



Latvijas Ģimenes ārstu asociācija

Par cilvēkresursu plānu ģimenes ārsta komandas darbībai

Plānošanas bāze

Saeima 2012. gada 20.decembrī apstiprināja
Latvijas Nacionālo attīstības plānu 2014.-2020.gadam

Rīcības virziens "Vesels un darbaspējīgs cilvēks"

[302] Mērķis 1

Veicinot veselīgu dzīvesveidu, **uzlabojot plānošanu un koordinēšanu veselības aprūpes sistēmā**, kā arī ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību, **mazināt hronisko slimību un ārējo nāves cēloņu riska faktoru izplatību sabiedrībā**, tādā veidā **sekmējot iedzīvotāju veselības saglabāšanu un uzlabošanu**, kas ir pamats ilgam un produktīvam darba mūžam.

2012. gada 31. maijā Nr.67
LR Veselības ministrijai
Brīvības ielā 72
Rīgā, LV-1011

Priekšlikumi diskusiju dokumentam

*„Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojuma plāns līdz
2018.gadam*

Latvijas Ģimenes ārstu asociācija ir izskatījusi diskusiju dokumentu „Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojuma plāns līdz 2018.gadam” (turpmāk – Plāns) un izsaka sekojošu viedokli un priekšlikumus:

1. Par ģimenes ārstu slodžu skaita aprēķinu

Diemžēl mums nav pieejami aprēķini par vidējo ģimenes ārsta konsultācijas ilgumu, bet ir dati par Igauniju –

vidēji 9.0± 4.9 minūtes

(Tähepold H, Maaros H, Kalda R, van den Brink-Muinen A. Structure and duration of consultations in Estonian family practice. Scand J Prim Health Care 2003;21:167-70).

Konsultācijas ilgums ir atkarīgs no pacienta veselības problēmas vai profilakses, vecuma, vai tā ir pirmreizēja vai atkārtota konsultācija, pacienta un ārsta sadarbības ilguma, ārsta pieredzes, utt. Vēl jo vairāk, ģimenes ārstu prakšu produktivitāte ir atkarīga no pārējā personāla iesaistīšanas iespējām pakalpojumu sniegšanā, īpaši medicīnas māsu iesaistīšanas (šobrīd tiek dota iespēja ģimenes ārstu praksēm piesaistīt otro māsu vai ārsta palīgu, kuram ir noteikts pieņemšanas laiks – ne mazāk par 10 stundām nedēļā; 2010. gadā otrās māsas vai ārsta palīgi bija aptuveni 21% prakšu, 2011. gadā – 32%).

Ģimenes ārsta vidējais konsultācijas ilgums 15 minūtes varētu būt optimāls. Tomēr papildus jārēķinās ar nepieciešamo laiku dokumentācijas aizpildīšanai (e-veselības sistēmas ieviešanas problēmas), konsultācijām pa telefonu, mājas vizītēm, prakses vadīšanai un apgādei, kā arī ar laiku tālākizglītībai.

Ņemot vērā **vidējo reģistrēto pacientu skaitu (1564)** un apmeklējumu skaitu pie PVA ārstiem uz vienu pacientu – **vidēji 3,1 apmeklējums** (dati: Veselības norēķinu centra Vēstis Nr.19, 2011, 38., 40.lpp.), aprēķins būtu sekojošs: **vidēji 1564 reģistrēti pacienti vienam ģimenes ārstam x 3,1 = 4848 apmeklējumi gadā** : 232 darba dienām (252 reālais darba dienu skaits gadā – 20 dienas atvaļinājumam) = **21 apmeklējumi dienā x 15 min = vidēji 5,2 stundas ārsta pacientu konsultāciju ilgums pieņemšanā dienā**. Ja tomēr paliek pie 220 darba dienām gadā (kā tas ir Plānā), tad ir **22 apmeklējumi dienā x 15 min = vidēji 5,5 stundas ārsta konsultāciju ilgums dienā**, ja vidējais konsultācijas ilgums tiek pieņemts 15 minūtes.

