

**Veselības nozares stratēģiskās padomes 2016.gada 28.oktobra sēdes
protokols Nr. 2.**

Sēdes sākums: 14:30

Sēdes beigas: 16:30

Sēde notiek: Veselības ministrijā, Brīvības ielā 72, 309. telpā

Sēdē piedalās:

Veselības nozares stratēģiskās padomes locekļi:

G.Anča, D.Behmane, A.Ērglis, A.Jaunsleinis, J.Gardovskis, J.Kalējs, V.Keris,
L.Kozlovska, D.Raiska, M.Rēvalds, D.Gardovska,

Veselības ministrijas pārstāvji:

Veselības ministre

A. Čakša

Valsts sekretāra vietniece veselības politikas jautājumos

E. Pole

Komunikācijas nodaļas vadītājs

O. Šneiders

Protokolē: J.Feldmane

Darba kārtībā:

Sēdi vada: Veselības ministre A. Čakša

A. Čakša prezentēja ziņojumu „Veselības aprūpes budžets un plānotās nozares reformas” (skat. pielikumā). No veselības nozares tiek gaidītas nozīmīgas reformas, tādēļ visam jābūt labi izplānotam. Reformu pamatā ir pagriezties pret cilvēku gan kā ārstniecības iestādes darbinieku, gan pacientu. Nozare ilgstoši bijusi bez finansējuma un zināmā mērā arī emocionāli sevi ir izsmēlusi. A.Čakša informēja par iepriekšējās dienas raidījumu televīzijā, kas radīja pārdomas par attiecībām starp pacientiem un ārstniecības personām. Ministres loma raidījuma laikā bija kā vidutājam starp pacientiem un ārstiem, lai novērstu konflikta situāciju starp abām pusēm. Lai noteiktu galvenos darbības virzienu, jāņem vērā vairāki faktori – pirmkārt - šobrīd ir daudz sūdzību no pacientiem par pakalpojumu pieejamību, kvalitāti, komunikāciju un pacientu iemaksām. Otrkārt, ir Pasaules Bankas ziņojums, kur ir pamatojums, ka nozarei nepieciešami papildus līdzekļi, ir informācija par neatbilstošu infrastruktūru atsevišķās ārstniecības iestādēs, par

cilvēkresursu kapacitātes celšanu, par datu apmaiņas nepietiekamību un datu necaurskatāmību, kā arī datu nepietiekamība, lai veiktu kvalitatīvu situācijas analīzi. Treškārt ir virkne rādītāju un indikatoru, kas parāda, ka mēs ievērojami atpaliekam no citām pasaules valstīm, piemēram mātes un jaundzimušo mirstību, onkoloģijas rādītāji. Un ceturtā reformas joma ir pilnveidot tiesību aktus, kas nozīmē pārstrādāt gan Ārstniecības likumu, gan izstrādāt Veselības aprūpes pārvaldības likumu, gan arī izstrādāt vadlīnijas, standartus u.c. metodiskos dokumentus.

Viena no reformas sadaļām ir kvalitātes dimensija. Svarīgi ir runāt par drošību - gan pacientu, gan ārstniecības personu drošību strādājot.

Runājot par efektivitāti, ir jābūt labi izlietotiem līdzekļiem, lai panāktu labāko rezultātu gan iedzīvotājam, gan sabiedrībai kopumā. Šeit laba tradīcija, kas būtu jāturpina, ir kvalitātes balva medicīnā.

Attiecībā uz pieejamību ir svarīgi, lai pacientam nebūtu nekādu ģeogrāfisku, sociālu, ekonomisku vai cita veida šķēršļu, lai saņemtu pakalpojumu, un ārstam, lai būtu visi līdzekļi attiecīgo pakalpojumu sniegšanai, kuri konkrētajā vietā ir paredzēti. Šajā jomā arī ir svarīga rindu mazināšana, kā arī pacientiem ir jānodrošina skaidrība par pacietu iemaksu apjomu, kas tuvākajā laikā netiks mazinātas.

Attiecībā uz kompetenci iet runa par prasmēm, kas ir nepieciešamas, lai veiktu konkrētas manipulācijas, šeit ir attiecināms arī atbilstošs tehniskais nodrošinājums. Šajā jomā arī ir runāts ar Māsu asociācijas pārstāvjiem par māsu resertifikācijas standartiem.

