



Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama?

VK revīzijas ziņojums • Rīga, 2017. gada janvāris



Latvijas Republikas
Valsts kontrole

Cienījamais lasītāj!

Valsts kontrole ir veikusi lietderības revīziju un sagatavojusi revīzijas ziņojumu «Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama?».

Racionālas veselības aprūpes sistēmas pamatā ir stiprs ģimenes ārstu institūts. Ģimenes ārsts ir pirmā persona, pie kuras vēršas pacients, ja viņam radušās veselības problēmas, un no ģimenes ārsta ir atkarīga pacienta tālākā ārstēšanas gaita. Daudzas iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršas un izmaksu ziņā efektīvas medicīnas tehnoloģijas, var atrisināt jau ģimenes ārsts, arī profilakse un savlaicīga diagnostika ir ģimenes ārsta ziņā. Savukārt valsts ir ieinteresēta, lai ģimenes ārsti sniegtu pēc iespējas plašāku pakalpojumu klāstu, jo šādi tiek veicināta racionālu veselības aprūpei pieejamo resursu izmantošana. Tomēr šobrīd sabiedrībā valda neapmierinātība par veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību. Saprotot, ka tuvākajā laikā visdrīzāk nebūs iespējams būtiski palielināt veselības aprūpei piešķirto valsts finansējumu, risinājumi jāmeklē jau sistēmas pamatā, domājot arī par uzlabojumiem ģimenes ārstu darba organizācijā.

Lai nodrošinātu iedzīvotājiem veselības aprūpi, valsts pērk ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus ne tikai no valstij un pašvaldībām piederošajām veselības aprūpes iestādēm, bet arī no privātajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Tai pašā laikā valsts un pašvaldības iegulda papildu līdzekļus sev piederošo veselības aprūpes iestāžu uzturēšanai, lai tās varētu turpināt sniegt iedzīvotājiem veselības aprūpes pakalpojumus, nodrošinot arī neatliekamās medicīniskās palīdzības nepārtrauktību 24 stundas diennaktī.

Atzīstot, ka veselības aprūpei trūkst finansējuma un to nepieciešams palielināt, Valsts kontrole ar šīs revīzijas rezultātiem vēlas parādīt, ka Veselības ministrija arī ierobežota finansējuma apstākļos tomēr var rast risinājumus ambulatorās veselības aprūpes sistēmā ieguldīto finanšu līdzekļu racionālākai izlietošanai un izveidotās sistēmas kvalitātes uzlabošanai.

Šajā revīzijā mēs vērtējam, kā tiek īstenota Veselības ministrijas noteiktā politika ambulatorās veselības aprūpes jomā, kā darbojas ģimenes ārstu institūts un cik pārdomāti valsts tērē ambulatorajai veselības aprūpei piešķirtos resursus.

Mēs ceram, ka Veselības ministrija sadarbībā ar ģimenes ārstiem, ieviešot mūsu ieteikumus, radīs dzīvotspējīgus un labvēlīgus priekšnosacījumus ambulatorās veselības aprūpes sistēmas darbības uzlabošanai, tā palielinot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti, kā arī ambulatorajai veselības aprūpei piešķirto finanšu līdzekļu izlietojuma efektivitāti.

Pateicamies par sadarbību Veselības ministrijai, Nacionālajam veselības dienestam, Latvijas Ģimenes ārstu asociācijai, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijai un Rīgas Austrumu klīniskajai universitātes slimnīcai.

Motivācija

Veselības ministrijas politikas plānošanas dokumentos deklarētais mērķis — palielināt Latvijas iedzīvotāju veselīgi nodzīvoto mūža gadu skaitu un novērst priekšlaicīgu nāvi, saglabājot, uzlabojot un atjaunojot veselību — ir sasniedzams, nodrošinot ilgtspējīgu, visiem Latvijas iedzīvotājiem vienlīdzīgi pieejamu, efektīvu veselības aprūpes sistēmu ar racionālu resursu izmantošanu.

Viens no veselības aprūpes sistēmas komponentiem ir ambulatorā veselības aprūpe, tai skaitā ģimenes ārsts ar savu komandu.

Attīstot ambulatoro sektoru, paplašinot pakalpojumu klāstu un uzlabojot aprūpes kvalitāti, būtu jāmazina slogs stacionārajam veselības aprūpes līmenim un jāuzlabo veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība iedzīvotājiem.

Ģimenes ārstu institūtam jābūt profesionālam, pieejamam, efektīvam un visaptverošam veselības aprūpes sistēmas elementam, kura loma profilaksē, diagnostikā, ārstēšanā un rehabilitācijā Veselības ministrijai nepārtraukti jāstiprina.

Revīzijas mērķis bija pārlicināties, vai pieejamo resursu ietvaros ambulatorā veselības aprūpes sistēma ir pilnveidojama, tāpēc revīzijā vērtējām, vai Veselības ministrijas noteiktā politika ambulatorās veselības aprūpes sistēmas darbībai ir īstenota, vai ģimenes ārsts ar savu komandu veido labu veselības aprūpes sistēmas pamatu un vai Veselības ministrija, pērkot ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus, ir rīkojusies racionāli.