Par ģimenes ārsta slodzi

Nemot vērā ģimenes ārsta darba specifiku, optimāli būtu plānot ģimenes ārsta slodzi nevis pēc nepieciešamā pieņemšanas stundu skaita, bet skatīt to kontekstā ar ģimenes ārsta prakses komandas iespējām sniegt nepieciešamos pakalpojumus noteiktam reģistrēto pacientu skaitam. Vērtējot ģimenes ārstu slodzi nākotnē, **nevajadzētu koncentrēties uz noteiktu ārsta pieņemšanas stundu skaitu, jo apmeklējumu skaits un ilgums būtu jādala ne tikai uz ģimenes ārsta, bet arī uz māsu un ārsta palīgu sniegtajām konsultācijām, stiprinot ārsta prakses kā komandas darbu** – gan organizatoriski, gan kompetences līmenī; gan arī palielinot prakses iespējas sniegt pakalpojumus, piesaistot nepieciešamos darbiniekus un palielinot izmantojamās telpas.

Par ģimenes ārstu prakšu resursu atjaunošanu un papildināšanu

Nepieciešams turpināt nodrošināt pietiekamu rezidentu skaitu ģimenes medicīnā (vismaz 40 rezidentūras vietas gadā), palielināt māsu un ārstu palīgu skaitu praksēs (tai skaitā veikt papildus jaunu māsu apmācību tieši ģimenes ārstu prakšu vajadzībām), lai efektīvizētu prakses darbību pacientu aprūpē, iesaistot māsas veselības veicināšanā un slimību profilaksē.

Par reģistratoru

Reģistratoru (bez medicīniskās izglītības) nodarbināšana praksē palīdz veikt administratīvās funkcijas. Tas **uzlabo dokumentu kārtošanas** funkcijas veikšanu, taču **rada arī problēmu** – ja reģistratoram nav medicīniskas izglītības, nav pietiekamas iespējas novērtēt pacienta problēmas stāvokli, piemēram, lai pierakstītu uz māsas vai ārsta pieņemšanu steidzami vai plānveida. Tāpēc priekšlikums ir ģimenes ārstu praksēm nodrošināt slodzi reģistratora funkcijas veikšanai, bet prakses ārsts izvērtējot vajadzības un iespējas nosaka, kas un kā to veiks.

2. Mājas aprūpes pakalpojumu apvienošana ar sociālajiem pakalpojumiem un nodošana pašvaldību kompetencē

Mājas aprūpes pakalpojumu nodošanai pašvaldību kompetencē nebūtu lietderīga. Pašvaldībās var būt dažāda pieeja šo pakalpojumu nodrošināšanai, organizēšanai un apmaksai. Līdz ar to var izveidoties situācija, ka **Latvijas iedzīvotājiem dažādos novados nav vienāda iespēja saņemt šo pakalpojumu!** Šobrīd tiek nodrošināta vienota pieeja, Nacionālajam veselības dienestam slēdzot līgumu ar ārstniecības iestādēm uz vienotiem noteikumiem.

