

**Veselības ministrijas Galveno speciālistu  
sanāksmes Protokols Nr.2**

Rīgā

2017.gada 29.jūnijā

**Sanāksme notiek:** Veselības ministrijā, Brīvības ielā 72, 309. telpā

**Sanāksmes sākums:** plkst. 13:00

**Sanāksmes beigas:** plkst. 14:30

**Sanāksmi vada:** A. Čakša – veselības ministre

**Sanāksmē piedalās:**

**Galvenie speciālisti:**

I. Aizilniece, H. Plaudis, M. Ciems, A. Lejnieks, D. Rezeberga, J. Pavāre, E. Strīķe, A. Millers, U. Dumpis, A. Stirna, A. Ērglis, M. Radziņa, A. Vētra, D. Grāvele, A. Paeglītis, D. Raiska

**Veselības ministrijas (VM) pārstāvji:**

D. Mūrmane-Umbraško, E. Pole, Ā. Kasparāns, O. Šneiders, I. Birzniece

**Uzaicināti:**

L. Freimane – Nacionālā veselības dienesta direktore vietniece informācijas un komunikācijas tehnoloģiju jautājumos

**Sanāksmē nepiedalās galvenie speciālisti:**

D. Baltiņa, I. Mālniece, E. Tērauds,

**Protokolē:** A. Kalniņa

**Darba kārtība:**

1. Plānotais ārstniecības personu darba samaksas palielinājums.
2. Plānotais veselības aprūpes pakalpojumu dalījums pilnajā un pamata pakalpojumu grozā.
3. E-veselības ieviešanas aktuālie jautājumi.

**1. Plānotais ārstniecības personu darba samaksas palielinājums.** Informē Ā. Kasparāns (skat. prezentāciju pielikumā).

Informācija par plānoto darba samaksu palielināšanos ir iekļauta VM izstrādātajā konceptuālajā ziņojumā “Par veselības aprūpes sistēmas reformu” (turpmāk – reformu plāns). Reformu plāns izstrādāts 7 gadiem. Tā mērķis ir līdz 2021.gadam sasniegt ārstu vidējo darba samaksu divkāršā tautsaimniecībā nodarbināto vidējās darba samaksas apmērā. Attiecīgi māsu darba samaksu palielināt – 60% no ārstu algas un ārstu palīgiem – 40% no ārstu algas. Iepriekšējos gados veselības nozarē būtisks pieaugums atalgojumu ziņā nav bijis. Ja salīdzina tautsaimniecībā nodarbināto darba samaksu, tad algas tautsaimniecībā ir augušas straujāk nekā ārstniecības personu atalgojums. Atbilstoši reformu plānam, nākamajā gadā paredzēts palielināt darba samaksu par 40%. Nākamajam gadam nepieciešamais finansējums ir 112 miljoni, 2023.gadā – papildus 500 miljoni gadā. Šis finansējums paredzēts gan valsts apmaksātos pakalpojumus sniedzošo ārstniecības personu darba samaksas palielināšanai, gan valsts budžeta iestādēs strādājošajām ārstniecības personām, kā arī pagarinātā normālā darba laika atcelšanai. No šī gada 1.jūlija jau paredzēts samazināt maksimāli pielaujamo darba stundu skaitu no 60 uz 55

stundām. NEMOT VĒRĀ ŠĪ BRĪŽA APSTĀKĻUS STACIONĀROS UN TO, KA OBJEKTĪVU IEMESLU DĒĻ STACIONĀROS IR NEPIECIEŠAMAS DIENNAKTS DEŽŪRAS, TAD VIDĒJI DARBA SAMAKSA STACIONĀROS PIAUGS STRAUJĀK.

**A. Ērglis** JAUTĀ UZ KĀDU ĀRSTNIECĪBAS PERSONU (ĀRSTI UN MĀSAS) SKAITU IR PLĀNOTS BUDŽETS.

**D. Mūrmane-Umbraško** – aprēķini veikti, pamatojoties uz nepieciešamajiem cilvēkresursiem.

**D. Raiska** – reformu plānā uz 2023.gadu plānoti 12 tūkstoši māsu. Šobrīd ir 8 tūkstoši.

**D. Mūrmane-Umbraško** – reformu plānā ir paredzēts arī ārstu pieaugums. To plānojot nemitī vērā arī dažādi faktori, piemēram, novecošanās.

**A. Ērglis** – iesaka plānot ārstniecības personu skaitu, nEMOT VĒRĀ INTENSĪVO UN EKSTENSĪVO DARBA PIEEJU. Darba kvalitāte nav atkarīga no cilvēkresursu palielināšanas, bet gan no darba plānošanas.

UZ **A. Vētras** JAUTĀJUMU, VAI FUNKCIJONĀLIE SPECIĀLISTI ARĪ IR IESKAITĪTI ŠAJĀ REFORMU PLĀNĀ, **D. Mūrmane-Umbraško** ATBILD APSTIPRINOŠI.