Galvenie secinājumi

Revīzijā konstatētais mums ir ļāvis secināt, ka Veselības ministrija nav panākusi, lai ambulatorās veselības aprūpes sistēma būtu pilnvērtīga un notiktu virzība uz ministrijas noteiktā mērķa — nodrošināt savlaicīgu, drošu, kvalitatīvu un vienlīdzīgu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, vienlaikus racionāli izmantojot pieejamos resursus — sasniegšanu.

Veselības ministrijas politikas plānošanas dokumenti ambulatorās veselības aprūpes jomā

Gadu no gada tiek uzsvērts, ka veselības nozarei piešķirtais finansējums ir nepietiekams, tāpēc Valsts kontroles ieskatā ir jāveido tāda veselības aprūpes politika, kurā izvirzītie mērķi un pasākumi ir līdzsvarā ar to īstenošanai pieejamajiem resursiem, turklāt Veselības ministrijai ir jāuzrauga politikas ieviešana, lai sabiedrībai sniegtu iespējami lielāku labumu.

Revīzijā, izvērtējot Veselības ministrijas faktiskās darbības ieviešot politikas plānošanas dokumentos iekļautos pasākumus ambulatorās veselības aprūpes jomā, secināts, ka daudzi nozarei būtiskie jautājumi jau gadiem netiek risināti vai arī veiktie pasākumi nesasniedz savu mērķi.

Valsts kontrole revīzijā izlases veidā vērtēja 39 politikas plānošanas dokumentos noteiktos pasākumus un secināja, ka 31 no tiem nav ieviests.

Piemēram, Veselības ministrija Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.-2016. gadam primārās veselības aprūpes pieejamības uzlabošanai plānoja 21 pasākumu, pilnveidojot primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darba organizāciju, prasības pakalpojumu sniedzējiem un finansēšanas mehānismu un palielinot veselības veicināšanas un slimību profilakses lomu primārās



Attēls nr. 1. Primārās veselības aprūpes attīstības plānā 2014.-2016. gadam paredzētie pasākumi.

veselības aprūpes līmenī (skatīt attēlu nr. 1). Valsts kontroles ieskatā nav īstenoti deviņi no 11 izlasē iekļautajiem plānotajiem pasākumiem.

Izvērtējot, kāpēc plānotie pasākumi nav ieviesti, konstatēts, ka viens no iemesliem ir finansiālo iespēju principa neievērošana.

Piemēram, no Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāna 2013.-2015. gadam izlasē iekļautajiem pieciem pasākumiem, kuriem bija nepieciešams papildu finansējums, nav īstenoti četri pasākumi 1,9 milj. euro apmērā.

Taču vienlaikus jāatzīmē, ka nav ieviesti arī vairāki pasākumi, kurus bija paredzēts īstenot piešķirtā valsts budžeta finansējuma ietvaros.

Piemēram, valsts organizētais un apmaksātais vēža skrīnings aizsākts jau 2009. gadā, tomēr pastāvošajām problēmām tā norisē, Veselības ministrija pretēji pamatnostādņēs noteiktajam laikus nav identificējusi faktoros, kas kavē organizētā vēža skrīninga īstenošanu, un nav pilnveidojusi skrīninga izmeklēšanu onkoloģisko slimību agrīnai diagnosticēšanai piešķirto valsts budžeta līdzekļu ietvaros.

Politikas plānošanas dokumenti nepiedāvā efektīvākos risinājumus un aktivitātes izvirzīto mērķu sasniegšanai.

Piemēram, Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plānā 2013.-2015. gadam bija paredzēts līdz 30.12.2015. pie ārstniecības iestādēm izveidot 30 kardioloģisko pacientu aprūpes kabinetus un uzsākt kardioloģisko pacientu aprūpi, tomēr plānotās darbības nav veiktas, jo ministrijai ir šaubas par šāda pasākuma nepieciešamību.

Lai gan vairākus politikas plānošanas dokumentos noteiktos pasākumus Veselības ministrija uzskata par ieviestiem, revīzijā konstatēts, ka pasākumi ir

īstenoti formāli, jo tie nerasniedz savu mērķi.

Piemēram, lai arī Ministru kabineta noteikumos noteikta obligāta prasība lielajās ģimenes ārstu praksēs iesaistīt arī otru māsu vai ārsta palīgu, joprojām 47 (14 %) no 339 ģimenes ārstiem, kuriem reģistrēto pacientu skaits pārsniedz 1800, nav otrās māsas vai ārsta palīga.

Teritoriālā pieejamība valsts apmaksātai primārajai veselības aprūpei

Viens no galvenajiem primārās veselības aprūpes principiem ir pieejamība visiem iedzīvotājiem, neatkarīgi no ģeogrāfiskiem ierobežojumiem. Saskaņā ar likumu «Par pašvaldībām» viena no pašvaldību autonomajām funkcijām ir nodrošināt veselības aprūpes pieejamību, piemēram, organizējot integrētus medicīniskās un sociālās aprūpes punktus vai organizējot transportu pacientu nokļūšanai pie ārsta, kad esošā sabiedriskā transporta sistēma nav piemērota. Taču Veselības ministrija, analizējot primārās veselības aprūpes pieejamību Latvijā, ir norādījusi uz problēmām saistībā ar nevienmērīgu pakalpojumu sniedzēju pieejamību dažādās teritorijās un trūkumiem esošajā ģimenes ārstu praksē un feldšerpunktu teritoriālā izvietojuma plānojumā.

