012. gada I ceturksnī iepriekš minētos uzraudzības uzdevumus veselības aprūpes jomā vada NVD direktora vietnieks veselības aprūpes administrēšanas jautājumos un īsteno šādas NVD dienesta struktūrvienības:

1. Ārstniecības pakalpojumu departaments (divas no četrām departamenta nodaļām: Ambulatoro pakalpojumu nodaļa un Līgumu nodaļa);
2. Ambulatoro pakalpojumu līgumu uzraudzību veic arī reģionālās nodaļas: Rīgas nodaļa, Kurzemes nodaļa, Vidzemes nodaļa, Latgales nodaļa un Zemgales nodaļa.

Ārstniecības pakalpojumu departamenta Ambulatoro pakalpojumu nodaļa nodrošina ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu līdzekļu plānošanas procesus teritoriālo nodaļu un ārstniecības iestāžu griezumā, Vadības informācijas sistēmas (VIS) ambulatoro, zobārstniecības un organizētā vēža skrīninga pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmas procesu pārraudzību, analizē noslēgto līgumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu izpildes gaitu un veic citas metodiskās funkcijas. Savukārt reģionālās nodaļas, veicot ambulatoro pakalpojumu līgumu uzraudzību, slēdz līgumus un sagatavo līgumu grozījumus, nodrošina kontroli par VIS norēķinu sistēmās ievadīto uzskaites dokumentus izskatīšanu un ārstniecības iestāžu izveidoto rēķinu akceptēšanu un apmaksu atbilstoši līgumu nosacījumiem.

Savukārt Ārstniecības pakalpojumu departamenta Līgumu nodaļa nosaka nepieciešamo stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un to nodrošināšanai nepieciešamo valsts budžeta līdzekļu apjoma prognozi un plānu, sagatavo un slēdz līgumus ar stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, veic līgumu izpildes datu analīzi un izlietoto valsts budžeta līdzekļu analīzi par stacionārās veselības aprūpes pakalpojumiem, nodrošina VIS stacionāro pakalpojumu apmaksas norēķinu sistēmas darbības procesu pārraudzību un sistēmas funkcionalitātes nodrošināšanu atbilstoši normatīvo aktu prasībām un veic citas ar iepriekš minētajām saistītas funkcijas.

NVD īstenoto uzraudzību un iepriekš minēto struktūrvienību darbu raksturo šādi izpildes rādītāji:

- Noslēgto līgumu, līgumu grozījumu skaits un unikālo iestāžu skaits, ar kurām noslēgti līgumi (atsevišķi tiek slēgti līgumi par ambulatoro, stacionāro un sekundāro ambulatoro, zobārstniecības pakalpojumiem un laboratorisko izmeklējumiem, tādējādi ar vienu ārstniecības iestādi var tikt noslēgti vairāki līgumi);
- Sistēmā ievadīto un NVD apstrādāto uzskaites dokumentu skaits un iestāžu skaits, kas iesniegušas uzskaites dokumentus (dokumentu apstrāde praktiski ietver līguma izpildes

uzraudzību – ievadīto datu korektumu, atšķirības no iepriekšējos mēnešos iesniegtajiem iestādes datiem, salīdzinājumu ar citu līdzīgu iestāžu darbības rādītājiem u.tml.);

- Izrakstīto rēķinu skaits sadalījumā pa līgumu veidiem, kuru sagatavošanai nepieciešamās darbības veic iepriekš minētās struktūrvienības, bet apmaksu – NVD Finanšu departaments;
- Izrakstīto rēķinu apjoms (latos) sadalījumā pa līgumu veidiem;
- Ārstniecības iestāžu skaits, kuras iesniegušas pārskatus par rindām (pārskati tiek iesniegti vienu reizi mēnesī), kurus NVD apkopo un ievieto informāciju savā mājas lapā.

Analizējot veiktās uzraudzības nodrošināšanai patērētos cilvēkresursus un finanšu resursus, iegūti tikai to darbinieku slodzes un atalgojuma raksturojums, kur tieši iesaistīti iepriekš minēto funkciju izpildē.

10.1.2. Vispārīgs NVD izpildes rādītāju raksturojums

Pētījuma autoriem pieejamā informācija liecina, ka uz 31.03.2012. NVD bija noslēdzis 2126 līgumus ar ārstu praksēm un ārstniecības iestādēm – no tiem 1376 līgumi bija par primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, 309 līgumi – par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, 72 līgumi – par mājas aprūpi, 11 līgumi – par laboratorijas pakalpojumu sniegšanu, 313 līgumi – par zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu un 45 līgumi ar stacionāro pakalpojumu sniedzējiem par stacionārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, organizatoriski metodiskā darba līgumi un reģistru līgumi (sk. 1. tabulu). Kopumā līgumi bija noslēgti ar 1410 ārstu praksēm vai ārstniecības iestādēm.

Kā redzams 1. tabulā, aplūkotajā laika periodā – no 2009. gada līdz 2012. gada 1. ceturksnim – kopējais NVD noslēgto līgumu skaits ar ārstu praksēm un ārstniecības iestādēm ir samērā stabils. Tiesa, ja līgumi par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes un par zobārstniecības pakalpojumu sniegšanu ik gadu sarūk, tad līgumu par primārās veselības aprūpes un mājas aprūpes pakalpojumu sniegšanu skaits tieši pretēji – pieaug.

1. tabula. NVD noslēgto līgumu skaits un unikālo iestāžu skaits 2009.-2012. gadā

	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
KOPĀ (visi līgumi)	**2161**	**2131**	**2114**	**2126**
Noslēgto līgumu skaits ar ambulatorajām iestādēm, no tiem:	2078	2082	2108	2081
primārās veselības aprūpes līgumi	*1317*	*1349*	*1353*	*1376*
sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līgumi	*421*	*362*	*367*	*309*
mājas aprūpes līgumi	*21*	*48*	*60*	*72*
laboratorijas līgumi	*3*	*3*	*13*	*11*
zobārstniecības līgumi	*316*	*320*	*315*	*313*
Unikālo ambulatoro ārstniecības iestāžu skaits	1332	1366	1379	1368
Noslēgtie līgumi ar stacionāro pakalpojumu sniedzējiem*	83	49**	6***	45
Unikālo stacionāro iestāžu skaits	74	43**	6***	42

Avots: NVD informācija

*Piezīmes: * līgumi par stacionārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, organizatoriski metodiskā darba līgumi un reģistru līgumi. ** 2010.gadā līgums par stacionārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu tika noslēgts uz diviem gadiem (līdz 2011.gada 31.decembrim). *** noslēgtie organizatoriski metodiskā darba līgumi un reģistru līgumi.*

Gan ārstniecības personu minētais, gan NVD dati rāda, ka noslēgtie līgumi tiek bieži grozīti (sk. 2. tabulu). Tas nozīmē, ka NVD darbiniekiem papildus slogu uzliek līguma grozījumu sagatavošana un

parakstīšanas formalitāšu kārtošana. Līguma grozījumi visbiežāk rodas, ja veikti grozījumi 19.12.2006. MK noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" vai veselības aprūpes nozarei ir piešķirts papildu budžets. Kopumā 2011. gadā tika veikti 4527 līgumu grozījumi un 2012. gada I ceturksnī – 603 līgumu grozījumi. Vidēji uz vienu noslēgto līgumu 2009. gadā tika veikti 3,3 līgumu grozījumi, 2010. gadā – 2,6 grozījumi, 2011. gadā – 2,1 grozījumi un 2012. gada I ceturksnī – 0,3 grozījumi uz vienu līgumu. Tomēr, aplūkojot pēdējo trīs gadu tendences, redzams, ka līgumu grozījumu skaits pakāpeniski samazinās, kas nozīmē, ka parādās lielāka stabilitāte attiecībā uz līguma nosacījumiem.

Salīdzinot 1. un 2. tabulā attēlotos datus, visbiežāk grozīti tiek sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līgumi. 2009. gadā uz vienu noslēgto sekundārās veselības aprūpes līgumu tika noslēgti vidēji seši grozījumi, 2010. un 2011. gadā – vidēji trīs grozījumi. Nākamie pēc grozīšanas biežuma ir zobārstniecības pakalpojumu līgumi un līgumi ar stacionāro pakalpojumu sniedzējiem. 2009. gadā uz vienu zobārstniecības līgumi tika veikti vidēji četri grozījumi, 2010. gadā – 2,4 grozījumi, 2011. gadā – 1,6 grozījumi. Stacionāro pakalpojumu sniedzēju līgumu grozījumu intensitāte ir šāda: vidēji četras reizes 2009. un 2010. gadā un 3,5 grozījumi – 2011. gadā. Primārās veselības aprūpes līgumi un mājas aprūpes līgumi aplūkotajā laika posmā ir grozīti vidēji divas reizes gadā vai mazliet retāk.

2. tabula. NVD noslēgto līgumu grozījumu skaits 2009.-2012. gadā

	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
KOPĀ (visi līgumu grozījumi)	**7098**	**5549**	**4527**	**603**
Noslēgto līgumu grozījumu skaits ar ambulatorajām iestādēm, no tiem:	6786	5340	4334	598
primārās veselības aprūpes līgumu grozījumi	*3024*	*3390*	*2592*	*287*
sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līgumu grozījumi	*2503*	*1119*	*1091*	*50*
mājas aprūpes līgumu grozījumi	*24*	*79*	*133*	*11*
laboratorijas līgumu grozījumi	*15*	*4*	*17*	*0*
zobārstniecības līgumu grozījumi	*1220*	*748*	*501*	*250*
Noslēgto līgumu grozījumu skaits ar stacionāro pakalpojumu sniedzējiem*	312	209	193	5

Avots: NVD informācija
*Piezīmes: * līgumu grozījumi par stacionārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, organizatoriski metodiskā darba līgumu un reģistru līgumu grozījumi. 2011.gadā līgumu grozījumi veikti 2010.gadā noslēgtajos līgumos par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.*

3. tabula. NVD apstrādāto uzskaites dokumentu skaits 2009.-2012. gadā

	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
KOPĀ	**12 260 486**	**12 788 263**	**13 770 568**	**3 805 075**
Kopējais ambulatoro līgumu uzskaites dokumentu skaits	11 839 037	12 414 593	13 392 593	3 710 170
ambulatorie uzskaites dokumenti	*11 383 642*	*11 920 025*	*12 890 591*	*3 574 881*
zobārstniecības uzskaites dokumenti	*455 395*	*494 568*	*502 002*	*135 289*
Stacionāro līgumu uzskaites dokumentu skaits	421 449	373 670	377 975	94 905

Avots: NVD informācija

2011. gadā NVD apstrādāja 13 770 568 ārstu prakšu un ārstniecības iestāžu iesniegtos uzskaites dokumentus, no kuriem 97% bija ambulatoro līgumu uzskaites dokumenti un 3% – stacionāro līgumu uzskaites dokumenti (sk. 3. tabulu). Pieejamā informācija liecina, ka laika periodā no 2009.

gada līdz 2012. gada 1. ceturksnim ik gadu pieaug sistēmā ievadāmo un apstrādājamo dokumentu skaits.

4. tabula. Izrakstīto rēķinu skaits 2009.-2012. gadā

	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
Kopējais izrakstīto rēķinu skaits	**31 037**	**47 109**	**49 384**	**13 196**
ambulatorie rēķini	*26 617*	*42 246*	*44 329*	*11 143*
zobārstniecības rēķini	*3652*	*3826*	*3982*	*1813*
stacionāro pakalpojumu sniedzēju rēķini	*768*	*1037*	*1073*	*240*

Avots: NVD informācija

2011. gadā NVD veica 49 384 ārstu prakšu un ārstniecības iestāžu izrakstīto rēķinu apmaksu (sk. 4. tabulu). Līdzīgi kā ik gadu pieaug NVD apstrādājamo uzskaites dokumentu skaits, ir palielinājies arī ārstu prakšu un ārstniecības iestāžu izrakstīto rēķinu skaits – salīdzinot ar iepriekšējo gadu, 2010. gadā rēķinu skaits bija pieaudzis par aptuveni 16 tūkstošiem, bet 2011. gadā par vairāk nekā 2 tūkstošiem.

2011. gadā NVD apmaksāto ārstu prakšu un ārstniecības iestāžu izrakstīto rēķinu apjoms sasniedza vairāk nekā 282 miljonus latu (sk. 5. tabulu). Kopš 2009. gada par aptuveni 30 miljoniem latu gadā ir samazinājies stacionāro pakalpojumu sniedzēju izrakstīto rēķinu summa, tomēr kopējā izrakstīto rēķinu summa 2010. gada bija par aptuveni 14 miljoniem latu zemāka un 2010. gadā – par nepilniem 7 miljoniem latu zemāka nekā 2009. gadā. 2009. gadā stacionāro pakalpojumu sniedzēju rēķini veidoja 60% no izrakstīto rēķinu kopsummas, bet 2010., 2011. gadā un 2012. gada I ceturksnī – 50-52% no izrakstīto rēķinu kopsummas.

5. tabula. Izrakstīto rēķinu summa 2009.-2012. gadā (LVL)

	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
Kopējā izrakstīto rēķinu summa	**289 155 660,21**	**274 782 224,21**	**282 632 855,52**	**72 650 608,41**
ambulatorie rēķini	*110 716 283,80*	*125 332 974,70*	*134 914 266,70*	*33 095 271*
zobārstniecības rēķini	*5 916 033,52*	*5 602 114,59*	*5 639 157,66*	*2 793 525,74*
stacionāro pakalpojumu sniedzēju rēķini	*172 523 342,89*	*143 847 134,92*	*142 079 431,16*	*36 761 811,67*

Avots: NVD informācija

Kā redzams 6. tabulā, pārskatus par rindu garumiem ik gadu NVD iesniedz vidēji 233 ārstniecības iestādes, un pārskatu iesniegušo iestāžu skaits būtiski nemainās. Tā 2009. gadā pārskatus iesniedza 235 iestādes, 2010. gadā – 229, 2011. gadā – 239 un 2012. gada I ceturksnī – 227 iestādes.

6. tabula. Pārskatus par rindu garumiem iesniegušo ārstniecības iestāžu skaits 2009.-2012. gadā

	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
KOPĀ (iestāžu skaits)	**235**	**229**	**239**	**227**
Ambulatoro rindu garumu pārskatus iesniegušās ārstniecības iestādes	*215*	*202*	*200*	*201*
Stacionāro rindu garumu pārskatus iesniegušās ārstniecības iestādes	*20*	*27*	*39*	*26*

Avots: NVD informācija

Izmantojot šajā nodaļā vispārīgi raksturotos datus, 10.1.3. nodaļā tie aplūkoti statistisko reģionu griezumā, savukārt 10.1.4. nodaļā – NVD reģionālo nodaļu (ambulatorie līgumi) un Līgumu nodaļas (stacionāro pakalpojumu sniedzēju līgumi) griezumā, lai noteiktu un salīdzinātu dažādās struktūrvienībās strādājošo NVD darbinieku slodzi.

10.1.3. NVD darbības rezultatīvie rādītāji statistisko reģionu griezumā

NVD reģionālo nodaļu aptvertās administratīvi teritoriālās vienības atšķiras no statistisko reģionu iedalījuma, tāpēc, ņemot vērā, ka visās šī pētījuma sadaļās un citos pētījumos, kas attiecas uz veselības aprūpes jomu tiek lietots statistisko reģionu iedalījums, NVD darbības rezultatīvie rādītāji tiek aplūkoti arī šajā griezumā.

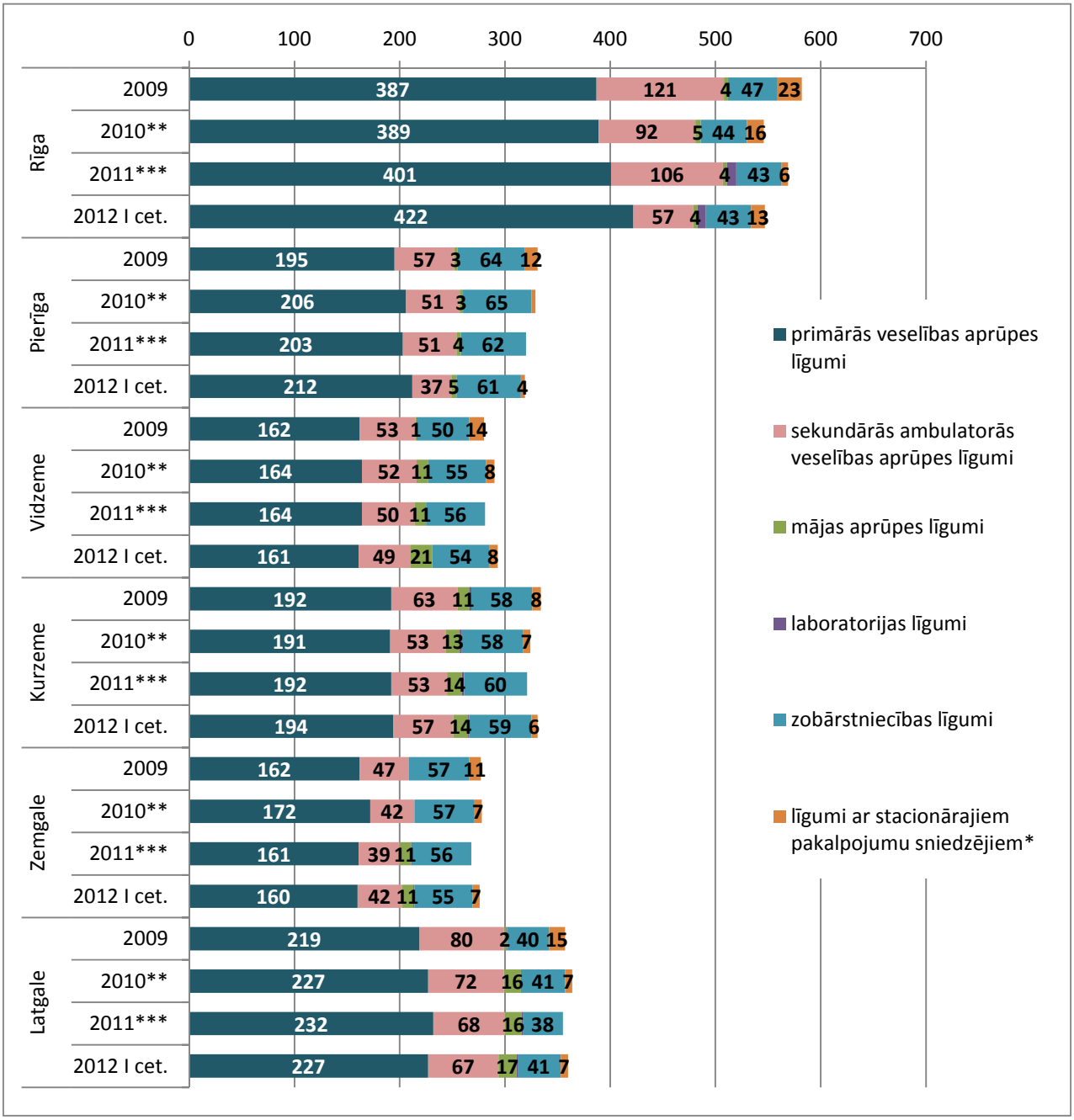
1. zīmējumā redzams, ka katrā statistiskajā reģionā noslēgto līgumu, īpaši, līgumu par primārās veselības aprūpi un sekundārās ambulatorās veselības aprūpi, skaits aplūkotajā laika posmā ir stabils, un mainās ļoti maz. Rīgā tiek noslēgti vidēji 29-30% no visiem primārās veselības aprūpes līgumiem, 2009. – 2011. gadā aptuveni 25-28% no visiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līgumiem (2012. gadā – 18%), kā arī 13-14% no visiem zobārstniecības pakalpojumu līgumiem. Zobārstniecības līgumu proporcija Rīgas reģionā ir zemāka pret pārējo līgumu īpatsvaru, un ir zemāka par iedzīvotāju īpatsvaru, kas nozīmē, ka pakalpojuma piedāvājums Rīgā koncentrējās dažās ārstniecības iestādēs.

Pierīgas reģionā aplūkotajā laika posmā noslēgti aptuveni 15% primārās veselības aprūpes līgumu un 2009. – 2011. gadā ap 14% sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līgumu (2012. gadā – 12%), kā arī aptuveni 20% zobārstniecības līgumu. Vidzemes reģionā noslēgti 12% no visiem primārās veselības aprūpes līgumiem, 13-14% no visiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes un vidēji 17% zobārstniecības pakalpojumu līgumu. Kurzemes reģionā vidēji noslēgti 14% no visiem primārās veselības aprūpes līgumiem, vidēji 15% no sekundāro ambulatoro pakalpojumu līgumiem (izņemot 2012. gadu, kad Kurzemē noslēgti 19% no šī līguma veida) un 18-19% zobārstniecības pakalpojumu līgumu. Zemgales reģionā noslēgti aptuveni 11-12% primārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līgumu un 18% zobārstniecības pakalpojumu līgumu. Latgales reģionā noslēgti vidēji 17% no visiem primārās veselības aprūpes un 19% no sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līgumiem (izņemot 2012. gadu, kad noslēgti 22% no visiem sekundārās ambulatorās veselības aprūpes līgumiem), kā arī 13% no visiem zobārstniecības pakalpojumu līgumiem.

2. zīmējumā ir attēlots līgumu grozījumu skaits statistisko reģionu un līgumu veidu griezumā, aptverot 2009. – 2011. gadu. 2012. gada I ceturksnī noslēgto līgumu skaits bija salīdzinoši niecīgs, ka tā attēlošana 2. zīmējumā nebija lietderīga. Lai gan līgumu grozījumu skaits kopš 2009. gada pakāpeniski samazinās, to skaits statistisko reģionu griezumā nav viendabīgs. Tas nozīmē, ka viena reģiona ārstniecības pakalpojumu sniedzēju līgumi ir grozīti retāk, nekā citu reģionu ārstniecības pakalpojumu sniedzēju līgumi. Visbūtiskāk aplūkotajā laika posmā ir samazinājies līgumu grozījumu skaits Rīgas ārstniecības pakalpojumu sniedzēju līgumos, visbūtiskāk – sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu līgumos, kā arī primārās veselības aprūpes līgumos.