2017.gadā finansējuma 16 miljoni tiek novirzīti PSKUS celtniecības turpināšanai, 5, 8 miljoni minimālo algu celšanai, 34 miljoni ir novirzīti reformas turpināšanai, lai uzlabotu tautsaimniecības rādītājus, 10 miljoni ir pieejamības uzlabošanai, tai skaitā rindu mazināšanai.

Reforma paredz arī ministrijas padotības iestāžu reformu, tai skaitā atteikšanos no pašreizējās kontrolējošas un sodošās piejas, bet virzoties uz supervīziju un konsultēšanu.

Viens no resursu efektīvas izmantošanas pasākumiem ir centralizētie iepirkumi. Piemēram viens no iepirkumu veidiem, kas šobrīd jau tiek apsvērts, ir onkoloģisko produktu iepirkšana onkoloģijas centros.

Centralizētie iepirkumi tiks ieviesti uz brīvprātības principa. Piemēram, elektroenerģijas vai siltumenerģijas iepirkums uz apjomu dod lielāku ietaupījumu.

A. Ērglis ierosināja, ka būtu lietderīgi centralizēti iepirkī rentgena iekārtas. A. Čakša norādīja, ka arī medicīnas iekārtas varētu tikt iepirkīas centralizēti, bet jāskatās ar ko sākt.

D. Gardovska ierosināja, ka vajadzētu veicināt kopīgos iepirkumus Baltijas mērogā. A. Čakša norādīja, ka ir uzsākta iniciatīva vakcīnu un zāļu Baltijas kopīgam iepirkumam, bet ir grūti vienoties starpvalstu līmenī. D. Behmane

skaidroja, ka pārrobežu iepirkumi bieži nestādā juridisku ierobežojumu dēļ. Iepirkumam ne vienmēr ir jābūt fiziskam iepirkumam, bet tas var būt cenu konkurss. E. Pole informēja, ka kopīgā Baltijas iepirkuma veicināšanai daudzas lietas ir sakārtotas tiesību aktu jomā.

Šobrīd klīniskie procesi tiek sakārtoti onkoloģijā, piemēram, ir izstrādāta onkoloģisko pacientu ceļa karte, lai ģimenes ārsti zinātu, kādi izmeklējumi ir jāveic onkoloģisko pacientu izmeklēšanai. Šobrīd arī tiek strādāts pie dzemdību pakalpojumu procesu sakārtošanas.

Reformu plānam jābūt izstrādātam līdz nākamā gada 1. aprīlim.

V. Keris norādīja, ka ir patīkami, ka jaunā reforma vismaz teorētiski paredz pievērsties ārstniecības personu un pacientu mijiedarbības harmonizēšanai. Taču, lai to nodrošinātu, ir nepieciešams atbilstošs budžets.

A. Jaunsleinis atbalstīja ieplānotās reformas.

A. Ērglis kopumā atbalstīja reformas. Viņš ieteica nelietot jēdzienu „klients”, jēdziens „pacients” ir vēl sliktāks. Būtu jārunā par cilvēku vai indivīdu, jo veselība ir plašāks jēdziens, tas nozīmē ne tikai darbu ar slimniekiem, bet arī veseliem cilvēkiem profilakses jomā.

Runājot par efektivitāti, ir svarīgi vērst uzmanību uz to, kā izpratnē tas ir efektīvi – iestādes peļņas aspektā, darbinieku algas aspektā vai sabiedrībai. Izmaksu efektivitātei jābūt vērstai uz sabiedrību. Savulaik sadarbībā ar D. Behmani jau tika strādāts šajā jomā.

A. Čakša skaidroja, ka runājot par efektivitāti, tika domāts par saprātīgu plānošanu, lai nav tā, ka uzbūvē iestādei vēl vienu stāvu, bet jau esošais stāvs netiek izmatots.

D. Gardovska atbalstīja paredzētās reformas. Ir jāizvērtē, vai tad, kad būs pieejami līdzekļi darbinieku algu celšanai, būs kam šīs algas maksāt. Šeit ir jautājums par personālu, kas strādā ar personu. Šeit ir arī jautājums par personāla apmācību, par integrētām apmācībām, piemēram, studenti ir jāapmāca arī par to, kā runāt ar pacientu. Jādomā arī par studentu iesaisti praktiskajā darbā, mācību laikā jādod iespēja arī strādāt ārstniecības iestādē. Iet runa par studentu darbu gan mācību laikā, gan ārpus mācībām. Jānosaka konkrētas funkcijas, ko studentiem deleģē. Tas veicinātu izglītības kvalitāti. Šāda pieeja ir Spānijā, Islandē. Studentu iesaiste darbā dotu lielu atspaidu iestāžu personālresursu nodrošināšanai.