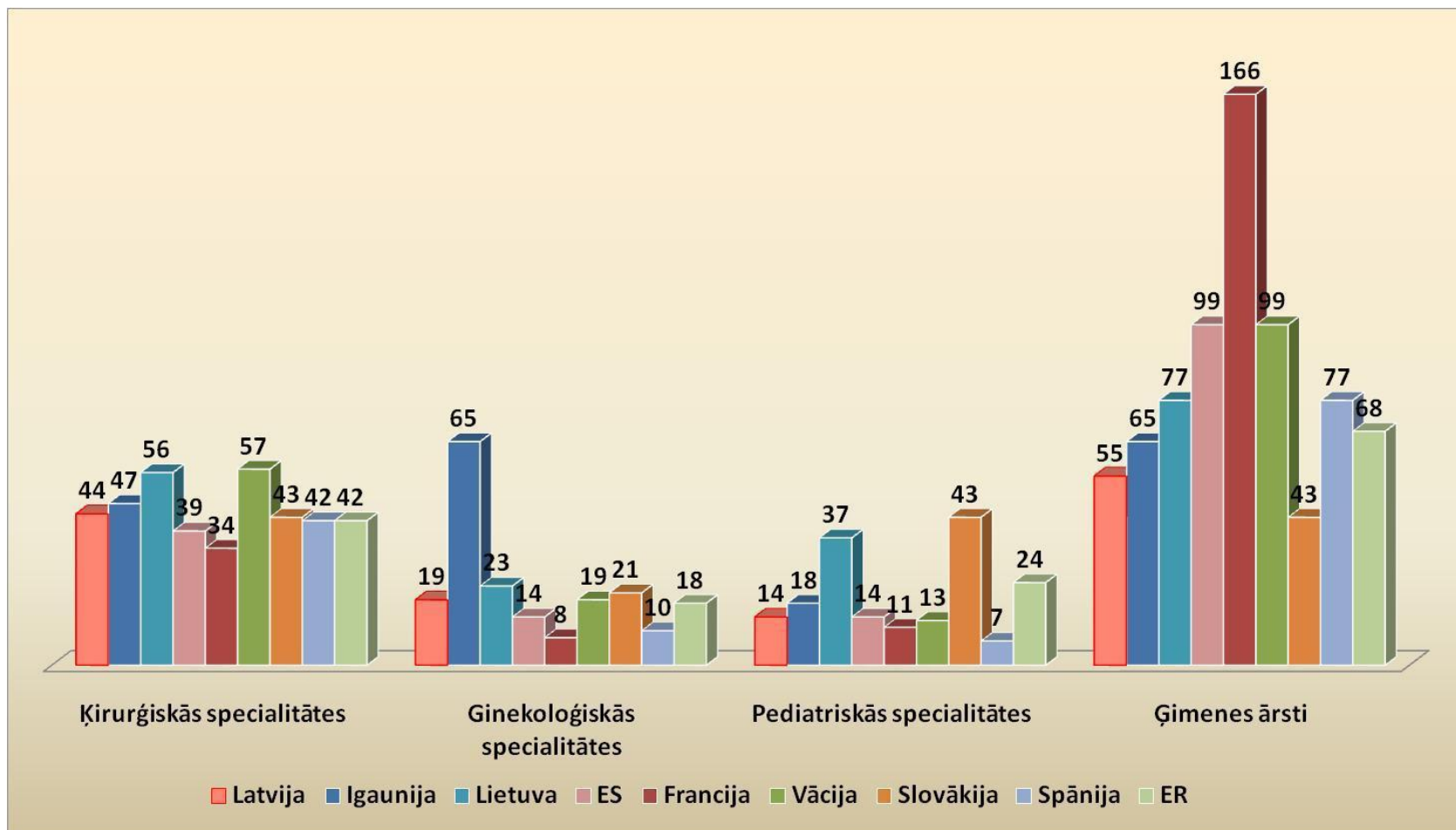
3. Citi priekšlikumi

- Primārajā veselības aprūpē kvalitātes kritēriji darbojas vairākus gadus un tiek pilnveidoti. Nepieciešama ir kvalitātes kritēriju noteikšana sekundārajā aprūpē, ņemot vērā citu valstu pieredzi.
- Plānā pakalpojumu sniedzēju izvietojums un slodzes tiek rēķinātas atbilstoši esošajam apmeklējumu skaitam un prognozēm par iedzīvotāju skaitu. Tomēr netiek plānota veselības aprūpes sistēmas attīstība uz veselības veicināšanu un profilaksi.

Atgādinām, ka **primārā veselības aprūpe** vēl aizvien saņem ļoti mazu finansējuma daļu no kopējā veselības aprūpes budžeta. Ierosinām pārskatīt šo situāciju, jo pētījumi pēdējo gadu laikā apliecina, ka spēcīgas primārās veselības aprūpes sistēmas nodrošina labāku iedzīvotāju veselību, veselības vienlīdzību un lielāku esošo resursu ekonomiju.

