

**Veselības nozares stratēģiskās padomes  
sēdes protokols Nr.1**

Rīgā,  
Brīvības ielā 72

2017.gada 16.martā

Sēdi sāk plkst. 15.10  
Sēdi beidz plkst.17:15

**Sēdi vada** – Veselības ministre Anda Čakša

**Sēdē piedalās:**

*Veselības nozares stratēģiskās padomes locekļi (vai personas, kas aizvieto):*

Daiga Behmane	Latvijas Veselības ekonomikas asociācija
Dace Gardovska	Latvijas Specializēto pediatru biedrība
Jānis Gardovskis	Rīgas Stradiņa universitāte
Valdis Keris	Latvijas Veselības un sociālās aprūpes darbinieku arodbiedrība
Līga Kozlovska	Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija
Maija Radziņa	Latvijas Jauno ārstu asociācija
Dita Raiska	Latvijas Māsu asociācija
Māris Rēvalds	Veselības aprūpes darba devēju asociācija
Sarmīte Veide	Latvijas Ģimenes ārstu asociācija
Roberts Fūrmanis	Latvijas Ārstu biedrība
Līga Bāriņa	Latvijas Veselības un sociālās aprūpes darbinieku arodbiedrība
Ilze Rudzīte	Latvijas Pašvaldību savienība
Māris Pūķis	Latvijas Pašvaldību savienība

*Veselības ministrijas pārstāvji:*

Daina Mūrmane-Umbraško	Veselības ministrijas valsts sekretāra vietniece veselības politikas jautājumos
Āris Kasparāns	Veselības ministrijas Resursu vadības departamenta direktors
Kristīne Kļaviņa	Veselības ministrijas Stratēģiskās plānošanas nodaļas vadītāja
Egita Pole	Veselības ministrijas Valsts sekretāra vietniece stratēģiskās plānošanas un resursu vadības jautājumos

*Citu institūciju pārstāvji*

Pēteris Leiškals	Latvijas Darba devēju konfederācija
Daina Brūvele	Latvijas Ārstniecības un aprūpes darbinieku arodbiedrība

**Darba kārtība:**

Veselības aprūpes reformu plāns.

**A.Čakša** informē par veselības aprūpes reformu plāna izstrādes nepieciešamību. Pirmkārt, veselības aprūpes pieejamība – vienlīdzīga, skaidri saprotama un ar vienādiem veselības aprūpes kvalitātes kritērijiem veselības aprūpe Latvijā šobrīd nav pieejama. Saņemtais pakalpojums mazpilsētā kādā diagnozes grupā var atšķirties no pakalpojuma Rīgā vai reģionālajā pilsētā. Otrkārt, nozares caurspīdīgums un efektivitāte jeb kā tiek izmantots veselības aprūpes finansējums, kā tas nonāk līdz pakalpojumu sniedzējiem un kāds ir labums pakalpojuma saņēmējam. Treškārt, nav skaidri nodalītas lomas starp valsti un pašvaldību, un to nepieciešams precizēt. Ceturtkārt, nozares finansējums. Ir Ministru kabineta lēmums, ka finansējuma pieaugums veselības aprūpei ir sasaistāms ar nodokļu politikas maiņu. Jautājums, par kuru vēl nav pieņemts lēmums ir par 1% novirzi no sociālā nodokļa, kas, protams, nav atrisinājums. Šobrīd nav skaidri iezīmēts, no kurienes tiks iegūts papildu nepieciešamais finansējums nozarei.

