

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais
fonds

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Savienības fondu darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3.specifiskā atbalsta mērķa “Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros īstenotā projekta Nr.9.2.3.0/15/l/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros”

5.nodevums – **Cilvēkresursu analīze**

**Pasaules Bankas apmaksājami konsultatīvie pakalpojumi:
Atbalsts veselības aprūpes sistēmas attīstībai prioritāro slimību jomās Latvijā**

Cilvēkresursu pārskats^a

^a Autori: *Edson C. Araujo* (Pasaules Bankas vecākais ekonomists), *Maria Stella Lobo* (Riodeženeiro Federālās Universitātes profesore un Pasaules Bankas konsultante), *Irina Možajeva* (Pasaules Bankas konsultante), *James Buchan* (Pasaules Bankas konsultants).

Satura rādītājs

Kopsavilkums	5
1. Ievads.....	7
2. Pārskats par veselības aprūpes darbinieku darba tirgu Latvijā.....	8
3. Starptautiskās pieredzes apskats.....	15
3.1 PVA darbinieku sastāvs, lomas un kvalifikācijas	15
3.2 Atalgojuma struktūra un līgumi	16
3.3 Darbinieku pieņemšana un saglabāšana nepietiekami apkalpotos reģionos	18
3.4 Duālās prakses regulējums	20
3.5 Valstu gadījumu izpētes kopsavilkums	21
4. ĢĀ prakses efektivitātes analīze.....	29
4.1 Datu portfeļa analīze (DEA)	29
4.2 DEA modelis	31
4.3 DEA rezultāti	33
5. Politiskie ieteikumi.....	45
PIELIKUMI	49
Pielikums Nr. 1: Darbinieku amata vietu skaita attiecība pret veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju skaitu Latvijā 2014. gadā	49
Pielikums Nr. 2: Intervences pasākumi duālās prakses vadīšanai – pierādījumi, loģiskais pamats un problēmas	48
Pielikums Nr. 3: Stratēģijas darbinieku pieņemšanai un saglabāšanai lauku apvidos un pierādījumi, kas pamato ieviešanu	49
Pielikums Nr. 4: ĢĀ prakses P4P samaksas formulas	50

1. tabula: Liekās amata vietas attiecībā pret kopējo veselības aprūpes darbinieku skaitu pamatpersonāla / specialitāšu griezumā Latvijā 2009.-2014. gadā	11
2. tabula: Dominējošie ārstu apmaksas un prakses veidi.....	18
3. tabula: Faktori, kas ietekmē veselības aprūpes darbinieku pieņemšanu un noturēšanu darbā lauku apvidos	18
4. tabula: Intervences pasākumi, lai uzlabotu veselības aprūpes darbinieku pieņemšanu un noturēšanu darbā lauku apvidos.....	19
5. tabula: Veselības aprūpes darbinieku sastāvs, organizācija un atalgojums izvēlētās valstīs. 23Error! Bookmark not defined.	
6. tabula: Datu portfeļa analīzes 1. modeļa un 2. modeļa ievades dati un izejas dati.....	29
7. tabula: Aprakstošā statistika – ievades dati un izejas dati	33
8. tabula: Efektīvas ĢĀ prakses lielums.....	35
9. tabula: Kvantitatīvā un kvalitatīvā modeļa salīdzinoši rezultāti.....	36
10. tabula: Vidējie fiksētie un P4P maksājumi pēc efektivitātes rādītāja	42
11. tabula: Veselības darbinieku problēmas, ieteikumi darbības plānam un īstenošanas ceļi. Error! Bookmark not defined.	45

1. attēls: Medicīnas māsu skaita attiecība pret ārstu skaitu Latvijā un ES valstīs – 2012. gads (vai tuvākais gads)..	8
2. attēls: Iedzīvotāju skaita un veselības aprūpes darbinieku skaita pieauguma ātrums Latvijā 2010.-2014. gadā ...	9
3. attēls: Veselības aprūpes speciālistu skaita, specialitāšu un amata vietu tendences Latvijā 2009.-2014. gadā....	10
4. attēls: Dažādu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju skaits, veselības aprūpes personas, kuras strādā 2014. gada 1. janvārī	12
5. attēls: Dažādas veselības aprūpes personu specializācijas 2014. gada 1. janvārī.....	13
6. attēls: Vidējais speciālistu skaits PVA praksē.....	15
7. attēls: DEA robežu piemērs.....	30
8. attēls: Vidējais efektivitātes rādītājs atbilstoši reģistrēto pacientu skaitam.....	35
9. attēls: ĢĀ veikspēja pa prakses vietēm un veidiem	37
10. attēls: ĢĀ prakses efektivitāte pa reģioniem	39
11. attēls: Izejas datu projekcija uz vislabākās prakses robežas kvantitatīvajā modelī	40
12. attēls: Izejas datu projekcija uz vislabākās prakses robežas kvalitatīvajā modelī	41
13. attēls: Maksājumu sadalījums starp ĢĀ praksēm, klasificēts pēc efektivitātes rādītājiem	41

