

**VESELĪBAS MINISTRIJAS
DARBA GRUPAS DETALIZĒTA REDZĒJUMA PRIMĀRĀS
VESELĪBAS APRŪPES ATTĪSTĪBAI SAGATAVOŠANAI**

ZIŅOJUMS

2018. gada jūnijs

Saturs

Ievads.....	3
"Ideālās" ģimenes ārsta prakses modeļa īstenošanas iespējas	4
Kvalitātes kritēriji primārajā veselības aprūpē.....	5
Administratīvā sloga mazināšana ģimenes ārstu praksēs	9

Ievads

Pamatojoties uz Ministru kabineta 2017. gada 25. jūlija sēdē (prot. Nr. 37 34. § 4. punkts) Veselības ministrijai doto uzdevumu izveidot darba grupu, kura sagatavo detalizētu redzējumu primārās veselības aprūpes attīstībai, Veselības ministrija ar 2017. gada 7. augusta rīkojumu Nr. 159 "*Par darba grupas detalizēta redzējuma primārās veselības aprūpes attīstībai sagatavošanai izveidi*" izveidoja darba grupu dotā uzdevuma izpildei.

Darba grupā tika izskatīti jautājumi par (jautājumi iekļauti Veselības ministrijas 2017. gada 7. augusta rīkojuma Nr. 159 2. punktā):

- 1) "ideālās" ģimenes ārsta prakses modeļa īstenošanas iespējām;
- 2) kvalitātes kritērijiem primārajā veselības aprūpē;
- 3) kapitācijas naudas veidošanās principiem;
- 4) administratīvā sloga mazināšanu ģimenes ārstu praksēs.

Darba grupā piedalījās pārstāvji no Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas (turpmāk – LGĀA), Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas (turpmāk – LLĢĀA), Latvijas Pašvaldību savienības, Latvijas Lielo pilsētu asociācijas, Nacionālā veselības dienesta, kā arī Veselības ministrijas.

Darba grupas ietvaros tika rīkotas sešas sanāksmes, kuru laikā darba grupas locekļi vienojās par organizatoriskajiem jautājumiem, kā arī darba grupas ietvaros individuāli veicamajiem uzdevumiem.

Darba grupa vienojās par izmaiņām kvalitātes kritērijos primārajā veselības aprūpē. Atbilstoši panāktajai vienošanās tika veikti attiecīgi grozījumi Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumu Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (turpmāk – noteikumi Nr. 1529) 14. pielikumā "Ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas un maksājuma sadales metodika".

Tāpat darba grupa vienojās par kapitācijas naudas veidošanās principiem, tajā skaitā par 2018. gadā nodrošināmo kapitācijas naudas apmēru, kā arī ārstniecības personu atalgojuma izmaiņām.

Attiecībā par jautājumiem, kas skar administratīvā sloga mazināšanu ģimenes ārstu praksēs, darba grupa vienojas, ka nepieciešams turpināt konkrētā jautājuma izskatīšanu ārpus darba grupas, jo noteiktu situāciju risināšanā nepieciešams iesaistīt arī citus nozares speciālistus un citu institūciju pārstāvjus.

Savukārt attiecībā uz jautājumu par "ideālās" ģimenes ārsta prakses modeļa īstenošanas iespējām, darba grupā nebija iespējams panākt vienošanos par ģimenes ārsta prakses darba laiku, citu speciālistu piesaisti, u.c. organizatoriskiem aspektiem.

Šajā ziņojumā ir apkopots darba grupas sanāksmēs diskutēto jautājumu kopsavilkums, iekļaujot informāciju par darba grupas locekļu izteikto viedokli, kā arī par attiecīgi veiktajiem grozījumiem normatīvajos aktos.

"Ideālās" ģimenes ārsta prakses modeļa īstenošanas iespējas

Ar 2017. gada 7. augusta Ministru kabineta rīkojumu Nr. 394 tika atbalstīts Veselības ministrijas izstrādātajā konceptuālajā ziņojumā "Par veselības aprūpes reformu" ietvertais risinājums, kas, lai stiprinātu ģimenes ārstu profesijas prestižu sabiedrībā, pilnveidotu atalgojuma sistēmu, veicinot tieši kvalitātē balstītu darba novērtēšanu (tajā skaitā kvalitātes indikatoru pilnveidošanu un izpildi) paredzēja attīstīt "ideālās" ģimenes ārsta prakses modeli.

