

Biedrība Latvijas Ģimenes ārstu asociācija
Reģistrācijas Nr. 40008009328
Brīvības ielā 58, Rīgā, LV-1011
Tāl. 67285171 Fakss 67285623

Rīgā

2012. gada 5. decembrī Nr.137

Latvijas Republikas Ministru prezidentam
Valdim Dombrovskim
Brīvības bulvārī 36
Rīgā, LV-1520

Latvijas Republikas tiesībsargam
Jurim Jansonam
Baznīcas ielā 25
Rīgā, LV-1010

Veselības ministrijai
Brīvības ielā 72,
Rīgā, LV-1011

*Par Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas Biedru sapulces lēmumu
prasīt veselības ministres Ingrīdas Circenes demisiju*

Šī gada 30. novembrī biedrības „Latvijas Ģimenes ārstu asociācija” Biedru sapulce, piedaloties 418 biedriem, ar 385 balsīm „par” pieņēma lēmumu prasīt veselības ministres Ingrīdas Circenes demisiju.

Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas (turpmāk – LĢĀA) pārstāvji par grozījumu Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” priekšlikumiem diskutēja ar Nacionālā veselības dienesta un Veselības ministrijas pārstāvjiem sanāksmē šī gada 12.novembrī. „Smago” pārrunu rezultāts tika gaidīts Noteikumu grozījumu projekta veidā. 15.novembrī grozījumu Noteikumos projekts tika izsludināts Valsts sekretāru sanāksmē, daļa iebildumu un priekšlikumu bija ņemti vērā, tomēr lielākā daļa tomēr nebija iestrādāti.

Šī gada 22.novembrī notika tikšanās ar veselības ministri Ingrīdu Circeni, kuras laikā netika panākta vienošanās par būtiskākajiem jautājumiem. Nākamajā gadā veselības ministre plāno palielināt ģimenes ārstu pienākumus un uzdevumus, kas prasīs papildus izdevumus to veikšanai, bet neplāno papildus finansējumu, lai to būtu iespējams nodrošināt. Tieši pretēji – tiek plānots atcelt spēkā esošo normu, ka ģimenes ārstu kapitācijas nauda ir saistīta ar „Ārstniecības” budžetu (11.pielikuma 5.1.punkts nosaka, ka kapitācijas naudas apmērs ir ne mazāk kā 6,55 % no apakšprogrammai "Ārstniecība" paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem uz kārtējā gada 1.janvāri), garantējot, ka kapitācijas nauda palielinās, palielinoties budžetam.

Ministresprāt, visas problēmas veselības aprūpē var atrisināt ar otrās māsas vai ārsta palīga darba samaksas finansēšanu, obligāto kvalitātes kritēriju paplašināšanu un sasniedzamo robežvērtību būtisku paaugstināšanu, paredzot, ka nenasniegšanas gadījumā plānotās kapitācijas naudas daļa tiks ieturēta (9% apmērā), kā arī pienākumu visu dokumentēt, tai skaitā arī telefoniski sniegtus norādījumus par pacienta aprūpi.

Par otro māsu vai ārsta palīgu

Otrās māsas vai ārsta palīga darba samaksa tiek finansēta kopš 2010. gada, kad otrās māsas vai ārsta palīgi bija ap 21% prakšu, 2011. gadā – ap 32% prakšu, un šogad sasniedz 36% ģimenes ārstu prakšu. Tomēr darba apjoms, veicot pacientu aprūpi un pacientu izglītošanu veselības jautājumos, jāveic neatkarīgi no tā vai praksē ir viena vai vairākas māsas. Joprojām tiek ignorēts fakts, ka papildus darbinieka pieņemšana nozīmē ne tikai darba samaksas izdevumus, bet arī darba vietas, darba telpas (tai skaitā pacientu patstāvīgai pieņemšanai ne mazāk par 10 stundām nedēļā), darba rīku, saimnieciskos un administratīvos izdevumus, kas prasa ieguldīt papildus būtiskus finanšu resursus.