Kopsavilkums

Šis ziņojums ir daļa no Pasaules Bankas grupas (WBG) atlīdzināmo konsultāciju pakalpojumu līguma ar Latvijas Nacionālo veselības dienestu (NVD), kura mērķis ir nodrošināt “Atbalstu veselības sistēmas stratēģijas izstrādāšanai prioritāro slimību jomām Latvijā”, un šī ziņojuma mērķis ir noteikt un kritiski izvērtēt svarīgās problēmas Latvijas veselības aprūpes darba tirgū, kas var veicināt lielāku četru dominējošo slimību un veselības stāvokļu (sirds un asinsvadu slimības, onkoloģiskās un garīgās slimības, perinatālie un maternālie veselības stāvokļi) slogu un kas plašāk var ietekmēt veselības sistēmas reaģēšanas spēju un efektivitāti. Daudzi jautājumi, piemēram, veselības aprūpes darbinieku atalgojums, vairāku prakšu fenomens un resursu trūkums, tiks padziļināti pētīti nākotnē veicamos uzdevumos (vājo vietu analīze, kvalitatīvais pārskats un cilvēkresursu karte), kad būs pieejama informācija un citas darba plūsmas tiks pabeigtas.

Šeit sniegtajā analīzē ietverts:

- (i) Pārskats par Latvijas veselības aprūpes darbinieku darba tirgu. Tajā apskatīts veselības aprūpes darbinieku sastāvs, jaunākās tendences veselības aprūpes darbinieku kritiski svarīgo speciālistu piedāvājumā un jautājums par vairāku darbu praktizēšanu veselības aprūpes speciālistu (proti, ārstu-speciālistu un medicīnas māsu) vidū;
- (ii) Pārskats par starptautisko pieredzi, risinot galvenās veselības aprūpes darbaspēka problēmas. Apspriestie jautājumi ir primārās veselības aprūpes darbinieku sastāvs, veselības aprūpes darbinieku atalgojums un stimulēšana, pieņemšana darbā un saglabāšana lauku apvidos un duālās prakses regulējums; un
- (iii) Analīze par ģimenes ārstu (ĢĀ) efektivitāti un kā tā atšķiras dažādos organizatoriskos pasākumos, prakses sastāvu, maksāšanas metodēm un ģeogrāfiskajām atrašanās vietām.

Pieejamie dati rosina domāt, ka Latvijas veselības aprūpes darbinieku skaits samazinājies vairāk nekā vienlaicīgi samazinājies iedzīvotāju skaits. Turklāt šajā veselības aprūpes darbinieku skaita samazināšanās laikā palielinājies faktiskais personāla amatu skaits, tā ka viens un tas pats veselības aprūpes speciālists bieži vien strādā vairāk nekā vienā amatā un praktizē vairāk nekā vienā specialitātē (jo īpaši dažām specialitātēm, piemēram, kardiologiem un onkologiem). Salīdzinot ar citām valstīm, Latvija atpaliek medicīnas māsu un primārās aprūpes darbinieku sastāva piedāvājuma ziņā. Informācijas trūkums par ienākumiem un veselības aprūpes speciālistu sadalījumu pa ģeogrāfiskajiem reģioniem neļāva veikt padziļinātu analīzi par darbaspēka piedāvājuma lēmumiem un faktoriem, kas ietekmē

darbaspēka sadalījumu valstī. Visbeidzot, ĢĀ efektivitātes analīze pierāda, ka lielākas ĢĀ prakses ir mazāk efektīvas nekā pilsētās praktizējoši ĢĀ un individuāli praktizējoši ĢĀ.