**A.Čakša** prezentē galvenos veselības aprūpes reformu plānā iekļautos indikatorus veselības aprūpes sistēmas izvērtēšanai. Pirmkārt, jaundzimušo vidējais paredzamais mūža ilgums, kas Latvijā ir viens no īsākajiem ES; iespaidīga ir paredzamā mūža garuma atšķirība vīriešiem (69,1 gads) un sievietēm (79,4 gadi). Potenciāli zaudētie mūža gadi līdz 69 gadu vecumam uz 100 000 iedzīvotāju Latviju ierindo starp līderiem – 6195 gadi. Koriģējamā jeb izbēgamā nāve – Latvijai ir augstākais rādītājs starp ES dalībvalstīm. Galvenie koriģējamās nāves iemesli ir išēmiska sirds slimība jeb miokarda infarkts, citas cerebrovaskulāras saslimšanas, onkoloģiskas slimības. Praktizējošo ārstu skaits. Analizējot esošo situāciju, esam secinājuši, ka ārstu skaits Latvijā ir ļoti tuvs vidējam skaitam ES dalībvalstīs. Jāņem vērā, ka Latvijā ir daudz ārstu pirmspensijas vecumā, tāpēc reformas ietvaros ir jārisina paaudžu nomaiņas jautājums un tas, lai jaunie speciālisti paliktu strādāt Latvijā. Māsu skaits. Latvijā šobrīd pietrūkst vairāk nekā 3000 māsu. Māsu skaits uz 100 000 iedzīvotāju Latvijā, salīdzinot ar vidējo skaitu ES, ir mazs. Māsu:ārstu skaita proporcija Latvijā ir nepareiza. **D.Raiska** norāda uz iespējamiem risinājumiem, kā palielināt māsu skaitu. Eiropā māsu, vecmāšu un paramedīķu specialitātē vispirms apgūst pamatprofesiju – māsa, un pēc tam seko specializācija. Tas ir viens no veidiem, kā varētu risināt speciālistu trūkuma jautājumu un to spējas pielāgoties izmaiņām darba tirgū.

**A.Čakša** informē par galvenajiem indikatoriem, kas raksturo veselības aprūpes finansējumu - % no IKP, % no kopējiem valdības izdevumiem, izdevumi uz 1 iedzīvotāju. Lai kādu rādītāju mēs analizētu, Latvijā ir viens no mazākajiem finansējumiem veselības aprūpei ES, un tas ir neatbilstošs Latvijas ekonomiskajai

situācijai. Atbilstoši mūsu ekonomiskajai situācijai un Pasaules Veselības organizācijas (PVO) un OECD ieteikumiem, finansējumam veselības aprūpei būtu jābūt vismaz 12% no kopējiem valdības izdevumiem. **M.Pūķis** lūdz precizēt, vai šis finansējums ietver visus veselības aprūpes pakalpojumus, piemēram, arī kosmētiskās operācijas. **A.Čakša** skaidro, ka valsts finansējums veselības aprūpei ietver finansējumu tikai par valsts apmaksātajiem pakalpojumiem.

**A.Čakša** norāda, ka situācija ar vidējo mēnešalgu māsām ir sarežģītāka nekā ārstiem. Ārsti un māsas strādā vairākās darba vietās, bet, ja ārstiem ir iespēja papildus strādāt privātajā sektorā, tad māsām šādas iespējas praktiski nav. **D.Gardovska** lūdz precizēt, vai prezentācijā ir atspoguļota amatalga vai kopēja alga, ko speciālists saņem strādājot dažādās iestādēs. **A.Čakša** paskaidro, ka prezentācijā ir atspoguļota amatalga vienā darbavietā, un norāda, ka Finanšu ministrija uzrāda augstāku ārstu algu, jo izmanto Valsts ieņēmumu dienesta datus par kopējo ārsta algu, kas tiek saņemta strādājot vairākās darba vietās. **D.Gardovska** lūdz pievienot skaidrojošu informāciju pie attiecīgā rādītāja un norādīt, ka atspoguļota amatalga par pilnu slodzi vienā darbavietā. **A. Čakša** skaidro, ka saskaņā ar pētījumu ārstu algas dažādos reģionos var atšķirties pat divas ar pusi reizes, un tas nav atkarīgs no slimnīcas līmeņa – šobrīd augstākā un zemākā alga ir lokālajās slimnīcās. **V.Keris** atzīmē, ka galvenais, uz ko jāskatās, ir ārstu, māsu un jaunākā personāla vidējās algas attiecība (koeficients) pret vidējo algu tautsaimniecībā. Igaunijā ārstu vidējā alga ir divas vidējās algas tautsaimniecībā, bet Latvijā - 1.55, Lietuvā – 1.75. Tieši šis koeficients parāda specialitātes konkurētspēju. **M.Radziņa** jautā vai var iegūt datus par vidējo darba vietu skaitu uz ārstniecības personu. **A.Čakša** informē, ka šādus datus var iegūt par Latviju, bet tas nav starptautiski salīdzināms rādītājs.