Skatīt rakstu: Barbara Starfield, Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012

Ārstu skaits specialitātēs ES valstīs (uz 100 000 iedz.)



VM dati, 2010; Maija Radziņa, Latvijas Jauno ārstu asociācija (08.05.2013.)
Centrālās statistikas pārvaldes dati:

Latvijā 2012. gadā bija 65 ģimenes ārsti jeb 66% no ES vidējā

Uldis Mitenbergs, prezentācija Latvijas Ārstu 7. kongresā

“Ģimenes medicīnas loma efektīvas un kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošināšanā Eiropā un pasaulē”

Labāki veselības iznākumi: ASV

- Primārās aprūpes ārstu pieaugums korelē ar
 - mirstības samazinājumu
 - jaundzimušo mirstības samazinājumu...
 - hospitalizāciju samazinājumu
 - ambulatoro apmeklējumu samazinājumu
 - neatliekamas palīdzības samazinājumu
 - ķirurģiskās iejaukšanās samazinājumu
 - rehospitalizāciju skaita samazinājumu pneimoniju, sirdslēkmju un sirds mazspējas dēļ

Labāki veselības iznākumi: Kanāda

- Vairāk ģimenes ārstu, lielāka agrīna krūts vēža diagnostikas un 5 gadu izdzīvošanas varbūtība

Labāki veselības iznākumi: UK

- Jo vairāk ģimenes ārstu, jo labāks veselības pašnovērtējums

Avots: Barbara Starfield, Johns Hopkins University

Uldis Mitenbergs, prezentācija Latvijas Ārstu 7. kongresā “Ģimenes medicīnas loma efektīvas un kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošināšanā Eiropā un pasaulē”

Mazāk novēršamu hospitalizāciju

- 51 publikācija: 72.5% negatīva korelācija starp primārās aprūpes pieejamību un novēršamām hospitalizācijām
- Novēršamas hospitalizācijas ietver tādas hroniskas saslimšanas kā diabēts un astma un tādas akūtas saslimšanas kā pneimonija un apendicīts ar komplikācijām

Avots:

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/29/eurpub.cks053.full>

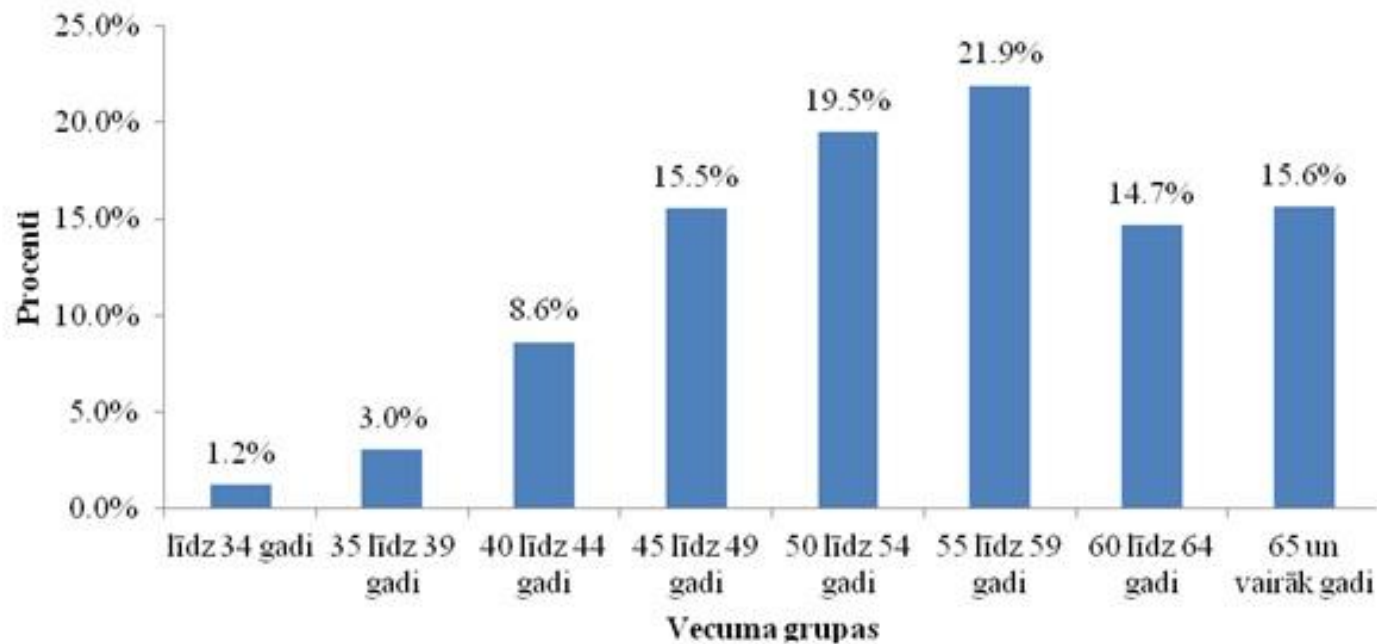
Daži pētījumi liecina, ka “primārās aprūpes paplašināšana ne vienmēr samazina izmaksas, jo ir bijušas iepriekš neapmierinātas vajadzības, uzlabojas pieejamība un pakalpojumu izmantošana”