1. Ievads

1. Veselības aprūpes darbinieku skaita problēmas ir vienas no galvenajām Latvijas veselības aizsardzības nozares attīstības vāmajām vietām. Veselības aprūpes darbaspēka problēmu Latvijā skaitā ir personāla trūkums, īpaši galvenajās specialitātēs, nevienmērīgs ģeogrāfiskais sadalījums, nelīdzsvarota kvalifikācija, zems atalgojuma līmenis un nepiemērota stimulu struktūra savienojumā ar lielām slodzēm. Šie veselības aprūpes darbaspēka trūkumi, iespējams, rada citas problēmas, ar kurām saskaras Latvijas veselības aprūpes sistēma, un spēja tās risināt noteiks ikvienu vidēja un ilgtermiņa reformu īstenošanas centieni panākumus.

2. Iespējams pastāvīgo veselības aprūpes darbaspēka vājo vietu skaidrojums ietver darbaspēka novecošanos, karjeras iespēju trūkumu jaunajiem un nesenajiem augstskolu absolventiem, un zemu atalgojuma līmeni. Pastāv vispārējs uzskats, ka medicīnas darbinieku algas ir ievērojami mazākas nekā līdzīgām profesijām Latvijas tautsaimniecībā un salīdzinot ar veselības aprūpes darbiniekiem citās Eiropas Savienības (ES) valstīs^b. Ārstiem-speciālistiem galvenokārt tiek maksāts, izmantojot maksu par pakalpojumiem, un kopumā, lai saglabātu pienācīgu ienākumu līmeni, tiem ir jāuzņemas vairāki darbi dažādās veselības aprūpes iestādēs. Ģimenes ārstiem (ĢĀ) ir noslēgti līgumi ar Nacionālo veselības dienestu (NVD), apvienojot pacientu skaitu un maksu par veiktspēju, un viņu sarakstā ir lielas pacientu skaita izmaiņas, kas ir saistītas ar sekām attiecībā uz viņu sniegto pakalpojumu efektivitāti un kvalitāti.

3. Šajā ziņojumā sniegta padziļināta analīze par galvenajām veselības aprūpes darbinieku problēmām Latvijā un norādīts politisko ieteikumu kopums to risināšanai. Šo ieteikumu pamatā ir Latvijas veselības aprūpes darbinieku darba tirgus analīze, kā arī pārskats par izvēlēto valstu situāciju izpēti. Galvenie jautājumi, ko risināt ir šī ziņojuma mērķis, ir:

1. Cik liels ir pašreizējais specializēto darbinieku trūkums?
2. Kāds ir pastāvošais normatīvais regulējums, līgumu noteikumi un pārvaldes struktūras, kas var veicināt pašreizējo veselības aprūpes darbaspēka problēmu atrisināšanu Latvijā?
3. Vai ir iespējams uzlabot ĢĀ darba profilu (pilnveidoti uzdevumi, pakalpojumi, eksāmeni/pārbaudes, kompetences) un mainīt uzdevumus, īpaši primārās veselības aprūpes līmenī (medicīnas māsu un ārstu palīgu uzdevumi, funkcijas un kompetence)?
4. Kāda ir saistība starp ĢĀ efektivitāti un dažādiem organizācijas veidiem?
5. Kā ĢĀ prakses lielums ietekmē ĢĀ produktivitāti?
6. Kā atalgojums ietekmē ĢĀ produktivitāti?

4. Šī ziņojuma struktūra ir šāda. Nākamajā sadaļā ir sniegts pārskats par veselības aprūpes darbinieku darba tirgu Latvijā. Tajā raksturotas galvenās veselības aprūpes darbinieku pieprasījuma un piedāvājuma tendences, apspriests Latvijas darbaspēka sastāvs, un mēģināts saistīt nesenās veselības aprūpes jomas

^b Pasaules bankas misijas laikā 2015. gada februārī tika ziņots, ka speciālista alga vidēji svārstās ap EUR 600 (jāapstiprina, kad būs pieejami datus no Valsts ieņēmumu dienesta).