Savukārt 7. tabulā ir apkopoti dati par NVD apstrādāto uzskaites dokumentu skaitu statistisko reģionu griezumos. Uzskaites dokumentu proporcija visos reģionos ir vienmērīga – vairāk nekā 90% no visiem uzskaites dokumentiem ir ambulatorie dokumenti, pārējais uzskaites dokumentu daudzums sadalās proporcionāli starp zobārstniecības un stacionāro pakalpojumu sniedzēju uzskaites dokumentiem.

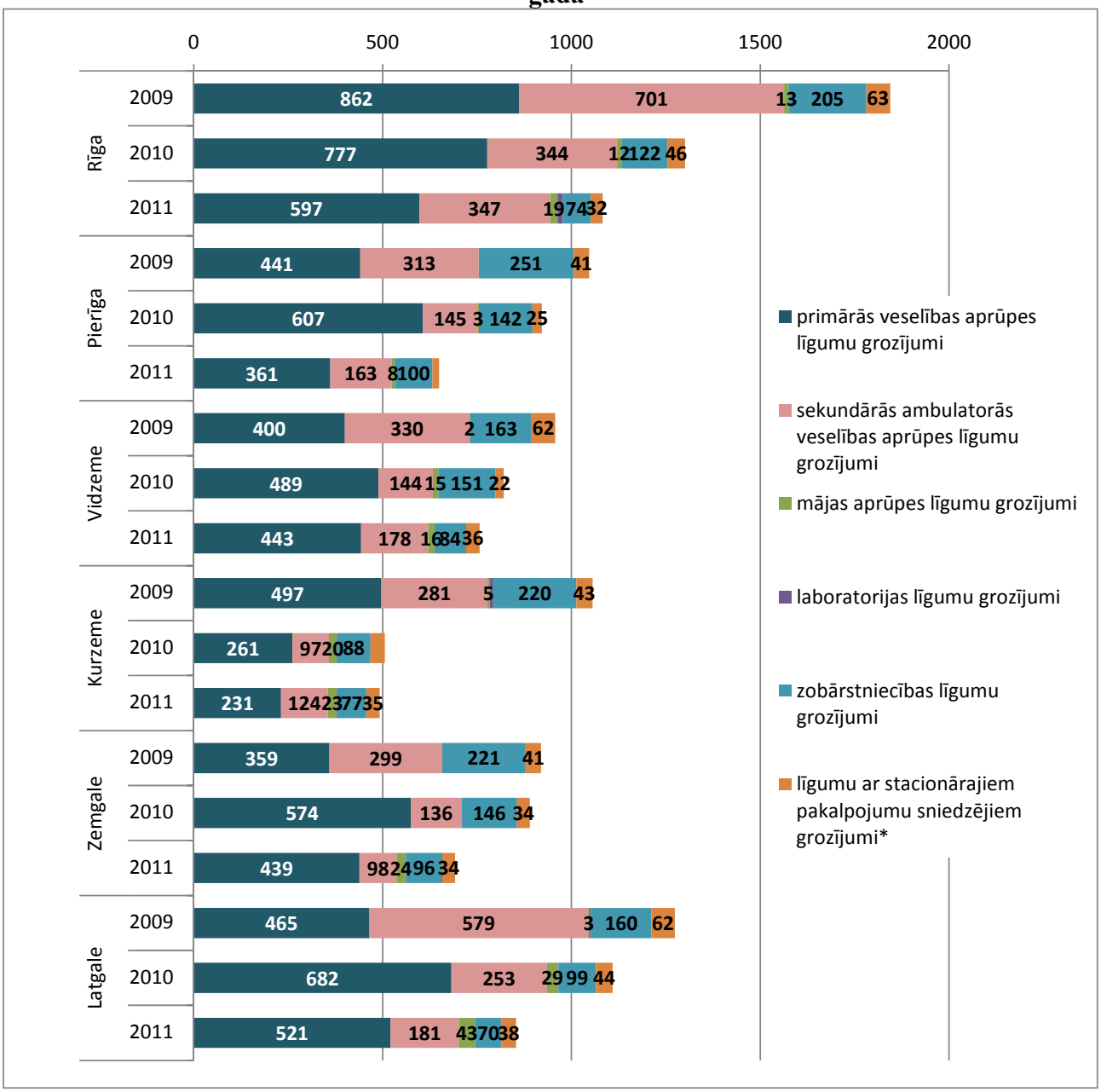
1. zīmējums. NVD noslēgto līgumu skaits statistisko reģionu griezumā 2009.-2012. gadā



Avots: NVD informācija

*Piezīmes: * līgumi par stacionārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, organizatoriski metodiskā darba līgumi un reģistru līgumi. ** 2010.gadā līgums par stacionārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu tika noslēgts uz diviem gadiem (līdz 2011.gada 31.decembrim). *** stacionāro pakalpojumu sniedzējiem noslēgtie organizatoriski metodiskā darba līgumi un reģistru līgumi.*

2. zīmējums. NVD noslēgto līgumu grozījumu skaits statistisko reģionu griezumā 2009.-2011. gadā



Avots: NVD informācija

*Piezīmes: * līgumu grozījumi par stacionārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu, organizatoriski metodiskā darba līgumu un reģistru līgumu grozījumi. 2011.gadā līgumu grozījumi veikti 2010.gadā noslēgtajos līgumos par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.*

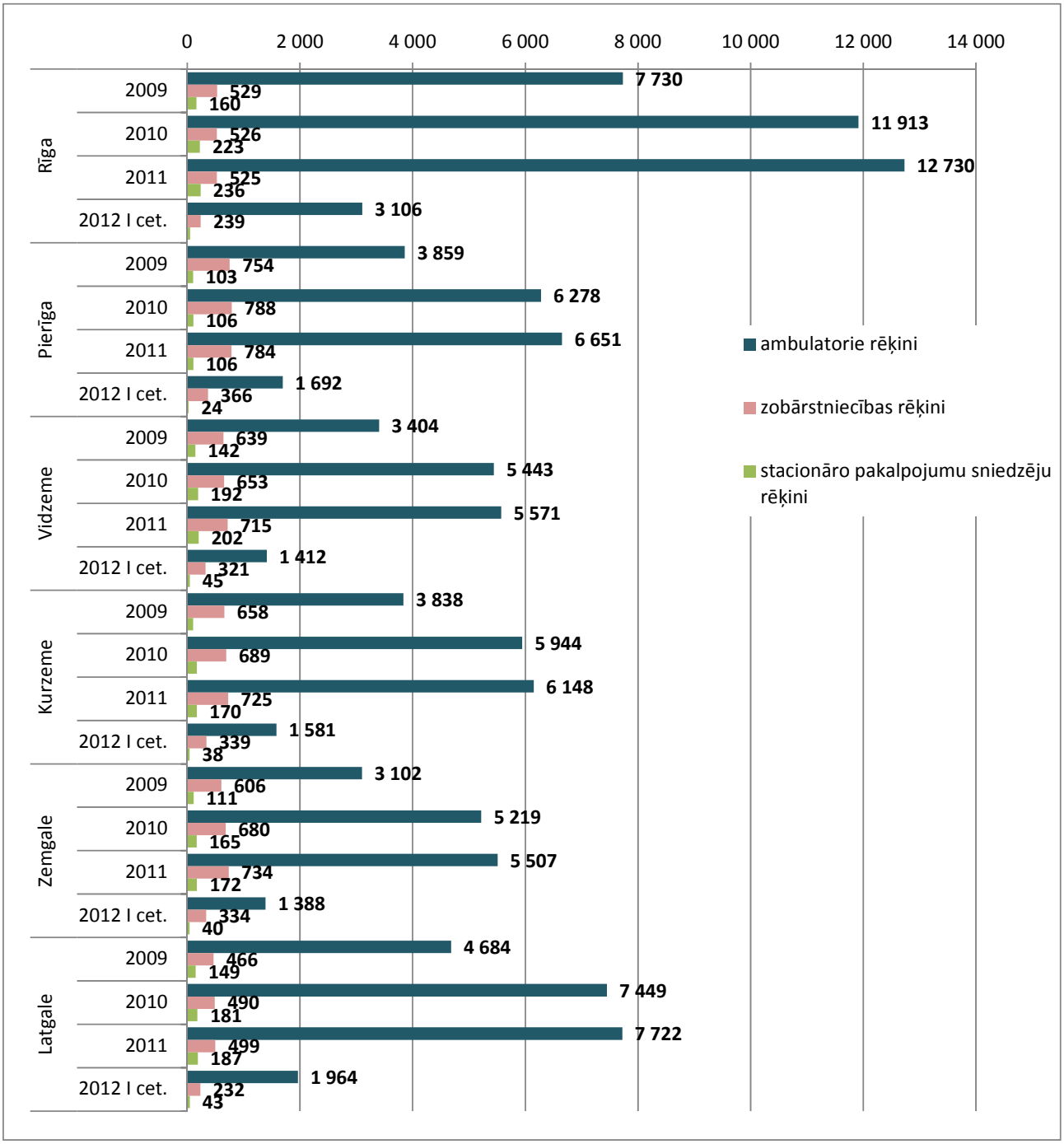
7. tabula. NVD apstrādāto uzskaites dokumentu skaits statistisko reģionu griezumā 2009.-2012. gadā

		KOPĀ, no tiem:	ambulatorie uzskaites dokumenti	zobārstniecības uzskaites dokumenti	stacionāro līgumu uzskaites dokumentu skaits
Rīga	2009	**5 130 598**	4 781 846	151 817	196 935
	2010	**5 473 829**	5 132 386	167 318	174 125
	2011	**6 108 039**	5 753 696	175 463	178 880
	2012 I cet.	**1 756 649**	1 666 068	45 936	44 645
Pierīga	2009	**1 335 214**	1 263 456	50 437	21 321
	2010	**1 385 925**	1 313 769	57 144	15 012
	2011	**1 508 592**	1 437 905	54 945	15 742
	2012 I cet.	**412 695**	393 711	14 798	4 186
Vidzeme	2009	**1 176 061**	1 079 331	50 667	46 063
	2010	**1 234 631**	1 136 664	56 266	41 701
	2011	**1 285 255**	1 185 169	57 803	42 283
	2012 I cet.	**324 031**	297 477	16 011	10 543
Kurzeme	2009	**1 446 782**	1 324 562	75 922	46 298
	2010	**1 512 563**	1 392 112	78 483	41 968
	2011	**1 563 736**	1 443 330	78 741	41 665
	2012 I cet.	**426 347**	394 935	20 997	10 415
Zemgale	2009	**1 294 182**	1 201 187	46 295	46 700
	2010	**1 342 276**	1 247 955	50 369	43 952
	2011	**1 400 573**	1 306 756	49 965	43 852
	2012 I cet.	**370 363**	346 328	12 888	11 147
Latgale	2009	**1 877 649**	1 733 260	80 257	64 132
	2010	**1 839 039**	1 697 139	84 988	56 912
	2011	**1 904 373**	1 763 735	85 085	55 553
	2012 I cet.	**514 990**	476 362	24 659	13 969
Kopā	2009	**12 260 486**	11 383 642	455 395	421 449
	2010	**12 788 263**	11 920 025	494 568	373 670
	2011	**13 770 568**	12 890 591	502 002	377 975
	2012 I cet.	**3 805 075**	3 574 881	135 289	94 905

Avots: NVD informācija

3. zīmējumā ir apkopota informācija par izrakstīto rēķinu skaitu statistisko reģionu griezumā. Izrakstīto rēķinu apjoms attiecībā pret ievadītajiem uzskaites dokumentos atšķiras gan statistisko reģionu, gan līgumu veidu griezumā. Tā 2009. gadā vidēji uz 428 ambulatorajiem uzskaites dokumentiem, uz 125 zobārstniecības uzskaites dokumentiem un 549 stacionāro līgumu uzskaites dokumentiem tika izrakstīts viens rēķins. Uzskaites dokumentu skaits, par ko izrakstīts viens rēķins, aplūkotajā laika posmā samazinās, t.i., rēķini tiek izrakstīti biežāk par mazāku uzskaites dokumentu skaitu. 2011. gadā viens rēķins tika izrakstīts par 291 ambulatorajiem uzskaites dokumentiem, 126 zobārstniecības uzskaites dokumentiem un 352 stacionāro līgumu uzskaites dokumentiem. Visstraujāk uzskaites dokumentu skaits, par kuru izrakstīts rēķins, ir samazinājies Rīgā. Ja 2009. gadā viens rēķins tika izrakstīts par 619 ambulatorajiem uzskaites dokumentiem, 287 zobārstniecības uzskaites dokumentiem un 1231 stacionāro līgumu uzskaites dokumentiem, tad 2011. gadā viens rēķins tika izrakstīts par 452 ambulatorajiem uzskaites dokumentiem, 334 zobārstniecības uzskaites dokumentiem un 758 stacionāro līgumu uzskaites dokumentiem.

3. zīmējums. Izrakstīto rēķinu skaits statistisko reģionu griezumā 2009.-2012. gadā



Avots: NVD informācija

8. tabula attēlo izrakstīto rēķinu summas statistisko reģionu griezumā. Dati tabulā ir atspoguļoti noapaļoti, tāpēc kopsumma atsevišķos gadījumos var nedaudz atšķirties no 5. tabulā sniegtās informācijas. Aplūkojot izrakstīto rēķinu summas proporcijas sadalījumā pēc līgumu veidiem, redzams, kā ir mainījies ambulatoro rēķinu summas īpatsvars attiecībā pret stacionāro pakalpojumu sniedzēju rēķiniem, un šīs izmaiņas ir atšķirīgas statistisko reģionu griezumā. Zobārstniecības rēķinu proporcijas visus statistiskajos reģionos ir līdzīgas, un tās nav mainījušās aplūkotajā laika posmā (vidēji 2-4% no kopsummas).

8. tabula. Izrakstīto rēķinu summa statistisko reģionu griezumā 2009.-2012. gadā (LVL)

		KOPĀ, no tiem:	ambulatorie rēķini	zobārstniecības rēķini	stacionāro pakalpojumu sniedzēju rēķini
Rīga	2009	**159 088 143**	51 642 545	2 029 129	105 416 469
	2010	**151 993 486**	61 335 497	1 905 601	88 752 388
	2011	**154 304 425**	66 904 580	1 961 830	85 438 015
	2012 I cet.	**41 959 972**	16 735 109	1 024 951	24 199 912
Pierīga	2009	**17 574 138**	10 716 062	667 296	6 190 780
	2010	**16 645 502**	12 136 588	650 431	3 858 483
	2011	**17 697 416**	13 165 773	617 243	3 914 400
	2012 I cet.	**4 617 317**	3 190 796	298 062	1 128 459
Vidzeme	2009	**23 000 243**	9 558 859	668 301	12 773 083
	2010	**22 002 925**	10 433 307	651 458	10 918 160
	2011	**22 979 085**	10 930 854	671 800	11 376 431
	2012 I cet.	**5 413 671**	2 544 614	336 374	2 532 683
Kurzeme	2009	**27 095 512**	11 931 153	1 010 265	14 154 094
	2010	**25 618 817**	13 137 023	923 127	11 558 667
	2011	**26 945 165**	13 953 239	940 608	12 051 318
	2012 I cet.	**6 539 630**	3 391 847	437 271	2 710 512
Zemgale	2009	**25 877 726**	11 109 958	581 681	14 186 087
	2010	**24 474 755**	11 917 716	562 931	11 994 108
	2011	**25 494 532**	12 680 595	556 534	12 257 403
	2012 I cet.	**6 055 402**	3 090 313	265 105	2 699 984
Latgale	2009	**36 519 898**	15 757 706	959 363	19 802 829
	2010	**34 046 736**	16 372 843	908 564	16 765 329
	2011	**35 212 232**	17 279 226	891 142	17 041 864
	2012 I cet.	**8 064 620**	4 142 596	431 762	3 490 262
Kopā	2009	**289 155 661**	110 716 284	5 916 035	172 523 342
	2010	**274 782 222**	125 332 975	5 602 112	143 847 135
	2011	**282 632 855**	134 914 267	5 639 157	142 079 431
	2012 I cet.	**72 650 613**	33 095 275	2 793 526	36 761 812

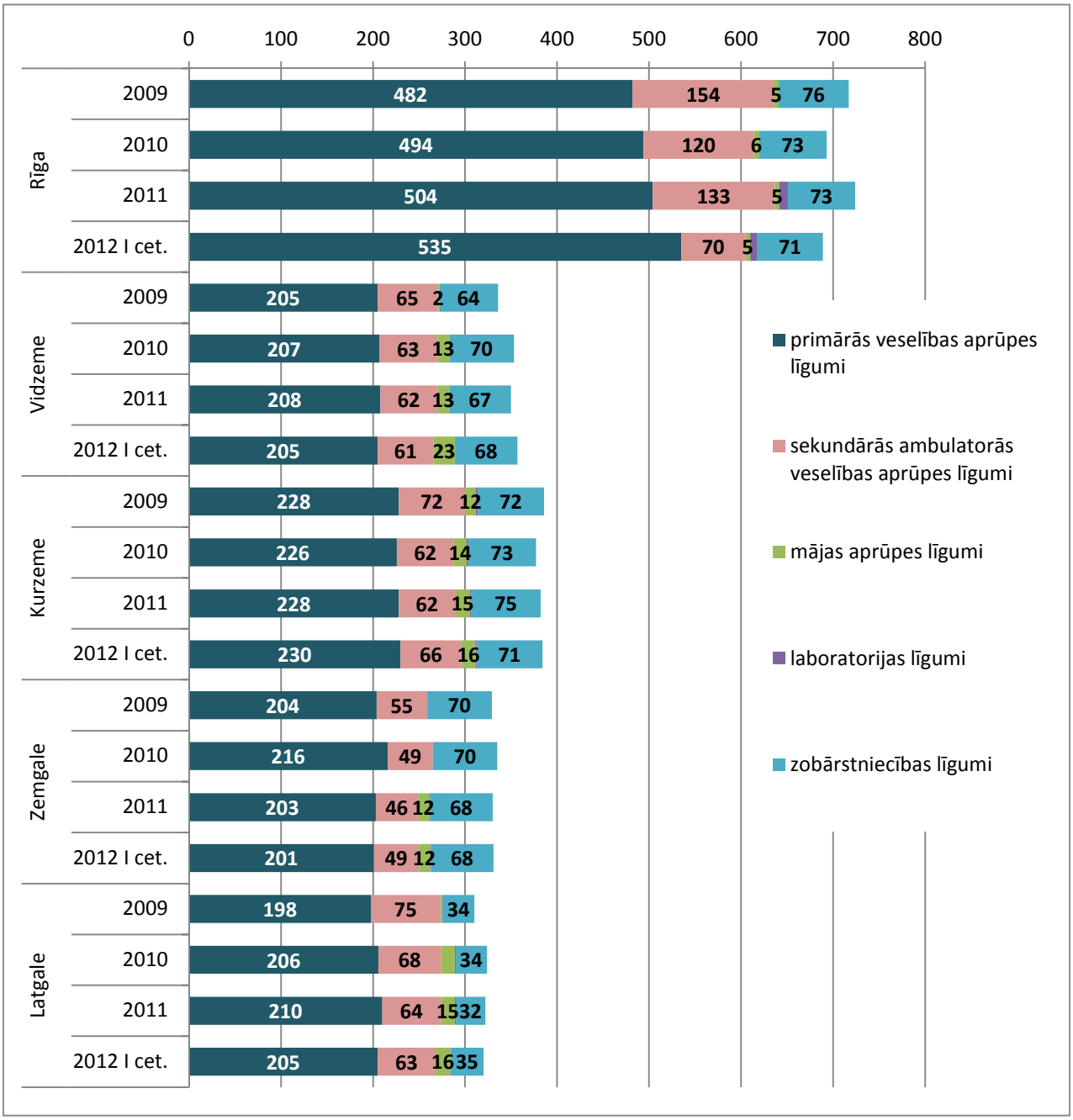
Avots: NVD informācija
Piezīme: dati tabulā apkopoti noapaļoti, tāpēc atsevišķos gadījumos var nebūtiski atšķirties no 5. tabulā attēlotajiem datiem.

2010. un 2011. gadā vairumā statistisko reģionu, izņemot Rīgu, ambulatoro rēķinu summa veidoja aptuveni 45-50% no kopsummas, un stacionāro pakalpojumu sniedzēju rēķini – attiecīgi aptuveni 50%. Savukārt Rīgā 2009. gadā ambulatorie rēķini veidoja tikai 32% no rēķinu kopsummas (lielo stacionāro iestāžu budžetu apjoma dēļ), taču 2010. – 2011. gadā ambulatoro rēķinu proporcija pieauga, un tā veidoja aptuveni 40% no rēķinu kopsummas.

10.1.4. NVD darbības analīze NVD reģionālo nodaļu griezumā

Ņemot vērā 10.1.1. nodaļā raksturoto atbildības sadalījumu NVD centrālā biroja un reģionālo nodaļu starpā, 4. un 5. zīmējumā attēlots noslēgto ambulatoro līgumu skaits un līgumu grozījumu skaits NVD reģionālo nodaļu griezumā, taču, lai varētu attēlot arī stacionāro līgumu un to grozījumu skaitu, ko veic Ārstniecības pakalpojumu departamenta Līgumu nodaļa, 6. zīmējumā attēlots līgumu un to grozījumu kopskaits, nedalot pēc līguma veida.