Valsts kontroles veiktajā datu analizē konstatēts, ka Latgales un Kurzemes reģionu 45 pagastos uz vietas nav ģimenes ārstu pieņemšanas vietas (no tiem 30 pagastos uz vietas nav arī feldšerpunktu), turklāt vairākos pagastos attālums, kas iedzīvotājiem jāizmēro, lai nokļūtu pie ģimenes ārsta, pārsniedz pat 20 kilometrus.

Diemžēl jāsecina, ka Veselības ministrija nav aktīvi iesaistījusies, lai veicinātu vienotu pašvaldību izpratni par to atbildību un veicamo darbību kopumu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanā saviem iedzīvotājiem un viens no galvenajiem

primārās veselības aprūpes principi — pieejamība visiem iedzīvotājiem, neatkarīgi no ģeogrāfiskiem ierobežojumiem — nav ievērots, jo:

- jēdziens «veselības aprūpes pieejamība» ir atstāts bez konkrētas definīcijas un pieejamības novērtēšanai nav definēti noteikti kritēriji;
- pašvaldībām nav vienotas izpratnes par veicamajām darbībām, risinot ģeogrāfiskās pieejamības jautājumus savas teritorijas iedzīvotājiem;
- Veselības ministrija nav atradusi efektīvus kopīgus risinājumus ģeogrāfiskās nevienlīdzības mazināšanā starpsektoru sadarbībā ar pašvaldībām un ar tām nav panākusi vienošanos par atbildības un kompetences sadalījumu primārās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā.

Ģimenes ārstu gada darbības novērtēšana, maksājuma sadales metodika un paveiktā darba apmaksa

Primārā veselības aprūpe ir galvenā veselības aprūpes sastāvdaļa, kas pamatojas uz zinātniski izstrādātām un praktiskām metodēm. Tā ir pieejama iedzīvotājiem un to realizē ģimenes ārsti kopā ar savu komandu, atrisinot galvenās iedzīvotāju veselības problēmas, lietojot vienkāršākās un izmaksu ziņā efektīvākās medicīnas tehnoloģijas.

Par ģimenes ārstu darbības efektivitāti liecina ģimenes ārstu spēja un gatavība savā darbībā sniegt iespējami daudz pakalpojumu, kas pacientam pēc būtības rada labāku veselības aprūpes pieejamību un ļauj pacienta individuālās problēmas risināt pilnīgāk un vispusīgāk. Savukārt valsts ir ieinteresēta, lai pacientam nepieciešamie veselības aprūpes pakalpojumi pēc iespējas tiktu nodrošināti jau primārās veselības aprūpes līmenī, tā veicinot budžeta līdzekļu racionālu izmantošanu.

Lai paaugstinātu sniegtās aprūpes kvalitāti un vienlaikus ieviestu instrumentu ģimenes ārstu darba kvalitātes novērtēšanai un motivācijai, Veselības ministrija sadarbībā ar ģimenes ārstu asociācijām un ekspertiem izstrādāja ģimenes ārstu darba novērtēšanas metodiku, par metodikā noteikto prasību izpildi paredzot samaksu. Tomēr revīzijā secināts, ka ģimenes ārstu darba novērtēšanas metodika nedarbojas kā iecerēts, un to ir nepieciešams pilnveidot, jo netiek veicināta metodikas ieviešanas mērķa — pacientam pieejama kvalitatīva ģimenes ārsta aprūpe — sasniegšana.

Kopš šīs metodikas ieviešanas trīs gadu laikā ģimenes ārsti nav būtiski uzlabojuši gada darbības rādītājus kvalitātes kritēriju sasniegšanā, jo no 13 definētajiem kritērijiem ir sasniegti tikai seši, no tiem vairāki, pateicoties tam, ka Veselības ministrija ir samazinājusi prasības kritēriju sasniegšanai.

Vairāki kritēriji, kuriem Veselības ministrija novērtēšanas metodikā ir paredzējusi svarīgu lomu, netiek sasniegti, turklāt ar katru gadu to izpilde pasliktinās. Piemēram, vēža skrīninga izmeklējumu veicināšanas uzdevumu izpildījuši tikai 16 % ģimenes ārstu, savukārt pacientu apmeklētības kritēriju izpildījis tikai 31 % ģimenes ārstu.

Pacientu profilaktiskās apskates, ko Veselības ministrija savos politikas plānošanas dokumentos ir definējusi kā būtisku pasākumu, lai veselības sistēma būtu vērsta nevis uz ielaistu slimību ārstēšanu, bet savlaicīgu slimību diagnostiku un slimību profilaksi, nav iekļautas ģimenes ārstu darba novērtēšanas kritēriju skaitā un par to veikšanu ģimenes ārstam nav paredzēta samaksa. Revīzijā konstatēts, ka profilaktiskā apskate veikta tikai 29 % personu, kas reģistrējās pie ģimenes ārstiem, turklāt no izlasē iekļautajiem 79 ģimenes ārstiem 15 ārsti saviem pacientiem profilaktisko apskati nav veikuši vispār.