**U. Dumpis** – uzsver, ka plānoto rezidentu skaits ir samazinājies noteiktās specialitātēs – reumatoloģijā tas ir 1 rezidents gadā, infektoloģijā rezidentu skaitu plānots samazināt no 4 uz 1 rezidentu gadā.

**E. Pole** – reformu plānā ir paredzēts kopējais rezidentu skaita pieaugums. VM ieskatā katru gadu gatavot 1 reumatologu ir pietiekami, jo mērķis nav šaura specializācija. Attiecībā uz rezidentu – infektologu skaitu, iespējams, ka samazināts ir par daudz. Šo jautājumu paredzēts risināt, plānojot papildus rezidentu vietas. Rezidentu skaita pieaugums tika plānots tajās jomās, kurās, izvērtējot cilvēkresursu situāciju šobrīd, un, nEMOT VĒRĀ MŪSU PLĀNOTO PAKALPOJUMU STRUKTŪRU, ŠIE SPECIĀLISTI BŪS VISVAIRĀK NEPIECIEŠAMI. Pamatā protams virzot ģimenes medicīnu.

**A. Lejnieks** akcentē, ka ne visi reumatologi strādā savā specialitātē. Daudzi reumatologi strādā kā internisti. Ja rēķinātu tikai pēc reumatologu darba slodzēm, tad savā speciālitātē strādājošo reumatologu apjoms būtu ļoti neliels.

**A. Čakša** – aprēķinos tika iekļauti tie, kuri reāli strādā savā specialitātē. Arī privātā sektorā strādājošie.

**A. Ērglis** attiecībā uz reumatologu situāciju, ierosina piemērot intensīvo darba pieeju, palielinot atalgojumu, lai speciālisti koncentrētos nevis uz recepšu izrakstīšanu, bet uz pacientu konsultēšanu.

**A. Lejnieks** min, ka šobrīd līdzīga situācija ir arī Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā, ka reumatologi ne tikai konsultē savā specialitātē, bet strādā arī kā internisti stacionāra nodaļās. Līdz ar to, būtu atbalstāma ideja par atalgojuma palielināšanu, lai veicinātu reumatologu interesiju strādāt savā nozarē.

**A. Čakša** – uz to arī šobrīd virzāmies, tikai jāsaprot, ka pārmaiņas notiek lēnām. Tāpat arī jāsaprot, ka aprēķinātais nepieciešamo speciālistu skaits gadu gaitā var mainīties.

**U. Dumpis** – kur ir garantija, ka viss reformu plāna solītais būs? Tie cilvēki, kuri šobrīd protestē, netic šī plāna realizēšanai. Arī iepriekšējos gados bija plāni un solījumi, kuri tā arī nepiepildījās.

**A. Čakša** – premjers ir solījis, ka finansējums veselības nozarei būs. Pilnā garantija būs tad, kad tiks apstiprināts budžets, tas ir rudenī. Nodokļu paketē ir plānotas izmaiņas, paredzot palielināt sociālo nodokli par 1% (tie ir 73 miljoni), kurš pēc tam tiks novirzīts veselības nozarei, konkrēti – ārstniecības personu algu palielināšanai. Tas, kas ir plānots: 2018.gadā budžeta deficitā atkāpe plus 1% no sociālā nodokļa, 2019.gadā budžeta deficitā atkāpe un 1% no sociālā nodokļa (kurš jau būs lielāks, nEMOT VĒRĀ ALGU (summāro) PIAUGUMU). NEMOT VĒRĀ, KA 2020.gadā VISS FINANSĒJUMS VESELĪBAS NOZAREI IR PAREDZĒTS NO BUDŽETA, TAD JAU ŠOBRĪD VIRZĪŠANAI KOPĀ AR BUDŽETA PAKETI TIEK GATAVOTS VESELĪBAS NOZARES FINANSĒŠANAS LIKUMS.

**A. Ērglis** JAUTĀ, KAM IR PAREDZĒTA BUDŽETA DEFICĪTA ATKĀPE.

**A. Čakša** skaidro, ka no budžeta deficitā atkāpes iegūtie līdzekļi ir paredzēti rindu mazināšanai un strukturālām izmaiņām. No šī gada 16 miljoni jau tika novirzīti rindu mazināšanai un šobrīd jau var just uzlabojumu. Nauda reformu veikšanai ir piešķirta no Eiropas Komisijas atļautās budžeta deficitā atkāpes, un par tās izlietojumu ir precīzi jāatskaitās Eiropas Komisijai, kādā

veidā šis finansējuma pielietojums uzlabos esošo situāciju. Līdzīgi ir arī ar šim gadam piešķirto kopējo finansējumu no Eiropas Komisijas atļautās budžeta deficīta atkāpes – 34,3 miljoniem, no kuriem 12,3 miljoni ir novirzīti reformām onkoloģijas jomā. Taču ir problēma, ka finansējums onkoloģisko pacientu ārstēšanai ir piešķirts, bet primāro pacientu skaits, kas nonāk uz izmeklējumiem un ārstēšanu ir neliels, tāpēc šobrīd nav skaidrs, kāpēc pacienti ar aizdomām par onkoloģisko saslimšanu netiek novirzīti uz “zaļo koridoru”.