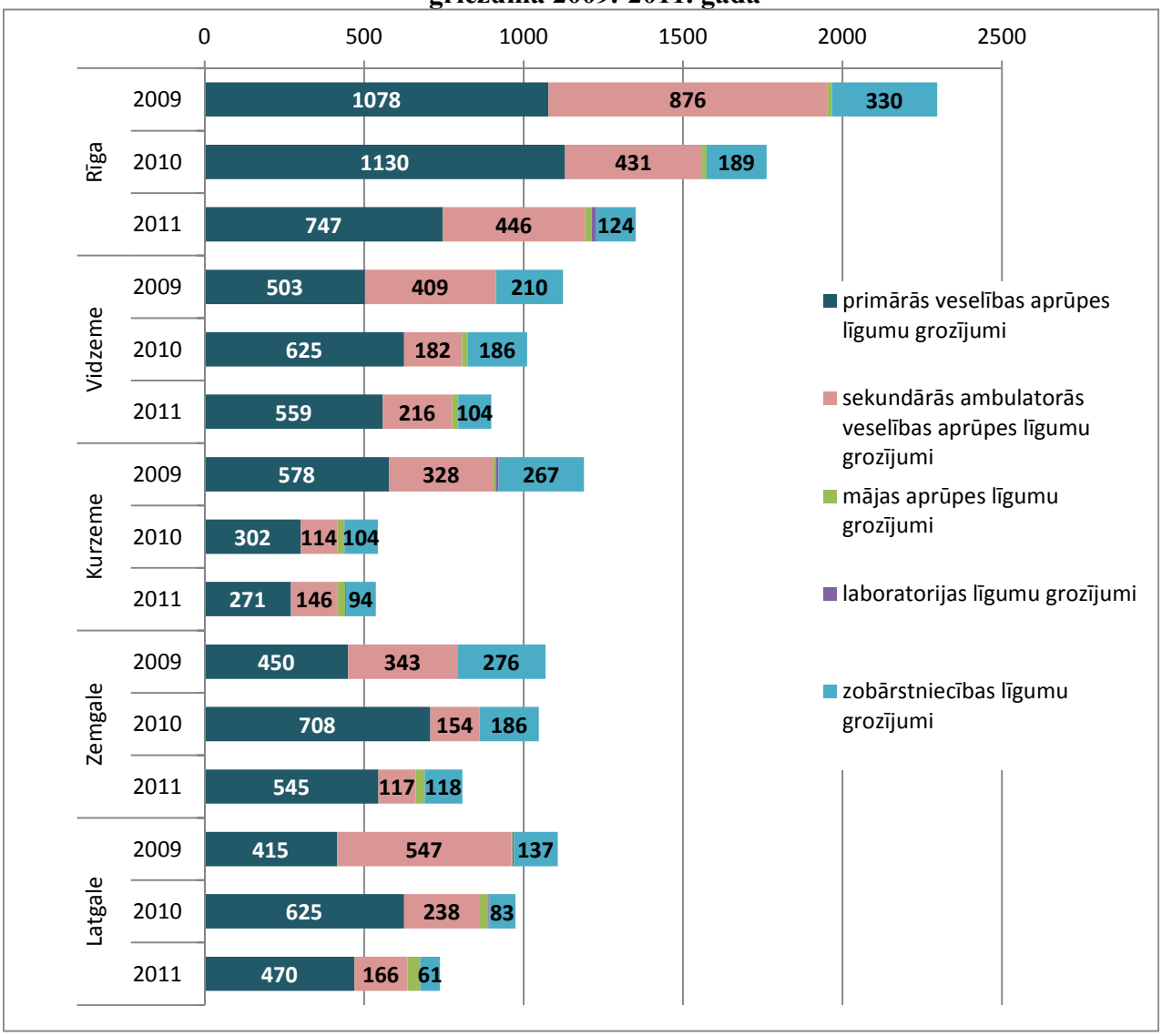
4. zīmējums. NVD noslēgto ambulatoro līgumu skaits NVD reģionālo nodaļu griezumā 2009.-2012. gadā



Avots: NVD informācija

Līdzīgi kā novērots, aplūkojot datus statistisko reģionu griezumā, līgumu skaits NVD reģionālo nodaļu griezumā aplūkotā laika posmā praktiski nemainās (sk. 4. zīmējumu). Tas ir stabils gan laika griezumā, gan līgumu veidu greizumā. No darba plānošanas viedokļa, šāda pieeja nodrošina darba apjoma un nepieciešamo cilvēkresursu prognozējamību. Savukārt līguma grozījumu skaits (sk. 5. zīmējumu) nav tik vienmērīgs, un to radītā darba apjoma palielināšanās (līguma sagatavošana un parakstīšana) NVD reģionālajās nodaļās ir atšķirīga. Līdzīgi kā iepriekš, līgumu grozījumu skaits ir attēlots par pilniem gadiem aplūkotajā laika posmā, t.i., 2009. – 2011. gadu. Lai gan kopumā aplūkotajā laika posmā līgumu grozījumu intensitāte ir samazinājusies, līgumu grozījumu radītais slogs būtu jāmēģina samazināt. Jāatzīmē, ka nepieciešamību veikt līgumu grozījumus visbiežāk nosaka no NVD ārēji apstākļi – finansēšanas nosacījumu un valsts budžeta grozījumi.

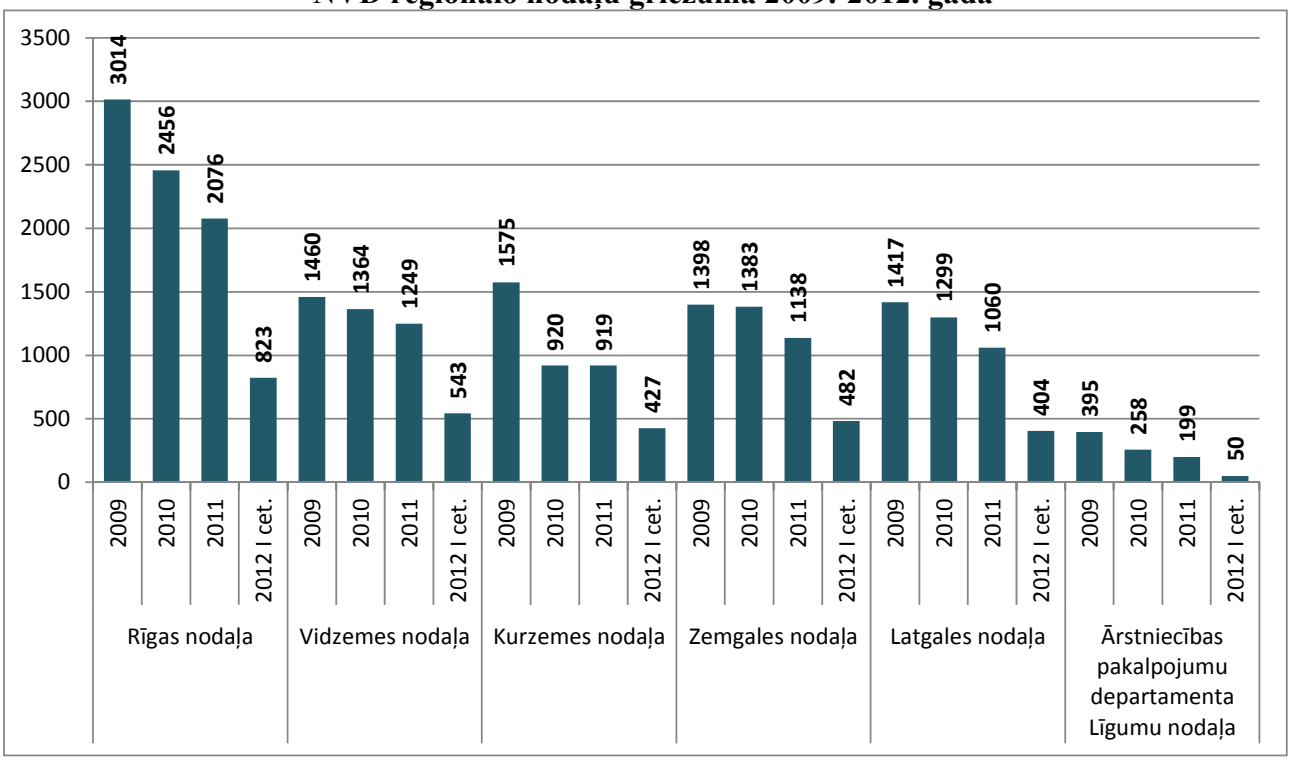
5. zīmējums. NVD noslēgto ambulatoro līgumu grozījumu skaits NVD reģionālo nodaļu griezumā 2009.-2011. gadā



Avots: NVD informācija

Saskaitot NVD noslēgtos līgumus ar attiecīgajiem līgumu grozījumiem, 6. zīmējumā redzama dokumentu aprites intensitāte NVD reģionālo nodaļu griezumā. Visstraujākais dokumentu aprites intensitātes kritums ir novērojams Rīgas nodaļā, 7. zīmējumā redzams, ka dokumentu aprites radītā slodze Rīgas nodaļā ir viszemākā, salīdzinot ar citām nodaļām. 7. zīmējumā ir attēlota gan līgumu, gan līgumu grozījumu radītā slodze, ņemot vērā nodaļā strādājošo darbinieku skaitu. Slodze aprēķināta, nosakot, cik līgumu un cik līgumu grozījumu attiecīgā gada ietvaros ir noslēgti uz vienu nodaļā strādājošo darbinieku. Darbinieku skaits noteikts pēc NVD personāldaļas un grāmatvedības sniegtās informācijas par darbinieku amata pozīcijām aplūkotajā laika posmā, ieskaitot nodaļu vadītājus.

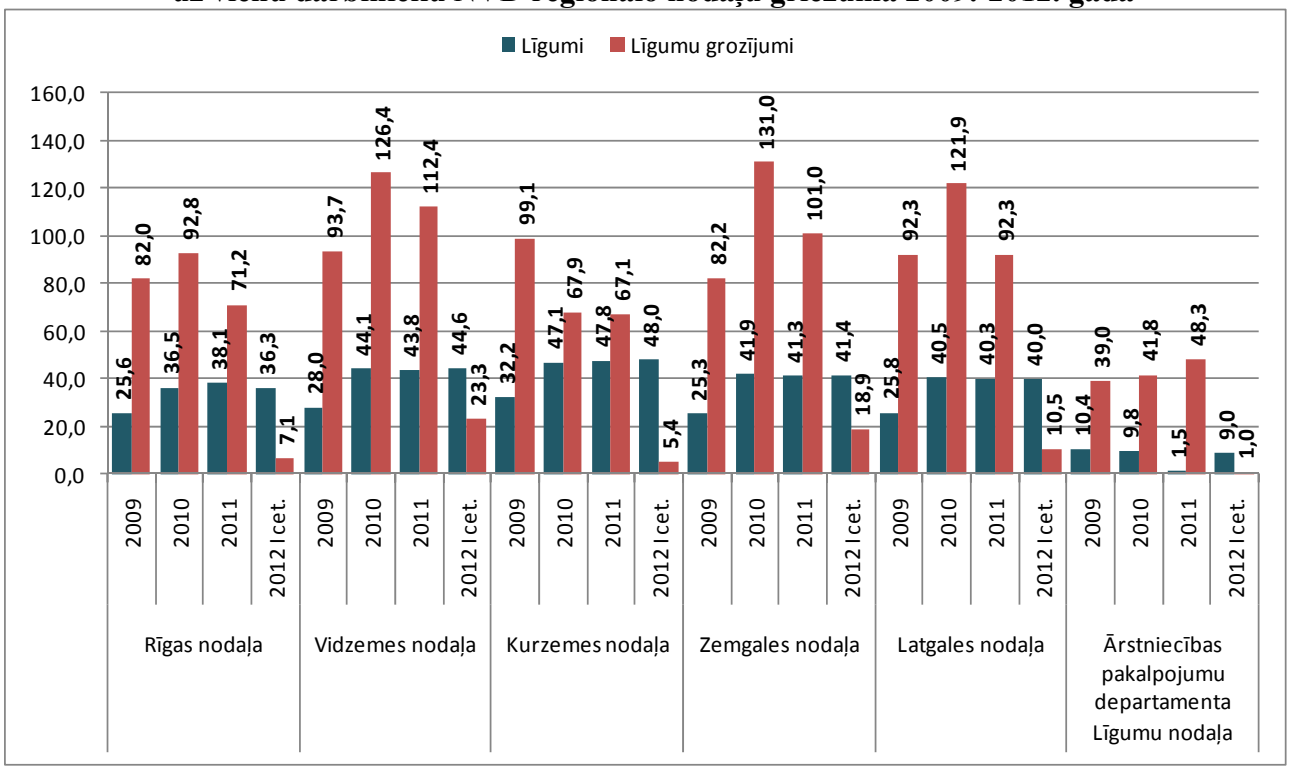
6. zīmējums. NVD noslēgto ambulatoro un stacionāro līgumu un līgumu grozījumu kopskaits NVD reģionālo nodaļu griezumā 2009.-2012. gadā



Avots: autoru aprēķini pēc NVD sniegtās informācijas
Piezīmes: 2010.gadā līgums par stacionārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu tika noslēgts uz diviem gadiem (līdz 2011.gada 31.decembrim). 2011. gadā noslēgtie organizatoriski metodiskā darba līgumi un reģistru līgumi. 2011.gadā līgumu grozījumi veikti 2010.gadā noslēgtajos līgumos par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.

7. zīmējumā attēlotie aprēķini liecina, ka kopš 2010. gada noslēgto līgumu radītais slogs vienam darbiniekam ir samērā līdzīgs (vidēji 40 līgumi vienam darbiniekam), mazliet zemāks tas ir Rīgas nodaļā (36 – 38 līgumi vienam darbiniekam) un mazliet augstāks – Kurzemes nodaļā (48 līgumi vienam darbiniekam). Salīdzinot ar 2009. gadu, kad notika būtiska iestādes reorganizācija un samazināts darbinieku skaits, darbinieku slodze ir pieaugusi. Savukārt līgumu grozījumu radītais slogs aplūkotajā laika posmā un dažādām reģionālajām iestādēm ir atšķirīgs. Vairumā nodaļu visaugstākais līgumu grozījumu skaits vienam darbiniekam bija 2010. gadā. Visaugstākais līgumu grozījumu skaits uz vienu darbinieku aplūkotajā laika posmā ir bijis Vidzemes, Zemgales un Latgales teritoriālajās nodaļās (122 – 130 līgumu grozījumi uz darbinieku 2010. gadā). 2012. gada I ceturksnī veikto līgumu grozījumu skaits ir būtiski mazāks nekā iepriekšējos gados, kas ļauj pieņemt, ka līgumi biežāk tiek grozīti kalendārā gada otrajā pusē.

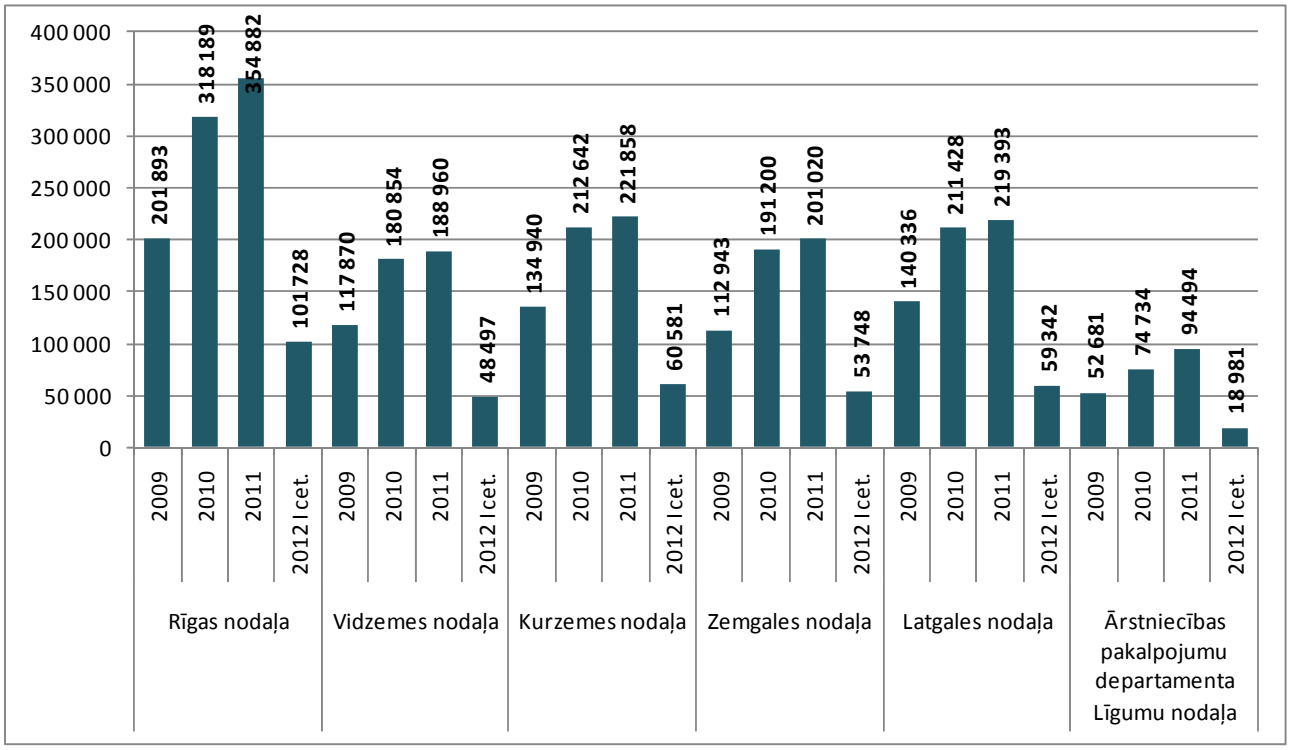
7. zīmējums. NVD noslēgto ambulatoro un stacionāro līgumu un līgumu grozījumu kopskaits uz vienu darbinieku NVD reģionālo nodaļu griezumā 2009.-2012. gadā



Avots: autoru aprēķini pēc NVD sniegtās informācijas
Piezīmes: 2010.gadā līgums par stacionārās un sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu tika noslēgts uz diviem gadiem (līdz 2011.gada 31.decembrim). 2011. gadā noslēgtie organizatoriski metodiskā darba līgumi un reģistru līgumi. 2011.gadā līgumu grozījumi veikti 2010.gadā noslēgtajos līgumos par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu.
Darbinieku skaita aprēķinā 2009. gadam iekļauti tikai to nodaļu darbinieki, kuru funkcijas arī šobrīd pilda NVD, t.i., likvidēto kontroles nodaļu darbinieki nav ieskaitīti. Ambulatoro pakalpojumu nodaļas darbinieki kā metodiskā darba veicēji šajos aprēķinos nav iekļauti.

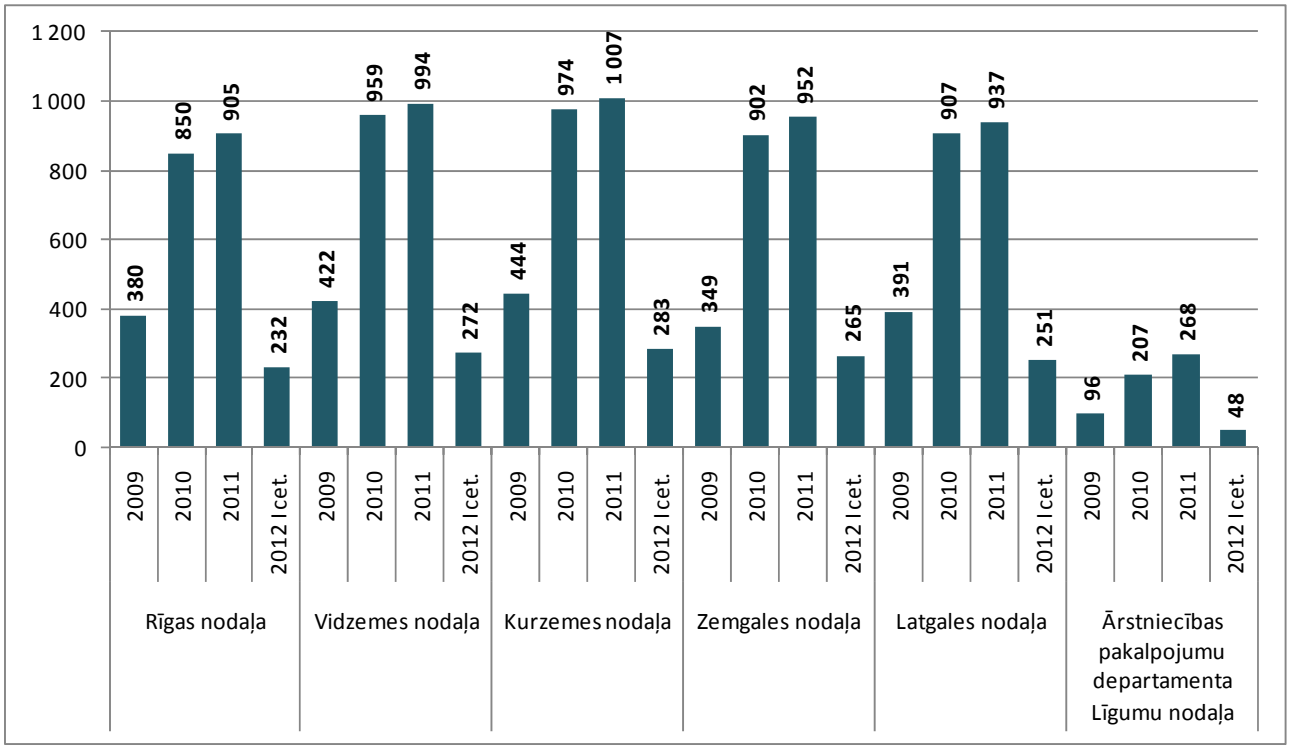
8. zīmējumā attēlots NVD reģionālo nodaļu apstrādāto uzskaites dokumentu kopskaits uz vienu darbinieku, savukārt 9. zīmējums – izrakstīto rēķinu kopskaitu uz vienu darbinieku. Uzskaites dokumenti ir ārstniecības iestāžu informācija (ambulatorā vai stacionārā apmeklējuma taloni), balstoties uz kuru notiek norēķini ar ārstniecības iestādēm. Uzskaites dokumentu apstrāde ietver to loģiskuma, ievadītās informācijas korektuma pārbaudi, kuru noslēdzot tiek sagatavots rēķins. Uzskaites dokumentu apstrādāšana ir reģionālo nodaļu ikdienas darba nozīmīgākā daļa. Tādējādi tas, ka uzskaites dokumentu skaits, ko apstrādā viens darbinieks, aplūkotajā laika posmā ir pieaudzis, liecina par darbinieku slodzes pieaugumu (sk. 8. zīmējumu). Vislielākais slodzes pieaugums novērojams, salīdzinot 2009. un 2010. gadu, t.i., laiku pirms un pēc iestādes reorganizācijas. Ņemot vērā to, ka uzskaites dokumentu apstrāde notiek datorizēti un ka daļa loģiskuma pārbaudes tiek veiktas automātiski, ārstniecības iestādēm ievadot datus, iegūtā informācija pati par sevi nav pietiekams pamats, lai uzskatītu, ka darbinieku slodzes pārsniedz normatīvos aktos noteikto normālo darba laiku. Tomēr, ņemot vērā, ka darbinieku skaits tika samazināts, pamatojoties uz darba apjomu 2009. gadā, uzskaites dokumentu apjomam pieaugot, ir jāizvērtē esošo darbinieku iespējas veikt kvalitatīvu to apstrādi.