**A.Čakša** turpina prezentāciju un informē, ka pašvaldību izdevumi veselības aprūpei lielākie bijuši 2013.gadā - 12 miljoni, kas salīdzinot ar kopējo veselības aprūpes budžetu ir neliela summa. Ņemot vērā, ka pašvaldībām ir funkcija nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, ir nepieciešams precizēt, ko tas ietver.

**A.Čakša** informē, ka galvenie reformu virzieni ir iestāžu reorganizācija, stratēģiskais iepirkums, kvalitātes sistēma, iestāžu kartējums, cilvēkresursi, e-veselība un nozares finansējums. Iestāžu reorganizācijas mērķis ir atbalstīt tās funkcijas, kas tiek sistēmā mainītas, tādējādi tā ir pakārtota reformām. Iestāžu infrastruktūras un kartējuma mērķis ir racionāls resursu izvietojums, lai iedzīvotāji jebkurā ārstniecības iestādē, kurā attiecīgais pakalpojums tiek sniegts, saņemtu vienādi kvalitatīvu pakalpojumu. Veselības aprūpes pakalpojumu piramīdas

pamatā ir primārā veselības aprūpe, tādējādi tā ir vissvarīgākais veselības aprūpes pakalpojumu veids, kurš ir jāstiprina un jāpadara arvien kvalitatīvāks. Attiecībā uz steidzamās medicīniskās palīdzības punktiem (SMPP) paredzēts saglabāt tikai viena līmeņa SMPP – tos, kuros palīdzība tiek sniegta 12 stundas. Aiz SMPP seko ambulatorā aprūpe, I līmeņa slimnīcas. Pretēji tam kā šobrīd, plānots, ka pacientus, kuriem nebūs nepieciešama specializēta, augsta līmeņa aprūpe, NMP varēs transportēt arī uz I līmeņa slimnīcām. I līmeņa slimnīcās diennakti jānodrošina divu specialitāšu ārsti – ķirurgs un terapeitiskā profila speciālists. II līmeņa slimnīcas, kurās diennakti jānodrošina 5 speciālisti, kas sniedz ķirurģisko, terapeitisko, ginekoloģisko, traumatoloģisko un pediatriko palīdzību. III līmeņa slimnīcas, kur diennakti jānodrošina 7 speciālisti plus divās vietās papildus ir arī onkoloģijas un kardioloģijas pakalpojumi (Liepājā un Daugavpilī). IV jeb universitāšu slimnīcu līmenis, uz kurām no reģionālajām slimnīcām tiek pārvesti „smagie” pacienti, lai saņemtu specializētu palīdzību. **D.Gardovska** norāda, ka šobrīd ambulatorā aprūpe ir diversificēta. Vai nevajadzētu parādīt, ka ir konsultatīvā un terciārā līmeņa ambulatorā aprūpe? **A.Čakša** norāda, ka pacientu nosūtīšana uz ambulatoro aprūpi ir viens no jautājumiem, kurš jārisina, jo Latvijā nosūtījumu skaits primārajā aprūpē uz 100 000 iedzīvotāju salīdzinot ar vidējo rādītāju ES, ir augsts. Ir jāstiprina primārā aprūpe, lai samazinātu nepamatoto nosūtījumu skaitu.