Otrs jautājums ir par cilvēku neapmierinātību. Jāsaprot, ka neapmierinātie būs vienmēr. Ir jābūt nerakstītam līgumam, kas nosaka, ko sabiedrība sagaida no veselības aprūpes un ko veselības aprūpe - no sabiedrības. Piemēram, Zviedrijā

vecāki respektē pediatra rekomendācijas, viņi ciena ārstu un viņiem ir sava kārtība kā uzvesties veselības aprūpē. Sabiedrības ir jāizglīto. Ir jautājums par ārstu un māsu kļūdām, ne vienmēr par to ir jāsoda. Ir svarīgi kā par to notiek komunikācija.

Jāizvērtē, no kādām birokrātiskām procedūrām var atteikties, šobrīd ārstam jārada ļoti daudz dokumentu. Ir jāpaaugstina uzticības latiņa.

G. Anča norādīja, ka plānā pacients tiek minēts kā objekts nevis kā subjekts. Hronisko slimību pacienti ir īpaša grupa, kas plānā netiek pieminēti. Hronisko slimību pacientu un viņu biedrības ir nozīmīgs izglītošanas resurss, kas var palīdzēt monitorēt slimības norisi, kā arī var būt atbalsts, lai izvairītos no liekas birokrātijas. Viņa ieteica, ka jāatrod veids, kā pacienti var līdzdarboties reformu plāna īstenošanā.

A. Jaunsleinis norādīja, ka no procesu kontroles arī nevar pilnībā atteikties, tomēr tai jābūt saprātīgai. Šobrīd ir izteikta tieksme kontrolēt procesus, bet netiek vērsta uzmanība uz rezultātu. Viņš arī norādīja, ka plānā par maz bija minēta profilakse. Viņš arī norādīja, ka ir svarīgi, lai šo reformu plānu pieņemtu sabiedrība, ja nebūs atsaucības no sabiedrības puses, nebūs arī papildus finansējuma. Šobrīd tiek deklarēts, ka nozarei nepiešķir naudu, jo nav sakārtota sistēma, bet nav izpratnes, ka papildus finansējums ir nepieciešams, lai novērstu hroniskas ielaistas slimības, jo katrs pacients ar smagām slimībām ir būtisks zaudējums tautsaimniecībai. Ir jāpasaka, ka ir bijušas kļūdas plānošanā, kas ir radījušas zaudējumus, bet reformu plāns paredz problēmu novēršanu.

V. Keris prezentēja savus priekšlikumus nākamā gada budžeta pilnveidošanai (skat.prezentāciju). Viņš savā prezentācijā norādīja, ka veselības sektora budžets no nākamā gada IKP sasniegs lielāku īpatsvaru, bet, ja vērtē centrālās un vispārējās valdības izdevumus (gan valsts, gan pašvaldību kopējie izdevumi), izdevumi veselības sektoram būs mazāki kā iepriekš. Viņš norādīja, ka ES valstīs vidēji veselības sektoram no kopējiem valdības izdevumiem atvēl 15%, jaunajās dalībvalstīs – 12% (Lietuvā, Igaunijā – mazliet vairāk), bet Latvijā šis rādītājs ir tikai 7,3%. Viņš aicināja padomi atbalstīt aicinājumu valdībai veselības nozarei nākamā gada budžetā piešķirt vēl papildus 23 milj. EUR, lai sasniegstu 3, 35% no IKP. Šis papildus piešķīrums ir jāizlieto šādi:

- 1) 2,5 milj. – ģimenes ārstu praksēs;
- 2) 4 milj. – pagarinātā normālā darba laika virsstundu apmaksai ar paaugstinātu likmi;
- 3) 17 milj. – vidējās darba samaksas paaugstināšanai pērējiem nozares darbiniekiem.

A. Ērglis norādīja, ka kopumā atbalsta aicinājumu papildus 23 milj. piešķīrumam nozarei, bet neatbalsta metodoloģiju veselības aprūpes budžeta daļas no kopējiem valdības izdevumiem aprēķinam, jo viņš nav pārliecināts, ka arī citās ES valstīs šo rādītāju rēķina tāpat, kā tas ir norādīts prezentācijā.

L. Kozlovska izteica atbalstu reformu plānam. Viņa vēlējās precizēt, vai plānotie 34 milj. EUR tiks novirzīti apdrošināšanas ieviešanai.