"Ideālās" ģimenes ārsta prakses modelis ietver:

- optimālu reģistrēto pacientu skaitu - 1500 reģistrētie pacienti, sasaistot pacientu skaitu ar prakses finansējumu (šobrīd finansējums tiek saistīts ar 1800 pacientiem uz praksi);

- primārās veselības aprūpes komandu, kuras sastāvā ietilpst ģimenes ārsts, divas māsas/ārsta palīgi. Savukārt uz vairākām ģimenes ārsta praksēm ir piesaistīti citi speciālisti, piemēram, vecmāte, pediatrs, fizioterapeits;

- brīvprātīgu ģimenes ārstu sadarbības tīklu veidošanu, lai nodrošinātu pakalpojumu pieejamību darbdienā vakaros un brīvdienās, efektīva ģimenes ārsta aizvietošana, telefonkonsultācijas, kā arī daļēji pārņemot dežūrārstu funkcijas. Būtisks faktors ir arī sadarbība ar citiem speciālistiem un dienestiem, piemēram sociālo dienestu;

- telpas, kas atbilst primārās veselības aprūpes līmenī sniedzamajiem pakalpojumiem un labas prakses vadlīnijām, piemēram, iekārtota pacientu uzgaidāmā telpa, pacientu reģistrācijas telpa (vai vieta). Ievērojot privātumu, iekārtota pacientu pieņemšanas telpa, atsevišķa telpa mātai/ārsta palīgam un manipulāciju (procedūru) telpa, kā arī ievēroti vides pieejamības principi ērtai piekļūšanai praksei un atbilstoša gaisa kvalitāte (temperatūra), lai pacienti telpās justos ērti.¹

Darba grupā izskatot jautājumu par "ideālās" ģimenes ārstu prakses modeli, darba grupas locekļi apstiprināja, ka optimālais reģistrēto pacientu skaits vienā ģimenes ārstu praksē varētu būt 1500 pacientu. Tāpat tika norādīts, ka nepieciešams detalizēti diskutēt par pacientu pārdales metodoloģiju, t.i. pacientu skaita optimizēšanu tajās ģimenes ārstu praksēs, kur reģistrēto pacientu skaits pārsniedz 1500 pacientu.

LGĀA un LLGĀA iebilda pret "ideālās" ģimenes ārsta prakses modeļa īstenošanu, norādot uz problēmām ģimenes ārstu sadarbības tīklu veidošanā, noteiktu speciālistu piesaistīšana konkrētā sadarbības tīklā, darba laika izmaiņām, resursu nodrošinājumu, kā arī citām problēmām.

Ņemot vērā, ka LGĀA un LLGĀA iebilda pret "ideālās" ģimenes ārsta prakses modeļa īstenošanu, Veselības ministrija plāno veikt aprēķinus, lai izvērtētu finansiālo ietekmi šādas ieceres īstenošanai. Balstoties uz veiktajiem aprēķiniem tiks izvērtēta iespējamība "ideālās" ģimenes ārsta prakses modeli veidot pilotprojekta veidā,

piesaistot ģimenes ārstu prakses, kas vēlēšies piedalīties projekta īstenošanā. Pilotprojekta mērķis ir iegūt nepieciešamo informāciju un datus par konkrēta modeļa priekšrocībām, trūkumiem un organizatoriskiem jautājumiem.

LGĀA un LLGĀA konceptuāli iebilda pret Veselības ministrijas ieceri īstenot "ideālās" ģimenes ārsta prakses modeli konceptuālajā ziņojumā noteiktajā apmērā. LGĀA un LLGĀA pārstāvji arī norādīja, ka ir nepieciešams nodrošināt otro māsu piesaisti ģimenes ārstu praksēs, lai uzlabotu ģimenes ārsta prakses darbu.

Veselības ministrijas ieskatā liela nozīme primārās veselības aprūpē ir ģimenes ārstu komandai, tas ir, ģimenes ārsta praksē strādājošām ģimenes ārsta māsām un ārstu palīgiem, kas kopā ar ģimenes ārstu nodrošina aprūpes regularitāti, savlaicīgumu un efektivitāti. Veselības ministrija nenoliedz šādu speciālistu piesaisti ģimenes ārstu praksei un informē, ka pamatojoties uz pašreiz spēkā esoši normatīvo regulējumu, ģimenes ārsta prakses var piesaistīt otro māsu (ārsta palīgu), ja tā ir nodrošināta ar iekārtotu darba vietu un māsas vai ārsta palīga pacientu patstāvīgais pieņemšanas laiks ir ne mazāks par 10 stundām nedēļā.