8. zīmējums. NVD apstrādāto uzskaites dokumentu kopskaits uz vienu darbinieku NVD reģionālo nodaļu griezumā 2009.-2012. gadā



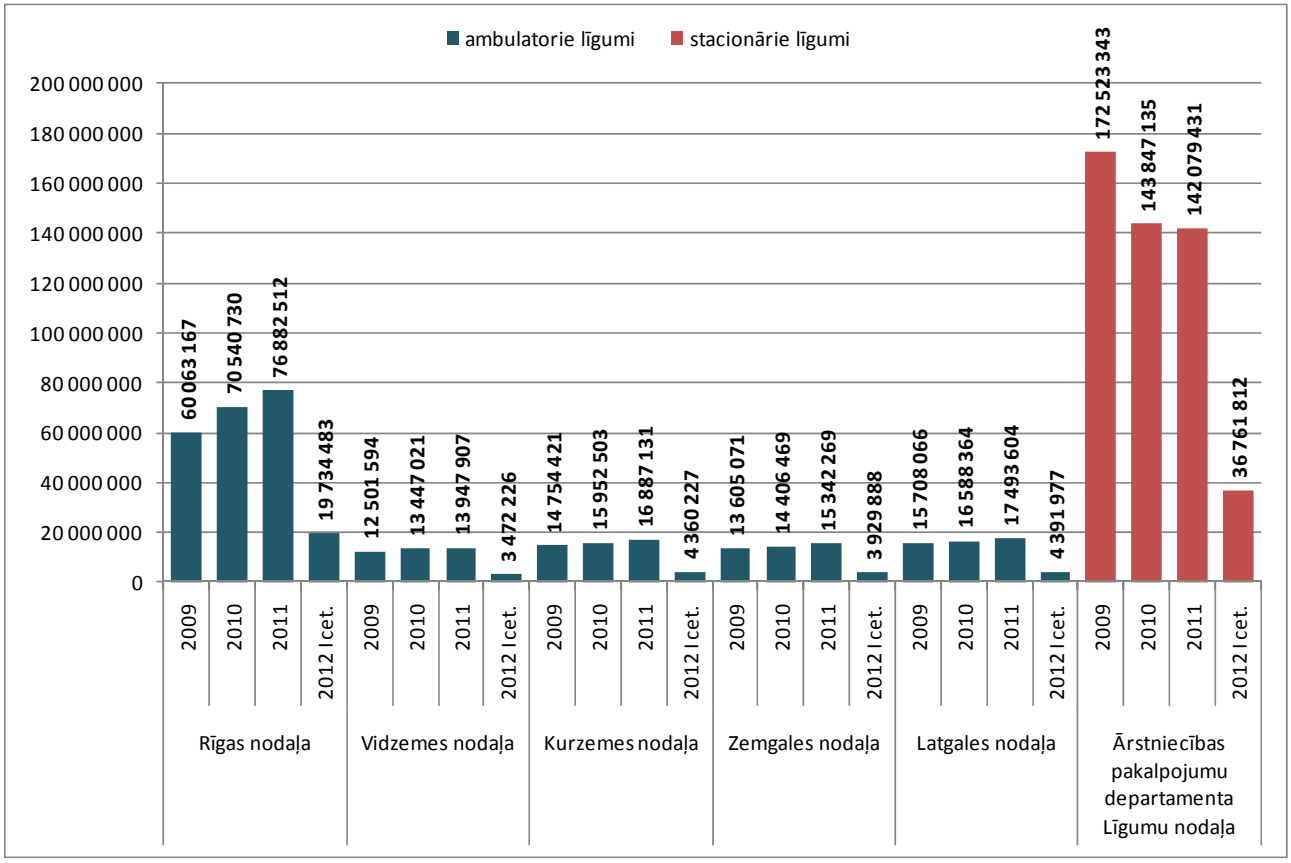
Avots: autoru aprēķini pēc NVD sniegtās informācijas

9. zīmējums. Izrakstīto rēķinu kopskaits uz vienu darbinieku NVD reģionālo nodaļu griezumā 2009.-2012. gadā



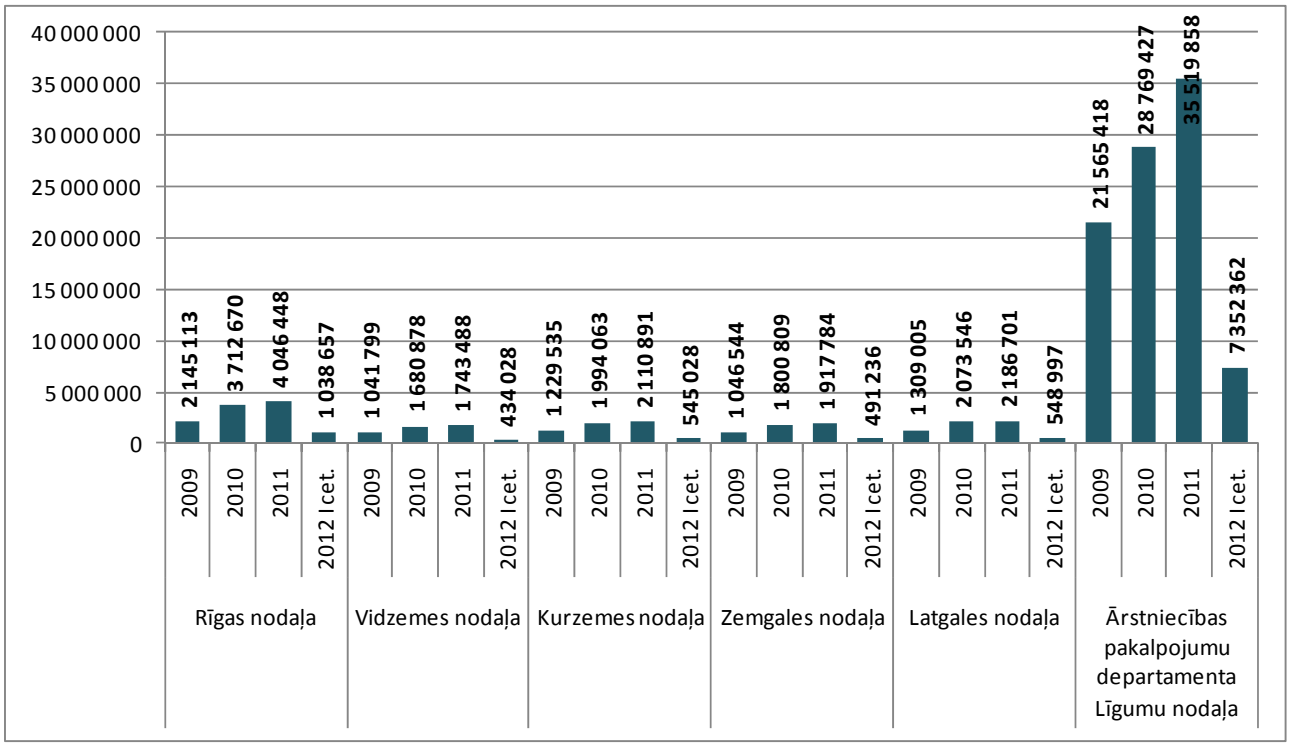
Avots: autoru aprēķini pēc NVD sniegtās informācijas

10. zīmējums. Izrakstīto rēķinu kopsumma NVD reģionālo nodaļu griezumā 2009.-2012. gadā (LVL)



Avots: NVD informācija

11. zīmējums. Izrakstīto rēķinu summa uz vienu darbinieku NVD reģionālo nodaļu griezumā 2009.-2012. gadā (LVL)

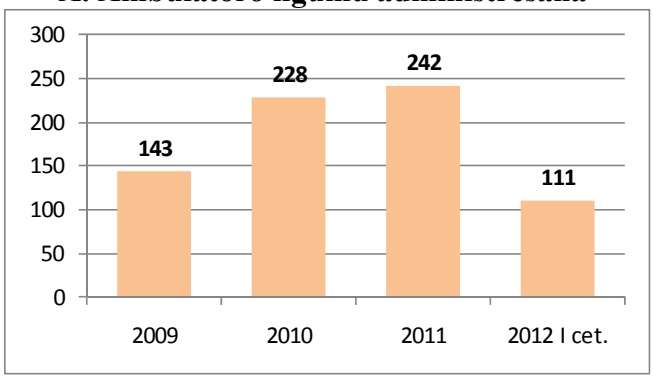


Avots: autoru aprēķini pēc NVD sniegtās informācijas

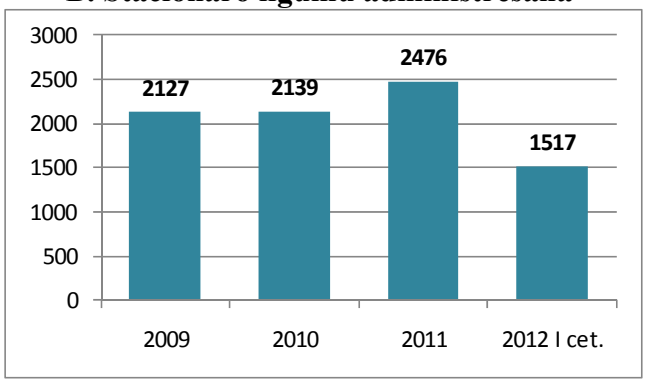
10. un 11. zīmējums attēlo izrakstīto rēķinu apjomu – kopumā un attiecībā uz vienu darbinieku NVD reģionālajās nodaļās, savukārt 12. Zīmējums – veselības aprūpes budžeta administrēšanas izdevumus, t.i., veselības aprūpes budžeta apjomu, kuru administrēšanai tiek iztērēts 1 LVL. Ņemot vērā atšķirīgo ambulatoro un stacionāro pakalpojumu raksturu, stacionāro līgumu administrēšana aprēķinu rezultātā izskatās ievērojami efektīvāka – 2011. gadā par 1 LVL tika nodrošināta 2476 latu liela veselības aprūpes budžeta administrēšana (sk. 12. zīmējumu). Savukārt 2011. gadā par 1 LVL tiek administrēti 242 lati ambulatorās veselības aprūpes budžeta.

12. zīmējums. Veselības aprūpes pakalpojumu budžeta administrēšanas izdevumi – budžeta līdzekļu apjoms pret administrācijai patērētu 1 LVL 2009.-2012. gadā (LVL)

A. Ambulatoro līgumu administrēšana



B. Stacionāro līgumu administrēšana



Avots: autoru aprēķini pēc NVD sniegtās informācijas

10.1.5. Kopsavilkums

Izvērtējot nodaļā attēlotos datus, jāsecina, ka līgumu skaits, kurus administrē NVD reģionālās nodaļas ir sabalansēts – katra reģiona ietvaros tas aplūkotajā laika posmā nemainās, kas rada darbiniekiem vienmērīgu un prognozējamu darba slodzi. Līgumu skaits var svārstīties sadalījumā pēc ārstniecības pakalpojumu veidiem, taču to kopējais radītais slogs būtiski nemainās. Lielāku NVD darbinieku pārslodzi var radīt līgumu grozījumi, kuri visbiežāk ir atkarīgi no ārējiem apstākļiem – normatīvo aktu grozījumiem. NVD darbinieku slodzes pieaugums saistāms galvenokārt ar ārstniecības iestāžu ievadīto uzskaites dokumentu skaita pieaugumu, tomēr šobrīd nav pietiekams pamats uzskatīt, ka uzskaites dokumentu pieauguma intensitāte ir tik būtiska, ka būtu nepieciešami papildus darbinieki.

Lai gan NVD reģionālo nodaļu teritoriālais iedalījums atšķiras no statistiskajiem reģioniem, nav pamata veikt reģionālo nodaļu teritoriālo pārreorganizāciju. Šobrīd pastāvošajā struktūrā tiek nodrošināta veselības aprūpes līgumu skaita sabalansētība kā NVD reģionālo nodaļu, tā statistisko reģionu ietvaros, un nav pamata uzskatīt, ka NVD reģionālo nodaļu pārreorganizācija dos ieguvumus vai paaugstinās iestādes darba efektivitāti.

10.2. Veselības inspekcija

10.2.1. Vispārējs iestādes darbības raksturojums

2012. gada I ceturksnī Veselības inspekcija īstenoja uzraudzības un kontroles funkcijas deviņos darbības virzienos, no kuriem pieci tieši attiecas uz veselības aprūpes jomas uzraudzību un šī pētījuma mērķiem. Tie ir:

1) Ārstniecības iestāžu kontrole (pirmais darbības virziens atbilstoši 2012. gada uzraudzības darba plānam);

2) Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzība un kontrole (otrais darbības virziens);
3) Veselības aprūpes kvalitātes un darbspējas ekspertīzes kontrole (trešais darbības virziens);
4) Ārstniecības iestāžu, ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzturēšana (ceturtais darbības virziens);
5) Medicīnisko ierīču izplatīšanas un lietošanas (ekspluatācijas) kontrole (devītais darbības virziens).

Iepriekš minētos darbības virzienus tieši īsteno šādas VI struktūrvienības:

1. Uzraudzības plānošanas un attīstības departaments – divas no septiņām departamenta nodaļām: Informācijas analīzes un reģistrācijas nodaļa un Veselības aprūpes nodaļa;
2. Veselības aprūpes līgumu un pakalpojumu uzraudzības departaments – divas departamenta nodaļas: Līgumu uzraudzības daļa un Sūdzību izskatīšanas daļa;
3. Kontroles pārvalde:
   - Nacionālajā līmenī viena no trim nodaļām: Veselības aprūpes kvalitātes kontroles nodaļa;
   - Reģionālajā līmenī piecas no septiņām nodaļām: Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļa, Kurzemes kontroles nodaļa, Latgales kontroles nodaļa, Vidzemes kontroles nodaļa un Zemgales kontroles nodaļa.

Daļa iepriekš minēto struktūrvienību pilda tikai vienu no pieciem darbības uzdevumiem (piemēram, Veselības aprūpes līgumu un pakalpojumu uzraudzības departaments veic tikai veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzību un kontroli (īsteno 2. darbības virzienu), savukārt citas – vairākus darbības virzienus (piemēram, Kontroles pārvaldes Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļa īsteno pirmo un devīto darbības virzienu; reģionālās kontroles nodaļas ir iesaistītas pirmā un vairāku ar pētījuma tēmu nesaistītu darbības virzienu īstenošanā). Citas VI struktūrvienības (piemēram, administrācija, juridiskā nodaļa, finanšu nodaļa u.tml.) iepriekš minēto darbības virzienu nodrošināšanā piedalās netieši.

Iepriekš minētās funkcijas VI veic, sākot no 2009. gada 1. oktobra. Tās tika nodotas vienai iestādei, Veselības inspekcijai, likvidējot vai reorganizējot virkni līdz tam atsevišķi strādājošu iestāžu – Sabiedrības veselības aģentūru[15], Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūru un Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūru. Tas nozīmē, ka 2009. gadā, par kuru jāveic iestādes darba analīze, notika būtiska funkciju pārdale veselības aprūpes sistēmu uzraugošo iestāžu starpā, un veiktā datu analīze var nebūt korekta.

VI īstenotā kontrole veselības aprūpes jomā iedalāma:

- Plānveida kontrolēs atbilstoši gadam izveidotajam darba plānam;
- Pārbaudēs, reaģējot uz pieprasījumu, piemēram, dažādu fizisku vai juridisku personu iesniegumiem, informācijas no NVD u.tml.

Turpmākā VI darbības analīze ir veikta atbilstoši iestādes darbības virzieniem, to salīdzinošo vērtējumu, secinājumus par funkciju dublēšanos un ieteikumus iestādes darba uzlabošanai apkopojot atsevišķā secinājumu apakšnodaļā.

[15] Sabiedrības veselības aģentūras funkcijas Veselības inspekcija sāka pildīt kopš 2009. gada 1. septembra, taču tās neietilpst piecos nosauktajos ar pētījuma tēmu saistītajos Veselības inspekcijas darbības virzienos.

10.2.2. Ārstniecības iestāžu kontrole

Ārstniecības iestāžu kontroles (pirmā darbības virziena atbilstoši 2012. gada uzraudzības darba plānam) īstenošanā piedalās šādas VI struktūrvienības:

- Uzraudzības plānošanas un attīstības departamenta (UPAD) Veselības aprūpes nodaļa nodrošina veselības aprūpes uzraudzības metodisko vadību (stratēģisko vadību, tematisko kontroļu lapu izstrādi, kontroļu plāna izstrādi u.tml.) un apkopo un analizē uzraudzības datus;
- Kontroles pārvaldes (KP) piecas (teritoriālās) nodaļas – Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļa, Kurzemes kontroles nodaļa, Latgales kontroles nodaļa, Vidzemes kontroles nodaļa un Zemgales kontroles nodaļa – īsteno uzraudzību (t.sk. klātienē).

2012. gada I ceturksnī VI UPAD Veselības aprūpes nodaļā strādāja trīs darbinieki, no kuriem divi īsteno pirmo darbības virzienu, savukārt KP Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļā strādāja četri darbinieki, kas īsteno pirmo darbības virzienu, Kurzemes kontroles nodaļā – trīs, Latgales kontroles nodaļā – četri, Vidzemes kontroles nodaļā – četri un Zemgales kontroles nodaļā – divi darbinieki.

Lai gan VI UPAD izstrādā kopējo kontroļu plānu kārtējam kalendārajam gadam (nosaka skaitu, cik katra tipa ārstniecības iestādes jākontrolē), attiecīgo iestāžu atlasi veic KP struktūrvienības. Izņēmums ir no jauna reģistrētās ārstniecības iestādes un ārstniecības iestādes, kas vēlas sniegt veselības aprūpes pakalpojumus ārvalstniekiem („medicīnas tūrisms"), kuru sarakstu ar lūgumu veikt kontroli UPAD iesniedz KP. Tomēr, izvērtējot UPAD un KP funkcijas, konkrētu ārstniecības iestāžu atlase plānveida kontroles īstenošanai drīzāk ir uzskatāma par metodiskās vadības sastāvdaļu, tāpēc ieteicams izskatīt iespēju šo funkciju nodot pilnīgā UPAD izpildē. Šobrīd funkcijas nodošanu UPAD kavē drīzāk iestādes kapacitātes īstenot kontroli ierobežojumi, nevis funkciju atbilstības iemesli. Kā iestādes kapacitātes īstenot kontroli indikators ir uzskatāms plānveida kontroļu īpatsvars no kopējā kontroļu skaita, kas sīkāk aplūkots šīs nodaļas turpinājumā.
Ārstniecības iestāžu izvēle plānveida kontroles veikšanai tiek balstīta uz risku analīzi, pielietojot daudzveidīgu kritēriju klāstu. Tomēr šobrīd pastāv risks, ka ne visi risku analīzē iekļautie indikatori tiek pielietoti tā, kā tas ir plānots, jo ārstniecības iestādes izvērtēšana šobrīd vēl nav pilnībā datorizēta. Turklāt risku analīzes pielietošanas iespējas samazina šobrīd īstenotā kontroļu plānošanas prakse, kad iestādes izvēle plānveida kontrolei var notikt uz ārējas informācijas, nevis uz iekšēji veiktas risku analīzes pamata (sk. turpinājumā šajā nodaļā).

Lai gan normatīvajos aktos nav noteikts, cik bieži noteikta veida ārstniecības iestādē ir jāveic plānveida kontrole, VI ir izstrādājusi iekšējo normatīvu, kādam būtu jābūt vēlamajam kontroļu apjomam. Saskaņā ar UPAD noteikto, 1. darbības virziena kontroļu radītais slogam ir jābūt aptuveni 20% gadā – šajā gadījumā tas ir izteikts kā ārstniecības iestāžu skaits, kas tiek pakļauts kontrolei viena kalendārā gada ietvaros.

Kā liecina pētījuma autoriem pieejamā informācija, laika periodā no 2009. gada līdz 2012. gada martam VI veikusi 2850 kontroles ārstniecības iestādēs – no tām 1803 bija plānveida kontroles, bet 1047 bija kontroles, kuras veiktas pēc saņemtās informācijas vai pieprasījuma (epidemiologu sastādītiem ziņojumiem, iedzīvotāju iesniegumiem, citu iestāžu un plašsaziņas līdzekļos publicētās informācijas, pēc ārstniecības iestāžu iesniegumiem zāļu iegādei no lieltirgotavām) (sk. 9. tabulu). Gandrīz pusi no ārstniecības iestāžu pārbaudēm pēc saņemtās informācijas vai pieprasījuma veido kontroles, kas veiktas pēc ārstniecības iestāžu iesniegumiem zāļu iegādei no lieltirgotavām. Ir vērojama arī tendence palielināties ārstniecības iestāžu pārbaužu skaitam pēc saņemtās informācijas vai pieprasījuma.