**E. Pole** – tas zināmā mērā ir arī ģimenes ārstu jautājums, jo nosūtot pacientu uz sekundāro izmeklēšanu ar “Z” kodu, nevis ar “C”, viņi “zalajā koridorā” netiek.

**I. Aizsilniece** oponē, ka ģimenes ārsti bieži “Z” kodu neraksta, jo baidās klūdīties un baidās no represijām.

**H. Plaudis** – kas notiek ar to finansējumu, kas kaut kādu iemeslu dēļ netiek izmantots konkrētā veselības nozarē?

**A. Čakša** – tas tiks novirzīts rindu mazināšanai citās veselības nozarēs.

**A. Ērglis** – šobrīd veselības nozarei papildus paredzētais finansējums ļaus saglābt esošo situāciju, bet nevarēs kopumā radīt lielas pārmaiņas.

**A. Čakša** – būtībā tā ir taisnība, ka šobrīd tiek glābta situācija veselības nozarē, lai nodrošinātu, ka darbs medicīnas nozarē vispār turpinās. Taču paralēli arī cītīgi tiek strādāts pie rindu mazināšanas, lai pacienti jūt uzlabojumu, ka rindas mazinās un iespējams ātrāk tikt pie speciālista.

## **2. Plānotais veselības aprūpes pakalpojumu dalījums pilnajā un pamata pakalpojumu grozā.** Informē D. Mūrmane -Umbraško.

Pēc ilgām diskusijām ar valdības pārstāvjiem ir panākts kompromiss, ka 1% no sociālā nodokļa tiek novirzīts veselības aprūpei. Tas nozīmē, ka pieaug sociālās iemaksas, bet tajā pašā laikā tiek arī mazināts iedzīvotāju ienākuma nodoklis. Ņemot vērā, ka veselības aprūpe tiek sasaistīta ar nodokļu nomaksu, bija jāveido divi veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas grozi. VM neatbalsta dalīto grozu veidošanu, bet ņemot vērā darba devēju nostāju, tas bija kompromiss no VM puses.

Pirmā groza pakalpojumus saņem visi iedzīvotāji, neatkarīgi no tā, vai nodokļi tiek maksāti, vai nē. Šie pakalpojumi ir: neatliekamā medicīniskā palīdzība, primārā veselības aprūpe un izmeklējumi, ko var nodrošināt šajā līmenī, palīdzība pie noteiktām saslimšanām (infekciju slimības, endokrīnās sistēmas slimības, psihiskās slimības, onkoloģiskās slimības) un kompensējamie medikamenti, kas paredzēti šo slimību ārstēšanai.

Otrā (pilnā) groza pakalpojumus saņem pārējie, kuri veic sociālās iemaksas. Otrajā grozā papildus nāk klāt visi paplašinātie diagnostiskie izmeklējumi, plānveida aprūpe stacionārā, pilnais valsts kompensējamo medikamentu grozs, medicīniskā rehabilitācija.

Ārpus groza ir atsevišķas grupas, kuru veselības aprūpi nodrošina valsts, un kuriem automātiski ir pieejami veselības aprūpes pakalpojumi. Tie ir bērni, pensionāri, grūtnieces un bezdarbnieki, kuri ir uzskaitīti Nodarbinātības valsts aģentūrā. Diskusijas ar citu ministriju pārstāvjiem vēl notiek par personām ar invaliditāti un politiski represētajām personām.

Šobrīd VM strādā pie Veselības finansēšanas likuma, kas tiks virzīts kopā ar budžeta paketi un stāsies spēkā ar 2018.gada 1.janvāri.

**A. Lejnieks** jautā par procentuālo attiecību starp šiem groziem.

**D. Mūrmane-Umbraško** – pirmais grozs ir 75%, otrs – 25%.

**A. Čakša** uzsver, ka proporcijai starp groziem jāmainās, procentuāli palielinoties otrajam grozam.

**D. Mūrmane-Umbraško** skaidro, ka šobrīd pārsvarā veselības aprūpes pakalpojumus saņem bērni un pensionāri. Pacientu darbspējīgā vecumā ir salīdzinoši maz. Pēc VM rīcībā esošās informācijas strādājošo un nodokļus maksājošo pacientu skaits ir 900 tūkstoši.

**A. Vētra** jautā, ko saprot ar neatliekamo medicīnisko palīdzību. Ja neatliekamā medicīniskā palīdzība paredz tikai pacienta dzīvības izglābšanu, bet neparedz rehabilitāciju, tad pacientam palielinās iespējas kļūt par invalīdu.