Ņemot vērā, ka otrās māsas piesaistīšanai nepieciešami papildus resursi, gan Veselības ministrija, gan LGĀA un LLGĀA pārstāvji norādīja uz nepieciešamību turpināt diskusiju par papildus nepieciešamo resursu (piemēram, telpu) nodrošināšanas iespējām.

Kvalitātes kritēriji primārajā veselības aprūpē

Kvalitātes kritēriji ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanai, kas tika izmantoti pirms grozījumu veikšanas noteikumos Nr. 1529, tika noteikti 2013. gadā. Kvalitātes kritēriji ir saistīti ar kapitācijas naudu un pēc ģimenes ārstu vērtējuma nav efektīvi un noteiktais finansējuma apjoms un lielais kritēriju klāsts nav motivējošs kvalitātes kritēriju izpildē, par ko liecina ģimenes ārstu skaits, kuri izpildījuši kritēriju robežvērtības.

Ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas un maksājuma sadales metodika ir noteikta noteikumu Nr. 1529 14. pielikumā "*Ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanas un maksājuma sadales metodika*". Atbilstoši normatīvajā aktā noteiktajam (pirms spēkā stājās Ministru kabineta 2017. gada 19. decembra noteikumi Nr. 793 "*Grozījumi Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība"*") ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanā iekļauj vērtējumu par:

Profilaksi (55%)

- veselības pārbaudes;
- bērnu veselība;

- organizēta vēža skrīninga datu uzraudzība.

Pacientu ar hroniskām saslimšanām aprūpi (33%)

- cukura diabēta pacientu aprūpe;
- pacientu ar arteriālo hipertensiju un pacientu ar koronāro sirds slimību aprūpe;
- pacientu ar bronhiālo astmu aprūpe.

Veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu efektivitātes paaugstināšanu (4%)

- Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigāžu izbraukumu skaita vērtējums pie ģimenes ārsta pacientiem.

Ģimenes ārstu veikto manipulāciju daudzveidību (8%)

Lai motivētu ģimenes ārsta iesaisti kvalitātes kritēriju izpildē un līdz ar to nodrošinot pie ģimenes ārsta reģistrēto pacientu savlaicīgu diagnostiku, ārstēšanu un hronisko pacientu uzraudzību, darba grupā tika panākta vienošanās par nepieciešamību uzlabot uzskaites un novērtēšanas metodoloģiju, tādējādi paaugstinot pakalpojuma sniegšanas kvalitāti, kas balstīta uz šādu uzlaboto kvalitātes kritēriju kopumu attiecībā uz gada darbības rādītājiem šādās jomās:

1. Veselības pārbaudes un profilakse:

- no jauna reģistrēta pacienta veselības stāvokļa novērtēšana;
- bērnu vakcinācijas aptvere;
- veikto slēpto asiņu testu aptvere pie ģimenes ārsta reģistrētajiem pacientiem;

2. Pacientu ar hroniskām saslimšanām aprūpe:

- cukura diabēta pacientu aprūpe:
- glikohemoglobīna mērījumi 2. tipa cukura diabēta pacientiem;
- mikroalbuminūrijas noteikšana kvantitatīvi 2. tipa cukura diabēta pacientiem;
- pacientu ar arteriālo hipertensiju un pacientu ar koronāro sirds slimību aprūpe – ZBL holesterīna noteikšana;
- pacientu ar bronhiālo astmu aprūpe – izelpas maksimuma plūsmas mērīšana bronhiālās astmas pacientiem;

3. Ģimenes ārstu veikto manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība.

Veselības ministrijas ieskatā ar pārskatīto un uzlaboto kvalitātes kritēriju pielietošanu tiks panākts, ka lielāks ģimenes ārstu skaits iesaistīsies kvalitātes programmas izpildē, tādējādi panākot, ka vairāk pacienti saņems kvalitatīvu primāro veselības aprūpes aprūpi.

Pamatojoties uz LĢĀA un LLĢĀA sniegtajiem priekšlikumiem un iebildumiem, no kvalitātes kritēju saraksta tika izslēgti 4 kvalitātes kritēriji (skatīt tabulu).