Citās valstīs ģimenes ārstu darbības efektivitāti raksturo sarūkošs nosūtījumu skaits. Arī Veselības mi-

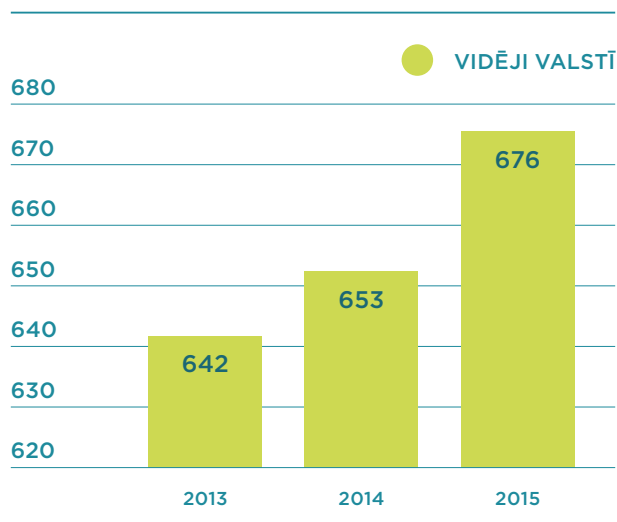
nistrijas politikas plānošanas dokumentos ir norādīts, ka lielāko daļu iedzīvotāju veselības problēmu var atrisināt ģimenes ārsti, nosūtot pacientus pie speciālista tikai tad, ja ģimenes ārsts nespēj palīdzēt. Taču šāds kritērijs ģimenes ārstu darbības novērtēšanas metodikā iekļauts netika.

Revīzijā konstatēts, ka nosūtījumu skaits Latvijā līdz pat divām reizēm pārsniedz optimālo nosūtījumu skaitu Eiropas Savienībā (ES rādītājs — maksimums 363 nosūtījumi uz 1000 reģistrētajiem pacientiem).

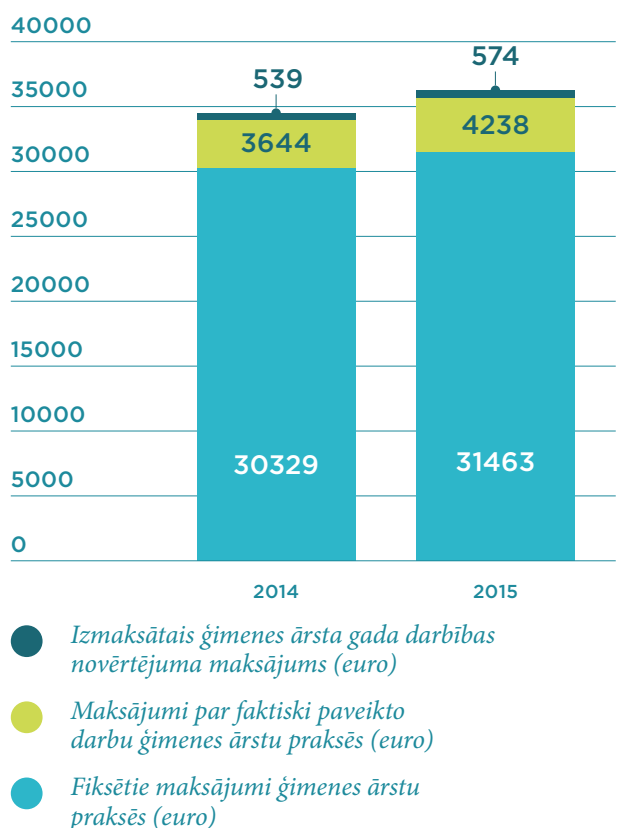
Taču Veselības ministrija līdz šim brīdim nav atradusi pietiekami efektīvus instrumentus, lai mazinātu ģimenes ārstu nosūtījumu skaitu pie sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem, un nosūtījumu skaitam ir tendence pieaugt. Arī izveidotā ģimenes ārstu finansēšanas sistēma nemotivē ārstus izpildīt izvirzītos kvalitātes kritērijus un palielināt darba apjomu, sniedzot pakalpojumus savā praksē. Revīzijā konstatēts, ka plānotā piemaksa par ģimenes ārsta gada darbības novērtēšanu veido mazāk nekā 3 % no kopējiem ģimenes ārsta ieņēmumiem.

Turklāt pie vienāda vai pat mazāka padarītā darba apjoma ģimenes ārstu prakses ar lielāku pierēģistrēto pacientu skaitu saņem lielāku gada darbības novērtējuma maksājumu nekā ģimenes ārstu prakses ar mazāku pierēģistrēto pacientu skaitu.

Piemēram, 2015. gadā kvalitātes kritēriju pacientiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem veikts slēpto asiņu tests izpildījušas divas ģimenes ārstu prakses ar 2338 un 1761 reģistrētajiem pacientiem, taču pacientu skaits, kuriem bija nepieciešams veikt šos izmeklējumus abās praksēs, ir gandrīz identisks — attiecīgi ir 618 un 611 pacienti. Ģimenes ārsta prakse, kurā ir lielāks pierēģistrēto pacientu skaits, ir veikusi 160 izmeklējumus un kvalitātes kritērija izpilde ir 26 %, bet ģimenes ārsta prakse, kurā ir mazāk pierēģistrēto pacientu, ir veikusi 321 izmeklējumu un kvalitātes kritērija izpilde ir 53 %.