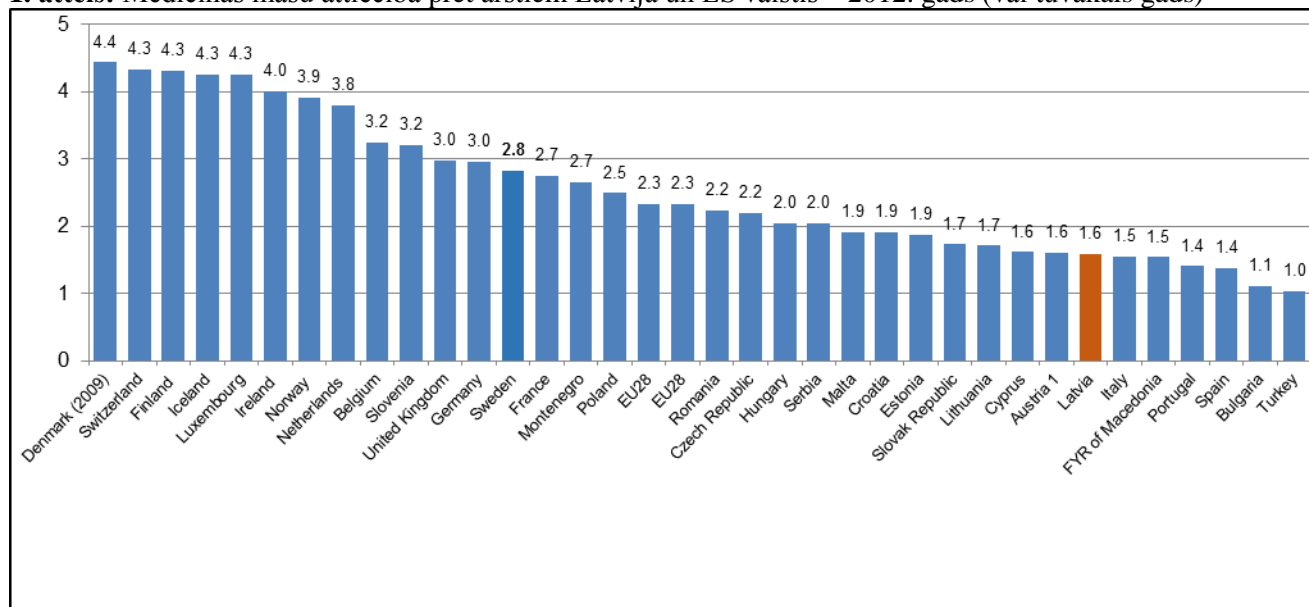
darbaspēka un demogrāfijas tendences ar plašāku valsts darba tirgus dinamiku. Tajā apspriests arī jautājums par vairākām ārstu-speciālistu un ĢĀ praksēm valstī. Pašreizējā informācijas pieejamība nepieļāva turpmāku noteicošo faktoru izpēti par veselības darbinieku darbaspēka piedāvājumu un darbaspēka sadalījumu pakalpojumu sniedzēju un ģeogrāfisko teritoriju griezumā. Trešajā sadaļā sniegts pārskats par atbilstīgo starptautisko pieredzi, lai risinātu dažas veselības aprūpes darbaspēka problēmas Latvijā, piemēram, primārās veselības aprūpes (PVA) darbinieku sastāvs, veselības aprūpes darbinieku atalgojums un stimulēšana, darbinieku pieņemšana un saglabāšana lauku apvidos un duālās prakses regulējums. Šajā sadaļā sniegts arī kopsavilkums par veselības aprūpes darbaspēka politiku un praksi atsevišķās valstīs (Čehijas Republikā, Igaunijā, Anglijā, Lietuvā un Turcijā). Ceturtajā sadaļā uzmanības centrā ir jautājums par ĢĀ prakses efektivitāti. Tajā izmantots robežanalīzes skatījums, lai identificētu, kā atšķiras ĢĀ darba produktivitāte un galvenos faktorus, kas saistīti ar novērotajām atšķirībām. Piektajā sadaļā secināts un iezīmēts politisko ieteikumu kopums un pasākumi ziņojumā apspriesto veselības aprūpes darbaspēka problēmu risināšanai.

5. Lai gan šī ziņojuma mērķis bija apskatīt visus jautājumus, kas apzināti autoru grupas mijiedarbībā ar valdības partneriem un citām galvenajām ieinteresētajām personām un izklāstīti Sākuma ziņojumā, galveno datu pieejamība ierobežoja šo analīzi. Papildu dati par veselības aprūpes darbinieku izpeļņu (no administratīvajiem datiem vai mājsaimniecību apsekojumiem) ir svarīgi, piemēram, lai izprastu faktorus, kas nosaka speciālista darbu vairākās praksēs, lai labāk izprastu veselības aprūpes darbinieku atalgojuma struktūru un novērtētu, cik lielā mērā ienākumi ir galvenais pašreizējo veselības aprūpes darbinieku darba tirgus iznākumu (daži no tiem ir ģeogrāfiskā nelīdzsvarotība, migrācija un darbaspēka piedāvājuma pasliktināšanās) noteicošais faktors. Pašreizējai analīzei nebija pieejami dati par nestacionāro ārstniecības iestāžu ģeogrāfisko sadalījumu. Šobrīd tiek vākti papildu kvalitatīvie dati, lai kaut kā aizpildītu informācijas trūkumu, bet būs nepieciešami arī papildu kvantitatīvie dati.