Kritērijs, kas izslēgts no kvalitātes kritēriju saraksta	Pamatojums
Veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 18 gadiem	Lai nodrošinātu ģimenes ārstu prakses darba monitoringu, kvalitātes kritērijs "Veselības stāvokļa novērtējums pacientiem vecumā no 18 gadiem" tika iekļauts noteikumu Nr. 1529 53.9. apakšpunktā nosakot, ka <i>"ģimenes ārsts regulāri novērtē savā pacientu sarakstā reģistrēto personu veselības stāvokli, nodrošinot, ka kalendāra gada laikā veselības stāvoklis tiek novērtēts ne mazāk kā pusei no visiem ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrētajiem pacientiem"</i> . Ņemot vērā, ka minētajā kvalitātes kritērijā iekļautais mērķis tiek noteikts ar noteikumu Nr. 1529 53.9. apakšpunktu, nav nepieciešams dublēt līdzīgas prasības.
Ģimenes ārsta prakse nodrošina dienesta vadības informācijas sistēmas datu apskati par mamogrāfijas skrīningu, dzemdes kakla vēža skrīningu un pacientu informēšanu par iespēju veikt skrīninga izmeklējumus	<p>Pamatojoties uz LĢĀA izteikto viedokli, kvalitātes kritērijs nav pieņemams, jo tā izpilde nav atkarīga tikai no ģimenes ārsta veiktā darba, bet gan no pacienta iesaistīšanās ārstniecības procesā. Tāpat LĢĀA nav saprotams kādēļ ģimenes ārstu praksēm tiek uzdots pildīt Nacionālajam veselības dienestam uzdoto funkciju – valsts organizētā vēža skrīninga pārraudzība.</p> <p>LLĢĀA viedoklis: ja ģimenes ārsts neveiktu konkrētajā kritērija noteikto uzdevumu, skrīninga aptveres rādītāji krasī samazinātos, kas norādītu uz valsts organizētā vēža skrīninga zemo efektivitāti, tādēļ zināmu kontroli (pārraudzību) nepieciešams saglabāt.</p> <p>Problēmu iespējams risināt pilotprojekta viedā ar noteiktām ģimenes ārstu praksēm, kur iesaistītajām ģimenes ārstu praksēm tiktu nosūtīta informācija par pacientiem, kuriem ir tikušas izsūtītas uzaicinājuma vēstules uz skrīningu, lai tādējādi ģimenes ārstam būtu iespējams pārraudzīt kuri pacienti ir vai nav saņēmuši skrīninga pakalpojumu. Vienlaikus šādas ieceres īstenošanas rezultātā būtu nepieciešams piesaistīt papildus finansējumu.</p>
Kardiovaskulārā riska noteikšana	Kvalitātes kritērijā iekļautās metodes nesniedz nepieciešamo rezultātu.
Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izbraukumu skaits pie pacientiem ar noteiktām diagnozēm, ja pacientu nepārved uz slimnīcu	Kritērija izpilde nav tieši saistīta ar ģimenes ārsta darbu, proti, ģimenes ārsts nevar ietekmēt pacienta vēlmi izsaukt neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādi arī

tādos gadījumos, ja pacientam nav nepieciešama neatliekamā palīdzība.

Papildus iepriekš veiktajām izmaiņām kvalitātes kritēriju sarakstā, darba grupa vienojās arī par citiem grozījumiem kvalitātes kritēriju sarakstā, piemēram, aktualizējot kvalitātes kritērijā "Ģimenes ārsta veikto papildu manipulāciju un papildu pakalpojumu daudzveidība" noteikto manipulāciju klāstu, balstoties uz Nacionālā veselības dienesta rīcībā esošo informāciju par visbiežāk piemērotajām manipulācijām.

Ģimenes ārstu kvalitātes kritēriju izpilde tiks monitorēta un apmaksā par kvalitātes kritēriju izpildi tiks veikta tikai ģimenes ārstu praksēm ar izpildītiem kvalitātes kritērijiem.

Minētās kvalitātes sistēmas ieviešanai plānotais finansējums ir 3 729 362 *euro* gadā, 1 322 ģimenes ārsta praksēm, vidēji uz vienu ģimenes ārsta praksi 2 821 *euro* gadā, kas tiks novirzīts sākot ar 2018. gadu, vērtējot rādītāju izpildi 1 reizi ceturksnī. Kopumā ģimenes ārstu kvalitātes sistēmas reformai 2018. gadā papildus plānots novirzīt 5 928 737 *euro*.