Attēls nr. 2. Primārās veselības aprūpes ārstu nosūtījumu skaits uz 1000 reģistrētajiem pacientiem pie sekundārās veselības aprūpes speciālistiem valstī.



Attēls nr. 3. Vidēji viena ģimenes ārsta (ar reģistrēto pacientu skaitu no 1200 līdz 2000 pacientiem) gada ieņēmumi (bez māsas un ārsta palīga darba samaksas) no valsts budžeta, 2014., 2015. gadā.

Tomēr, veicot divas reizes mazāk izmeklējumu, ģimenes ārsta prakse, kurā ir lielāks pierēģistrēto pacientu skaits, par šī kvalitātes kritērija izpildi ir saņēmusi par 88 euro lielāku samaksu.

Lai gan Veselības ministrijas politika paredz palielināt ģimenes ārstu lomu ārstniecībā, tomēr noteiktā ģimenes ārstu prakšu finansēšanas kārtība neveicina ģimenes ārstu ieinteresētību palielināt darba apjomu, sniedzot pakalpojumus ģimenes ārsta praksē. Revīzijā, izlases veidā veicot pārbaudes par 46 ģimenes ārstu saņemto finansējumu, konstatēts, ka dažādu fiksētu maksājumu veidā ģimenes ārstu prakses (Latvijā 62 % ģimenes ārstu prakses ir ar reģistrēto pacientu skaitu no 1200 līdz 2000 pacientiem) no valsts budžeta saņem līdz pat 90 % no to kopējiem ieņēmumiem, pārējo ieņēmumu daļu veido ieņēmumi par faktiski paveikto darbu ģimenes ārstu praksēs, tai skaitā ģimenes ārsta gada darbības novērtējuma maksājums tikai 1,5 %.

Ģimenes ārstu paveiktais darbs

Lai uzlabotu nozarei piešķirtā finansējuma izmantošanas efektivitāti un lai uzlabotu veselības pakalpojumu pieejamību un veicinātu individuālā pacienta problēmu pilnīgāku un vispusīgāku risināšanu, Veselības ministrija politikas plānošanas dokumentos ir deklarējusi, ka nepieciešamo veselības aprūpes pakalpojumu saņemšana jānodrošina jau pie ģimenes ārsta, apmaksājot šos pakalpojumus pēc sniegšanas fakta. Šādi tiktu veicināta arī ģimenes ārstu ieinteresētība sniegt vienkāršus pakalpojumus savā praksē, nenosūtot pacientus tālāk uz speciālistu konsultācijām.

Tomēr revīzijā konstatēts, ka ģimenes ārsti bieži vien nesniedz vienkāršus pakalpojumu savā praksē, kā arī pacienti arvien biežāk vēršas pie tiešās pieejamības speciālistiem, arī lai saņemtu pakalpojumus, kuri ietilpst ģimenes ārstu profesionālajā kompetencē.