2. Pārskats par veselības aprūpes darbinieku darba tirgu Latvijā

6. Veselības aprūpes darbinieku piedāvājums Latvijā pēdējo gadu laikā ir ievērojami mainījies. Neskatoties uz ĢĀ skaita pieaugumu, ārstu skaits ir samazinājies no 1990 līdz 2010 (no 3,54 līdz 2,91 uz 1000 iedzīvotājiem) un ir gūti pierādījumi par nopietnu deficītu galvenajās specialitātēs (piemēram, ginekoloģija, kardioloģija)¹. Latvijā ir neliela medicīnas māsu proporcija, salīdzinot ar ES vidējiem rādītājiem un citām reģiona valstīm (1. attēls). Tāpat ļoti zemā līmenī ir vidējā līmeņa personāla (ārstu palīgi, medicīnas māsu palīgi, vecmātes) piedāvājums. Papildus absolūtam trūkim un kvalifikācijas nelīdzsvarotībai, novērojama arī spēcīga veselības aprūpes darbinieku koncentrācija galvaspilsētā Rīgā. Aptuveni 60 % no ārstiem praktizē Rīgā¹. Spēkā esošajiem stimuliem ārstu praksēm lauku un attālinātos apvidos bija ierobežota ietekme sakarā ar sliktu plānošanu².

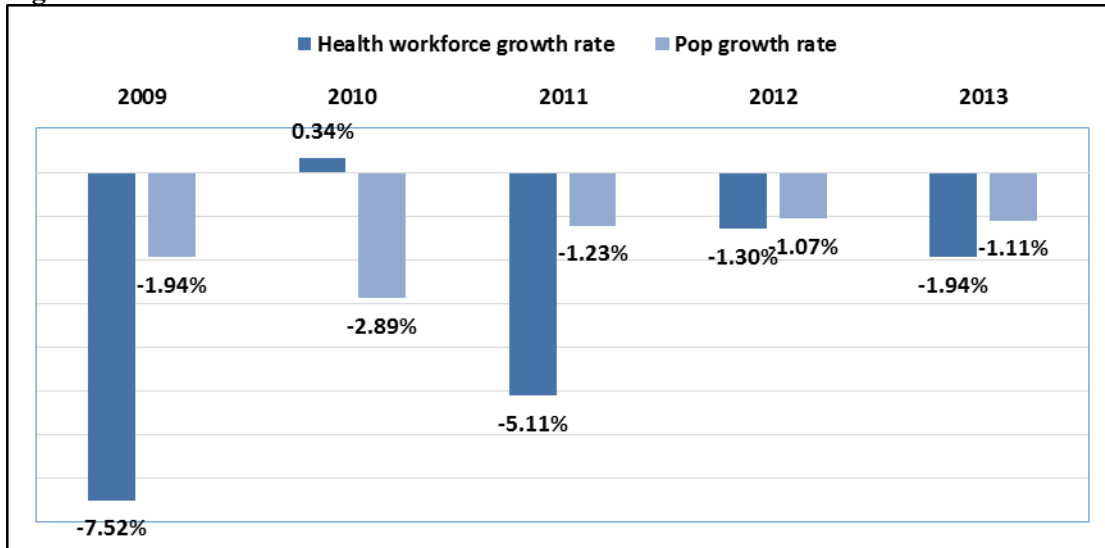
1. attēls: Medicīnas māsu attiecība pret ārstiem Latvijā un ES valstīs – 2012. gads (vai tuvākais gads)



AVOTS: ESAO Veselības aprūpes statistika, 2015. gads, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

7. Pēdējo gadu laikā ir vērojama pastāvīga Latvijas veselības aprūpes darbinieku kopējā skaita samazināšanās. Šī samazināšanās ir bijusi pat lielāka nekā novērotā Latvijas iedzīvotāju skaita samazināšanās, jo kopējais veselības aprūpes darbinieku skaits laika posmā no 2009. līdz 2014. gadam samazinājies par 14 %, bet Latvijas iedzīvotāju skaits samazinājies aptuveni par 8 %. Faktiski katru gadu no 2009. līdz 2014. gadam kopējais darbinieku skaits bija samazinājies straujāk nekā samazinājās iedzīvotāju skaits, izņemot 2010. gadu (šajā gadā veselības aprūpes darbinieku skaits palielinājās par 0,34 %). Pēdējo gadu laikā ir bijusi zināma konverģence, kas nozīmē, ka veselības aprūpes jomas darbinieku skaita samazināšanos var ietekmēt tie paši faktori, kas ietekmē iedzīvotāju skaita samazināšanos. Tomēr fakts, ka veselības aprūpes darbinieku skaits ir samazinājies ar lielāku ātrumu, liecina, ka šo tendenci ietekmē citi faktori, kas ir specifiski veselības aprūpes darba tirgum (piemēram, migrācija un atbirums).