**I. Aizsilniece** – pirmā diskusija par veselības aprūpes pakalpojumu grozu sākās jau 2001.gadā un tā ilgst jau 16 gadus. Pirmie veselības aprūpes pakalpojumu groza izstrādātāji bija Oregonas štats un viņiem ar šī groza īstenošanu neizdevās.

**A. Čakša** uzskata, ka šie dalītie veselības aprūpes pakalpojumu grozi būs dažus gadus, jo visi tie, kuri ir izmēģinājuši šo sistēmu, tomēr atgriežas atpakaļ pie vienotā groza. Dalītais veselības aprūpes pakalpojumu grozs rada daudz lielākas izmaksas un lielākus zaudējumus tautsaimniecībai. Jautājums vienīgi, cik daudz būs šo cilvēku, kuri varēs izmatot tikai pirmā groza veselības aprūpes pakalpojumus.

**I. Aizsilniece** – pēc 2013.gadā veiktajiem aprēķiniem ārpus veselības aprūpes pakalpojumu groza bija 270 tūkstoši cilvēku. Ir jāņem arī vērā, ka ir cilvēki, kuri nodokļu nomaksu veic neregulāri (sezonas darbs un citi iemesli). Iesaka vērsties pie Finanšu ministrijas, lai viņi aprēķinātu to cilvēku skaitu, kuri vispār nemaksā nekādus nodokļus.

**A. Čakša** – paredzēts, ka otrajā veselības aprūpes pakalpojumu grozā nonāks tie, kas veic jebkādas sociālo nodokļu iemaksas. Latvijas Darba devēju konfederācija šobrīd runā par 300 tūkstošiem cilvēku, kas nemaksā nodokļus.

**I. Aizsilniece** uzskata, ka jāturpina diskusijas. Dalīto veselības aprūpes pakalpojumu grozu atbalstītājiem būtu jāsaprot, ka dalītu grozu gadījumā pacienti nonāks atpakaļ veselības aprūpē daudz smagākā stāvoklī, nekā tad, ja būtu vienots grozs un medicīniskā aprūpe pacientiem būtu pieejama savlaicīgi.

**A. Čakša** – diskusiju laikā VM bija vienīgā, kas iestājās pret dalīto grozu ieviešanu. VM piekrita kompromisam par dalīto veselības aprūpes pakalpojumu grozu ieviešanu, jo tas bija vienīgais veids, lai iegūtu 1% no sociālā nodokļa, nemot vērā, ka pirms pāris mēnešiem tika runāts, ka veselības nozarei papildus finansējums nav nepieciešams vispār.

**A. Ērglis** uzskata, ka sava veida loģika tomēr tajā visā ir. Līdzīgi ir arī ar tiem pacientiem, kas strādā ārpus Latvijas un nodokļus šeit nemaksā, bet ārstēšanās pakalpojumus izmanto.

**A. Čakša** – attiecībā uz tiem, kas strādā ārzemēs un maksā tur nodokļus, bet Latvijā ierodas saņemt veselības aprūpes pakalpojumus – tā pacientu daļa no pilnā groza tiešām būtu jāizslēdz. Tā ir darījušas arī citas valstis.

**I. Aizsilniece** satraucas, ka ieviešot dalītos grozus, ārstniecības personām būs jāskaidro vai pacienti ir nomaksājuši nodokļus un kāda veida pakalpojumi viņiem pienākas.

**A. Čakša** – ārstniecības personām nekas nebūs jāskaidro. Mēs esam paredzējuši lietot bināro sistēmu – pacientam pakalpojums vai nu būs pieejams vai bloķēts.

**A. Vētra** – no vienas puses rehabilitācijas pakalpojumu sniedzējiem būs iespēja nopelnīt šajā situācijā, kad rehabilitācija būs paredzēta kā maksas pakalpojums. Tomēr Latvijas ārstu rehabilitologu asociācija nevar atbalstīt šādu situāciju, ka daļai pacientu rehabilitācijas pakalpojumi nebūs pieejami, tāpēc lūdzam pārskatīt neatliekamās medicīniskās palīdzības apjomu. Otrs jautājums ir par īslaicīgo medicīnisko aprūpi, kuras nodrošināšana ir nodota pašvaldību ziņā, nemot vērā, to, ka pašvaldībām nav kapacitātes šīs funkcijas veikšanai. Kas notiks ar tiem pacientiem, kuri nevarēs atlauties maksas rehabilitāciju?

**A. Čakša** – pilnībā neatbalstu esošo situāciju ar medicīnisko rehabilitāciju. VM ir cīnījusies par vienotā veselības aprūpes pakalpojumu groza saglabāšanu, bet finanšu trūkuma dēļ šobrīd šiem jautājumiem cita risinājuma nav.

**U. Dumpis** iesaka pārdomāt sabiedrisko attiecību stratēģiju, kā arī par notiekošo vairāk informēt sabiedriskās organizācijas.