Vismazāk pakalpojumi tiek sniegti ģimenes ārstu

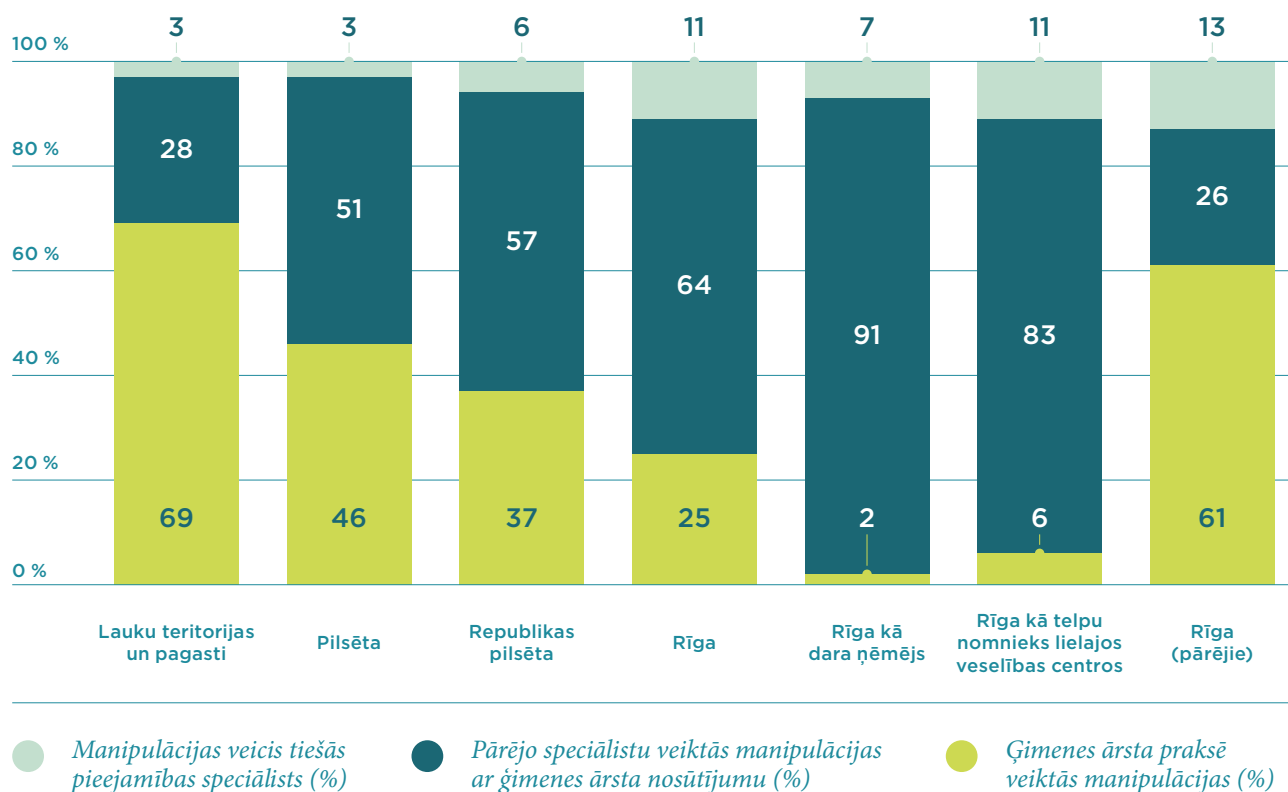
praksēs, kuru darbības pamatteritorija ir Rīga — vidēji 25 % no visu veikto pakalpojumu skaita. Rīgā arī pacienti visvairāk izmanto tiešās pieejamības speciālistu pakalpojumus — vidēji 11 % gadījumu. Turklāt ģimenes ārsti, kuri darbojas kā darba ņēmēji pastarpināti kādā ārstniecības iestādē, vidēji 91 % gadījumu pacientus pakalpojuma saņemšanai ir nosūtījuši pie citiem speciālistiem (skatīt attēlu nr. 4).

Valsts kontroles ieskatā tas liecina, ka Veselības ministrijas īstenotā politika nav efektīva un nespēj iedzīvotājus pārliecināt, ka ģimenes ārsts ir pirmais un svarīgākais saskarsmes posms starp pacientiem un veselības aprūpes sistēmu un tieši ģimenes ārsts bieži vien var pacientiem sniegt nepieciešamo palīdzību.

Jāņem vērā arī tas, ka nosūtot pacientus pie speciālista veikt pakalpojumus, kuri ietilpst ģimenes ārstu profesionālajā kompetencē, palielinās valsts budžeta izdevumi šī pakalpojuma apmaksai.

Piemēram, ģimenes ārsta ieņēmumu daļu par konkrēta pacienta aprūpi veido gan ikmēneša maksājums par pacientu neatkarīgi no tā, vai pacients ir apmeklējis ģimenes ārstu vai nav, gan samaksa par ģimenes ārsta šim pacientam sniegto pakalpojumu. Savukārt speciālista pakalpojumi tiek apmaksāti tikai tad, ja pacients to ir apmeklējis un speciālista ieņēmumus veido maksājums par aprūpes epizodi (kas ir līdz sešām reizēm lielāks nekā noteiktais maksājums ģimenes ārstam par pacientu mēnesi), kā arī samaksa par šim pacientam sniegto pakalpojumu (tāda pati kā ģimenes ārstam).

Valsts kontroles ieskatā, palielinot ģimenes ārstu sniegto pakalpojumu apjomu, nozarē uzlabotos ne tikai resursu izmantošanas efektivitāte, bet arī palielinātos ārstu speciālistu pieejamība. Ja ģimenes ārsts nosūta pacientu pie speciālista veikt pakalpojumus, kuri ietilpst ģimenes ārsta profesionālajā kompetencē, speciālisti tiek noslogoti, sniedzot salīdzinoši



Datu avots: Nacionālā veselības dienesta sniegtā informācija.

Attēls nr. 4. 2014. gadā veikto manipulāciju sadalījums starp ģimenes ārstiem, pārējiem speciālistiem un tiešās pieejamības speciālistiem (%).

vienkāršus pakalpojumus un samazinās to iespēja sniegt pakalpojumus, kur nepieciešama īpaša sagatavotība, specifiskas zināšanas un pieredze.