PVO

Primārā aprūpe sniedz labāko veidu kā tikt galā ar 21. gadsimta problēmām: neveselīga dzīvesveida globalizāciju, strauju neplānotu urbanizāciju un iedzīvotāju novecošanos

Avots: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr38/en/>

Ģimenes ārstu vecuma struktūra




1.grafiks. Ģimenes ārstu vecuma struktūra 2010.-2012.gadā

NVD dati liecina, ka **vidējais ģimenes ārstu vecums** uz 2013.gada 1.janvāri bija **54 gadi**.

Īpaša uzmanība jāvērs tam, ka pēc NVD datiem uz 2013.gada 1.janvāri 2012.gadā **15,6% praktizējošo ģimenes ārstu bija 65 un vairāk** gadus veci [ap 213 ārsti], bet 14,7% - 60-64 gadus veci, kamēr **tikai 1,2% ģimenes ārstu bija vecumā līdz 35 gadiem un 3,0% - 35-39 gadus veci** (skat. 1.grafiku). Īpaša uzmanība jāpievērš tam, ka **7,4% ģimenes ārstu ir 70 un vairāk gadus veci** [ap 101 ģimenes ārsts].

16% no PVA strādājošajām māsām, ārsta palīgiem un vecmātēm ir vairāk nekā 60 gadus veci, šo veselības aprūpes pakalpojumu vidējais vecums ir 50 gadi.

Tiek uzliktas augstākas prasības profilaksē un hronisko pacientu aprūpē, bez atbilstošiem resursiem

 Iespēja ģimenes ārstu praksēm saņemt otrās māsas vai ārsta palīga maksājumu darba samaksai (no 2010. gada)

Tomēr tikai 37% jeb 507 ģimenes ārstu praksēm izdevies “piesaistīt” otrās māsas vai ārsta palīgu (*NVD dati par 2013.gada jūliju*)

* Nav finansējums darba vietas / telpas nodrošināšanai, aprīkojumam un izglītībai

* Trūkst māsu cilvēkresursi, tāpēc vairākumam ģimenes ārstu nav iespējams komandai piesaistīt otro māsu

[PVO dati par māsu un vecmāšu skaitu uz 1000 iedzīvotājiem 2010.gadā: Latvijā - 4,86, Igaunijā – 6,56, Lietuvā – 7,06, Vācijā – 11,38.]

Secinājums: bez finanšu un cilvēkresursiem nav iespējams izpildīt valsts uzliktās prasības; tās nav ekonomiski pamatotas

2009. gadā vidējie ienākumi uz ģimenes ārsta praksi mēnesī:

Igaunijā - 6930 eiro (tai skaitā samaksa par laboratoriskajiem izmeklējumiem);

Latvijā 3568 eiro (2010.gada 1.pusgadā);

Lietuvā 5520 eiro.