**D. Mūrmane-Umbraško** norāda, ka sabiedriskās organizācijas ir informētas un labi orientējas šajos jautājumos. Taču darba devēju argumenti ir – ja VM nepiekrit dalītajam veselības aprūpes pakalpojumu grozam, tad atbalsta nodokļu nemaksātājus. Un, ja uz šo problēmu skatās no sabiedrības viedokļa, tad arī sabiedrība atbalsta, ka nodokļi ir jāmaksā.

**A. Čakša** – VM iebilda pret dalīto veselības aprūpes pakalpojumu grozu veidošanu līdz brīdim, kad Latvijas Darba devēju konfederācija paziņoja, ka nodokļu nemaksātāju skaits ir 300 tūkstoši.

### **3. E-veselības ieviešanas aktuālie jautājumi.**

Par E-veselības ieviešanas aktuālajiem jautājumiem informē NVD direktora vietniece informācijas un komunikācijas tehnoloģiju jautājumos L. Freimane (skat. prezentāciju pielikumā).

Paredzēts, ka no š.g. 1.jūlija ģimenes ārsti E-veselības sistēmā sāks ievadīt pamatdatus par pacientu, pārējie ārsti to veiks no 1.septembra. Attiecībā uz darba nespējas lapām, no š.g. 1.septembra tās būs tikai elektroniskā formā. Elektroniskā forma būs jālieto arī izrakstot valsts kompensējamos medikamentus (parastajiem medikamentiem ārsts varēs izvēlēties izrakstīt recepti papīrā vai elektroniski). Attiecībā uz ar noteiktām slimībām slimojošo pacientu reģistriem (PREDA), kuri šobrīd ir SPKC pārziņā, no š.g. 1.septembra datu ievade būs veicama tikai un vienīgi E-veselības sistēmā (jau šobrīd E-veselības sistēmā ir pieejami PREDA dati līdz 2016.gada novembrim). No 2018.gada marta paredzēts E-veselības sistēmā obligāti sākt izmantot nosūtījumus. E-veselības sistēma nav tikai iepriekš minētās funkcionalitātes/pakalpojumi. Tajā paredzēta arī sadaļa vizuālajai diagnostikai, vakcinācijai, konsultācijām, arī pacientu pieraksta veikšanai. Skatoties no iedzīvotāju viedokļa, E-veselības sistēmā ir iespēja mainīt ģimenes ārstu, pieteikties EVAK kartei, skatīties savus medicīnas dokumentus, kā arī noteikt personas, kam šie dati pieejami.

Šobrīd ir noslēgti vairāk kā 40% no līgumiem, piebilstot, ka vismazāk līgumu ir noslēgts ar ģimenes ārstiem. Attiecībā uz lietotājiem, šobrīd sistēmu var lietot jau vairāk kā 3 tūkstoši ārstu un vairāk kā 2 tūkstoši farmaceitu. No pagājušā gada 12.septembra līdz šī gada jūnija vidum E-veselības sistēmā ir veikti vairāk kā 620 tūkstoši autentificēšanās gadījumi (ir izrakstītas gandrīz 19 tūkstoši E-darbnespējas lapu un gandrīz 15 tūkstoši E-recepšu). Tieki aicināts arī turpmāk E-veselības portāla lietotājiem (ārstiem un farmaceitiem) ziņot par nepieciešamiem uzlabojumiem un priekšlikumiem, kādā veidā tālāk attīstīt E-veselības sistēmu, šie ierosinājumi tiek izskatīti un ieviesti. Ir pieejams atbalsts E-veselības sistēmas lietotājiem (tālrunis, e-pasts, interaktīvā karte u.c.), atbalsts ir specificēts atkarībā no lietotāju grupas (ārstniecības persona, farmaceits, iedzīvotājs, informācijas sistēmas izstrādātājs).

**D. Raiska** jautā par māsu iesaisti E-veselībā.

**L. Freimane** – E-veselības sistēma ir izveidota atbilstoši normatīvajos aktos noteiktajam, bet mēs skatāmies, kādā veidā varētu laut māsām, kā arī vecmātēm un ārstiem-rezidentiem, veikt E-veselības sistēmā konkrētas darbības, kas saistītas ar pacienta pamatdatu ievadi, vakcinācijas datu ievadi u.tml. Šī informācija varētu būt pieejama tuvāko divu nedēļu laikā.

**D. Raiska** lūdz par izmaiņām attiecībā uz māsu iesaisti E-veselībā informēt Latvijas māsu asociāciju.

**M. Ciems** – risinājums par recepšu izrakstīšanu elektroniski ir atbalstāms, taču ir problēmas ar medikamentu izsmiegšanu uz šīm receptēm, aptiekas to nevar izdarīt.