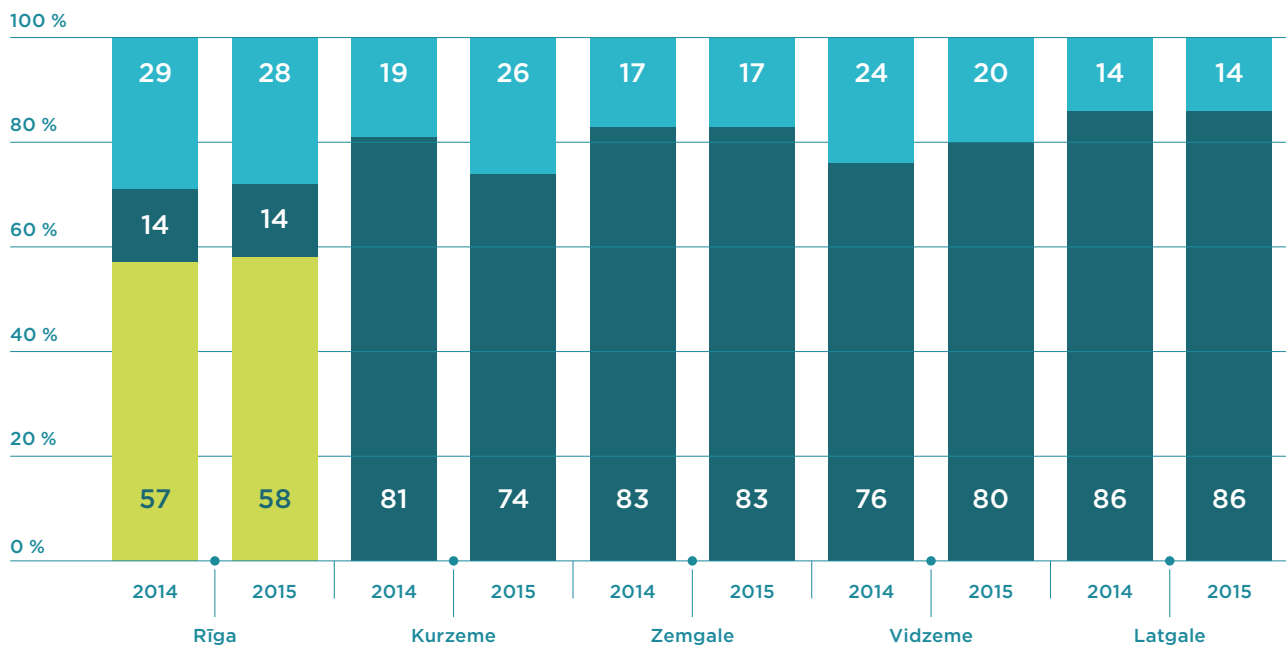
Lai gan nozares profesionāļi ir norādījuši, ka jautājums par ģimenes ārstu nosūtījumu skaita samazināšanu būtu jāskata kontekstā ar klīnisko vadlīniju izstrādi, tomēr Veselības ministrijai līdz šim nav izdevies panākt vienošanos ar nozares speciālistiem par vadlīniju izstrādi un apstiprināšanu. Valsts kontroles ieskatā vadlīnijas ir viens no instrumentiem, lai samazinātu nosūtījumu skaitu, jo, izstrādājot ārstniecības procesu aprakstus (vadlīnijas) konkrētām pacientu grupām, tiktu veicināta racionāla budžeta līdzekļu izmantošana un uzlabota primārās veselības aprūpes kvalitāte, vienlaikus nostiprinot

ģimenes ārsta lomu pacienta profilaksē, diagnostikā, ārstēšanā un rehabilitācijā.

Veselības ministrijas rīcība, pērkot ambulatoros pakalpojumus

Lai noteiktu, vai pieejamo resursu ietvaros īstenotā Veselības ministrijas politika ambulatorās veselības aprūpes jomā veicina efektīvu veselības aprūpes pārvaldi, revīzijā vērtējām, vai Veselības ministrija, pērkot veselības aprūpes pakalpojumus, tai skaitā izmeklējumu, dienas stacionāru un speciālistu pakalpojumus, ir rīkojusies racionāli.

Patlaban spēkā esošie pakalpojumu apmaksas nosacījumi veicina ārstniecības iestāžu ieinteresētību



- Privātajiem piederošo pakalpojumu sniedzēju finansējums (% no izlases)
- Pašvaldībām piederošo pakalpojumu sniedzēju finansējums (% no izlases)
- Valstij piederošo pakalpojumu sniedzēju finansējums (% no izlases)

Datu avots: Pārskats par noslēgtiem līgumiem un veikto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes darba apjomu 2014. un 2015. gadā.

Attēls nr. 5. Valsts finansēto sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju īpatsvars pēc īpašumpiemēšanas sadalījumā pa reģioniem (%).

sniegt ambulatoros pakalpojumus. Revīzijā, vērtējot kopsavilkuma pārskatus par finanšu līdzekļu izlietojumu ārstniecības iestādēs, secināts, ka ambulatoros pakalpojums sniegt ir rentabli, piemēram, radioloģijas nodaļas inenesīguma koeficients ir pat līdz 30 %.

Šobrīd valsts pārņem ambulatoros veselības aprūpes pakalpojumus gan no valsts un pašvaldību, gan no privātajām ārstniecības iestādēm. Vidēji valstī no izlasē iekļautajiem pakalpojumu sniedzējiem valsts, pašvaldību un privāto pakalpojumu sniedzēju īpatsvars attiecīgi ir 37 %, 38 % un 25 %, tai skaitā lielākais privāto pakalpojumu sniedzēju nodrošināto pakalpojumu īpatsvars ir Rīgā un tas veido 28 % no kopējā pakalpojumu apjoma (skatīt attēlu nr. 5).

Kā liecina revīzijas laikā iegūtā informācija, valsts un pašvaldību ārstniecības iestāžu resursi nav noslogoti pilnībā un tām ir iespējas palielināt veikto ambulatoro pakalpojumu apjomu.