A. Čakša atbildēja, ka šis finansējums nav paredzēts apdrošināšanas sistēmas ieviešanai. Te ir divi virzieni - viens, reformas, ko prasa izpildīt 2018.-2020.gadam un otrs - 34 miljoni, kas ir atkāpes no budžeta deficīta paredzēti un pieejamības palielināšanai un Sabiedrības veselības pamatnostādņu izpildei.

L. Kozlovska uzsvēra, ka nākamā gada veselības aprūpes budžetam paredzētie papildus 66 milj. EUR ir tikai „ugunsgrēka” dzēšanai.

Viņa turpināja norādot uz problēmām e-veselības ieviešanai ģimenes ārstu praksēs. Viņa iebilst pret esošo pieeju, kur e-veselības dalības līgumā ir norādīts, ka ģimenes ārsts ir atbildīgs par tās tehnisko nodrošinājumu. Viņa norādīja, ka ģimenes ārsti neparakstīs līgumus par šādiem nosacījumiem. Viņa izteica bažas par iespējām nodrošināt elektronisko darba nespējas lapu izrakstīšanu, jo ne visiem speciālistiem reģionos, ar kuriem sadarbojas ģimenes ārsti, piemēram ginekologiem, ir datori, otrkārt problēma ir tā, ka nav iespējams izrakstīt darba nespējas lapas ar nākamo dienu vai piektdienā ar pirmadienu. Viņa arī minēja, ka citiem speciālistiem varētu būt problēmas ar e-recepšu izrakstīšanu, piemēram kardiologiem. L. Kozlovska arī minēja, ka ģimenes ārstiem ir bažas par personu datu konfidencialitāti.

A. Čakša norādīja, ka informācija par iespēju personu datu nopludināšanu caur darba nespējas lapām uz VID nav patiesa, nekāda informācija par diagnozēm netiek izplatīta, tāpat arī jāņem vērā, ka ģimenes ārsti tarifa apmaksā saņem finansējumu datortehnikas uzturēšanai. Tāpat arī ģimenes ārsti visu laiku tikuši informēti par e-veselības virzību un ir bijusi iespēja iesaistīties ar priekšlikumiem un uzlabojumiem. Viņa arī minēja, ka uz doto brīdi ir noslēgtas 14 darba nespējas lapas un arī vairākas e-receptes ir atprečotas.

J. Kalējs minēja, ka nav nevienas valsts, kur visas minētās reformu ieceres būtu izdevušās. Piemēram, Itālijā arī ir sūdzības par veselības aprūpi, sūdzības ir gan par kvalitāti, gan pieejamību. Viņš izteicās, ka var būt nav jātiecas pēc visu kritēriju sasniegšanas. Būtu jānosaka prioritārās lietas, piemēram, īstermiņa – rindu mazināšana, vidēja termiņa – cilvēkresursu jautājuma atrisināšana, ilgtermiņa – dzīves ilguma pagarināšana.

A. Ērglis piebilda, ka jābūt uzmanīgam ar cilvēkresursu jautājumu, jo cilvēku daudzums nenoteiks kvalitāti.

J. Kalējs arī norādīja, ka 2 likumu paredzētās izmaiņas tik ūsā laika periodā nav reālas, jo pēc 2 gadiem būs Saeimas vēlēšanas.

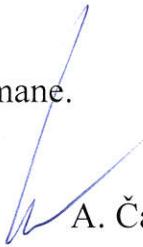
A. Čakša atbildēja, ka likumus izgrozīs, jo līdz šim bijusi pārāk zema darba efektivitāte tiesību aktu izstrādē.

V. Keris aicināja Stratēģiskās padomes locekļus balsot par priekšlikumu aicināt valdību nākamā gada valsts budžetā veselības nozarei papildus piešķirtajiem līdzekļiem vēl piešķirt vismaz 23 milj. EUR, kas tiktu izlietoti darba samaksas paaugstināšanai un normālā pagarinātā darba laika saīsināšanai.

Par balsoja 9 padomes locekļi : A.Ērglis (iebilda pret aprēķinu metodiku), A.Jaunsleinis, J.Gardovskis, J.Kalējs, V.Keris, L.Kozlovska, D.Raiska, M.Rēvalds, D.Gardovska.

Atturējās 3 padomes locekļi: A. Čakša, G.Anča, D.Behmane.

Veselības ministre



A. Čakša

Protokolēja
2016.gada 28.oktobrī



J.Feldmane