9. tabula. VI veikto ārstniecības iestāžu plānveida kontroļu skaits un pēc saņemtās informācijas/pieprasījuma veikto pārbaužu skaits 2009.-2012. gadā*

	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
KOPĀ (kontroļu vienības)	**780**	**977**	**877**	**216**
Ārstniecības iestāžu kontrole (plānveida)	484	608	566	145
Ārstniecības iestāžu pārbaudes pēc saņemtās informācijas vai pieprasījuma*, no tām:	296	369	311	71
Pēc epidemiologu ziņojumiem	*6*	*3*	*1*	*1*
*Pēc iedzīvotāju iesniegumiem***	*14*	*22*	*28*	*26*
Pēc citu iestāžu informācijas, masu mediju informācijas	*138*	*174*	*168*	*18*
*Pēc ārstniecības iestāžu iesniegumiem zāļu iegādei no lieltirgotavām****	*138*	*170*	*114*	*26*

Avots: Veselības inspekcijas informācija

*Piezīmes: *dati sniegti saskaņā ar aprēķiniem, kas iegūti, summējot ārstniecības iestāžu pārbaudes, kas veiktas pēc dažādu avotu sniegtās informācijas vai pieprasījuma (atšifrējumu sk. zemāk slīprakstā). Apkopojumā izmantota informācija, ko VI sagatavoja pēc pētījuma autoru pieprasījuma. Pētījumā apkopotie dati var nesakrist ar VI Vadības ziņojumā sniegto informāciju. Ņemot vērā, ka detalizēts informācijas apkopojuma atšifrējums VI Vadības ziņojumā nav sniegts, nav iespējams sniegt skaidrojumu, kāpēc datu apkopojuma rezultāti atšķiras.*

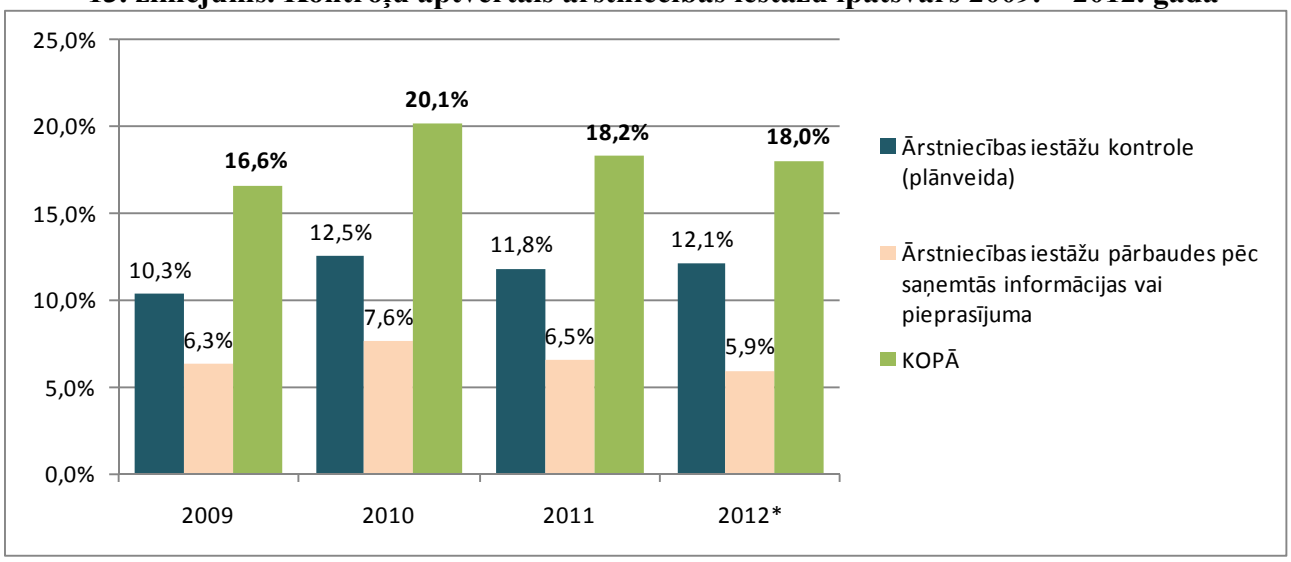
*** Pēc iedzīvotāju iesniegumiem veiktās pārbaudes neatspoguļo visu iesniegumu skaitu – neliela daļa iesniegumu neatbilst VI kompetencei, un ievērojami lielāka daļa nav uzskatāmi par pamatotiem. Kontroles tiek veiktas kompetencei atbilstošajiem pamatotajiem iesniegumiem.*

**** Norādīts izsniegto lēmumu skaits, kas praksē var būt balstīts ne tikai uz pārbaudi pēc pieprasījuma, bet uz pēdējo trīs mēnešu laikā pirms iesnieguma saņemšanas veiktas plānveida kontroles rezultātiem.*

Izmantojot iepriekš minēto kopējo kontroļu vienību aprēķinu un informāciju par reģistrēto ārstniecības iestāžu skaitu, ir aprēķināts vidējais kontroļu slogs vienai ārstniecības iestādei (sk. 13. zīmējumu). Jāatzīmē, ka minētais aprēķins neatspoguļos visu kontroļu radīto slogu, jo dažāda apjoma pārbaudes tiek veiktas, VI īstenojot arī citus darbības virzienus (veselības aprūpes kvalitātes un darbspējas ekspertīzes kontroles un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzību). Vienlaikus jāatzīmē, ka kopējais sloga aprēķins ir aptuvens, jo, kā rāda 14. zīmējums (sk. turpinājumā) ievērojama daļa kontroļu pēc saņemtās informācijas tiek veiktas kopā ar plānveida kontrolēm.

13. zīmējumā attēlots plānveida kontroļu un kontroļu, kas veiktas pēc saņemtās informācijas vai pieprasījuma, radītais slogs iestādēm 2009. – 2012. gadā. Dati rāda, ka plānveida kontroļu aptverto ārstniecības iestāžu īpatsvars nepārsniedz 12%, un tikai kopā ar ārstniecības iestāžu pārbaudēm pēc saņemtās informācijas vai pieprasījuma tas tuvojas par vēlamo līmeni noteiktajiem 20% iestāžu gadā. Tomēr, tā kā liecina aprēķini, kas veikti uz 2011. gada IV ceturkšņa un 2012. gada I ceturkšņa bāzes, tikai 38% no kopējā kontroļu skaita ir plānveida kontroles bez kombinācijas ar citām kontrolēm, tāpēc aptverto unikālo ārstniecības iestāžu skaits ir nedaudz zemāk nekā redzams 13. zīmējumā, kas nozīmē, ka VI pietrūkst kapacitātes veikt plānveida kontroles tādā apmērā, kādā tā ir noteikusi par vēlamu.

13. zīmējums. Kontroļu aptvertais ārstniecības iestāžu īpatsvars 2009. – 2012. gadā



Avots: autoru aprēķini, balstoties uz VI sniegto informāciju par kontroļu skaitu (sk. 9. tabulu – iepriekš) un ārstniecības iestāžu skaitu (sk. 14. tabulu)
*Piezīmes: * provizoriska 2012. gada sloga prognoze, balstoties uz 2012. gada I ceturkšņa rezultātiem.*

Ārstniecības iestāžu pārbaudēm pēc saņemtās informācijas vai pieprasījuma ir prioritāte, salīdzinot ar plānveida ārstniecības iestāžu kontrolēm. Pārbaužu pēc saņemtās informācijas vai pieprasījuma prioritāte izriet no normatīvajiem aktiem (piemēram, zāļu aprites kontrole veicama 30 dienu laikā pēc ārstniecības iestāžu pieprasījuma zāļu iegādei no lieltirgotavām saņemšanas u.tml.). No darba plānošanas viedokļa, grūtības rada tas, ka pārbaudes pēc informācijas vai pieprasījuma ir grūti prognozējamas – tās ir atkarīgas no ārējiem apstākļiem (iedzīvotāju, ārstniecības iestāžu un citu institūciju aktivitātes). Savukārt plānveida kontroļu skaitu VI UPAD nosaka un apstiprina kalendārajam gadam. Tādējādi kontroles un pārbaudes ir jāveic daļēji mainīgos situācijas apstākļos.

Nosakot ikgadējo plānveida kontroļu skaitu, tiek ņemts vērā iepriekšējo gadu ārējo pieprasījumu daudzums. Veicot plānveida kontroles, arī var tikt noteiktas kontroļu prioritātes. Tās izriet gan no Veselības ministrijas uzdevumiem, gan no VI iekšējās analīzes rezultātiem par biežāk konstatētajiem pārkāpumiem vai nozares attīstības tendencēm. Piemēram, 2012. gada I ceturksnī var runāt par vismaz trīs iekšēji noteiktām plānveida kontroļu prioritātēm – kontroles tiek veiktas ārstniecības iestādēs, kuras paziņojušas par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ārvalstu pilsoņiem (t.s. medicīnas tūrisms), jaunās reģistrētās ārstniecības iestādes un stacionāri.

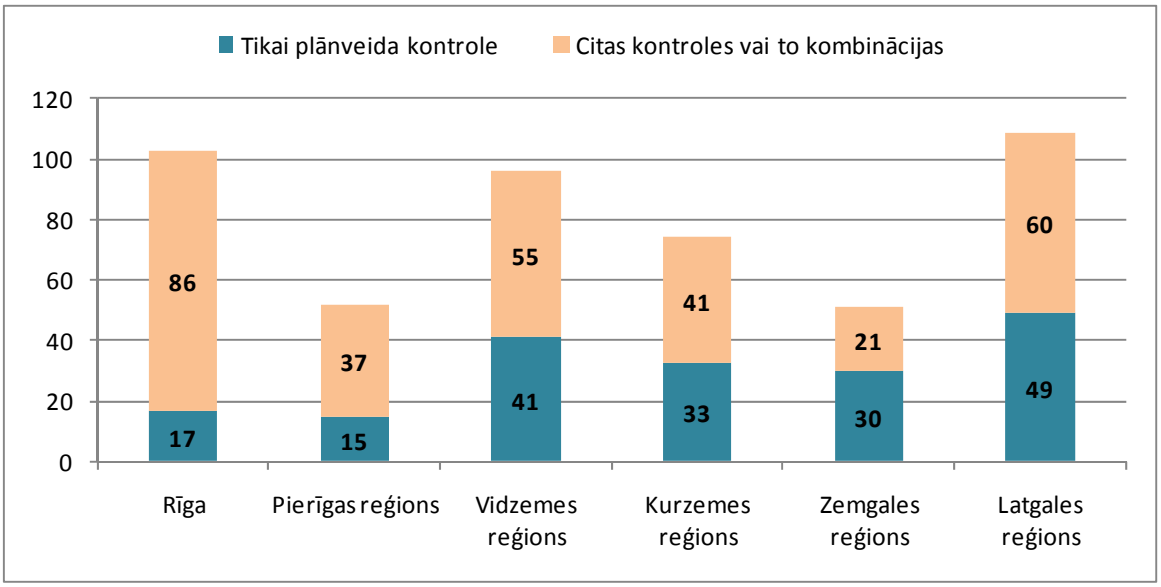
Lai efektīvāk izmantotu cilvēkresursus un plānveida ārstniecības iestāžu kontroli kalendārā gada ietvaros veiktu vienmērīgi, pārbaudes pēc informācijas vai pieprasījuma tiek veiktas kombinācijā ar plānveida ārstniecības iestāžu kontrolēm. Tādā gadījumā iestādē, par kuru saņemts iesniegums (sūdzība), tiek veikta arī plānveida kontrole. Tomēr statistiski šīs kontroles tiek uzskaitītas atsevišķi, t.i., pat, ja vienas vizītes ietvaros tiek veiktas dažādas pārbaudes, piemēram, gan plānveida kontroles, gan pārbaudes pēc informācijas vai pieprasījuma, apkopotajā statistikā šīs analīzes ietvaros tās parādās kā divas (vai vairākas) atsevišķi veiktas aktivitātes. Šāda darba organizācija paaugstina risku, ka ārstniecības iestādēs, par kurām nav saņemti iesniegumi (sūdzības), kontroles netiek veiktas ilgāku laika posmu. Novērtēt, cik kontroles tiek veiktas kombinēti, iespējams tikai par 2011. gada IV

ceturksni un 2012. gada I ceturksni[16]. Par šo laika posmu ir iespējams veikt datu padziļinātu analīzi arī par kontroļu skaitu reģionu un ārstniecības iestāžu griezumā.

2011. gada IV ceturksnī un 2012. gada I ceturksnī VI kopumā ir veikusi 485 kontroles, no kurām 185 (38%) bija plānveida kontroles un 300 (62%) – citas kontroles vai dažādas kontroļu kombinācijas. No 300 citām kontrolēm vai to kombinācijām, 81 bija plānveida kontrole, kas apvienota ar citiem iemesliem, 66 – kontrole lēmuma saņemšanai par zāļu iegādi lieltirgotavās un 198 – priekšlikumu izpildes kontroles, kontroles citu iemeslu gadījumos (pēc informācijas no citas institūcijas), kontroles iesniegumu (sūdzību) izskatīšanai vai to kombinācijas. Jāņem vērā, ka nosauktie citu kontroļu veidu summa nedaudz pārsniedz kopējo kontroļu skaitu, kas ir saistīts ar datu uzskaites īpatnībām VI teritoriālajās nodaļās – vairumā gadījumu kontrole lēmuma par zāļu iegādi lieltirgotavās saņemšanai tiek uzskaitīta kā citas kontroles (plānveida vai iesnieguma izskatīšanas) sastāvdaļa.

14. zīmējumā attēlots kontroļu sadalījums tikai plānveida kontrolēs un citās kontrolēs vai to kombinācijās statistisko reģionu griezumā. Šie dati neatspoguļo VI reģionālo (teritoriālo) nodaļu darbu, jo to aptvertās teritorijas atšķiras no statistiskajiem reģioniem. VI reģionālo nodaļu darba slodze ir analizēta šīs nodaļas turpinājumā. Kopumā 21% kontroļu ir veiktas Rīgā, 11% – Pierīgas reģionā, 20% – Vidzemē, 15% – Kurzemē, 11% – Zemgalē un 22% – Latgalē. Tā kā pētījuma autoru rīcība nebija dati par ārstniecības iestāžu skaitu statistisko reģionu griezumā, salīdzināt kontroļu slodzi pa reģioniem nav iespējams.

14. zīmējums. Kontroļu skaits statistiskajos reģionos 2011. gada IV ceturksnī un 2012. gada I ceturksnī



Avots: Veselības inspekcijas informācija

Dažādu kontroļu apvienošana (kombinācijas) visraksturīgākās ir pārbaudēm Rīgā – tikai 17% (17) bija plānveida kontroles bez citu kontroļu kombinācijām un 53% (55) bija plānveida kontroles, kurās papildus izskata sūdzību un/ vai izskata informāciju no citas institūcijas, un Rīgas reģionā – 29% (15) bija tikai plānveida kontroles un 33% (17) bija plānveida kontroles, kurās papildus izskata sūdzību vai informāciju no citas institūcijas. Līdz ar to šo divu statistisko reģionu gadījumā ir paaugstināts risks, ka iestādes, par kurām nav iesniegtas sūdzības/ iesniegumi vai kuras nav

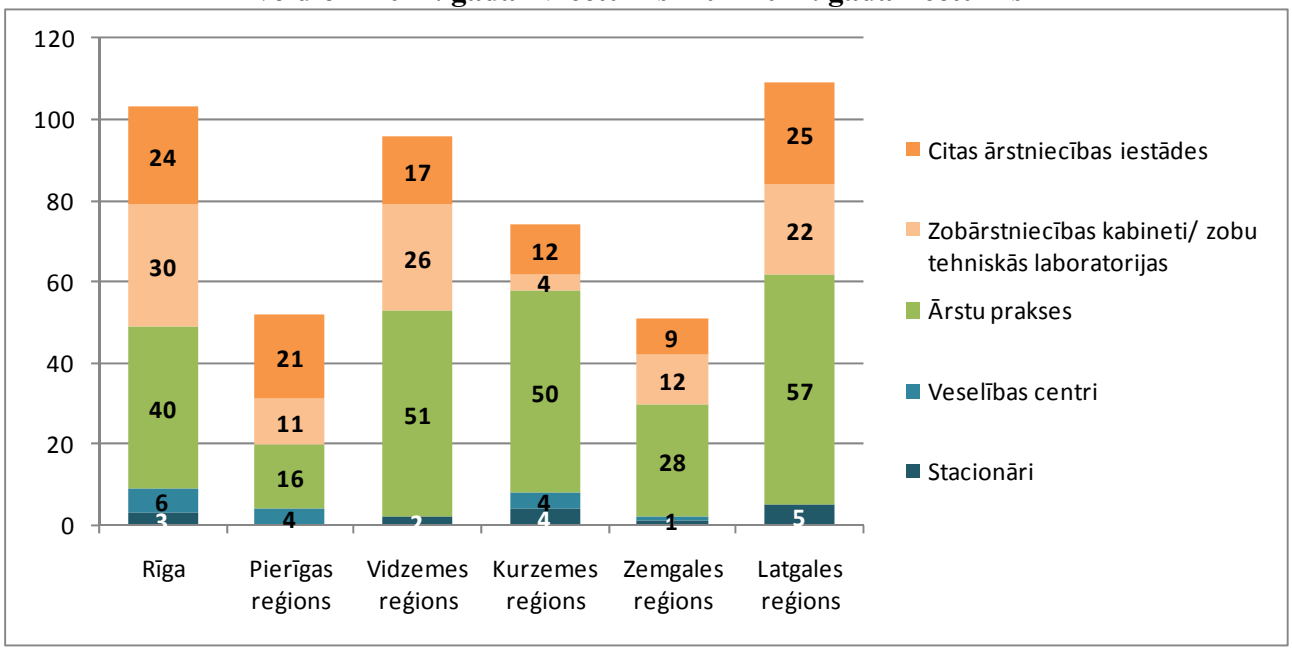
[16] Informācijas analīzes detalizācijas pakāpe atkarīga no VI iekšējās uzskaites sistēmas attīstības pakāpes. Tā būtiski paaugstinājusies, sākot ar 2011. gada IV ceturksni, tādējādi pieļaujot detalizētākas datu analīzes iespējas par pēdējo analīzē iekļauto pusgadu.

izrādījušas saņemt atļauju zāļu iegādei no lieltirgotavām, tiek retāk kontrolētas nekā citas iestādes. Citos statistiskajos reģionos tikai plānveida kontroļu īpatsvars no kopējā skaita ir augstāks: Vidzemes reģionā – 43%, Kurzemes reģionā – 45%, Zemgales reģionā – 59% un Latgales reģionā – 45%. Šādas atšķirības statistisko reģionu griezumā rodas divu iemeslu dēļ. Pirmkārt, ar atšķirīgo iesniegumu skaitu zāļu iegādei no lieltirgotavas, un, otrkārt, iesniegumu (sūdzību) zemāku īpatsvaru reģionos. Tā citu kontroļu vai to kombināciju ietvaros Rīgā ir veiktas 27 kontroles lēmuma par zāļu iegādi lieltirgotavās saņemšanai, Pierīgas reģionā – 14, Vidzemes reģionā – 5, Kurzemes reģionā – 2, Zemgales reģionā – 12 un Latgales reģionā – 6 kontroles lēmuma par zāļu iegādi lieltirgotavās saņemšanai.

Šobrīd VI var izsniegt lēmumu par zāļu iegādi no lieltirgotavām, ja kontrole ārstniecības iestādē ir veikta pēdējo trīs mēnešu laikā. Tomēr, ņemot vērā šo specifisko pārbaužu apjomu no kopējā kontroļu skaita, ieteicams VI darbinieku atslogošanai un lielāku cilvēkresursu novirzīšanai plānveida kontroļu veikšanai noteikt ilgāku laika posmu, kura ietvaros veiktas kontroles ir pamats lēmuma pieņemšanai (piemēram, līdz trīs gadiem). Lai noteiktu atbilstošo laika posmu, nepieciešams izvērtēt VI uzkrāto informāciju par šo pārbaužu rezultātiem, piemēram, cik bieži un kādi pārkāpumu konstatēti kontroles lēmuma izsniegšanai par zāļu iegādi no lieltirgotavām laikā. Tas ļautu izvērtēt riskus, ja kontroles šādās ārstniecības iestādēs notiku retāk. Cits risinājums būtu vienas zāļu iegādes no lieltirgotavām atļaujas derīguma termiņa pagarināšana no trīs uz pieciem gadiem.

15. zīmējumā attēlots katrā statistiskajā reģionā veikto kontroļu sadalījums pēc ārstniecības iestāžu veida, kurā notikusi kontrole 2011. gada IV ceturksnī un 2012. gada I ceturksnī.

15. zīmējums. Kontroļu skaits statistiskajos reģionos sadalījumā pēc ārstniecības iestāžu veidiem 2011. gada IV ceturksnī un 2012. gada I ceturksnī



Avots: Veselības inspekcijas informācija

10. tabulā attēlots dažāda tipa kontroļu skaits sadalījumā pēc ārstniecības veidiem. Stacionāros veiktās tikai plānveida kontroles veido 13% no kopējā kontroļu skaita, veselības centros – 33%, ārstu praksēs – 44%, zobārstniecības kabinetos un zobu tehniskajās laboratorijās – 40% un citās ārstniecības iestādēs – 28%.

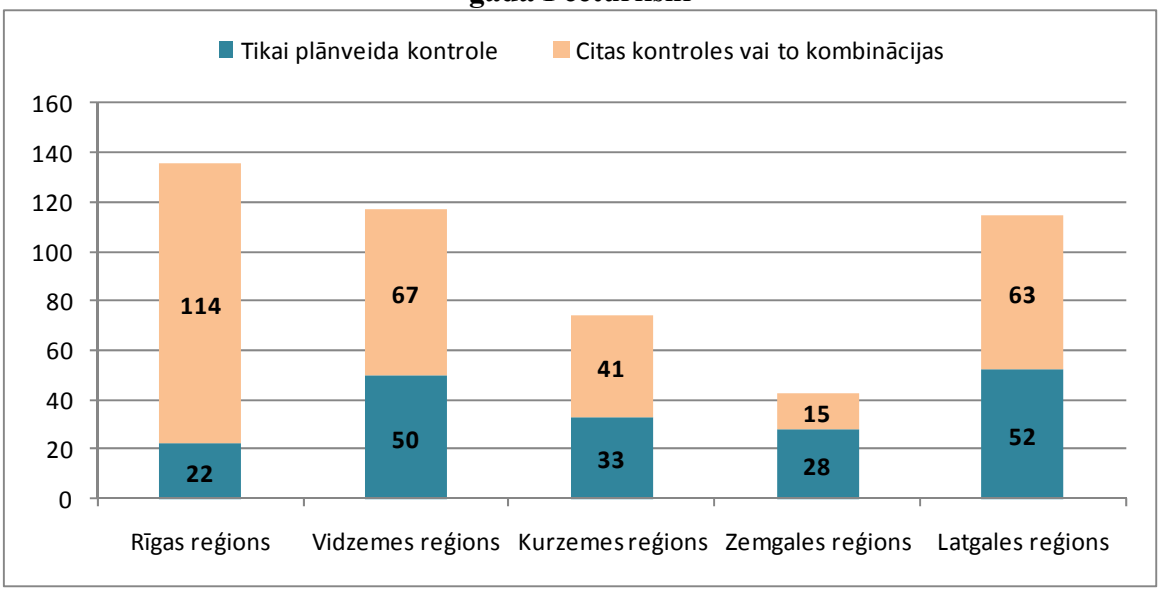
10. tabula. Veikto kontroļu tipi sadalījumā pēc ārstniecības iestāžu veidiem 2011. gada IV ceturksnī un 2012. gada I ceturksnī

	Kopā	Tikai plānveida kontrole	Plānveida kontrole ar citiem iemesliem	Kontrole lēmuma par zāļu iegādi lieltirgotavās saņemšanai	Citas kontroles vai to kombinācijas
Stacionāri	**15**	2	1	2	11
Veselības centri	**15**	5	2	5	6
Ārstu prakses	**242**	106	33	15	100
Zobārstniecības kabineti/ zobu tehniskās laboratorijas	**105**	42	25	28	30
Citas ārstniecības iestādes	**108**	30	20	16	51

Avots: Veselības inspekcijas informācija
Piezīme: Ņemot vērā, ka kontrole lēmuma par zāļu iegādi no lieltirgotavas saņemšanai var tikt ieskaitīta plānveida kontroļu ar citiem iemesliem vai citu kontroļu starpā (atkarībā no situācijas), kā arī uzskaitīta atsevišķi, kontroļu summa ir lielāka nekā norādīts iepriekš nodaļas tekstā.