Apkopojot ārstniecības iestāžu sniegto informāciju par ārstniecības izmeklējumu veikšanai nepieciešamo iekārtu noslodzi un iespējām palielināt sniegto pakalpojumu skaitu ar esošajiem resursiem (cilvēku resursiem un tehnoloģijām), konstatēts, ka no 16 ārstniecības iestādēm, kuras sniedz datortomogrāfijas pakalpojumus, 12 iestādēs iekārtas nav noslogotas un ar esošajiem resursiem ir iespējams veikt papildu izmeklējumus.

Konstatēti arī gadījumi, ka ārstniecības persona vienā un tajā pašā pilsētā vienlaikus ir nodarbināta gan pašvaldības ārstniecības iestādē, gan pie privātā pakalpojuma sniedzēja vai savā privātpraksē, un vairāki gadījumi, ka pašvaldības un privātās ārstniecības iestādes atrodas vienās telpās un sniedz vienus un tos pašus ārstniecības pakalpojumus, turklāt privātās ārstniecības iestādes pakalpojumus sniedz lielākā apmērā nekā pašvaldības ārstniecības iestādes.

Vienlaikus jānorāda, ka daudzi valsts un pašvaldību veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji veic arī citas valstij nepieciešamas funkcijas, piemēram, nodrošina neatliekamās medicīniskās palīdzības sniegšanu 24 stundas diennaktī, rezidentu apmācību, veic pētījumus, u.c.

Valsts un pašvaldības ir spiestas dotēt sev piederošās ārstniecības iestādes, lai nodrošinātu valstij nepieciešamo funkciju veikšanas nepārtrauktību, piemēram, pašvaldības 2015. gadā savu veselības aprūpes iestāžu uzturēšanai ir veikušas ieguldījumus 3,1 miljona *euro* apmērā, savukārt valsts ir pārņēmusi tās galvoto veselības aprūpes iestāžu saistību izpildi, 2015. gadā kliniskajām universitātes slimnīcām no valsts budžeta valsts galvotā aizdevuma saistību nomaksai piešķirot 3,9 miljonus *euro*. Tai pašā laikā publisko ārstniecības iestāžu resursi netiek pilnvērtīgi izmantoti.

Būtiskākie ieteikumi

Pamatojoties uz lietderības revīzijas secinājumiem, Veselības ministrijai kā vadošajai valsts pārvaldes iestādei veselības aprūpes jomā ir sniegti 12 ieteikumi, kurus ieviešot, tiks pilnveidota ambulatorās veselības aprūpes sistēmas darbība, tai skaitā ģimenes ārstu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība un kvalitāte, racionāli izlietojot ambulatorajai veselības aprūpei piešķirtos finanšu līdzekļus.

Ambulatorās veselības aprūpes sistēmas pilnveidošanai Valsts kontrole aicina Veselības ministriju veikt šādas darbības:

- izstrādājot nozares attīstības plānošanas dokumentus, radīt tālredzīgus, dzīvotspējīgus un labvēlīgus priekšnosacījumus ambulatorās veselības aprūpes sistēmas efektīvai darbībai;
- sadarbībā ar pašvaldībām veikt pasākumus primārās veselības aprūpes pakalpojumu teritoriālās pieejamības uzlabošanai;
- pārskatot ģimenes ārstu darbības novērtēšanas un finansēšanas kārtību, izveidot efektīvu mehānismu savlaicīgas, drošas, kvalitatīvas un pieejamas veselības aprūpes nodrošināšanā, vienlaikus racionāli izmantojot pieejamos resursus;
- uzlabot valsts budžeta līdzekļu izlietojuma efektivitāti, rodot risinājumu publisko veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju resursu racionālākai izmantošanai.

Revidenti vērs uzmanību, ka revīzijas ziņojuma saskaņošanas laikā Veselības ministrija nenorādīja konkrētas darbības, kuras tā ir iecerējusi veikt, lai pilnveidotu ambulatorās veselības aprūpes sistēmas darbību, un nespēja noteikt termiņus Valsts kontroles ieteikumu ieviešanai.

Piemēram, lai politikas plānošana nebūtu tikai formāls process, Valsts kontrole ieteica ministrijai politikas plānošanas dokumentus izstrādāt kvalitatīvi un normatīvo aktu prasībām atbilstoši, kā arī tos sistemātiski un konsekventi īstenot, ievērojot finansiālo iespēju principu, tomēr ministrija nenorādīja kādas darbības tā veiks, lai nodrošinātu šī ieteikuma ieviešanu.

Valsts kontrolei nav izprotama arī Veselības ministrijas nevēlēšanas veicināt pasākumus, lai uzlabotu nozares resursu efektīvu izlietojumu, jo ministrija neuzskata par nepieciešamu veicināt klīnisko vadlīniju izstrādi un apstiprināšanu, uzskatot, ka tā ir tikai nozares speciālistu kompetence.

Pēc atkārtota Valsts kontroles pieprasījuma Veselības ministrija ir apņēmusies informāciju par veiktajiem pasākumiem ieteikumu ieviešanā Valsts kontrolei iesniegt divos termiņos — līdz 01.09.2018. un līdz 01.09.2020.



Latvijas Republikas
Valsts kontrole