

Darba grupa pamatnostādņu „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2014.-2020.gadam”

Protokols Nr.8

Rīgā

2014.gada 16.janvārī

Sanāksme notiek: Veselības ministrijā, Brīvības ielā 72

Sanāksmes sākums: plkst.13.00

Sanāksmes beigas: plkst. 15.00

Sanāksmi vada: **D.Mūrmane-Umbraško** – VM valsts sekretāra vietniece stratēģiskās plānošanas un finanšu jautājumos

Sanāksmē piedalās:

Jevgēņijs Kalējs	Latvijas Slimnīcu biedrības vadītājs
Anita Kalēja	VSIA „Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” Ārstniecības departamenta vadītāja
Aldis Rozenbergs	VSIA „Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” Attīstības biroja vadītājs
Ina Mežiņa-Mamajeva	Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes lektora p.i.
Kristīne Golubeva	VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Personāla vadības daļas vadītāja vietniece
Anda Nulle	VSIA „Nacionālais rehabilitācijas centrs „Vaivari” valdes priekšsēdētāja
Inga Milaševica	Nacionālā veselības dienesta direktora vietniece
Anda Čakša	VSIA „Bērnu klīniskās universitātes slimnīca” valdes priekšsēdētāja
Artūrs Ancāns	Rīgas Stradiņa universitātes Studējošo pašpārvaldes pārstāvis
Jolanta Zālīte	Latvijas Māsu asociācijas prezidente
Dace Baltiņa	RAKUS Izglītības daļas vadītāja
Evita Duļbinska	RAKUS Personāllietu vadības daļas vadītāja
Kristīne Kļaviņa	Veselības ministrijas Stratēģiskās plānošanas nodaļas vadītāja
Biruta Kleina	Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta direktora vietniece
Astrīda Stirna	VM Galvenais speciālists narkoloģijā
Ludmila Vīksna	VM Galvenais speciālists infektoloģijā
Līga Kozlovska	VM Galvenais speciālists ģimenes medicīnā
Dace Gardovska	VM Galvenais speciālists pediatrijā
Andrejs Ērglis	VM Galvenais speciālists kardioloģijā

Darba kārtība:

1. Prezentācijas:
 - 1) **Par cilvēkresursu attīstību primārajā veselības aprūpē 2014.-2020.gadam (L.Kozlovska)**
 - 2) **Cilvēkresursu nodrošinājuma plānošana pediatrijā (prof. D.Gardovska)**
 - 3) **Veselības aprūpes resursi kardioloģijā (prof. A.Ērglis)**
2. Diskusija

Prezentācija: Par cilvēkresursu attīstību primārajā veselības aprūpē 2014.-2020.gadam (L.Kozlovska) - prezentācijas materiāls pielikumā

VM Galvenais speciālists ģimenes medicīnā priekšlikumi:

- 1) jāveic grozījumi MK noteikumos Nr.1529 palielinot kapitācijas naudu, nosakot piemaksas par kvalitāti u.c. (skat. prezentācijas materiālu);
- 2) nepieciešams izstrādāt lauku ģimenes ārstu atbalsta programmu, paredzot:
 - mazajām praksēm ar pacientu skaitu no 600-1000 pacientiem, kur ar pašreizējo kapitācijas naudu praksi nav iespējams uzturēt, jāveic papildus darba samaksa par slodzi gan ārstam, gan palīgam.
 - atbalsts jauniem ārstiem prakšu darba uzsākšanai.
 - piemaksas koeficients par attālumu līdz Universitātes klīniskajai slimnīcai (*izņemot reģionālo centru pilsētas*).
 - piemaksas koeficients par pamatteritorijas iedzīvotāju blīvumu.
 - samērīgu prasību piemērošana ģimenes ārstu praksēm, apturot Ministru kabineta noteikumu Nr.60 „Noteikumi par obligātajām prasībām” 4. punktā noteiktās prasības ārstniecības iestādēm, par uzbrauktuvēm un tualetēm.
 - E-veselības un telemedicīnas attīstība;
 - valsts apmaksātu telefona un telemedicīnas konsultāciju ieviešana, lai uzlabotu un nodrošinātu PVA aprūpes koordināciju, pēctecību un pieejamību.
- 3) Priekšlikumi PVA darba organizācijai:
 - Jānodrošina, ka ģimenes ārsta komandā strādā:
 - Reģistrators, māšas palīgs –nepieciešams precizēt pienākumus, apmaksā slodzes apmērā;
 - ārsta palīgs - nepieciešams precizēt ģimenes ārsta palīga pienākumus un atbildību atbilstoši ārsta palīga profesijas standartam (15.09.2011) un kompetencei kā arī palielināt darba samaksu;
 - māšas - dot iespēju māšām strādāt patstāvīgi praksē kompetences robežās;
 - vecmāte – jāmeklē sadarbības forma ar vecmāti, jo šobrīd normatīvie akti neparedz iespēju slēgt līgumu ar vecmāti kā ar pilntiesīgu PVA komandas locekli.
 - Jāparedz piemaksas par darbu, konsultācijām ārpus darba laika.
 - Jāveicina “Kopprakšu” attīstība.