16. zīmējumā redzams katras VI reģionālās nodaļas veikto kontroļu skaits 2011. gada IV ceturksnī un 2012. gada I ceturksnī sadalījumā pēc kontroles veida – tikai plānveida kontrole vai citas kontroles un kontroļu kombinācijas. Vislielāko skaitu kontroļu aplūkotajā laika posmā ir veikusi Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļa, kas aptver Rīgas reģionu – kopumā 136 kontroles, tomēr lielākā daļa no tām ir citas kontroles vai dažādu kontroļu kombinācijas. No tām 72 ir plānveida kontroles kombinācijas ar citu iemeslu dēļ veiktu pārbaudi (t.sk. 39 gadījumos kombinācijā ar kontroli lēmuma par zāļu iegādi lieltirgotavās saņemšanai). Līdzīgu kontroļu skaitu ir veikušas Vidzemes un Latgales reģionālās nodaļas – attiecīgi 117 un 115 kontroles, arī to proporcionālais sadalījums tikai plānveida kontrolēs un citās kontrolēs vai dažādu kontroļu kombinācijās ir līdzīgs. Kurzemes reģiona nodaļa aplūkotajā pusgadā veikusi 74 un Zemgales nodaļa – 43 kontroles. Zemgales reģionam raksturīgs visaugstākais tikai plānveida kontroļu īpatsvars.

16. zīmējums. VI reģionālo nodaļu veiktais kontroļu skaits 2011. gada IV ceturksnī un 2012. gada I ceturksnī



Avots: Veselības inspekcijas informācija

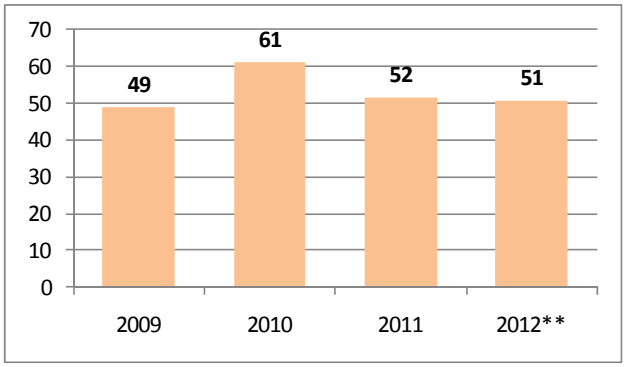
VI KP darbinieku (inspektoru) slodzes noteikšanai, ir aprēķināts vidējais kontroļu skaits vienam darbiniekam 2009. – 2012. gadā un, balstoties uz 2011. gada IV ceturkšņa un 2012. gada I ceturkšņa rezultātiem, VI reģionālo nodaļu griezumā (sk. 17. zīmējumu). Vidējais kontroļu skaits aprēķināts, ņemot par pamatu kopējo veikto kontroļu skaitu un dalot ar attiecīgajā gadā un attiecīgajā teritoriālajā vienībā nodarbināto skaitu (personu skaits darbinieku atalgojuma sarakstā, pilnībā ieskaitot reģionālo nodaļu vadītāju darbu), kuri iesaistīti šī darbības virziena īstenošanā. Jāatzīmē, ka KP Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļā, kas aptver Rīgas reģionu, ir nodarbināti arī divi tehniskās uzraudzības inspektori, kas veic medicīnisko ierīču izplatīšanas un lietošanas (ekspluatācijas) kontroli (devītais darbības virziens), tāpēc aprēķinos nav iekļauti.

17.A. zīmējumā redzams, ka vidēji viens KP reģionālo nodaļu darbinieks, kas īsteno ārstniecības iestāžu kontrole (pirmo darbības virzienu), 2011. gadā veica un provizoriski 2012. gadā veiks 51-52 kontroli, t.i., vidēji vienu kontroli nedēļā (kalendārajā gadā ir aptuveni 52 nedēļas). Praksē atkarībā no situācijas vienā kontrolē dodas viens vai vairāki inspektori. Atbilstoši VI KP darbinieku sniegtajam darba raksturojumam, kontrole ārstniecības iestādē ir tikai viena trešdaļa no kopējā darba apjoma – tikpat daudz laika aizņem gan sagatavošanās kontrolei (informācijas savākšanai par kontrolējamās ārstniecības iestādes sniegtajiem pakalpojumiem, darbiniekiem, iepriekšējo kontroļu rezultātiem u.tml.), gan dokumentu sagatavošanai par kontroles rezultātiem, un, ja ārstniecības iestādei uzdots novērt kādas konstatētās nepilnības, pārbaudei, vai tas ir veikts pietiekamā apmērā. Izmantojot šo informāciju vienkāršotam darba slodzes aprēķinam (precīza darba laika uzskaite sadalījumā pēc pienākuma veida nav pieejama) un pieņemt, ka katrs darbinieks nedēļā piedalās divās kontrolēs, no kurām vienā viņš ir atbildīgā persona un otrā – asistējošā persona, vienu dienu veltot, lai sagatavotos, un vēl vienu dienu veltot, lai veiktu uzdevumus, kas saistīti ar kontroles rezultātu apkopošanu un pārbaudi, vidēji viens darbinieks nedēļā ir noslogots četras darba dienas. Tas nozīmē, ka teorētiski (un ņemot vērā ikgadējo atvaļinājumu) ir iespējams paaugstināt vidējo viena darbinieka veikto kontroļu skaitu no vienas kontroles nedēļā līdz 1,2 kontrolēm nedēļā. Tomēr šajā kontekstā būtiski ir arī noteikt, vai visu reģionālo nodaļu darbiniekiem slodze ir vienāda, jo iespējams, ka slodzes VI teritoriālo nodaļu starpā nav sabalansētas.

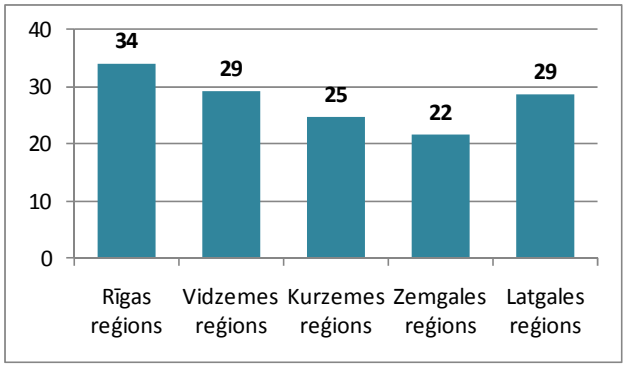
17.B. zīmējumā redzams VI reģionālo nodaļu 2011. gada IV ceturksnī un 2012. gada I ceturksnī veikto kontroļu skaits. Salīdzinot iegūtos datus ar 17.A. zīmējumu, var secināt, ka kopumā VI KP inspektoru darba slodze ir sabalansēta – pusgadā veikto kontroļu skaits veido aptuveni pusi no pēdējā kalendārā gada kopējo kontroļu skaits. Tomēr vidējais kontroļu skaits vienam darbiniekam VI reģionālajās nodaļās atšķiras – vislielākā slodze vienam darbiniekam ir Rīgas reģionā (34 kontroles vienam darbiniekam pusgadā), iespējams, tāpēc, ka ārstniecības iestāžu izvietojums reģionā ir kompaktāks un nokļūšanai līdz ārstniecības iestādei varētu būt nepieciešams mazāk laika. Tomēr, izvērtējot iepriekš minēto informāciju par augsto dažādu kontroļu kombināciju vienas vizītes ārstniecības iestādē ietvaros, kas raksturīgs Rīgas reģionā strādājošajai Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļai, redzams, ka kontroļu slogs vienam darbiniekam, iespējams, ir par augstu. Vidējais kontroļu skaits Vidzemes un Latgales reģionālo nodaļu darbiniekiem ir vienāds – 29 kontroles pusgadā, t.i., vairāk par vienu kontroli nedēļā, mazliet zemāks ir Kurzemes reģionā – 25 kontroles pusgadā. Savukārt vismazākais kontroļu skaits vienam darbiniekam ir Zemgales reģionā (22 kontroles vienam darbiniekam pusgadā, un to nevar pilnībā skaidrot ar reģiona struktūru (apdzīvoto vietu izkliedētību), jo ārstniecības iestādes novados, kas atrodas bijušajā Jēkabpils rajonā, kontrolē Latgales teritoriālā iestāde.

17. zīmējums. Vidējais kontroļu skaits vienam darbiniekam

A. 2009. – 2012. gadā



B. sadalījumā pēc VI reģionālajām nodaļām 2011. gada IV ceturksnī un 2012. gada I ceturksnī*



Avots: autoru aprēķini, balstoties uz VI sniegto informāciju par kontroļu skaitu (sk. 9. tabulu – iepriekš) un darbinieku skaitu pēc grāmatvedības sniegtajiem datiem par attiecīgo nodaļu darbinieku atalgojumu.
*Piezīmes: * A. zīmējuma aprēķinā izmantots kopējais kontroļu skaits (gan plānveida kontroles, gan pārbaudes, kas veiktas uz iesniegumu pamata), pieņemot katru kontroli par atsevišķu vienību; B. zīmējuma aprēķiniem izmantots kopējais kontroļu skaits, kurā par vienu kontroli uzskata vienu vizīti uz ārstniecības iestādi. ** provizoriska 2012. gada sloga prognoze, balstoties uz 2012. gada I ceturkšņa rezultātiem.*

Apkopojot iepriekš paustos secinājumus, VI KP Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļai, kas aptver Rīgas reģionu, ieteicams paaugstināt tikai plānveida kontroļu īpatsvaru (lai samazinātu risku, ka ārstniecības iestādes, par kurām nav saņemta nekāda brīdinoša rakstura informācija, tiek kontrolētas ievērojami retāk). Lai īstenotu šo mērķi un sabalansētu darbinieku slodzi, VI Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļai ir nepieciešams arī viens papildus pilnas slodzes darbinieks (inspektors). Pieņemot darbā KP Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļā vienu papildu darbinieku, slodzes intensitāte tuvosies Vidzemes un Latgales reģionālo nodaļu darbinieku slodzei.

Vienlaikus VI UPAD ieteicams izvērtēt, kādam būtu jābūt optimālajam kontroļu skaitam vienam darbiniekam nedēļā un vai iespējams paaugstināt pētījumā aprēķināto vidējo rādītāju – viena kontrole nedēļā – līdz 1,2 kontrolēm nedēļā. Šobrīd šo intensitātes rādītāju pārsniedz KP Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļa (1,35 kontroles vienam darbiniekam nedēļā), un aptuveni šādā režīmā strādā Vidzemes un Latgales reģionu nodaļas (1,14 kontroles vienam darbiniekam nedēļā). Tādējādi tikai divu reģionālo nodaļu – Kurzemes un Zemgales – darbinieku slodze šobrīd ir zemāka, un ir nepieciešams noteikt tās iemeslus. Attiecībā uz Zemgales nodaļas darbu zemāka slodze, iespējams, ir konstatēta pielietotā aprēķina specifikas dēļ, jo darbības virziena īstenošanā ir ieskaitīts ne tikai inspektors, bet arī nodaļas vadītājs, kas šīs funkcijas, iespējams, īsteno tikai daļēji. Tā kā pētījuma autoru rīcībā nav precīzas informācijas par nodaļas vadītāja iesaistīšanās pakāpi ārstniecības iestāžu kontrolē, tika uzskatīts, ka viņš iesaistās uz pilnu slodzi. Lai gan attiecībā uz visām reģionālajām nodaļām šī pieeja ir īstenota vienādi, Zemgales nodaļā ir mazāks darbinieku kopējais skaits, tāpēc ietekme uz rezultātu varētu būt lielāka. Neskatoties uz šo pieņēmumu, ieteikums izvērtēt darbinieku slodzes un iespējas tās paaugstināt Kurzemes un Zemgales reģionālajās nodaļās paliek spēkā.

11. tabulā attēloti ārstniecības iestāžu kontroļu rezultāti – VI pieņemtais lēmums (rīcība) gadījumos, kad konstatētas neatbilstības normatīvajiem aktiem. Visbiežākais lēmums, ko pieņēmusi ir VI, ir priekšlikumu un uzdevumu konstatēto neatbilstību novēršanai uzdošana un to kontrole, ievērojami retāk ir konstatēti tādi pārkāpumi, kuru rezultātā pieņemts administratīvo lēmums un piemērots naudas sods vai ārstniecības iestādei izteikts brīdinājums vai ir pieņemts lēmums par iestādes darbības apturēšanu.

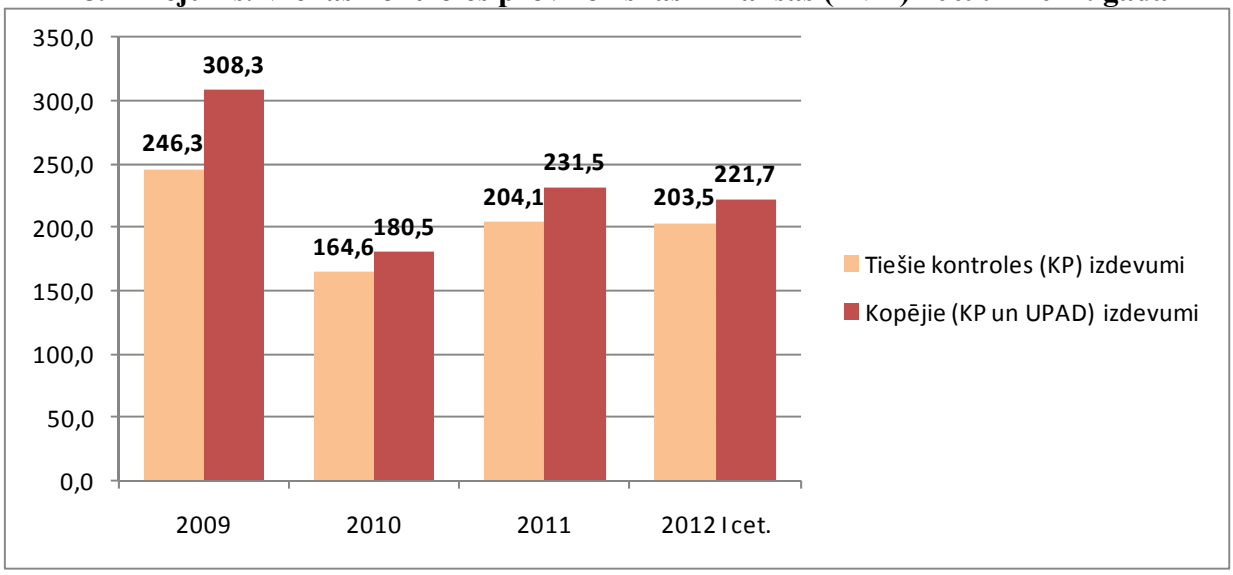
11. tabula. Ārstniecības iestāžu kontroļu rezultāti – rīcība neatbilstības gadījumos 2009. – 2012. gadā

	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
Konstatēto neatbilstību novēršanas un priekšlikumu izpildes kontrole	435	476	317	62
Ārstniecības iestādes darbības apturēšana, no tiem:				
brīdinājumi	*2*	*9*	*4*	*1*
lēmumi par darbības apturēšanu	*1*	*4*	*5*	*0*
atļauju darbības apturēšanai izsniegšana	*0*	*0*	*2*	*0*
Administratīvo pārkāpumu lietvedības, no tām:				
administratīvo pārkāpumu lēmumu skaits	*7*	*8*	*14*	*4*
piemērots naudas sods	*8*	*7*	*13*	*3*
piemērotā naudas soda apmērs (LVL)	*960*	*260*	*730*	*75*

Avots: Veselības inspekcijas informācija

Pēdējais ārstniecības iestāžu kontroli raksturojošais rādītājs ir vienas kontroles veikšanas provizoriskās izmaksas, ņemot vērā to īstenošanā iesaistīto darbinieku atalgojumu un piemaksas, kas saistītas ar tiešo pienākumu veikšanu, un pakalpojumu izmaksas. Vienas kontroles izmaksas aprēķinātas divējādi – tikai VI KP izdevumi (kontroļu tiešā īstenošana) un kopējie izdevumi, iekļaujot kontroļu metodisko vadību, ko īsteno VI UPAD (sk. 18. zīmējumu).

18. zīmējums. Vienas kontroles provizoriskās izmaksas (LVL) 2009. – 2012. gadā



Avots: autoru aprēķini, balstoties uz VI sniegto informāciju par kontroļu skaitu (sk. 9. tabulu – iepriekš) un attiecīgo nodaļu darbinieku atalgojumu.

Lai gan VI KP īsteno arī medicīnisko ierīču izplatīšanas un lietošanas (ekspluatācijas) kontroli (devītais darbības virziens), tās parasti tiek veiktas ārstniecības iestādes kontroles ietvaros, turklāt Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļā, kas aptver Rīgas reģionu, abus tehniskās uzraudzības inspektorus ir iespējams izslēgt no aprēķiniem. Līdzīgi – KP kopš 2011. gada otrās puses ir iesaistīta otrā darbības virziena īstenošanā – veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzība un kontrolē, tomēr tam veltītā budžeta daļa, VI atbildīgo darbinieku vērtējumā, ir niecīga. Tādējādi, lai gan neliela daļa no kontroles izmaksām varētu tikt attiecinātas uz

citiem darbības virzieniem, precīzu datu, kas ļautu nodalīt šīs budžeta daļas, trūkuma dēļ, visas izmaksas ir iekļautas ārstniecības iestāžu kontroles izmaksās.

18. zīmējumā redzams, ka vienas ārstniecības iestādes kontroles izmaksas 2012. gada I ceturksnī bija Ls 221,7, ieskaitot gan kontroles, gan kontroles metodiskās vadības izdevumus. Straujākais vienas kontroles izmaksu samazinājums notika no 2009. uz 2010. gadu, kad būtiski samazinājās gan KP struktūrvienību, gan UPAD Veselības aprūpes nodaļas izdevumi. Veselības aprūpes nodaļā šajā laikā tika būtiski samazināts darbinieku skaits. 2011. gadā, salīdzinot ar 2010. gadu, vienas kontroles izmaksas atkal pieauga, un tās bija nedaudz augstākas nekā kontroles izmaksas 2012. gada I ceturksnī. Izmaksu samazinājums saistīts ar budžeta samazinājumu – ar 2011.gada 1.jūliju likumā „Par valsts budžetu 2011.gadam" tika veikti grozījumi, samazinot apakšprogrammai 46.01.00 „Ārstniecības pakalpojumu sniedzēju kontrole un uzraudzība" apstiprināto finansējumu par Ls 15 181 izdevumu ekonomiskās klasifikācijas kodā „Atlīdzība" (EKK 1000) un plānoto amata vietu skaitu par 3 (gadā). Šie budžeta samazinājumi ir pretrunā ar iepriekš sniegtajiem ieteikumiem palielināt KP Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļas darbinieku skaitu par vienu inspektora slodzi.

10.2.3. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzība un kontrole

Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzību un kontroli VI veic Veselības aprūpes līgumu un pakalpojumu uzraudzības departaments (VALPUD), kurš sastāv no divām nodaļām – Līgumu uzraudzības nodaļa un Sūdzību izskatīšanas nodaļa. Līgumu uzraudzības nodaļas galvenais uzdevums ir realizēt valsts uzraudzību par līgumu, kas noslēgti ar ārstniecības iestādēm un aptiekām par valsts garantēto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem, izpildi atbilstoši līgumu un normatīvo aktu prasībām. Savukārt sūdzību izskatīšanas nodaļas galvenais uzdevums ir izskatīt fizisko un juridisko personu sūdzības, iesniegumus un ierosinājumus par iespējamiem pārkāpumiem valsts apmaksāto veselības pakalpojumu saņemšanā un nodrošināšanā. 2012. gada I ceturksnī VALPUD strādāja 17 darbinieki (ieskaitot departamenta vadību), no tiem Līgumu uzraudzības nodaļā strādāja 13 darbinieki (t.sk. reģionos strādājošie inspektori) un Sūdzību izskatīšanas nodaļā 4 darbinieki.

12. tabulā apkopotā informācija raksturo gan VALPUD Līguma uzraudzības, gan Sūdzību izskatīšanas nodaļas darbu. Informācija par 2010. un 2011. gadu parāda, ka VI ik gadu veic vidēji 430 pārbaudes par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un valsts budžeta līdzekļu izlietojumu – 2010. gadā veiktas 413 šādas pārbaudes, bet 2011. gadā – 449 pārbaudes (sk. 12. tabulu). Pieejamā informācija liecina, ka VI ārstniecības iestāžu pārbaudēs lielāku uzsvaru liek uz valsts budžeta līdzekļu izlietojuma pārbaudi – šādu pārbaužu īpatsvars ir lielāks. 12. tabulā nav iekļauta informācija par pārbaužu skaitu, kas veiktas uz iedzīvotāju vai juridisko personu sūdzību pamata, jo to uzskaite aplūkotajā laika posmā ir mainījusies, tāpēc tā nav salīdzināma.

Salīdzinot VI VALPUD veikto kontroļu skaitu ar NVD noslēgto līgumu skaitu (sk. 1. tabulu 10.1.2. nodaļā), redzams, ka 2010. gadā VAPLUD aptvēra aptuveni 19% no noslēgtajiem līgumiem un 2011. gadā – 21% noslēgto līgumu.

Atšķirībā no iepriekšējā darbības virziena – ārstniecības iestāžu kontroles – līgumu izpildes kontrole tiek veikta mērķtiecīgāk, lielāku darba laika daļu pavadot, izvērtējot NVD VIS ievadīto informāciju. Balstoties uz VIS informācijas analīzi, tiek atlasītas ārstniecības iestādēs, kurās tiek veikta kontrole. Arī budžeta izlietojuma kontrolēs vienas pārbaudes ietvaros tiek aptverti vairāki aspekti, tāpēc 12.

tabulā sniegtais kontroļu detalizētais izvērsums summā veido vairāk, nekā ir norādīts kopējais kontroļu skaits.