Veiktie grozījumi tika apstiprināti ar Ministru kabineta 2017. gada 19. decembra noteikumiem Nr. 793 "Grozījumi Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība".

Kapitācijas naudas veidošanās principi

Lai uzlabotu ģimenes ārstu kapacitāti un nodrošinātu pacientu pieejamību primārai veselības aprūpei, darba grupa vienojās par finansējuma palielināšanu kapitācijas naudai 205,10 *euro* apmērā (mēnesī uz praksi), nosakot 3 rezultatīvos rādītājus:

- ģimenes ārsts veic regulāru savā pacientu sarakstā reģistrēto personu veselības stāvokļa novērtēšanu, nodrošinot, ka gadā veikta novērtēšana ne mazāk kā pusei no visiem ģimenes ārsta pacientu sarakstā reģistrētiem pacientiem;
- nodrošināt ģimenes ārsta konsultāciju pieejamību piecu dienu laikā;
- nodrošināt ģimenes ārsta prakses darbību gan rīta, gan vakara stundās, nosakot, ka vienu reizi nedēļā pacientu pieņemšanas laiks ir no plkst. 8.00 un vienu reizi nedēļā pacientu pieņemšanas laiks ir līdz plkst. 19.00.

Atbilstoši spēkā esošajiem normatīviem regulējumiem, ģimenes ārstam katru gadu ir jāveic pie ģimenes ārsta reģistrēto pieaugušo pacientu profilaktiskā apskate. Pieaugušo profilaktiskā apskate ir iekļauta ģimenes ārsta kapitācijas naudā. Pamatojoties uz Nacionāla veselības dienesta sniegtajiem datiem, 2016. gadā tikai 26,27% pieaugušajiem pacientiem ir veikta profilaktiskā apskate, savukārt tikai 32,67%

ģimenes ārsti ir sasnieguši gada darbības rādītāja "*Veselības stāvokļa novērtējums pieaugušajiem*" apakšējo robežu. Palielinot kapitācijas naudu, varētu tikt nodrošināts, ka vismaz 50% pie ģimenes ārsta reģistrētiem pacientiem visās ģimenes ārstu praksēs tiktu veikts veselības stāvokļa novērtējums.

LGĀA un LLGĀA iebilda pret izvirzītajiem rezultatīvajiem rādītājiem, ko Veselības ministrija paredzēja iekļaut kapitācijas naudas ietvarā. Ņemot vērā, ka izvirzītie mērķa kritēriji ir jau noteikti noteikumos Nr.1529, asociāciju pārstāvji norādīja, ka nav saprotams kādēļ nepieciešams izvirzīt kritērijus vērtēt dubultā.

Veselības ministrijas pārstāvji informēja, ka izvirzītie rādītāji tika izvēlēti tādēļ, ka tie ir jau spēkā esoši un ka tos nepieciešams ievērot visām ģimenes ārstu praksēm. Izvirzītie mērķa rādītāji uzskatāmi par ģimenes ārsta prakses darba pamatprincipiem, lai nodrošinātu primārās veselības aprūpes pieejamību, kurus jau šobrīd lielākā daļa ģimenes ārstu prakšu spēj nodrošināt. Tādēļ, lai būtu iespējams monitorēt, kā arī, lai motivētu ģimenes ārstu prakses veicināt primārās veselības aprūpes pieejamību, tika pieņemts lēmums izvirzīt minētos mērķa rādītājus, vienlaikus paredzot papildus finansējumu par to izpildi.

Grozījumi, kas saistīti ar kapitācijas naudas nodrošināšanu tika apstiprināti ar Ministru kabineta 2017. gada 19. decembra noteikumiem Nr. 793 "Grozījumi Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumos Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība".

Administratīvā sloga mazināšana ģimenes ārstu praksēs

Ņemot vērā, ka ģimenes ārsta darbā ietilpst gan ārstniecības nodrošināšana, gan medicīniskās dokumentācijas sagatavošana, darba grupas ietvaros tika diskutēts vai ģimenes ārstu darbā nepieciešams veikt uzlabojumus attiecībā uz administratīvā sloga mazināšanu.