Diskusija

A.Čakša

- aicina skaidrot, ko dara ģimenes medicīnas rezidentūras studiju beidzēji - vai tiek nodrošināti ar darba vietām. Pauž viedokli, ka slimnīcas ir ieinteresētas veidot sadarbību gan ar NMPD, gan ģimenes ārstiem, tomēr no ģimenes ārstu puses atsaucība ir neliela.

L.Kozlovska

- skaidro, ka ģimenes ārsti pēc rezidentūras pabeigšanas stājas gaidīšanas rindā. Pārsvārā gaidīšanas rindas ir garas attiecībā uz prakses vietām Rīgā, laukos ir atsevišķas vietas, kur ģimenes ārstu tā arī neizdodas piesaistīt.

L.Vīksna

- pauž viedokli, ka tā kā ģimenes ārsta rezidentūra tiek apmaksāta no valsts budžeta līdzekļiem, tad valstij būtu jānosūta ģimenes ārsts darbam uz tām vietām, kur tas ir nepieciešams.

A.Ērglis

- pauž atbalstu L.Vīksnas priekšlikumam par rezidentu sadali un norāda, ka šis jautājums būtu jāaktualizē kādā no VM Galveno speciālistu sanāksmēm. Pauž viedokli, ka idejiski nav atbalstāma situācija, kad par valsts naudu tiek mācīti speciālisti, kas tā arī neturpina darba gaitas valsts veselības aprūpes sektorā.

D.Gardovska

- norāda, ka daudzās ES valstīs rezidentūras programmas nav par maksu. Prognozē, ka paredzot Latvijā maksas, kreditēšanas vai rezidentu sadales mehānismus, tiks panākta studentu aizbraukšana.

D.Mūrmane-Umbraško

- skaidro, ka 02.01.2014. darba grupas sanāksmē arī IZM pārstāvis prof.D.Gardovskas minētos argumentus minēja kā galvenos riskus, kas bremzē studiju kreditēšanas sistēmas ieviešanu valstī.

- aicina skaidrot, vai ģimenes ārstu skaits ir vērtējams kā pietiekams.

L.Kozlovska

- norāda, ka ģimenes ārstu skaits kopumā ir pietiekams, tomēr nepieciešams nodrošināt paaudžu nomaiņu, kā arī risināt reģionālā izvietojuma jautājumus.

D.Mūrmane-Umbraško

- Atsaucoties uz prezentāciju, aicina skaidrot, kā varētu tikt risināts jautājums, kas skar zemo ģimenes ārstu prestižu.

L.Kozlovska

- norāda, ka ģimenes ārstu publiskais tēls ir negatīvs, tāpēc aicina Veselības ministriju publiskajā telpā ar masu mediju palīdzību popularizēt ģimenes ārstu darbu, skaidrojot ģimenes ārsta lomu un iespējas profilakses nodrošināšanā, veselības aprūpes sniegšanā u.c.

A.Ērglis

- nepiekrīt, ka ģimenes ārstu skaits ir pietiekams, jo ne visi ģimenes ārsti atbilst idejai par „labu” ģimenes ārstu. Pauž uzskatu, ka lielai daļai ģimenes ārstu ir nepietiekamas mākas un kompetences pacientu ārstēšanā, līdzīgi tas ir citās jomās, piemēram, kardioloģijā.

A. Čakša

- Aicina skaidrot, kāda ir atšķirība pilsētas un lauku ģimenes ārstu darbā, ja īpaši tiek uzsvērtas prasības lauku ģimenes ārstu prakšu atbalstam, tostarp finansiālā ziņā.

L. Kazlovska

- atbildot uz A.Ērgļa un AČakšas komentāriem, norāda, ka lauku ģimenes ārstiem ir atšķirīgi darba apstākļi – zems iedzīvotāju blīvums, plaša apkalpes teritorija, lielāks attālums līdz slimnīcām un speciālistu pakalpojumiem, grūti piesaistīt darbam laukos jaunos ārstus un nodrošināt adekvātu paaudžu nomaiņu. Pauž uzskatu, ka ir jāsniedz finansiāls atbalsts lauku ģimenes ārstiem, lai nodrošinātu PVA pakalpojuma pieejamību lauku teritorijās.