12. tabula. VI veikto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzības un kontroļu skaits un rezultāti 2009.-2012. gadā

	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
KOPĀ (pārbaužu skaits/ iestāžu skaits), no tām*:	823	413	311[17] (449)	59[18] (61)
Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un darba organizācijas pārbaudes	*346*	*148*	*215*	*26*
Valsts budžeta līdzekļu izlietojuma pārbaudes	*808*	*202*	*242*	*46*
Kompensējamo zāļu izrakstīšanas un apmaksas pārbaudes	*256*	*50*	*73*	*10*
Administratīvo lēmumu skaits	nav datu	165	236	76
Atgūtie līdzekļi valsts budžetā vai ieturējumi (LVL)**	nav datu	204 243,64	97 215,96	53 349,95
Vidējie uz vienu administratīvo lēmumu atgūtie līdzekļi valsts budžetā vai ieturējumi (LVL)**	nav datu	1 237,84	411,93	701,97

Avots: Veselības inspekcijas informācija
*Piezīme: * vienas pārbaudes ietvaros var tikt kontrolēti vairāki pakalpojuma aspekti (gan pakalpojumu pieejamība, gan budžetu izlietojums). ** Ieturējumi no ārstam izmaksājamās atlīdzības, nav ieskaitīts līgumsods un nepamatoti iekasētā maksājuma atlīdzināšana pacientam.*

12. tabulā redzamajam kontroļu intensitātes kritumam no 2009. gada uz 2010. gadu ir divi iemesli. Pirmkārt, 2009. gada 1. oktobrī VI pārņemot līgumu izpildes kontroli, darbā tika pieņemta aptuveni puse bijušo darbinieku, kuri līgumu uzraudzību veica VOAVA. Otrkārt, kopš 2010. gada VI pārbaudes tika veiktas atbilstoši Administratīvā procesa likuma prasībām, kas ir būtiski atšķirīga pieeja, salīdzinot ar līguma nosacījumu izpildes pārbaudi, ko veica VOAVA. Administratīvā akta sagatavošana prasa ievērojamus cilvēkresursus un laika resursus, tāpēc līgumu uzraudzība būtu jāveic mērķtiecīgāk. Lai gan VI VALPUD, kontrolējot valsts budžeta līgumu izlietojumu, pielieto risku analīzes principus, būtisku uzraudzības efektivitātes paaugstināšanos varētu panākt, ja NVD VIS tiktu iekļautas vairāk ievadīto loģiskās pārbaudes, kā rezultātā VALPUD samazinātos to pārbaužu skaits, kas šobrīd kontrolē biežāk raksturīgās normatīvo aktu pārkāpumu kļūdas. Atbrīvojoties resursiem, VALPUD būtu iespēja kontrolēt lielāku līgumu īpatsvaru.

Atbilstoši VI apkopotajai informācijai, biežāk konstatētie veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma pārkāpumi ir šādi:

1. uzrādīto pakalpojumu neatbilstību faktiski veiktajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, kas izpaužas pierakstījumos vai tiek uzrādītas faktiskajai situācijai neatbilstošas manipulācijas;
2. ambulatorie speciālisti vienam pacientam vienas aprūpes epizodes (30 kalendāra dienas) ietvaros uzrādījuši apmaksai no veselības aprūpes budžeta divus un vairāk talonus (sk. arī problēmas formulējumu 8. nodaļā);
3. gadījumi, kuros ārstu prakses darba organizācija neatbilst līgumā noteiktajam darba laikam – 40 stundas nedēļā, nav norādīts ģimenes ārsta pieņemšanas laiks līdz plkst. 19.00 vai nav noteikts pieņemšanas laiks pacientiem bez iepriekšēja pieraksta (akūtiem pacientiem);

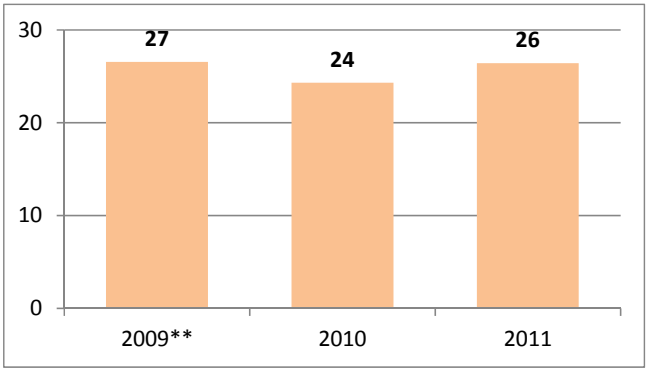
[17, 17] VI pārbaudīto unikālo iestāžu skaits (2009. un 2010. gadā tika uzskaitīts pārbaužu skaits ārstniecības iestādēs, bet 2011. gadā tika sākts uzskaitīt pārbaudīto unikālo iestāžu skaits, proti, iestāde tiek uzskaitīta tikai vienu reizi, neraugoties uz to, ka pārbaudes šajā iestādē var būt veiktas vairākas). Veikto pārbaužu skaits norādīts iekavās.

4. pacientiem ir liegta iespēja iepazīties ar korektu un pilnīgu informāciju, līdz ar to izprast ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas iespējas un apmaksas kārtību;
5. konstatēti pārkāpumi ģimenes ārstu prakšu „otrās" māsas darbībā – nav norādīts vai nav nodrošināts māsas patstāvīgais pieņemšanas laiks – ne mazāk par 10 stundām nedēļā, lielā daļā ģimenes ārstu prakšu „otrās" māsas neveic ierakstus ambulatorās kartēs vai kādā citā medicīniskā dokumentācijā, kas apliecinātu māsai noteikto pamatuzdevumu izpildi.
6. apmaksai vienlaicīgi uzskaitīti pacientam stacionēšanas laikā sniegti un ambulatori sniegti pakalpojumi (sk. problēmas formulējumu 8. nodaļā).

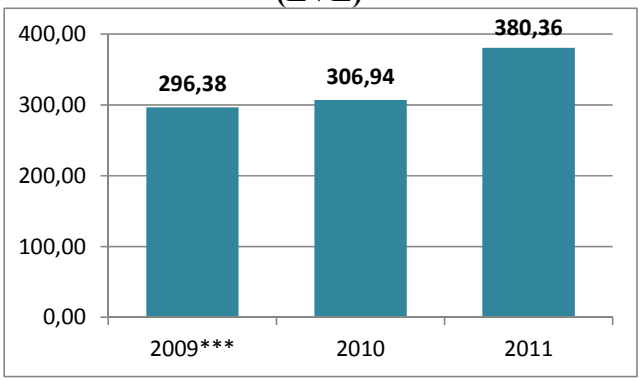
Papildus VALPUD darbu apgrūtina tas, ka trešā puse kontrolē divu iestāžu starpā noslēgta līguma nosacījumu izpildi. No VI viedokļa raugoties, ieteicams būtu, lai virkne jautājumu, kas iekļauti ir ārstniecības iestāžu līgumos, piemēram, attiecībā uz pakalpojumu pieejamību, būtu jābūt nostiprinātam normatīvajos aktos.

19. zīmējums. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma kontroļu veikšanai patērētie resursi 2009.-2011. gadā*

A. Vidējais kontroļu skaits vienam darbiniekam



B. Vienas kontroles provizoriskās izmaksas (LVL)



*Avots: autoru aprēķini, balstoties uz VI sniegto informāciju par kontroļu skaitu (sk. 12. tabulu – iepriekš) un darbinieku skaitu pēc grāmatvedības sniegtajiem datiem par attiecīgo nodaļu darbinieku atalgojumu. Piezīmes: * 2012. gada rezultāti ir izslēgti no zīmējuma, jo iegūtais rezultāts radīja šaubas par tā ticamību. Datu salīdzināmībai 2011. gadam aprēķiniem izmantots pārbaužu skaits ārstniecības iestādēs (dots iekavās). ** 2009. gada dati uzskatāmi par indikatīviem, jo 2009. gada iekļauts visas līguma pārbaudes (VOAVA+VI), taču darbinieku skaits, likvidējot VOVA strauji mainījās (VOAVA – 36 darbinieki, uz VI pārgāja 16 darbinieki), tāpēc aprēķinos izmantots darbinieku skaita izmaiņu koeficients. *** Atalgojuma dati ir pieejami tikai par 2009. gada IV ceturksni, tāpēc kontroļu skaita aprēķinā pielietots koeficients.*

19. zīmējumā ir attēlotas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta izlietojuma kontroles veikšanai patērētie resursi – viena darbinieka veikto kontroļu skaits, par pamatu ņemot kopīgo kontroļu skaitu, un vienas kontroles provizoriskās izmaksas, kas ir mazliet atšķirīgāka pieeja nekā 17. un 18. zīmējuma gadījumā, kur katra kontroles kombinācija tika uzskatīta par atsevišķu vienību. Atšķirības aprēķinā radušās tāpēc, ka pieejamie dati par VALPUD darbu neļauj precīzi noteikt dažādo kombinēto kontroļu skaitu (piemēram, summējot tas var tikt iegūts mazāks par kopējo kontroļu skaitu). Tāpēc, salīdzinot minētajos zīmējumos attēlotos datus, ir jāņem vērā to aprēķināšanas īpatnības. Ņemot vērā VALPUD darba specifiku, ieteicams līgumu izpildes kontroli salīdzināt ar ekspertīžu slodzi un izmaksām (10.2.4. nodaļa), jo abas šīs aktivitātes ietver informācijas apkopošanu un analīzi, kas būtiski atšķiras no ārstniecības iestāžu kontroles norises kārtības.

Atbilstoši 19.A. zīmējumā attēlotajiem datiem, aplūkotajā laika posmā viens VALPUD darbinieks veica vidēji vienu kontroli divās nedēļās, un šī intensitāte nav būtiski mainījusies aplūkotajā laika posmā. Savukārt 19.B. zīmējuma dati rāda, ka vienas kontroles izmaksas 2011. gadā ir pieaugušas.

10.2.4. Veselības aprūpes kvalitātes un darbspējas ekspertīzes kontrole

Veselības aprūpes kvalitātes un darbspējas ekspertīzes kontroles (trešā darbības virziena) īstenošanā ir iesaistītas šādas VI struktūrvienības:

- Uzraudzības plānošanas un attīstības departamenta (UPAD) Veselības aprūpes nodaļa (viens darbinieks) nodrošina veselības aprūpes uzraudzības metodisko vadību;
- Kontroles pārvaldes (KP) Veselības aprūpes kvalitātes kontroles nodaļa veic ekspertīzes kontroles (saskaņā ar darbinieku atalgojuma sarakstu 2012. gadā nodaļā kopumā strādāja 30 darbinieki, no kuriem četri bija nodaļas vai ekspertu daļu vadītāji, 14 – vecākie ārsti eksperti, četri – ārsti eksperti, četri – eksperta palīgi un viens – pārvaldes lietvedis).

13. tabula. VI saņemto iesniegumu un informācijas skaits un veikto veselības aprūpes kvalitātes un darbspējas ekspertīzes kontroļu skaits 2009.-2012. gadā

	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
Iesniegumu un informācijas izskatīšana par veselības aprūpes kvalitāti un darbspējas ekspertīzi pēc saņemtās informācijas vai pieprasījuma, no tām:	**1215**	**1095**	**1153**	**258**
Pēc saņēmēja veida:				
- *no iedzīvotājiem*	*433*	*443*	*455*	*116*
- *no personām ieslodzījumu vietās*	*224*	*172*	*188*	*46*
- *no juridiskām personām*	*508*	*342*	*359*	*59*
- *no tiesībsargājošām iestādēm*	*22*	*65*	*73*	*18*
- *no Veselības ministrijas*	*23*	*6*	*6*	*2*
- *citos gadījumos (iestāžu informācija, plašsaziņas līdzekļu informācija)*	*5*	*67*	*72*	*17*
Pēc satura:				
- *par veselības aprūpes kvalitāti*	*773*	*720*	*721*	*161*
- *par darbnespējas ekspertīzi*	*442*	*336*	*325*	*61*
Veikta veselības aprūpes kvalitātes un darbspējas ekspertīzes kontrole, no tām:	**844**	**766**	**732**	**148**
pēc informācijas no iedzīvotājiem	*241*	*265*	*275*	*66*
pēc informācijas no personām ieslodzījumu vietās	*85*	*47*	*93*	*28*
pēc informācijas no juridiskām personām	*471*	*271*	*246*	*29*
pēc informācijas no tiesībsargājošām iestādēm	*21*	*49*	*53*	*11*
pēc informācijas no Veselības ministrijas	*21*	*87*	*2*	*2*
pēc informācijas citos gadījumos (iestāžu informācija, plašsaziņas līdzekļu informācija)	*5*	*47*	*63*	*12*

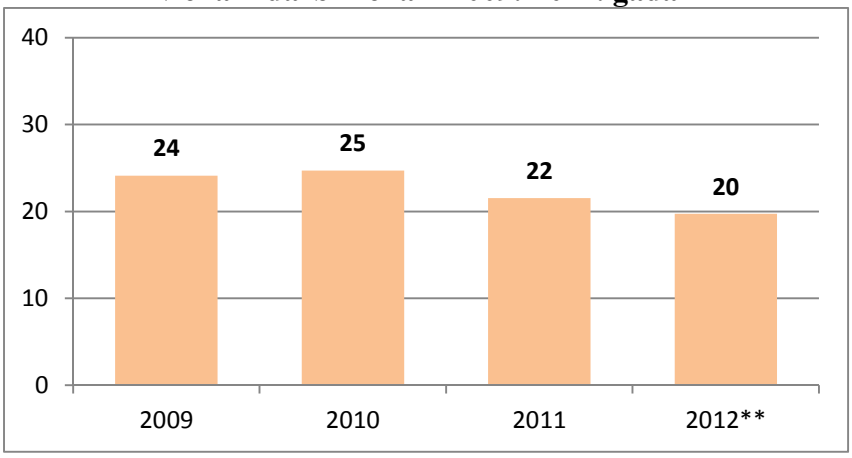
Avots: Veselības inspekcijas informācija

Kā liecina pētījuma autoriem pieejamā informācija, ik gadu VI izskata vidēji 1150 iedzīvotāju un juridisko personu iesniegumi par veselības aprūpes jautājumiem (sk. 13. tabulu). Visvairāk iesniegumu tiek saņemts no iedzīvotājiem par veselības aprūpes kvalitāti (vidēji 440 iesniegumu gadā), no juridiskām personām par darbnespējas ekspertīzi (vidēji 403 iesniegumi gadā) un no personām ieslodzījuma vietā par veselības aprūpi tajās (vidēji 195 iesniegumi gadā). Izvērtējot saņemtos iesniegumus, tiek lemts par tālāko rīcību – iesniegumā minētās informācijas pārbaudei tiek veikta ekspertīze vai tiek sniegta tikai atbildes vēstule. 2012. gada I ceturksnī ekspertīzes tika veiktas

par 57% saņemto iesniegumu, 2011. gadā – 64% saņemto iesniegumu, 2010. un 2009. gadā – 70% saņemto iesniegumu.

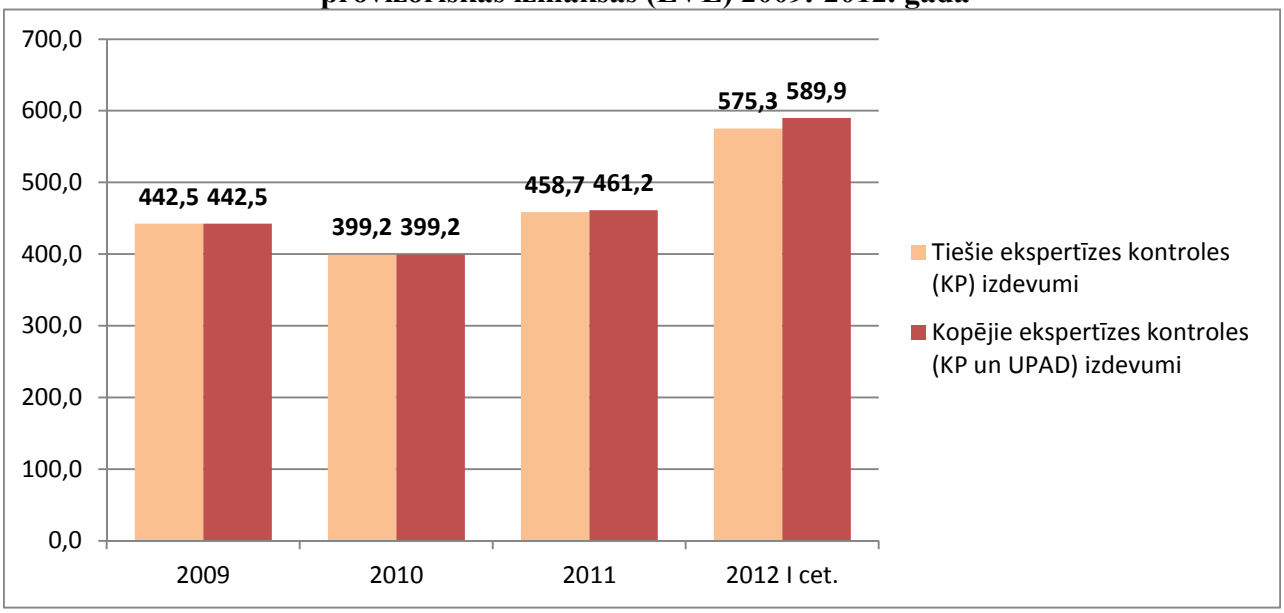
Balstoties uz saņemto informāciju vai iesniegumiem, laika posmā no 2009. gada līdz 2012. gada martam VI veikusi 2490 veselības aprūpes kvalitātes un darbspējas ekspertīzes kontroles. Taču šādu gadā veikto pārbaužu skaitam ir tendence sarukt – ja 2009. gadā tika veiktas 844 šādas pārbaudes, tad 2011. gadā to skaits bija 732 (sk. 13. tabulu).

20. zīmējums. Vidējais veselības aprūpes kvalitātes un darbspējas ekspertīzes kontroļu skaits vienam darbiniekam 2009.-2012. gadā*



*Avots: autoru aprēķini, balstoties uz VI sniegto informāciju par kontroļu skaitu (sk. 13. tabulu – iepriekš) un darbinieku skaitu pēc grāmatvedības sniegtajiem datiem par attiecīgās nodaļas darbinieku atalgojumu. Piezīmes: * Rādītājā ieskaitīti gan eksperti, gan ekspertu palīgi, lai gan ekspertīzes veic viens vai vairāki eksperti, bet ekspertu palīgi veic atbalsta funkcijas. ** Provizoriska 2012. gada sloga prognoze, balstoties uz 2012. gada I ceturkšņa rezultātiem.*

21. zīmējums. Vienas veselības aprūpes kvalitātes un darbspējas ekspertīzes kontroles provizoriskās izmaksas (LVL) 2009.-2012. gadā*



*Avots: autoru aprēķini, balstoties uz VI sniegto informāciju par kontroļu skaitu (sk. 13. tabulu – iepriekš) un darbinieku skaitu pēc grāmatvedības sniegtajiem datiem par attiecīgās nodaļas darbinieku atalgojumu. Piezīmes: * Saņemto iesniegumu izskatīšana nav iekļauta aprēķinā, jo tā aizņem salīdzinoši mazu darba laika daļu.*

20. un 21. zīmējums rāda vidējo ekspertīžu kontroļu skaitu uz vienu darbinieku (ieskaitot ekspertu palīgus, kas nodrošina informācijas ievadīšanu, kas ir būtiska un laikietilpīga procesa sastāvdaļa) un vienas ekspertīzes provizoriskās izmaksas. Attēlā redzamie 2012. gada dati, it sevišķi uz ekspertīžu izmaksām, ir uzskatāmi par provizoriskām, jo atkarīgi no veikto ekspertīžu skaita. Tā kā ekspertīzes veikšana ir laikietilpīgs process, 2012. gada I ceturkšņa dati, iespējams, nepilnīgi atspoguļo nodaļas darbinieku paveikto.

10.2.5. Ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzturēšana

Ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzturēšanu veic VI Informācijas analīzes un reģistrācijas nodaļa. Tās uzdevumi ir arī nodrošināt nepieciešamo dokumentu sagatavošanu un izsniegšanu ārstniecības personām kvalifikācijas atzīšanai ārvalstīs un ārvalstīs iegūtās kvalifikācijas atzīšanai Latvijā. 2012. Gada I ceturksnī nodaļā strādāja četri darbinieki.

VI sniegtā informācija rāda, ka Ārstniecības iestāžu reģistrā uz 31.03.2012. bija reģistrētas 4794 ārstniecības iestādes (sk. 14. tabulu). Kopš 2011. gada ir vērojama tendence sarukt reģistrā atrodamo ārstniecības iestāžu skaitam – no jauna tiek reģistrēts mazāks skaits iestāžu nekā tiek svītrotas no reģistra.

Savukārt Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā vērojama pretēja tendence – reģistrēto skaits ik gadu, sākot ar 2010.gadu, pieaug. Ja 2009. gadā reģistrā bija reģistrētas 42 939 ārstniecības un ārstniecības atbalsta personas, tad 2012. gada martā to skaits sasniedza 45 704. Jānorāda gan, ka kopējais reģistrēto skaits pieaug uz ārstniecības personu skaita, jo reģistrēto ārstniecības atbalsta personu skaits ik gadu sarūk – tā 2009. gadā to bija 1334, bet 2012. gada martā 1156.