Latvijas ģimenes ārstu prakšu ieņēmumi 2010.g. bija ap 65% no tuvāko kaimiņvalstu kolēģu prakšu ieņēmumiem.

Avots: Primary care in Baltic countries: a comparison of progress and present systems. Kaja Pölluste, Vytautas Kasiulevičius, Sarmite Veide, Dionne Sofia Kringos, Wienke Boerma, Margus Lember, Journal title: Health policy

Neizpildāmas prasības bez līdzekļiem – finanšu (tai skaitā telpu nodrošināšanai) un cilvēkresursiem

Brīvprātīgo kvalitātes maksājumu 2 gadus pēc kārtas nesaņēma neviena ģimenes ārstu prakse, jo neizpildīja nosacījumus

Kapitācijas nauda (0,63 Ls par pacientu) = **87% pamatmaksājums** + **4% mēneša mainīgais** + **9% kvalitātes nauda**

Līdz šim gadam ap 80% ģimenes ārstu saņēma pilnu kapitācijas naudu, tai skaitā kvalitātes naudu par 6 rādītāju izpildīšanu.

No 2013. gada **augstākas prasības ar 13 kvalitātes rādītājiem bez papildus finansējuma** – nosacīta drošība tikai par 91% no kapitācijas naudas maksājuma un iespējams **- 9% no samaksas par pacientu (vidēji ~80Ls mēnesī)**, nespējot prasības izpildīt.

Igaunijā *brīvprātīgā Kvalitātes bonusa sistēmā* samaksa ir ap 205-320 eiro mēnesī, kas ir ap 144-225 lati mēnesī

Ministru prezidenta V.Dombrovška atbildes vēstule

„Par veselības ministres Ingrīdas Circenes darbu” (08.08.2013.)

Secināts, ka **2** no Veselības ministrijas darbības plānā 2012.g.

paredzētajiem uzdevumiem **nav izpildīti** – nav izstrādāts

Cilvēkresursu attīstības plāns 2013.-2015.gadam un Veselības aprūpes sistēmas attīstības plāns 2013.-2015.gadam.

“**Minēto īstermiņa politikas plānošanas dokumentu izstrāde cieši saistīta un pakārtota gan Nacionālās attīstības plāna 2014.-2020.gadam izstrādei, gan Eiropas Savienības fondu programmēšanai.**”

“(..) Tomēr vēlreiz vēršu uzmanību, ka īstermiņa politikas plānošanas process šobrīd ir cieši saistīts ar Eiropas Savienības fondu programmēšanas laika grafiku, kas paredz visām ministrijām līdz 2013.gada 1.oktobrim izstrādāt [..] plānošanas dokumentus [..]”

Valdības rīcības plānā noteiktais:

20.1. Izstrādāt un iesniegt MK Veselības aprūpes sistēmas cilvēkresursu attīstības plānu 2013.-2015.gadam (01.07.2012.), kas paredzēja:

- ✓ veikt analīzi par nodrošinājumu ar cilvēkresursiem veselības aprūpē;
- ✓ **noteikt nepieciešamo cilvēkresursu skaitu pa profesiju veidiem līdz 2018.gadam;**
- ✓ Noteikt pasākumus cilvēkresursu attīstībai;
- ✓ **noteikt ārstniecības personāla atalgojuma tendences no 2013.-2015.gadam.**

23.1. Izstrādāt un iesniegt MK Veselības aprūpes sistēmas attīstības plānu 2013.–2015.gadam (01.01.2013.), kas paredzēja:

- ✓ **aprēķināta hospitalizāciju prognoze laika periodam līdz 2018.gadam;**
- ✓ **izstrādāt priekšlikumus par ārstniecības procesa uzlabošanu slimnīcu un ambulatorajā sektorā, kas pamatojas uz slimnīcu funkciju un darbības rādītāju novērtējumu, slimnīcu darbības makroanalīzi un starptautiskajiem pētījumiem.**