- Skaidro, ka ģimenes ārstu kvalitāte ir mūžizglītības jautājums, kas būtu jārisina tālākizglītības sistēmas attīstības ietvaros, piemēram, valsts apmaksāti kursi reizi gadā. Lai uzlabotu ģimenes ārstu darba kvalitāti piedāvā ieviest tā saucamo „kvalitātes aplis”, jeb ģimenes ārstu pašnovērtēšanās modeli, kad ģimenes ārsta prakses novērtē viens otru.

D.Mūrmane-Umbraško

- lūdz skaidrot, kas ģimenes ārstu sniegtajā pakalpojumā mainīsies, ja tiks palielinātas ģimenes ārstu algas, ņemot vērā, ka ģimenes ārsti jau šobrīd ir noslogoti, strādā garas darba stundas.

L.Kozlovska

-norāda, ka alga ir labs motivators, kas liek strādāt labāk.

A.Ērglis

-oponējot D.Mūrmanei-Umbraško, norāda, ka algas palielināšana stimulē konkurenci un kavē ārstu aizbraukšanu.

Prezentācija: Cilvēkresursu nodrošinājuma plānošana pediatrijā (prof. D.Gardovska) - prezentācijas materiāls pielikumā

Priekšlikumi specialitātes ilgtermiņa nodrošinājuma plānošanai (metodoloģija):

- Izvērtēt un pieņemt lēmumu par bērnu veselības aprūpes modeli (ieteikums izvēlēties jauktu modeli ar integrētām speciālistu komandām primārajā aprūpē);
- Precizēt statistiku, ņemot vērā reģionālās īpatnības un pediatru paaudžu nomaiņas prognozi;
- Iesaistīt pašvaldības lēmumu pieņemšanā par nepieciešamo speciālistu skaitu;
- Cilvēkresursu nodrošinājuma plānošanā paredzēt droša veselības aprūpes tīkla izveidi reģionā, valstī;
- Plānot pediatru-speciālistu minimālo skaitu neatkarīgi no mainīgas aktuālās pacientu plūsmas (ne mazāk kā 3 speciālisti ar pilnu darba laiku katrā apkšspecialitātē)
- Iespējamie risinājumi speciālistu piesaistei pediatrijā, t.sk., reģionālā griezumā:
 - Jaunu darba vietu veidošana
 - Ārstu plānota pēctecība
 - Motivēta darba alga, profesionālās un akadēmiskas attīstības iespējas
 - Valsts atbalsts darba dzīves uzsākšanai
 - Pašvaldību un sabiedrības atbalsts

Diskusija**A.Čakša**

- atbalsta prezentācijā pausto ideju, ka paralēli ģimenes ārsta sistēmai varētu tikt veidota pediatru sistēma.

D.Mūrmane-Umbraško

- pauž viedokli, ka divu paralēlu sistēmu veidošana nav atbalstām, jo tas būtiski mainītu pieeju veselības aprūpes sistēmai, kas ir veidota pamatojoties uz primāro veselības aprūpi, ko nodrošina ģimenes ārsti. VM mērķtiecīgi gadu gaitā šo sistēmu ir veidojusi balstītu uz ģimenes ārstiem un nav pamatojuma to mainīt.

J.Zālīte

- aicina skaidrot, vai pediatru skaits šobrīd ir pietiekams.

D.Gardovska

- pauž viedokli, ka pediatru skaitu var uzskatīt par pietiekamu pašreizējā veselības aprūpes sistēmā, tomēr aicina vērtēt, vai esošā sistēma mūs apmierina. Pauž viedokli, ka sistēma nav apmierinoša. Kā vienu no risinājumiem situācijas uzlabošanai un bērnu mirstības mazināšanai piedāvā tuvināt bērnu aprūpi PVA, atslogojot slimnīcas. Norāda, ka šobrīd pārsvarā visi pediatri koncentrējas slimnīcu sektorā.

L.Kozlovska

- neatbalsta ideju, ka pediatrs varētu strādāt PVA komandā, bet neiebilst, ka būtu vērtējamas iespējas ģimenes ārstam sadarboties ar pediatru konsultāciju līmenī.

D.Mūrmane-Umbraško

- atbalsta, ka esošās veselības aprūpes sistēmas ietvaros varētu tikt veidots ģimenes ārsta un pediatru sadarbības mehānisms, piemēram, viens pediatrs konsultē vairākas ģimenes ārstu prakses.

J.Zālīte

- aicina paust viedokli, kā būtu plānojams pediatru skaits - uz iedzīvotāju skaitu, uz bērnu skaitu, uz ģimenes ārstu skaitu.

D.Gardovska

- norāda, ka lai aprēķinātu un plānotu pediatru skaitu, nepieciešams izprast, kāda būs pediatru loma/vieta veselības aprūpē; tikai pēc tam var sākt plānot, aprēķinot nepieciešamību uz bērnu skaitu.