14. tabula. Ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzturēšana 2009.-2012. gadā

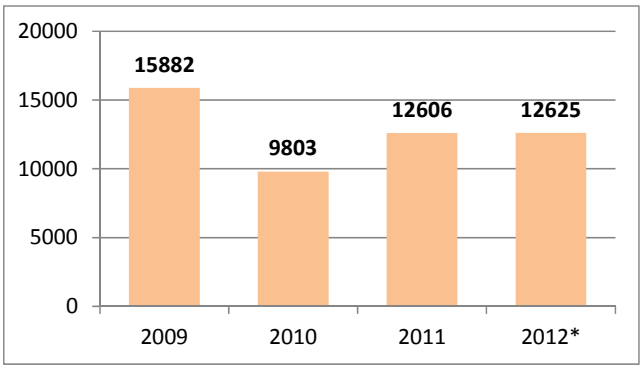
		2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
Ārstniecības iestāžu reģistra uzturēšana	no jauna reģistrētās	372	250	190	42
	svītrotās	158	92	248	55
	kopā reģistrētās	4707	4865	4807	4794
Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzturēšana	no jauna reģistrētās	nav datu	1041	1426	nav datu
	kopā reģistrētās	42939	44152	45616	45704

Avots: Veselības inspekcijas informācija

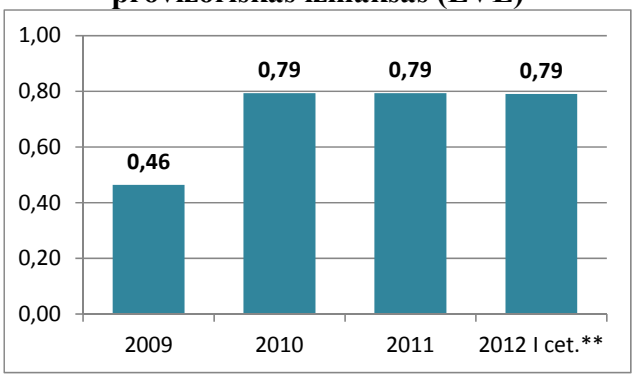
Pieņemot, ka ārstniecības iestādes un ārstniecības personas katra ir viens reģistra ieraksts, iespējams izrēķināt ierakstu skaitu, kuru kopumā administrē (pārrauga) viens darbinieks un vienas reģistra vienības uzturēšanas izmaksas (sk. 22. zīmējumu). Aprēķins ir indikatīvs, jo nodaļa veic arī informācijas sagatavošanu uz pieprasījumiem u.c. funkcijas, taču iegūtie dati liecina, ka viena ieraksta uzturēšana pēdējos trīs gadus izmaksā 0,79 LVL.

22. zīmējums. Ārstniecības iestāžu un ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru uzturēšanai patērētie resursi 2009.-2012. gadā

A. Reģistra ierakstu skaits administrēšanai vienam darbiniekam



B. Vienas reģistra vienības uzturēšanas provizoriskās izmaksas (LVL)



Avots: autoru aprēķini, balstoties uz VI sniegto informāciju par reģistra vienībām (ārstniecības iestādēm, ārstniecības personām un ārstniecības atbalsta personām) skaitu (sk. 14. tabulu – iepriekš) un darbinieku skaitu pēc grāmatvedības sniegtajiem datiem par attiecīgo nodaļu darbinieku atalgojumu.
*Piezīmes: * Provizoriska 2012. gada apjoma prognoze, balstoties uz 2012. gada I ceturkšņa rezultātiem. ** Korektam novērtējumam tika aprēķināts pilns 2012. gada budžets, balstoties uz 2012. gada I ceturkšņa budžeta datiem.*

15. tabula. Reģistra uzturēšanai veiktās darbības 2009. – 2012. gadā

		2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
Ārstniecības iestāžu reģistra uzturēšana	Izsniegt atbilstības novērtēšanas sertifikātu	108	0	7	0
	Ievadīto paziņojumu par atbilstību	562	841	774	198
	Ievadīt paziņojumus par izmaiņām ārstniecības iestāžu reģistrā iekļautajā informācijā	1045	3790	1466	106
Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzturēšana	Izsniegt ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrācijas apliecības	5273	7693	11073	2168
	Veikt izsniegto ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu sertifikātu ievadi	8857	4192	5240	1429
	Veikt ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzskaites kartes/izmaiņu lapu informācijas ievadi	1346*	2751	3199	1045
	Nodrošināta reģistra datu kvalitāte par ārstiem rezidentiem	163	131	271	0
	Nodrošināta reģistra datu kvalitāte par neaktīvām ārstniecības personām	44*	205	246	50
	Izsniegt izziņas profesionālās kvalifikācijas atzīšanai ārvalstīs	113*	187	196	75
	Izsniegt profesionālās kvalifikācijas atzīšanas apliecības	nav datu	3	0	2168
	Veikt reģistra datu analīzi un sagatavot informāciju	12*	145	61	15

Avots: Veselības inspekcijas informācija
*Piezīmes: * Dati par 2009. gada IV ceturksni*

10.2.6. Medicīnisko ierīču izplatīšanas un lietošanas kontrole

Medicīnisko ierīču izplatīšanas un lietošanas kontroli īsteno šādas VI struktūrvienības:

- Kontroles pārvaldes (KP) Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļa (identificēti divi tehniskie eksperti);
- medicīnisko ierīču kontroli tirdzniecības uzņēmumos īsteno Uzraudzības plānošanas un attīstības departamenta Produktu drošuma un tirgus uzraudzības nodaļa (šis virziens neattiecas uz pētījuma mērķi un tāpēc netiek aplūkots).

2010. gadā, lai uzraudzītu medicīnisko ierīču izplatīšanas un lietošanas kārtību, veiktas 86 plānveida kontroles ārstniecības iestādēs un 4 kontroles medicīnisko ierīču tirdzniecības uzņēmumos (skat. 16. tabulu). 2011. gadā VI jau ievērojami vairāk plānveida kontroles veikusi medicīnisko ierīču tirdzniecības uzņēmumos – attiecīgi 75 kontroles ārstniecības iestādēs un 31 kontroli medicīnisko ierīču tirdzniecības uzņēmumos. 16. Tabulā norādītās vienas plānveida kontroles provizoriskās izmaksas ir uzskatāmas par indikatīvām, jo medicīnisko ierīču kontroles ārstniecības iestādēs bieži tiek īstenotas kopā ar ārstniecības iestāžu kontroli, kā rezultātā daļa no pirmā darbības virziena izmaksām varētu tikt attiecināta uz medicīnisko ierīču kontrolēm.

16. tabula. VI veikto medicīnisko ierīču izplatīšanas un lietošanas (ekspluatācijas) kontroļu skaits un izmaksas 2009.-2012. gadā

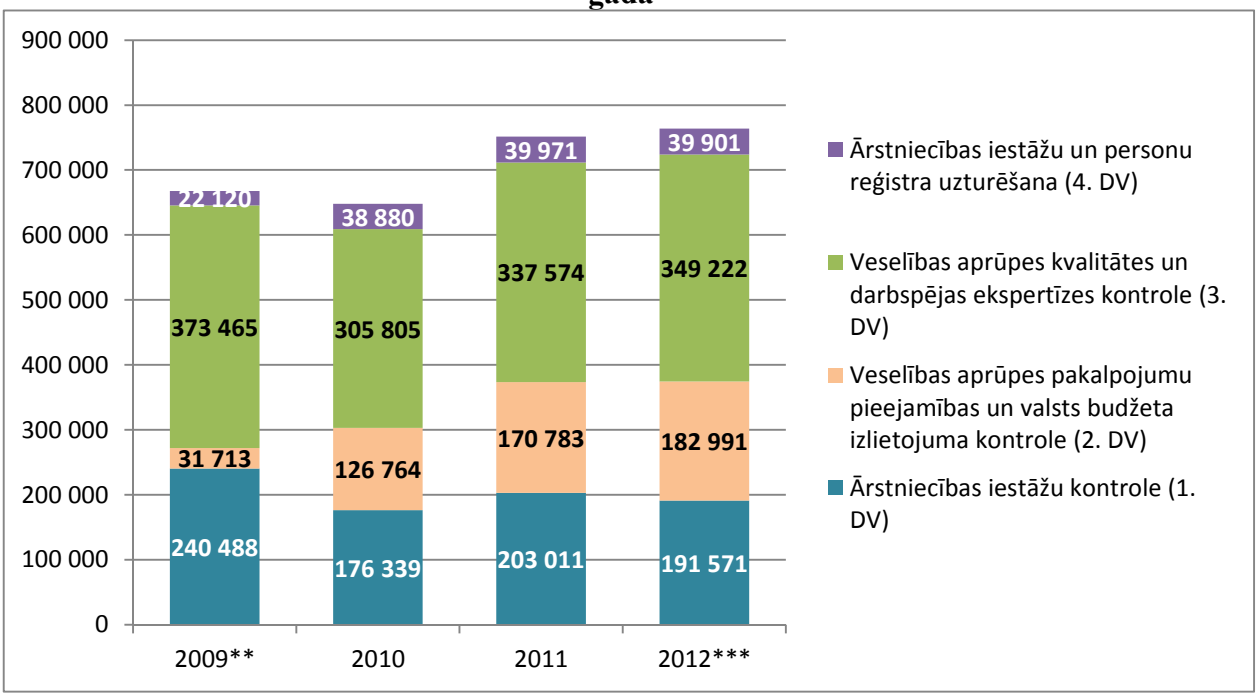
	2009. gads	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis
Plānveida kontroļu skaits ārstniecības iestādēs	nav datu	86	75	30
Ārstniecības iestāžu skaits, kurās veikta ierīču laboratoriskā testēšana	nav datu	10	6	9
Identificēto darbinieku skaits (tehniskās uzraudzības eksperti)	1	2	2	2
Identificētās personāla izmaksas (LVL)	1 589,85	14 414,86	14 701,95	3 678,39
Vienas plānveida kontroles provizoriskās izmaksas (LVL)	nav datu	167,6	196,0	122,6

Avots: autoru aprēķini, balstoties uz VI sniegto informāciju

10.2.7. Kopsavilkums

Apkopojot nodaļā analizētos VI darbības rādītājus, 23. zīmējumā ir attēlots katra darbības virziena īstenošanā patērētais budžets. Lielākie resursi tiek patērēti veselības aprūpes kvalitātes un darbspējas ekspertīzes kontroles (trešais darbības virziens) nodrošināšanai – provizoriski 2012. Gadā tie būs 349 222 LVL. Aptuveni līdzīgas budžeta daļas tiek patērētas ārstniecības iestāžu kontroles (pirmais darbības virziens) un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzības un kontroles (otrais darbības virziens) nodrošināšanai – 182 līdz 192 tūkstoši LVL. Ārstniecības iestāžu, ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra uzturēšanas (ceturtais darbības virziens) provizoriskās izmaksas 2012. gadā ir 39 900 LVL.

23. zīmējums. VI veselības aprūpes jomas uzraudzības darbības virzienu budžets 2009. – 2012. gadā*



Avots: autoru aprēķini, balstoties uz VI sniegto informāciju
*Piezīme: * nav iekļauta medicīnisko ierīču izplatīšanas un lietošanas (ekspluatācijas) kontrole (devītais darbības virziens), jo uz veselības aprūpes jomu attiecas tikai daļēji. ** VI otrā darbības virziena funkciju pārņēma ar 2009. gada 1. oktobri, budžets atspoguļo darbības virziena izmaksas tikai VI jurisdikcijā. ***2012. I ceturkšņa dati izmantoti gada budžeta provizoriskajam aprēķinam.*

10.3. Zāļu valsts aģentūra

Zāļu valsts aģentūra ir Veselības ministrijas pakļautībā esoša iestāde, kuras darbība veselības aprūpes jomā skar iestādes divos veidos. Pirmkārt, ZVA veselības aprūpes jomā novērtē atbilstību un uzrauga audu un orgānu ieguves un uzglabāšanas centrus, ārstniecības iestāžu asins kabinetus, asins sagatavošanas nodaļas, un Valsts asinsdonoru centru. Uzraudzībā ietilpst asins kabinetu, audu ieguves un uzglabāšanas centru, cilmes šūnu ieguves un uzglabāšanas centru atbilstības vērtēšana un uzraudzības procedūras. Šīs ZVA funkcijas uzskatāmas par tādām, kas tieši ietekmē veselības aprūpes jomā strādājošas iestādes. Šo funkciju veic ZVA Farmaceitiskās darbības atbilstības novērtēšanas nodaļa.

Otrkārt, ZVA veic medicīnisko ierīču atbilstības novērtēšanu un reģistrāciju un medicīnisko ierīču lietošanas drošības uzraudzību (vigilanci). Šīs funkcijas veic ZVA Medicīnisko ierīču novērtēšanas nodaļa.

Saistībā ar šo divu funkciju veikšanu, ierīču piegādātājiem un/vai veselības aprūpes iestādēm ir:

- jāpaziņo ZVA par jaunas pirmās un otrās drošības grupas medicīnas ierīces iegādi un tās lietošanas izmaiņām;
- jāsniedz informācija saistībā ar medicīnisko ierīču lietošanas drošības uzraudzību (vigilanci), kas izpaužas divējādi: (a) kā medicīnas ierīces lietotāja signālziņojuma iesniegšana un (b) sniedzot rakstiskas atbildes uz ZVA informatīvajām vēstulēm, kurās uzdots izvērtēt informāciju un sniegt rakstisku atbildi uz informatīvajā vēstulē uzdotajiem jautājumiem.

Pētījuma veicēju rīcībā esošā informācija liecina, ka laika periodā no 2009. gada oktobra līdz 2012. gada martam ZVA veicis 54 audu un orgānu ieguves un uzglabāšanas centru, Valsts asinsdonoru centra, ārstniecības iestāžu asins kabinetu un asins sagatavošanas nodaļu atbilstības novērtēšanas un uzraudzības procedūras (sk. 17. tabulu). No šīm procedūrām biežāk veikta Valsts asinsdonoru centra, asins sagatavošanas nodaļu un asins kabinetu atbilstības novērtēšana – aplūkotajā laika periodā kopumā 38 – , kas ir būtiska pirms šāda ārstniecības iestādes struktūrvienība uzsāk savu darbību. Savukārt Valsts asinsdonoru centra, asins sagatavošanas nodaļu un asins kabinetu uzraudzība veikta retāk – kopā vien 6 gadījumi. Audu, šūnu un orgānu ieguves un uzglabāšanas centru atbilstības novērtēšana un uzraudzība veikta attiecīgi 8 un 2 gadījumos.

Šīs funkcijas nodrošināšanu ZVA īsteno viens darbinieks un attiecīgās nodaļas vadītāja par 0,3 slodzi. Attiecīgi 2010. gadā šīs funkcijas īstenošana izmaksāja 14 333,78 LVL (vidēji 895,86 LVL uz vienu atbilstības novērtējumu), 2011. gadā – 19466,84 LVL (vidēji 778,67 LVL uz vienu atbilstības novērtējumu) un 2012. gada I ceturksnī 6004,7 LVL (vidēji 1501,18 LVL uz vienu atbilstības novērtējumu).

17. tabula. ZVA veiktās Valsts asinsdonoru centra, asins sagatavošanas nodaļu, asins kabinetu, audu, šūnu un orgānu ieguves un uzglabāšanas centru atbilstības novērtēšanas un uzraudzības procedūru skaits 2009.-2012. gadā

	2009. gada IV ceturksnis	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis	Kopā pa gadiem
Valsts asinsdonoru centra, asins sagatavošanas nodaļu un asins kabinetu **atbilstības novērtēšana**	1	12	22	3	38
Valsts asinsdonoru centra, asins sagatavošanas nodaļu un asins kabinetu **uzraudzība**	0	2	3	1	6
Audu, šūnu un orgānu ieguves un uzglabāšanas centru **atbilstības novērtēšana**	0	4	3	1	8
Audu, šūnu un orgānu ieguves un uzglabāšanas centru **uzraudzība**	0	0	1	1	2
KOPĀ	**1**	**18**	**29**	**6**	**54**

Laika periodā no 2009. gada oktobra līdz 2012. gada martam ZVA saņēmis 1135 iesniegumus no ierīču piegādātājiem un veselības aprūpes iestādēm par medicīnisko ierīču iegādi – kopumā ziņojot par 6130 pirmās un otrās drošības grupas medicīnisko ierīču iegādi (sk. 18. tabulu). Pieejamā informācija liecina, ka vairāk medicīniskās iekārtas juridiskās personas ir iegādājušās 2010. gadā. Savukārt 2011. gadā ZVA vairāk saņēmis informāciju no ierīču piegādātājiem un veselības aprūpes iestādēm par medicīnisko ierīču lietošanas izmaiņām – 2010. gadā par 449 ierīcēm, bet 2011. gadā par 1994 ierīcēm.

Medicīnisko ierīču atbilstības novērtēšanas un reģistrācijas un medicīnisko ierīču lietošanas drošības uzraudzības (vigilances) funkcijas īstenošanas izmaksas 2009. gadā bija 24 104,79 LVL (īstenoja četri darbinieki), 2010. gadā – 48 121,56 LVL (īstenoja četri darbinieki), 2011. gadā – 45029,83 LVL (īstenoja četri darbinieki) un 2011. gada I ceturksnī – 9141,34 LVL (īstenoja trīs darbinieki).

18. tabula. ZVA saņemtā informācija par 1. un 2. drošības grupas medicīniskās ierīču iegādi un lietošanas izmaiņām 2009.-2012. gadā

		2009. gada IV ceturksnis	2010. gads	2011. gads	2012. gada I ceturksnis	Kopā pa gadiem
Saņemtā informācija par 1. un 2. drošības grupas medicīniskās ierīces **iegādi**	Medicīnisko ierīču skaits	125	2018	3089	898	6130
	Iesniegumu skaits		678	366	91	1135
Saņemtā informācija par 1. un 2. drošības grupas medicīniskās ierīces **lietošanas izmaiņām**	Medicīnisko ierīču skaits	20	449	1994	489	2952
	Iesniegumu skaits			112	44	156

10.4. Radiācijas drošības centrs

Valsts vides dienests ir vides ministra pārraudzībā esoša institūcija, kuras darbības mērķis ir realizēt vides politiku un nodrošināt, lai tiktu ievēroti normatīvie akti vides aizsardzības, radiācijas drošības un kodoldrošības un dabas resursu izmantošanas jomā, kā arī veicināt dabas resursu un enerģijas ilgtspējīgu izmantošanu. Veselības aprūpes jomā uzraudzību veic Valsts vides dienesta Radiācijas drošības centrs, kura funkcijas ir noteiktas likumā „Par radiācijas drošību un kodoldrošību" un Valsts vides dienesta reglamentā. RDC normatīvajos aktos noteiktajā kārtībā atbilstoši savai kompetencei nodrošina uzraudzību un kontroli radiācijas drošības un kodoldrošības jomā, kā arī izsniedz licences un atļaujas darbībām ar jonizējošā starojuma avotiem. RDC kontrole skar ārstniecības iestādes, kurās izmanto medicīniskās apstarošanas iekārtas, rentgena aparātus u.tml., tādējādi šīs kontroles skar zobārstniecības kabinetus, ambulatorās un stacionārās ārstniecības iestādes, kurās veic darbības ar jonizējošā starojuma avotiem.

RDC ir divas struktūrvienības: Inspekcijas daļa un Licenču un reģistru daļa. RDC inspektori veic pārbaudes radiācijas drošībā un kodoldrošībā objektos, kuros tiek veiktas darbības ar jonizējošā starojuma avotiem, t.sk., veic uzraudzībā esošo jonizējošā starojuma avotu pārbaudes. Ja kontroles laikā ir konstatēti pārkāpumi radiācijas drošībā un kodoldrošībā, personām var tikt piemērots administratīvais sods.

Lai gan ar RDC tika panākta vienošanās par sadarbību pētījuma īstenošanā, nepieciešamie dati RDC darba raksturošanai tika iegūti daļēji – tikai par 2010. un 2011. gadu, bez funkciju veikšanai patērētā budžeta aprēķiniem.

Pētījuma veicējiem pieejamā informācija liecina, ka RDC pārraudzībā 2010. gadā bija 788 ārstniecības personas un ārstniecības iestādes (operatori), kuru īpašumā bija jonizējošā starojuma iekārtas, bet 2011. gadā to skaits bija pieaudzis līdz 824 (sk. 19. tabulu). Jāmin, ka lielākā daļa no šīm iekārtām – 67,9% no visām RDC pārraudzībā esošajām 1011 juridiskajām personām – piederēja zobārstniecības pakalpojumu sniedzējiem.

19. tabula. RDC sniegtā informācija par juridisko personu (operatoru) skaitu, kuru īpašumā ir jonizējošā starojuma iekārtas 2010.-2011. gadā

	2010. gads	% no kopskaita	2011. gads	% no kopskaita
Zobārstniecība	644	66,7	686	67,9
Pārējā medicīna	144	14,9	138	13,6
	788		**824**	

2010. gadā RDC veicis 271 uzraudzībā esošo jonizējošā starojuma iekārtu pārbaudi, bet 2011. gadā to skaits nedaudz sarucis – veikta 201 pārbaude (sk. 20. tabulu). Tomēr ārstniecības personas un ārstniecības iestādes ir būtiskākais darba nodrošinātājs RDC darbiniekiem – ja normatīvajā regulējumā tiks iestrādāta norma par to, ka ne katrā ārstniecības iestādē (piemēram, ne katram zobārstniecības pakalpojumu sniedzējam) ir jābūt jonizējošā starojuma iekārtai, tad pastāv varbūtība, ka saruks RDC uzraudzībā esošo ārstniecības personu un ārstniecības iestāžu (operatoru) skaits un līdz ar to arī RDC darba apjoms.

20. tabula. RDC veikto pārbaužu skaits 2010.-2011. gadā

	2010. gads	% no kopskaita	2011. gads	% no kopskaita
Zobārstniecība	167	40,3	99	27,6
Pārējā medicīna	104	25,1	102	28,4
	271		**201**	

Arī administratīvo pārkāpumu protokolu skaitu RDC darbinieki 2010. un 2011. gadā vairāk izrakstījuši ārstniecības personām un ārstniecības iestādēm – 2010. gadā 66,2% gadījumu un 2011. gadā 61,9% gadījumu protokoli izrakstīti ārstniecības personām un ārstniecības iestādēm (sk. 21. tabulu). Tiesa, izrakstīto administratīvo pārkāpumu protokolu skaits 2010. un 2011. gadā mainījies līdz ar veikto pārbaužu skaitu – ja 2010. gadā vairāk pārbaudīti zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji un attiecīgi viņi saņēmuši vairāk administratīvo pārkāpumu protokolu, tad 2011. gadā vairāk pārbaudes veiktas citu ārstniecības personu un ārstniecības iestāžu vidū un tādējādi lielāks administratīvo pārkāpumu skaits vērojams tur.

21. tabula. RDC izrakstīto administratīvo pārkāpumu protokolu skaits 2010.-2011. gadā

	2010. gads	% no kopskaita	2011. gads	% no kopskaita
Zobārstniecība	39	57,4	16	38,1
Pārējā medicīna	6	8,8	10	23,8
	45		**26**	