Par pienākumu sazināties ar pacientu pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izsaukuma

Noteikumu grozījumu projekts paredz pienākumu sazināties ar pacientu ne vēlāk kā nākamās darba dienas laikā pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izsaukuma (ja pacients nav stacionēts), bet neparedz finansējumu pienākuma veikšanai, piemēram, samaksai par mājas vizīti. Nav patieses veselības ministres apgalvojumus, ka par mājas vizītēm pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības brigādes izsaukuma tiks maksāts, jo Noteikumu grozījumi neparedz samaksu ne ārstam, ne mātai.

Par kvalitātes kritērijiem

Ģimenes ārsti ir vienīgie speciālisti, kuriem ir kvalitātes kritēriji - gan obligātie kopš 2005. gada, gan brīvprātīgie kopš 2011. gada. Obligātums nozīmē to, ka samaksa par pacientu aprūpi jeb kapitācijas nauda netiek izmaksāta pilnā apmērā. Plānots, ka ģimenes ārstam tiks izmaksāta kapitācijas nauda 91% apmērā katru mēnesī un atlikušie 9% tikai tādā gadījumā un apmērā, cik būs sasniegti kvalitātes rādītāji, kuru robežvērtības ir būtiski palielinātas.

Darba grupa ģimenes ārstu kvalitātes kritēriju izstrādei strādāja no šī gada februāra līdz augustam. Jau šī gada 28. augusta atzinumā par darba grupas „Par ģimenes ārstu darbības kvalitātes kritēriju izstrādi” ziņojuma projektu LĢĀA vērsa uzmanību uz to, ka Darba grupas izstrādāto ģimenes ārstu darbības novērtēšanai paredzēto kritēriju robežvērtības tika noteiktas kā nākotnē sasniedzamās, kuras pārsvarā ir augstākas nekā ImPrim projekta starptautisko ekspertu piedāvāto kvalitātes kritēriju robežvērtības. Tāpēc lūdzām, izstrādājot konkrētus grozījumus Ministru kabineta noteikumos, sākotnēji (pirmajā ieviešanas gadā) noteikt zemākas

robežvērtības „balstoties uz pierādījumiem par to, kas ir sasniedzams, lai noteiktu augšējo robežvērtību un to, kas jau tiek sasniegts, lai noteiktu zemāko robežvērtību” (saskaņā ar ziņojuma projektā 8.lpp. pausto pamatprincipu) un tad izvērtējot rezultātus pakāpeniski paaugstināt. Tika norādīts, ka ieviešot papildus kvalitātes kritērijus, tie ir jāplāno kā bonusu sistēma, kurai ģimenes ārsti var pievienoties brīvprātīgi (uz to norādīja arī ImPrim starptautiskie eksperti), paredzot adekvātu samaksu par papildus darbu, tai skaitā par uzskaiti, papildus sazināšanos ar pacientiem, kontroli un izpildes atspoguļošanu, kā arī citiem papildus nepieciešamiem resursiem.

Tomēr neskatoties uz augstāk minēto, veselības ministre Ingrīda Circene uzstāj uz kritēriju obligātumu un sasniedzamo robežvērtību noteikšanu par vismaz 10% augstāku nekā tā ir šobrīd, esošā finansējuma ietvaros. Tādējādi ģimenes ārstu izpildījums kvalitātes kritērijiem būtu jāuzlabo par 15-40% gada laikā. Tas veicinās pārmērīgu koncentrēšanos uz noteiktu slimību kontroles rādītāju izpildi, nevis uz katra pacienta veselības problēmu risināšanu. Ja noteiktie kvalitātes rādītāji nebūs sasniegti, tad ģimenes ārstu prakšu ienākumi samazināsies, neskatoties uz ieguldīto darbu un izdevumiem.