Prezentācija: Veselības aprūpes resursi kardioloģijā (prof. A.Ērglis) - prezentācijas materiāls pielikumā

Viedoklis un priekšlikumi par kardioloģijas specialitātes ilgtermiņa nodrošinājuma plānošanu:

- lai plānotu cilvēkresursu nodrošinājumu, nepieciešams apzināties uz kādu veselības aprūpes sistēmu ejam un kāda būs kardiologa loma un kompetence katrā no aprūpes līmeņiem. Francijā, Grieķijā, Itālijā kardiologi gandrīz pilnībā nodrošina visu kardioloģisko aprūpi, Īrijā un Anglijā kardiologi strādā tikai lielās klīnikās, kamēr citās Rietumeiropas valstīs to veic galvenokārt ģimenes ārsti, internisti u.c.
- nepieciešams izstrādāt kardiovaskulāro slimību nacionālo programmu 10 - 15 gadu periodam, pamatojoties uz SAS veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013-2015 iezīmētajām aktivitātēm, piemēram, izstrādāt priekšlikumus par kardioloģisko aprūpes kabinetu izvietojumu, nepieciešamo aprīkojumu, ņemot vērā jau esošo funkcionālās diagnostikas kabinetu izmeklējuma iespējas;
- plānot kardiologa līdzdalību primārā profilaksē "Sirds kabinetu līmenī" un sekundārā profilaksē - "Veselību veicinošu slimnīcu" kustības aspekts ar moduļiem, kuri vai nu atrodas slimnīcā, vai ir ciešā saitē ar slimnīcu (Health Promoting Hospitals kustība, kura ir PVO iniciēta 80.tos gados, pārņēma Austrija u.c. Rietumvalstis. Mūsu reģionā flagmanis ir Lietuva).
- plānot kardioloģijas māsas lomu sirds veselības kabinetā (25 sagatavotas māsas SAS veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013-2015 ietvaros, pēc tam 2-3 katru gadu klāt);
- Nepieciešams veikt sirds asinsvadu slimību uzskaiti un monitorēšanu (t.sk. gadījumu un diagnožu auditu), piesaistot universitātes.

Diskusija:**J. Kalējs**

- neatbalsta viedokli par jaunas sistēmas, jaunu darba vietu radīšanu kardiologiem, jo jau šobrīd pie stacionāriem ir koncentrējušies vairums specialitāšu ārstu, t.sk., kardiologi. Pauž uzskatu, ka maksimāli jāizmanto esošā veselības aprūpes sistēma un institucionālais izvietojums.

A.Ērglis

- skaidro, ka ar jēdzienu „jauna sistēma” jāsaprot jaunu pieeju ar stingrākām prasībām veselības aprūpes pakalpojuma kvalitātei, ārstu kompetencei noteiktā veselības aprūpes līmenī.

D.Mūrmane-Umbraško

- pauž viedokli, ka būtībā joprojām aktuāls ir jautājums par integrēto veselības aprūpes modeli, ko koordinē ģimenes ārsts un, ja nepieciešams, pārvirza uz citiem veselības aprūpes līmeņiem. Problēmu rada apstākļi, ka šie virzības un sadarbības ceļi joprojām nav skaidri apzināti.

- aicina A.Ērgli kā VM galveno speciālistu kardioloģijā apsvērt un sniegt savu redzējumu, kā panākt kardiologu sniegtā veselības aprūpes pakalpojuma kvalitātes uzlabošanu.

A.Ērglis

- informē par dalību Eiropas kardiologu biedrības izglītības un kvalitātes novērtēšanas konferencē, kur secināts, ka Latvijas situācija kardiologu kvalifikācijas ziņā ir relatīvi laba. Sniedz piemēru, ka Vācijā nepastāv ārstu specializācijas, līdz ar to ārsta darbības sfēra ir ļoti plaša, bet aktuāls ir kvalitātes jautājums. Pauž viedokli, ka kvalitātes uzlabošanas nolūkā jāpanāk stingrākas prasības resertifikācijai, kā arī jānosaka beigu punktam, kad ārstam jābeidz profesionālā darbība. Atkārtoti uzsver, ka kompetences noteikšana atbilstoši veselības aprūpes līmenim ir ļoti svarīgs jautājums.

L.Vīksna

- piekrīt, ka resertifikācijas kvalitāte ir būtisks un aktuāli risināms jautājums, kas ir jādiskutē ar Latvijas ārstu biedrību.

Nolemts:

- Nākamajā darba grupas sanāksmē turpināt konsultācijas ar veselības nozares galvenajiem speciālistiem ķirurģijā, traumatoloģijā-ortopēdijā, anestezioloģijā-reanimatoloģijā.

Uzdevumi:

- VM organizēt nākamo darba grupas sanākumi **2014.gada 30. janvārī, plkst.13.00.**

Sanāksmes vadītājs

D.Mūrmane-Umbraško

Sanāksmes sekretāre

D.Brante