2. attēls: Iedzīvotāju skaita un veselības aprūpes darbinieku skaita pieauguma ātrums Latvijā 2010.-2014. gadā

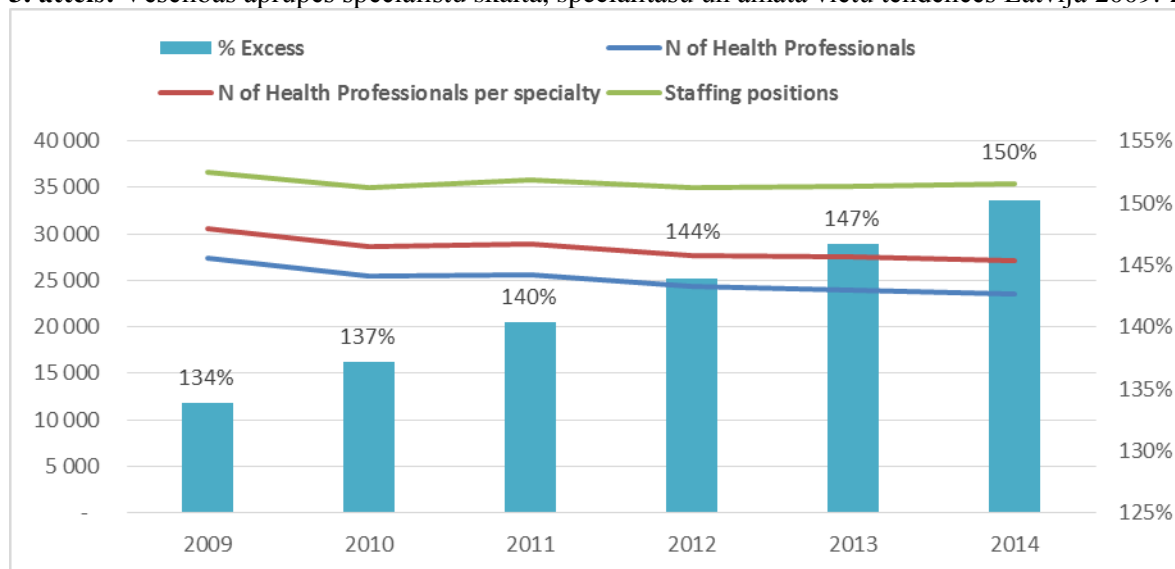


AVOTS: Pasaules Bankas aprēķini, izmantojot datus no NVD un Pasaules attīstības rādītājiem.

8. Neskatoties uz kopējo darbinieku skaita samazinājumu, kopējais personāla amatu skaits veselības nozarē ir saglabājies nosacīti stabils^c. Tas nozīmē, ka faktiski Latvijā ir vairāk veselības aprūpes darbinieku amata vietu nekā veselības aprūpes speciālistu. Lai gan Latvijā tā ir bijis daudzus gadus, nesensais kopējais veselības aprūpes darbinieku skaita samazinājums ir saasinājis šo situāciju. 2014. gadā saskaņā ar NVD sniegtajiem veselības aprūpes jomas darbinieku skaita datiem, valstī personāla amata vietu skaits bija par 50 % lielāks nekā veselības aprūpes speciālistu skaits. Tas liecina, ka veselības aprūpes darbiniekiem ir jāstrādā vairāk nekā vienā amatā un tie praktizē vairāk nekā vienā specialitātē. Tā ir satraucoša statistika, un tas, visticamāk, nozīmē, ka daudzus pakalpojumus nevar sniegt un/vai darbinieki var būt pārstrādājušies un būt pakļauti spriedzei.