**L. Freimane** skaidro, ka ir notikusi tikšanās ar visiem aptiekā tīkla turētājiem un visi apliecināja, ka viņu tīkla aptiekās E-veselības sistēma (daži izmanto E-veselības portālu, daži savas informācijas sistēmas, kas savietotas darbam ar E-veselības sistēmu) darbojas un e-recepti ir iespējams izmantot.

**A. Čakša** informē, ka pilnvērtīgi E-veselības sistēma varētu darboties nākamajā gadā, arī attiecībā uz radioloģiskajiem izmeklējumiem.

**M. Radziņa** lūdz E-veselības sistēmas uzlabošanas procesā attiecībā uz radioloģiskajiem izmeklējumiem pēc iespējas biežāk iesaistīt ārstus – radiologus.

**L. Freimane** – ņemot vērā, ka dotajā brīdī radioloģisko izmeklējumu attēli, kas ir piejami E-veselībā, nav izmantojami radiologu darbstacijās (attēlu izšķirtspējas dēļ), tad, lai rastu risinājumu, kas ir izmantojams radiologiem, noteikti tiks iesaistīti galvenie speciālisti un radioloģijas speciālisti.

**M. Ciems** – attiecībā uz darba nespējas lapām E-veselības sistēmā, nav ņemta vērā šī brīža prakse, ka darba nespējas lapas neraksta ārsti, bet to dara māsa. Ārsti dod komandu, māsa sagatavo darbnespējas lapu, un ārsti to paraksta.

**I. Aizsilniece** norāda, ka par šo problēmu tika runāts jau pagājušā gada decembrī un tā ir jārisina. Jautājums, ko darīt tiem ārstiem, kuri izmato jau esošās programmas (ārstu birojs vai profdoks), kuru nodrošinātāji saka, ka tās nav iespējams izmantot E-veselības sistēmā.

**L. Freimane** – šobrīd, lai izrakstītu slimības lapu, E-veselības sistēmā, ārstam jānorāda tikai darba nespējas lapas izsniegšanas cēlonis. Dati par pacientu un par ārstniecības personu sistēmā tiek ielasīti automātiski.

**M. Ciems** – kura diagnoze darbnespējas lapās jānorāda? Visiem zināms, ka no 1992.gada, kad darba nespējas lapās vairs nav jānorāda diagnoze, nav iespējams analizēt darbnespējas iemeslus.

**L. Freimane** skaidro, ka noslēdzot darba nespējas lapas, šobrīd E-veselības sistēmā tiek prasīts norādīt diagnozi, kuras dēļ bija šī darba nespēja, bet, ņemot vērā Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas nostāju, šī diagnoze no darbnespējas lapām turpmāk tiks izņemta ārā.

**I. Aizsilniece** uzsvēr, ka arī citās valstīs darba nespējas lapās nav jānorāda diagnoze. Ģimenes ārsti neibilst diagnozes norādīšanai E- veselības sistēmā, bet iebilst, ka tā būtu pieejama darba devējiem.

**D. Mūrmane – Umbraško** – ģimenes ārsti šo informāciju tomēr nedaudz sagroza, jo veidojot E-veselības sistēmu un darbnespējas lapās paredzot aili diagnozei, nav bijusi doma, ka šī informācija varētu tikt nodota darba devējam. Šobrīd E-veselības sistēmā šī diagnozei paredzētā aile paliek kā brīvi aizpildāmais lauks un no nākamā gada 1.marta to paredzēts izņemt ārā pavisam. Kā arī paredzēts samazināt E-veselības sistēmā norādāmos darba nespējas cēloņus. Attiecībā uz māsu iesaisti E-veselības sistēmā, māsa, protams, varētu sagatavot darba nespējas lapas, bet ņemot vērā, ka ārstam tāpat būs jāautorizējas sistēmā, jāievada cēlonis un darba nespējas lapa jāparaksta, pašreiz neredzam lietderību māsu iesaistei E-veselības sistēmā darba nespējas lapu sagatavošanas posmā. Ja galvenie speciālisti no savas puses saskata tam lietderību, tad izmaiņas E-veselības sistēmā varam veikt.

**A. Ērglis** uzsāk diskusiju attiecībā uz māsas lomu recepšu izrakstīšanā, par to cik daudz drīkst deleģēt māsai, un, kurš beigās atbild.

**I. Aizsilniece** – ja dienā ģimenes ārstam jāizraksta 124 receptes, un tas notiek elektroniski, tad, protams, sagatavošanas darbus veic māsa, un tas ir tikai atbalstāmi.

**D. Raiska** min, ka šobrīd arī starptautiskajā praksē tiek diskutēts par māsu iesaisti hronisko pacientu aprūpē, arī par to, ka māsa varētu atkārtoti izrakstīt receptes hroniskajiem pacientiem.

**M. Radziņa** attiecībā par atbildībām, min piemēru – šobrīd radioloģijas informācijas sistēmā ievadāmo informāciju sagatavo diktafonu centra operators, bet atbildīgs par šo ierakstu un tajā esošo informāciju ir ārsts-radiologs, kurš apstiprina šo ierakstu, pirms tā tālākas izmantošanas.