LLGĀA darba grupas ietvaros iepazīstināja darba grupas dalībniekus ar asociācijas sagatavotajiem priekšlikumiem ģimenes ārstu prakšu administratīvā sloga mazināšanai, kā arī primārās veselības aprūpes uzlabošanai. Sniegtie priekšlikumi iedalāmi divās grupās: 1) priekšlikumi, kurus nepieciešams izskatīt un izvērtēt sadarbojoties ar Labklājības ministriju un nozares speciālistiem; 2) priekšlikumi, kurus nepieciešams izskatīt un izvērtēt veselības nozares ietvaros.

Priekšlikumi, kurus nepieciešams izskatīt un izvērtēt sadarbojoties ar Labklājības ministriju un nozares speciālistiem:

1) lai turpinātu darbnespējas lapu (DNL) pēc 30 dienām, pacients nav obligāti jāsūta uz konsultāciju pie speciālista, bet tas jā dara tikai mērķtiecīgi pēc indikācijām;

2) lai turpinātu DNL, pacients uz Veselības un darbaspēju ekspertīzēs ārstu valsts komisija (VDEĀVK) tiek nosūtīts pēc 3 mēnešiem, taču tiek noteikts, ka sūtot uz

VDEĀVK vai arodslimību ārstu komisiju, konsultācijas pie speciālistiem un izmeklējumi ir veicami tikai mērķtiecīgi pēc indikācijām;

3) pacienti, kas sasnieguši 80 gadu vecumu, lai apstiprinātu invaliditāti, nav jāsūta uz VDEĀVK, jāveic papildus izmeklējumi pie speciālistiem, ja tam nav objektīvu indikāciju, bet visiem tiek noteikta invaliditātes piemaksa ~150 *euro* apmērā;

Priekšlikumi, kurus nepieciešams izskatīt un izvērtēt veselības nozares ietvaros:

1) dokumenti, kas izveidoti un glabājas e-veselības sistēmā vai lokālajās programmās elektroniskajos datu nesējos, nav obligāti jāduplē papīra formā.

2) pārskatīt prasības par obligāto analīžu un izmeklējumu veikšanu pirms valsts apmaksātajām operācijām, jo slimnīcās šie izmeklējumi tiek veikti atkārtoti;

3) izstrādāt vadlīnijas vai rekomendācijas par nosacījumiem pa diagnožu grupām, kādos gadījumos ir nepieciešama radioloģisko izmeklējumu veikšana un veikta primārās veselības aprūpes vadlīniju atjaunošana;

4) izveidot atsevišķus kodus izmeklējumiem, uz kuriem ģimenes ārstam pacients ir jāsūta, pamatojoties uz speciālistu norādījumiem. Šādi izmeklējumi tiktu apmaksāti no sekundāro izmeklējumu groza. Speciālistiem pašiem ir pienākums nosūtīt pacientu uz vajadzīgajām konsultācijām un izmeklējumiem, lai pacients ātrāk saņemtu pakalpojumu lieku reizi neiedams pie ģimenes ārsta, taču praksē tas netiek īstenots;

5) izveidot atsevišķus kodus citu specialitāšu ārstu darba novērtējumam, ko veic ģimenes ārsts, izvērtējot speciālista atbildi pēc pacienta nosūtīšanas uz konsultāciju;

6) izvērtēt iespēju samazināt speciālo nosūtīšanas veidlapu skaitu, to vietā izmantojot veidlapu Nr. 027/u (nepieciešamības gadījumā izskatot jautājumu ar citām iestādēm);

7) papildināt Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumus Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" ar manipulāciju nulles vērtībā zema blīvuma holesterīna noteikšanai un manipulācijas iekļaušanai ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanā (kvalitātes rādītāju kritērijos).

LGĀA izteica priekšlikumu risināt jautājumu (atsakoties no šādu zīmju izrakstīšanas) par nepieciešamību ģimenes ārstiem izrakstīt zīmi, kas iesniedzama izglītības iestādē, ja slimības dēļ skolēns īslaicīgi nav apmeklējis izglītības iestādi.

Papildus Latvijas Ģimenes ārstu asociācija izteica priekšlikumu risināt jautājumu par zīmju izrakstīšanu studentiem, kuriem augstskolas pieprasa ģimenes ārsta apliecinājumu par studenta veselības stāvokli.

Veselības ministrija informēja darba grupas locekļus, ka ņemot vērā, ka izteiktie priekšlikumi skar izglītības jomu, jautājumu risināšanā nepieciešams piesaistīt **Izglītības un zinātnes ministriju.**