^c Veselības aprūpes profesionāļu skaits ir aprēķināts kā unikālo veselības aprūpes personu skaits (tai skaitā speciālisti stacionāros un ambulatorie speciālisti, ĢĀ, medicīnas māsas, palīgi), kuri strādāja sistēmā gada sākumā. Darbinieku amata vietu skaits ir iegūts, saskaitot veselības aprūpes speciālistus visa veida specialitātēs un visās veselības aprūpes iestādēs. Piemēram, mēs atsevišķi saskaitām un summējam kardiologu skaitu visās iestādēs, sirds ķirurgu skaitu visās iestādēs u.c. Tas nozīmē, ka unikālu kardiologu skaits ir mazāks nekā kardiologu amata vietu skaits, jo viena un tā pati persona var strādāt kā kardiologs divās vai vairākās iestādēs. Tā kā viena un tā pati persona var strādāt vairāk nekā vienā amatā, mēs arī to pieskaitām darbinieku amata vietu indikatoram. Tāpēc, ja persona strādā par kardiologu un par sirds ķirurgu vienā iestādē, un par kardiologu citā iestādē, tad šī persona trīs reizes tiek ieskaitīta personāla amata vietu indikatorā.

3. attēls: Veselības aprūpes speciālistu skaita, specialitāšu un amata vietu tendences Latvijā 2009.-2014. gadā



AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas datus.

9. Novērotais personāla samazinājums nav vienveidīgs dažādu veselības aprūpes speciālistu griezumā. Dažiem, piemēram, kardiologiem un onkologiem, patiesībā bija novērojams pieaugums, attiecīgi, par 20 % un 5 %. No otras puses, ĢĀ skaits vēl arvien bija salīdzinoši stabils (1.3 % pieaugums), bet medicīnas māsu un vidējā līmeņa speciālistu skaits ievērojami samazinājās, attiecīgi, -19 % un -16 %. Tomēr visiem speciālistiem palielinājās arī personāla amata vietu skaits. Pat tajās specialitātēs, kurās tika novērots veselības aprūpes speciālistu absolūtā skaita pieaugums, amata vietu skaits palielinājās straujāk, kā rezultātā tika novērots relatīvs trūkums. Piemēram, kardiologu gadījumā tā bija viena no nedaudzajām specialitātēm, kurā tika novērots faktiskais speciālistu skaita pieaugums (20 %), tomēr amata vietu skaits pieauga vēl straujāk (39 %). Tādējādi, lai aizpildītu visas amata vietas, pašreizējo kardiologu skaitu būtu nepieciešams palielināt par 80 %. Tālāk 1. tabulā iekļauti aprēķini par liekajām amata vietām attiecībā pret esošo darbinieku skaitu kritiski svarīgajiem speciālistiem 2009.-2014. gada periodā.

1. tabula: Liekās amata vietas attiecībā pret kopējo veselības aprūpes darbinieku skaitu pamatpersonālam / specialitātēm Latvijā 2009.-2014. gadā