Par spēkā esošās normas par ģimenes ārstu kapitācijas naudas apjomu atcelšanu

Grozījumu projekts plāno Noteikumus papildināt ar:

„312. Dienests 2013.gadam kopējo kapitācijas naudas apmēru nosaka ne mazāk kā 6,55% apmērā no plānotā bāzes finansējuma dotācijai no vispārējiem ieņēmumiem apakšprogrammā „Ārstniecība”.;”

un 11.pielikuma 5.punktu izteikt šādā redakcijā:

„5.Kapitācijas naudas un ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma apmēru dienests plāno, izmantojot šādus rādītājus:

5.1. kapitācijas naudas un ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma apmērs ir ne mazāks kā iepriekšējā kalendārā gadā uz 1.janvāri plānotais kapitācijas naudas apmērs, no kuriem 91 % plāno kapitācijas naudas izmaksai un 9 % plāno ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājuma izmaksai;”

LĢĀA kategoriski iebilst, ka kapitācijas nauda vairs nebūs saistīta ar procentuālu apmēru no ārstniecības budžeta, kā to paredz spēkā esošā Noteikumu 11.pielikuma 5.1.punkta redakcija. Minētais punkts nosaka, ka „kopējais kapitācijas naudas apmērs ir ne mazāk kā 6,55 % no apakšprogrammai "Ārstniecība" paredzētajiem valsts budžeta līdzekļiem uz kārtējā gada 1.janvāri”.

Atgādinām, ka kapitācijas naudas līdzekļi tika samazināti no 2009. gada jūlija par 10%, kā arī tika samazināta samaksa par manipulācijām, tai skaitā par 24 % samazinot samaksu par bērnu profilaksi (no 3,14Ls uz 2,38Ls un 1,20Ls, izmeklējot pacientu ar saslimšanu), bet par 100% tika samazināta samaksa par pieaugušo profilakses veikšanu (no 3,36Ls uz 0,00Ls). Savukārt ģimenes ārstu

pienākumi un prakses izdevumi katru gadu palielinās, īpaši saistībā ar telpu resursu, lai uzlabotu prakses organizāciju, komandas darbu un plašāku sniegto pakalpojumu pieejamību, kā arī, piemēram, līdz 2014. gadam ir jānodrošina vides pieejamība – liftu vai slīdošās slīpnes, iespēju bērnu ratiņus atstāt drošā vietā.

Pasaules pieredze liecina, ka sabiedrības veselība pat mazāk ir saistīta ar valsts labklājību vai kopējo veselības personālu, bet svarīgākas ir tādas veselības politikas galvenās iezīmes kā: universāla finansiālā pieeja valdības kontrolē (universal financial coverage under government control or regulation), mēģinājumi sadalīt resursus taisnīgi/vienlīdzīgi (equitably), nodrošināt visaptverošus un vispusīgus pakalpojumus, un zemu līdzmaksājumus primārās veselības aprūpes pakalpojumiem. Tiek uzsvērtā primārās veselības aprūpes būtiska loma veselības pakalpojumu efektivitātē un vienlīdzībā, spēcīgām primārās veselības aprūpes sistēmām nodrošinot 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* pielikumā uz 7 lapām vai saitē:

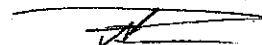
[http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111\(11\)00387-6.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111(11)00387-6.pdf)

Veselības ministrei Ingridai Circenei pēc vairāk nekā gada atrašanās veselības ministres amatā joprojām trūkst reālai situācijai atbilstoša primārās veselības aprūpes attīstības stratēģija. Veselības ministres realizētā veselības politika ir sabiedrībai bīstama un primāro veselības aprūpi degradējoša, tāpēc prasām veselības ministres Ingridas Circenes demisiju.

Lūdzam ņemt vērā Veselības ministrijai iesniegtos iebildumus un priekšlikumus par grozījumu projektu Ministru kabineta 2006.gada 19.decembra noteikumos Nr.1046 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" un 2006.gada 4.aprīļa noteikumos Nr.265 „Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība”.

Pielikumā: Barbara Starfield, Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012 uz 7 lapām

Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas prezidents



Pauls Princis