**A.Čakša** informē, ka ir nedefinēts ideālais ģimenes ārsta prakses modelis, kur reģistrēto pacientu skaits būtu 1500, komandā ir gan ārsts, gan ārsta palīgi, un vairāku ģimenes ārstu prakšu kopsadarbības ietvaros arī vecmāte, pediatrs, fizioterapeits un, iespējams, arī cits speciālists. Piedāvājam primārās veselības aprūpes koppraksi attīstīšanu, lai nodrošinātu efektīvu ārstu aizvietošanu un pakalpojumu pieejamību arī pēc darba laika beigām, sestdienās un svētdienās, praksi sadarbības ietvaros nodrošinot, piemēram, ārstu dežūras vai citādi risinot attiecīgo jautājumu (piemēram, pieņemot darbā jaunu speciālistu). Tāpat ir jādomā par telefonkonsultāciju apmaksas formu un legalizāciju un ciešāku sadarbību ar sociālo dienestu. **S.Veide** iebilst, ka vispirms vajadzētu panākt, ka visām ģimenes ārsta praksēm ir otra māsa vai ārsta palīgs un nodrošināt viņiem darba vietas, tas ir arī atalgojuma jautājums, bez kura māsas nedabūsim. Pēc tam var runāt par paplašināšanu. **A.Čakša** norāda, reformas paredz, ka ģimenes ārsta prakses telpām arī ir jāatbilst labas prakses vadlīnijām. Viena daļa ārstu nevar atļauties otru māsu tieši telpu ierobežojuma dēļ. Ir jābūt pacienta uzgaidāmajai, reģistrācijas, pacientu pieņemšanas telpai, atsevišķi nodalītai telpai māasai vai ārsta palīgam, manipulāciju telpai, kā arī ievērotām vides pieejamības prasībām. **D.Gardovska** atzīmē, ka ir



svarīgi definēt, uz kādu kopienu kopprakses attiecas. **A.Čakša** skaidro, ka koppraksi veidošana nozīmētu nepieciešamību virzīties uz teritoriālo principu ģimenes ārsta izvēlē, kas šobrīd tā nav. **S.Veide** norāda, ka pirms koppraksi veidošanas vajadzētu izanalizēt dežūrārstu rezultātus, otrkārt, ir ģimenes ārstu konsultatīvais tālrunis, kas ir ārpus darba laika. **A.Čakša** informē, ka dežūrārstu darba rezultāti ir izanalizēti un ka koppraksi veidošana nav plānota kā obligāta. Tāpat dati liecina, ka hronisko pacientu aprūpe ir pasliktinājusies- aizvien vairāk tiek hospitalizēti hroniskie pacienti sliktas aprūpes dēļ. Šī ir viena no problēmām, ko plānots risināt ar koppraksi. **S.Veide** norāda, ka ģimenes ārsti jau šobrīd uzņemas milzīgi lielu slodzi un māsu darbu sakarā ar māsu trūkumu un papildu slodzi ārpus darba laika beigām šobrīd nav iespējama, kamēr visiem ģimenes ārstiem nav nodrošināta māsa vai ārsta palīgs.

**A.Čakša** informē, ka ārstniecības iestāžu plānojumā izmantots reģionālais aspekts, ņemot vērā primārās aprūpes tīklu un NMP punktus. Akūto gultu skaita proporcija reģionos ir dažāda, tāpēc, lai nebūtu straujas gultu skaita izmaiņas, akūtās gultas plānotas 22-24 gultas uz 10 000 iedzīvotāju un papildus klāt aprūpes gultas – 4-4,5 gultas uz 10 000 iedzīvotāju konkrētā reģionā, kas nav piesaistīts konkrētai teritorijai vai pilsētai, bet saistīts ar NMP brigāžu izkārtojumu un ārstniecības iestāžu sasniedzamību stundas vai 90 minūšu laikā. Būtiski, kā akūtās un aprūpes gultas reģionā tiek sadalītas starp ārstniecības iestādēm no efektivitātes viedokļa, kas saistīts ar cilvēkresursiem, tehnoloģiskajiem resursiem.