**A. Čakša** – attiecībā par iespējamo māsu lomu E-veselības sistēmā, mēs zinām, ka šobrīd ģimenes ārsti praksēs māsas veic dokumentu aizpildīšanu (receptes, darba nespējas lapas u.fxml.) un ārsts apstiprina šos sagatavotos dokumentus un uzņemas atbildību. Taču mēs nevaram E-veselības sistēmā iekļaut to, kas nav apstiprināts normatīvajos aktos, tāpēc veidojas pretruna. Vispirms jābūt sakārtotiem normatīvajiem aktiem un tad var legalizēt iepriekš minētās māsu darbības.

Saistībā ar E-veselības ieviešanu, datorprogrammas, ko ārsti lieto šobrīd, varēs izmantot arī turpmāk, ja tās ir savietotas darbam ar E-veselības sistēmu. Tā kā savietošanas darbus datorprogrammu (informācijas sistēmu) izstrādātāji veic dažādos tempos, mēs aicinām uz sarunām visus E-veselības sistēmas integrētājus un risinām šo jautājumu. Ģimenes ārstu praksēm finansējums datorprogrammu iegādei/uzturēšanai ir nodrošināts.

#### **4. Dažādi jautājumi**

**E. Strīķe** jautā, kur vērsties, lai veiktu izmaiņas stacionāro gultu profili klasifikatorā. Klasifikatorā šobrīd ir minēti divi profili reanimatoloģijā (bērniem un pieaugušajiem), kas realitātē neeksistē. Līdz ar to, ir vēlme nomainīt šos profilus no reanimatoloģijas uz intensīvo terapiju.

**A. Čakša** – profilu jautājums ir jāaktualizē, to jau sen nepieciešams risināt.

**M. Radziņa** – jautājums par pēdējo VM paziņojumu saistībā ar ģimenes ārstu streiku. Vai VM ir ar mieru piekāpties veselības aprūpes kvalitātes jautājumos, piedāvājot streika laikā stacionāru darbā iesaistīt rezidentus, zinot, ka pacients rezidentu neuztver vienādā līmenī ar ārstu – speciālistu.

**E. Pole** – VM sniegtā informācija nav pareizi saprasta. Nevienā brīdī VM nav teikusi, ka rezidenti pildīs ģimenes ārstu darbu. VM vēstulē tika uzrunātas augstskolas un stacionāri ar lūgumu apzināt, kāds ir viņu rezidentu skaits, kurus varētu iesaistīt veselības aprūpes sistēmā ģimenes ārstu streika laikā. VM šādi rīkojās, lai meklētu risinājumus kā ģimenes ārstu streika laikā nodrošināt pacientiem to minimālo veselības aprūpi (recepšu izrakstīšana, nosūtījumi, darba nespējas lapu izsniegšana), ko veic ģimenes ārsti. Rezidentam ir ārsta diploms un MK 2009.gada 24.marta 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” 10.punktā ir minēti 59 apakšpunktī, ko rezidents drīkst darīt. Tas, ko VM lūdz, ir pārplānot rezidentu darbu konkrētajā ārstniecības iestādē (kurā tiek apgūta specialitāte), lai nepieciešamības gadījumā viņi varētu atbalstīt sertificētos ārstus, ja būs lielāka pacientu plūsma. Piemēram, Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā plānojam rezidentu diennakts dežūras pārlikt uz dienām, lai nepieciešamības gadījumā nodrošinātu atbalstu neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļām, kurās sertificētu ārstu uzraudzībā rezidenti drīkstēs darīt to, ko viņu kompetence atļauj – veikt pacienta apskati, diagnostiku, ārstēšanas plāna sastādīšanu.

**A. Lejnieks** – streiks, protams, nav atbalstāms, bet katrā negatīvā situācijā ir arī kas pozitīvs. Šajā situācijā tiek aktualizēts jautājums attiecībā uz pēdējo kursu rezidentiem. Mēs jau iepriekš esam vērtējis Latvijas Ārstu biedrībā ar lūgumu otrā vai trešā kursa rezidentiem mainīt pilnvaras, nēmot vērā, ka vecāko kursu rezidentiem ir pietiekamas zināšanas, lai viņi varētu strādāt ar lielākām tiesībām un atbildību. Jau šobrīd rezidentiem tiek uzticēts veikt vairāk, tas nav nekas jauns, bet to vajadzētu legalizēt. Ja šis jautājums jau iepriekš būtu atrisināts, tad šajā krīzes situācijā mēs to novērtētu. Attiecībā uz masu mēdiņos sacelto ažiotāžu par rezidentu iesaistīšanu veselības aprūpē ģimenes ārstu streika laikā, tas ir absurds. Nevienā brīdī nav bijusi doma, ka rezidenti pilnā apjomā veiks ārstu – speciālistu darbu, tas ir jautājums par veidu, kādā varam optimizēt darbu šajā krīzes situācijā.