Rīcības virziena ietvaros veicamie uzdevumi [310]

Veselīga un aktīva dzīvesveida paraduma nostiprināšana sabiedrībā kopumā [311];

Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšana: (a) īpaši stiprinot primārās veselības aprūpes lomu profilaksē, diagnostikā un ārstēšanā, (b) uzlabojot agrīno diagnosticēšanu un ārstēšanu ambulatorajā tīklā, (c) uzlabojot neatliekamās medicīniskās palīdzības infrastruktūru [312];

Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošana, plānošana un koordinēšana: (a) tālākizglītības programmu īstenošana [..], (b) sirds un asinsvadu, onkoloģisko, psihisko saslimšanu, perinatālās aprūpes tīkla attīstība (t.sk. pacientu plūsmas vadlīniju izstrāde), (c) pakalpojumu apmaksas sistēmas pilnveidošana, (d) veselības aprūpes iestāžu darba efektivitātes novērtēšana un pilnveidošana [313];

Medicīniskās un sociālās rehabilitācijas pasākumi darbspēju saglabāšanai un atjaunošanai [..] [314];

Atkarību izraisošo procesu un vielu lietošanas izplatības ierobežošana [..] [315].

Atbalsta trūkums

Ģimenes ārstu paaudžu nomaiņa un neatkarības saglabāšana

2013. gadā sertifikātus saņēmuši 33 ģimenes ārsti

2014. gadā plānots, ka rezidentūru beigs ap 40 ģimenes ārstiem

Ārstu prakšu pārdošana

Ārstu prakšu juridiskā statusa jautājums

Valsts subsīdijas vai valsts garantēts kredīts jaunajiem prakšu ārstiem, kuri sniegs valsts apmaksātos pakalpojumus



Identificētās problēmas, kas traucē attīstību

Nepietiekama telpu platība, kas apgrūtina pieejamību un kvalitātes uzlabošanu, īpaši izmantot iespēju piesaistīt otro māsu

Ģimenes ārsta prakses telpu platība ir neliela – 40% līdz 40 m², 27% prakses telpas ir 41 – 60 m², 18% ir robežās no 61 – 80m², un 15% ģimenes ārstu prakses telpas ir lielākas par 80 m².

Salīdzinoši liels mazu telpu īpatsvars ir Rīgā – 64% prakses telpas ir mazākas par 40 m², bet citās pilsētās un laukos šie rādītāji ir attiecīgi 32% (2x mazāk) un 15% (4x mazāk).

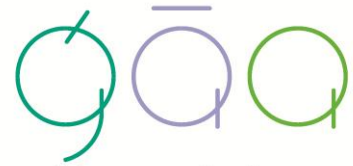


Lielā daļā prakšu (~40%, turklāt Rīgā 2 x biežāk nekā citas pilsētās) ir traucēta spēcīgas primārās veselības aprūpes attīstība, jo nav iespējams nodrošināt telpu māsas pilnvērtīgam darbam un pacientu konsultācijām

Ap 9% Latvijas ģimenes ārstu strādā pārmaiņus ar otru ārstu, bet 32% māsas darba vieta ir ārsta kabinetā.

Kā iemesli mazajām telpu platībām var tikt minēts **ārsta prakses vajadzībām piemērotu telpu trūkums un augstās izmaksas** (atbilstoši tirgus cenai).

Tikai 7% ģimenes ārsta prakšu saņem pašvaldības atbalstu prakses uzturēšanai vai transportam. 93% nesaņem nekādu atbalstu no savas pašvaldības. Lielāks pašvaldību atbalsts ir lauku praksēm – 24% lauku prakšu tādu saņem, citās pilsētās pašvaldību atbalstu saņem 5% prakšu, bet Rīgā – 3%.