**A.Čakša** informē par priekšlikumiem pašvaldību lomas definēšanai veselības aprūpē. Pirmais priekšlikums diskusijai ir saistīts ar primārās veselības aprūpes koppraksi pakāpenisku veidošanu, kur varētu būt atbalsts arī no pašvaldībām. Otrs ir veselības aprūpēs mājās nodrošināšana, trešais – aprūpes gultu uzturēšana, ceturtais – hospis aprūpes attīstīšana. Jautājums ir par to, kā šo lomu nodalīt un deleģēt pašvaldībām. Atbalsts no pašvaldību puses varētu būt saistīts ar atbilstošu telpu nodrošināšanu, IT jomas uzturēšanu, gan dažādām saimnieciskām lietām. **L.Kozlovskā** iebilst pret ģimenes ārstu fiksētā maksājuma un kapitācijas naudas novirzīšanu pašvaldībām un norāda, ka palīdzība ir papildus nauda nevis esošas naudas nodošana administrēšanai starpniekam. Ir jānedefinē vismaz viens pakalpojumu pieejamības kritērijs, kas pašvaldībām būtu jāizpilda veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanas funkcijas ietvaros. Piemēram, ģeogrāfiskās pieejamības kritērijs. Kā cilvēkus ar maziem ienākumiem, vientuļos, trūcīgos pacientus ar pašvaldības transportu var nogādāt līdz ārstniecības iestādei, nevis veidot lauku prakses pagastos ar 200 iedzīvotājiem, kas nebūs ekonomiski. Par aprūpes gultu uzturēšanu un hospis aprūpes attīstīšanu var runāt,

ja tam ir nauda. Īstenojot deinstitucionalizāciju, ģimenes ārstiem papildus komandā būs nepieciešama psihiatrijas māsa, rehabilitologs, paliatīvās aprūpes māsa. **A.Čakša** norāda, ka piedāvātais priekšlikums ir viens no risinājumiem, ņemot vērā, ka katrai ģimenes ārsta praksei šobrīd ir fiksētais maksājuma par telpu uzturēšanu, bet veidojot kopprakses, naudas līdzekļu izlietojums telpām varētu būt efektīvāks. Primārās veselības aprūpes sistēma ir laba, bet tās rezultāti ir slikti, un jautājums ir, kā nonākt līdz kvalitātei. **J.Gardovskis** piekrīt, ka ir jāceļ pašvaldības loma –tikai 0,4% no pašvaldību ieņēmumiem tiek novirzīti veselības aprūpei, 40% izglītībai, pārējais kultūrai un sportam. SKDS iedzīvotāju aptaujās 68% norāda, ka ir nepieciešama veselība. **M.Pūķis** skaidro, ka tā kā šobrīd normatīvajos aktos pašvaldībām nav iezīmēti konkrēti uzdevumi veselības aprūpē, tad pašvaldību iesaiste veselības aprūpē ir brīvprātīga iniciatīva, kas tiek finansēta no pašvaldības budžeta. Ja pašvaldībai tiek uzdots konkrēts uzdevums, tad tam ir jāparedz arī finansējums, un šis jautājums kaut kā ir jāatrisina. Parasti šos jautājumus atrisina ikgadējās sarunās. Šobrīd Finanšu ministrija ir paziņojusi, ka potenciāli mīnus 400 miljonus EUR pašvaldībām. Uz šī fona uzdot pašvaldībām papildus uzdevumus ir problēma. **V.Keris** izsaka priekšlikumu prezentāciju par reformu plānu sākt ar Pasaules Veselības organizācijas pētījumu, kur Latvijas ambulatorā veselības aprūpe atzīta starp 10 labākajām Eiropā. Dažas organizatoriskās reformas ir vajadzīgas, stratēģiskās – par tām, par kurām varam vienoties. Veselības ministrijai nav jārisina uzdevumi, kas nav tās kompetencē. Pašvaldību lomas definēšana nav Veselības ministrijas uzdevums un to nevar atrisināt bez vienošanās ar pašvaldībām. **M.Rēvalds** ierosina katru no tēmām vēlreiz pārrunāt atsevišķi.