**E. Strīķe** – no P.Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcas ir saņemta informācija ka 13 rezidentus varētu iesaistīt stacionāra darbā šajā krīzes situācijā, taču viņiem nevar izveidot darba grafiku, jo nav skaidri kritēriji un pietrūkst informācijas, kurās stacionāra nodaļā šos rezidentus plānots nodarbināt. Uzsver, ka šajā situācijā ir pietrūkusi komunikācija un stacionāra darbinieki informāciju uzzin nevis no VM, bet no masu mēdiņiem.

**A. Čakša** skaidro, ka vēstule par rezidentu piesaisti tika sagatavota, jo pirmsdien tika apstiprināta informācija, ka ģimenes ārstu streiks tomēr būs, un VM sāka gatavot divus plānus – vienu par mediatora meklēšanu sarunām ar ģimenes ārstiem, un otru, apzinot visus veselības sistēmas resursus, tai skaitā pieejamo piesaistāmo rezidentu skaitu, risināt jautājumu kā nodrošināt veselības aprūpi ģimenes ārstu streika laikā. VM ir par to, lai atrastu kompromisu ar ģimenes ārstiem, bet, ja tas neizdosies, mums vienmēr būs “plāns B”, jo ģimenes ārsti nedrīkst uzstādīt prasības, kuras degradējoši ietekmēs visu pārējo veselības aprūpes sistēmu. VM cer, ka vienošanās ar ģimenes ārstiem tiks panākta līdz 3.jūlijam. Tomēr sliktākajā variantā, VM ir gatava noturēt veselības aprūpes sistēmu līdz jaunu līgumu slēgšanai.

**A. Ērglis** uzsver, ka šobrīd rezidentiem ir lielas izvēles iespējas, bet maz pienākumu. Agrāk rezidentiem nebija iespēju izvēlēties rezidentūras prakses vietu, taču līdz ar to viņi apguva labākas profesijas iemaņas.

**A. Lejnieks** – attiecībā uz rezidentiem grib oponēt, kā piemēru minot, ka uz Latviju pieredzes apmaiņā brauc rezidenti no Vācijas, jo Vācijā ārstniecības fakultātes studenti tiek praksē pie pacientiem tikai 6.kursā un šī sistēma nav efektīva. Pie mums tomēr ir daudz pozitīvu aspektu.

**U. Dumpis** izsaka priekšlikumu strādāt pie sabiedriskajām attiecībām, vairāk informējot sabiedrību par to, kas tiek darīts un plānots attiecībā uz situācijas uzlabošanu veselības nozarē.

**A. Ērglis** saistībā ar sabiedrības informēšanu izsaka priekšlikumu iesaistīt Latvijas Ārstu biedrību (Apiņa k-gu). Piekrīt, ka jāstiprina komunikācija krīzes situācijā, jo šobrīd tā nav pietiekoša.

**M. Radziņa** neuzskata, ka Latvijas Ārstu biedrības iesaistīšana varētu sniegt atbalstu šajā situācijā, ņemot vērā, ka iepriekšējā dienā Latvijas Ārstu biedrības ārkārtas sēdē tika pausta doma, ka šajā situācijā jaunie ārsti ir jāaizstāv, taču nekādas turpmākās aktivitātes no biedrības puses tā arī nav notikušas. Uzsver, ka jākomunicē un jārunā ar sadarbības partneriem. Šajā gadījumā uzsvars tiek likts uz komunikāciju ar Latvijas Jauno ārstu asociāciju.

**A. Paeglītis** jautā, vai tiek risināts jautājums saistībā ar jauno pieņemto *Eiropas Parlamenta un Padomes Regulu (ES) 2017/852 (2017. gada 17. maijs) par dzīvsudrabu un ar ko atceļ Regulu (EK) Nr. 1102/2008*, kurā paredzēts, ka no 2018.gada 1.jūlija zobārstniecības amalgamu neizmantos piena zobja ārstēšanai, bērnu ārstēšanai vecumā līdz 15 gadiem un grūtnieču vai sieviešu, kas baro ar krūti, ārstēšanai, izņemot gadījumus, kad zobārsts uzskatīs, ka tas noteikti nepieciešams sakarā ar pacienta īpašām medicīniskām vajadzībām. Lai pārietu uz cita zobārstniecības materiāla lietošanu, būs nepieciešams papildus finansējums.

**A. Čakša** atbild, ka VM zin par šo regulas prasību.

Pielikumā:

- 1) Ā. Kasparāna prezentācija “Darba samaksa ārstniecības personām” (4 slaidi);
- 2) L. Freimanes prezentācija “E-veselības aktualitātes” (10 slaidi).

Veselības ministre

Protokolēja



A. Čakša



A. Kalniņa

29.06.2017.