Vērtējums par prakšu telpu funkcionalitāti un atbilstību prakses vajadzībām ir skeptisks – **tikai 27 % respondentu uzskata, ka prakses telpas ir atbilstošas un piemērotas.**

64% uzskata, ka prakses telpas ir daļēji piemērotas un ir jāveic dažādi to uzlabojumi, bet **9% uzskata, ka prakses telpas ir nepiemērotas prakses vajadzībām.**

Nepieciešamie uzlabojumi:

- piekļuves nodrošināšana cilvēkiem ar īpašām vajadzībām (34% nav gatavi nodrošināt liftus vai slīdošās slīpnes un 59% nav gatavi ierīkot tualetes telpas personām ar ierobežotām funkcionālām spējām);
- remonta nepieciešamība;
- vajadzība gan pēc lielākām telpām, gan nepieciešamība ierīkot atsevišķu telpu.



Atvaļinājuma izmantošana kā viens no kvalitātes nodrošināšanas garantiem

Ģimenes ārstu 2012. gadā izmantotā atvaļinājuma ilgums vidēji ir 2,4 nedēļas gadā jeb 75 % ģimenes ārstu neizmanto pilnu atvaļinājuma laiku.

Rīgā 20% izmanto pilnu atvaļinājuma laiku, 14% izmanto 3 nedēļas, 50% - 2 nedēļas, un 14 % gada laikā izmanto 1 atvaļinājuma nedēļu.

Laukos 27% ģimenes ārstu izmanto pilnu atvaļinājuma laiku, 13% - 3 nedēļas, 38% - 2 nedēļas, vienu atvaļinājuma nedēļu gadā izmanto 22%.

86% ģimenes ārstu atvaļinājuma laikā vienojas ar aizvietotāju par to, ka apmaiņā aizvietos viņu, un tikai 14 % vienojas ar aizvietotāju par konkrētu samaksu.

Laukos 80% vienojas par savstarpēju aizvietošanu un 20% par noteiktu samaksu, bet Rīgā tikai 8% vienojas par samaksu un 92 % izmanto iespēju savstarpēji aizvietot vienam otru bez savstarpējas samaksas.



Pārvaldības atbalsts pieejamības un kvalitātes uzlabošanai

- ✓ Mērķtiecīgi plānot prakšu izvietojumu un pacientu skaitu (tai skaitā ilgtermiņā) - pārskatīt nepieciešamos cilvēkresursus un izvietojumu atbilstoši jaunajam *Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izvietojuma plāna līdz 2018.gadam* projektam (+ NVD informācija par konkrēto situāciju katrā vietā – pacientu skaits, ārstu vecums, blakus esošo prakšu raksturojums).
- ✓ Dežūrārstu izvietojuma pārskatīšana un konsultatīvais tālrunis (ārpus darba laika), sabiedrības informēšana par rīcību ārpus ģimenes ārstu darba laika pieejamo palīdzību;
- ✓ Izskatīt iespēju izstrādāt atlases kritērijus ģimenes ārstiem uz brīvajām prakses vietām;
- ✓ Atjaunot jaunatveramo ģimenes ārstu prakšu aprīkošanas finansēšanu iepriekšējā MK not.1046 redakcijā un paredzēt finansējumu valsts garantētam kredītam ārstu prakšu pirkšanai.



Prakšu statusa izmaiņas un “reorganizācija”

Kontekstā ar likumu par ārstu prakšu juridisko statusu.

- ✓ Ja pacientu skaits >1400 un ārsts var pierādīt otra ģimenes ārsta darbības vajadzību NVD (finansējums varētu būt līdzīgs otra ārsta palīga finansējumam).
- ✓ Ja praksē iesaistās jaunais ģimenes ārsts, kurš vēlāk šo praksi pērk (pārņem). Termins 1-2 gadi.
- ✓ Var sadalīt, ja ārsta prakse tiek “likvidēta” un tās teritoriju sāk apkalpot blakusesošās prakses, vai arī divas un vairāk prakses savā starpā izpērk šo praksi un sadala.

Piebilde: lietderīga tikai tad, ja tā rezultātā paliek „dzīvotspējīgas” prakses, kuru pacientu skaits ir > 1200 pacientiem.



Latvijas Ģimenes ārstu asociācija

Paldies par uzmanību!