**A.Čakša** turpina prezentāciju par cilvēkresursiem. **V.Keris** ierosina nelietot terminu “*korekcija pret*”, bet aizstāt to ar “*cilvēkresursu iztrūkums vai deficīts*” un papildināt ar datiem, kāds ir cilvēkresursu iztrūkums uz šo brīdi, salīdzinot ar ES vidējiem datiem. **A.Čakša** informē, ka visā sistēmā šobrīd trūkst 3000 māsu, ārsti trūkst slimnīcās, bet kopējais skaits ir pietiekošs. **D.Gardovska** vērs uzmanību, ka ārstniecības personas šobrīd arvien vairāk tiek iesaistītas dažādās birokrātiskās darbībās, kuras varēti izpildīt arī ne - ārstniecības personas. Ir jāparedz, ka tiek sagatavots šāds personāls, kas veiktu tehniskās funkcijas, ar ko šobrīd nodarbojas ārsti. **D.Raiska** norāda, ka jautājums šobrīd ir par to, kā atgriezt māsu ārstniecības iestādēs, jo viņas ir sagatavotas pietiekošā skaitā.

**A.Čakša** attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumu iepirkšanu norāda, ka izmaiņas, pirmkārt, saistītas ar katra iepērkamā pakalpojuma kvalitātes kritēriju noteikšanu, tai skaitā rādītāju pieņemamo robežu noteikšanu, un monitorēšanu. Arī pakalpojumu finansēšanas izmaksu efektivitātes izvērtēšanas metodikas izstrāde,

tāpat būtiski ir, balstoties uz iedzīvotāju skaitu, noteikt pakalpojumu skaitu konkrētā teritorijā, kā arī veikt izmaiņas līgumu slēgšanas un apmaksas nosacījumos. Plānots sākt ar 3 pilotjomām – onkoloģiskie pakalpojumi, mamogrāfija, mākslīgā apaugļošana.

**A.Čakša** informē, ka kvalitātes sistēmas reformas ietvers pakalpojumu kvalitātes uzraudzību, definējot kritērijus ārstniecības iestādēm, kuras sniedz valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, un pacientu drošības veicināšanu, izstrādājot klīniskos algoritmus-protokolus, adaptējot pacientu ceļa kartes, balstoties uz klīniskajām vadlīnijām. Kā pilotprojekts zaļā koridora ietvaros šādas ceļa kartes, balstoties uz profesionālo asociāciju izstrādātām vadlīnijām, ir izstrādātas.

**A.Čakša** informē par e-veselības lomu reformu ietvaros – informācijas aprites, pieejamības uzlabošana, nelietderīgu darbību gan pacientiem, gan ārstiem novēršana, kā arī resursu izmantošanas efektivitātes kontrole.

**A.Čakša** informē, ka, lai atbalstītu reformas, plānota Veselības ministrijas padotības iestāžu reorganizācija, kā arī, valsts lielāka iesaiste reģionālo slimnīcu darbībā, lai mainītu esošo situāciju, kad Veselības ministrija ir tikai pakalpojumu iepircējs no reģionālajām slimnīcām. Plānota iepirkumu, atbalsta funkciju centralizācija, klīnisko algoritmu un pacientu aprūpes ceļu centralizēta izstrāde.

**A.Čakša** attiecībā uz veselības nozares finansējumu informē, ka Eiropas Komisijas prognozes līdz 2060.gadam paredz, ka ņemot vērā populācijas novecošanos veselības aprūpes finansējums būtu jāpalielina par 0,9 procentpunktiem no IKP, ņemot vērā tehnoloģiju attīstību - par 1.6 procentpunktiem. PVO rekomendācijas paredz, ka finansējumam veselības aprūpei jābūt vismaz 12% no valsts kopējiem izdevumiem. Reformu plāns paredz finansējuma pieaugumu veselības aprūpei līdz 14% no valsts kopējiem izdevumiem. **V.Keris** iebilst, ka divkārtšs ārstu darba samaksas pieaugums attiecībā pret vidējo darba samaksu tautsaimniecībā jāplāno uz 2020.gadu, nevis 2021.gadu.

**S.Veide** aicina nevirzīt tālāk ideju par pašvaldību lomas paplašināšanu primārajā veselības aprūpē.

Sēdi beidz plkst.17.15

Sēdi vadīja:

A. Čakša

Sēdi protokolēja:

L. Boltāne