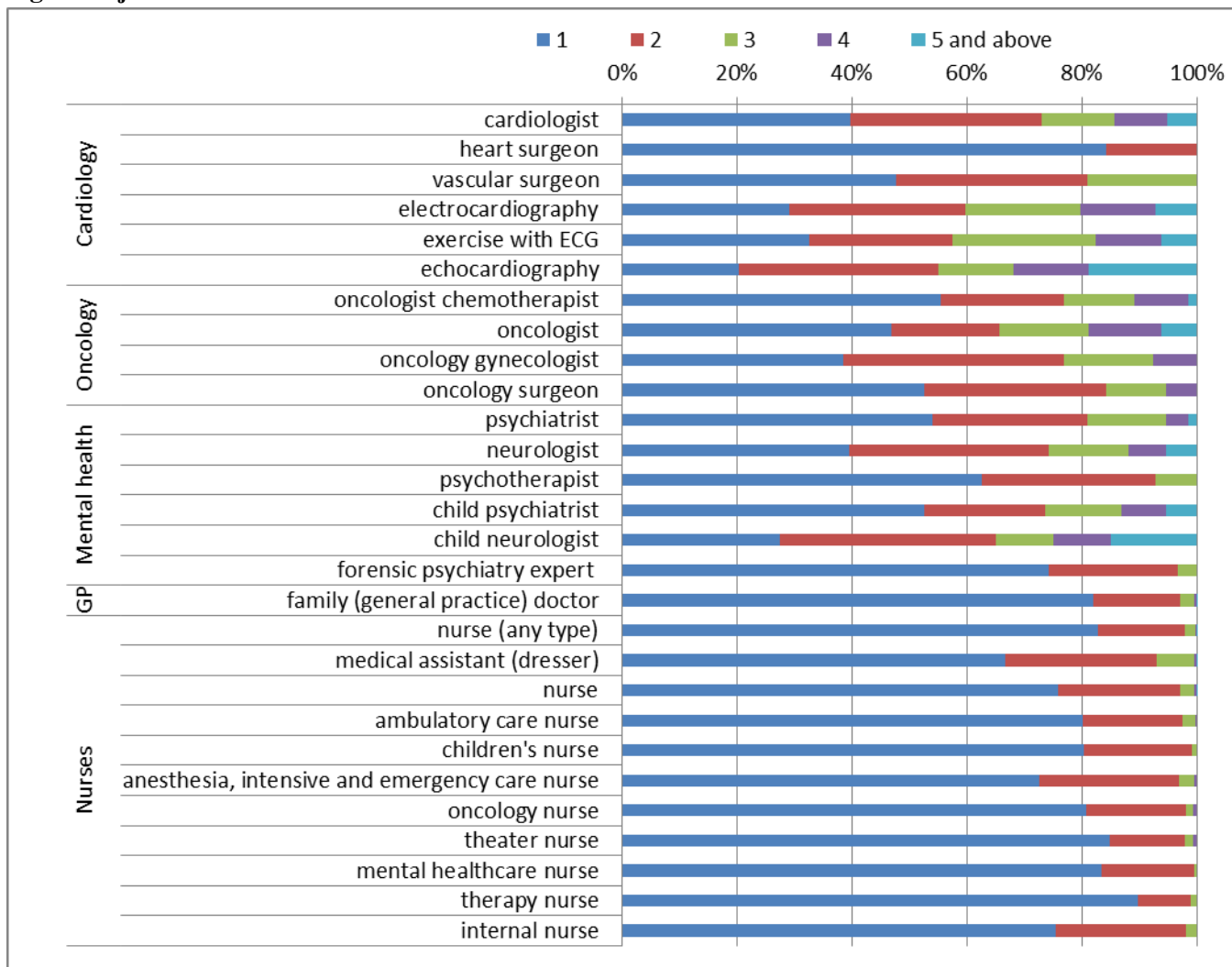
Kopējais veselības aprūpes speciālistu skaits	27 367	25 454	25 540	24 298	23 987	23 530
Veselības aprūpes speciālisti atbilstoši katrai specialitātei	30 511	28 617	28 920	27 718	27 597	27 168
<i>Personāla amata vietas</i>	36 640	34 922	35 845	34 972	35 178	35 352
<i>% Liekās amata vietas</i>	134 %	137 %	140 %	144 %	147 %	150 %
Kardiologi						
Kardiologu skaits	191	213	216	226	227	229
<i>Personāla amata vietas</i>	297	327	365	384	387	412
<i>% Liekās amata vietas</i>	155 %	154 %	169 %	170 %	170 %	180 %
Onkologi						
Onkologu skaits	123	131	125	131	129	129
<i>Personāla amata vietas</i>	167	178	169	177	181	179
<i>% Liekās amata vietas</i>	136 %	136 %	135 %	135 %	140 %	139 %
Ģimenes ārsti						
ĢĀ skaits	1 393	1 404	1 429	1 434	1 426	1 411
<i>Personāla amata vietas</i>	1 602	1 626	1 656	1 695	1 683	1 680
<i>% Liekās amata vietas</i>	115 %	116 %	116 %	118 %	118 %	119 %
Medicīnas māsas						
Medicīnas māsu skaits	12 018	10 856	10 858	10 143	10 040	9 781
<i>Personāla amata vietas</i>	13 012	11 680	11 748	11 002	10 938	0 774
<i>% Liekās amata vietas</i>	108 %	108 %	108 %	108 %	109 %	110 %
Palīgi						
Palīgu skaits	5 151	4 730	4 751	4 607	4 465	4 336
<i>Personāla amata vietas</i>	5 652	5 195	5 239	5 138	4 974	4 863
<i>% Liekās amata vietas</i>	110 %	110 %	110 %	112 %	111 %	112 %

AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot VND datus.

10. Veselības aprūpes speciālisti, īpaši ārsti-speciālisti, Latvijā strādā vairākos amatos. Turpmāk 4. attēlā ir parādīts veselības aprūpes speciālistu sadalījums pēc veselības aprūpes iestāžu skaita, kurās tie praktizē, saskaņā ar Veselības inspekcijas sniegto informāciju. Kardiologi, onkologi (ķīmijterapieti),

un bērnu neirologi ir kritiski svarīgas specialitātes ar lielāku to speciālistu procentuālo daļu, kuri ieņem četrus vai vairāk amatus dažādās veselības aprūpes iestādēs.

4. attēls: Dažādu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju skaits, veselības aprūpes personas, kuras strādā 2014. gada 1. janvārī

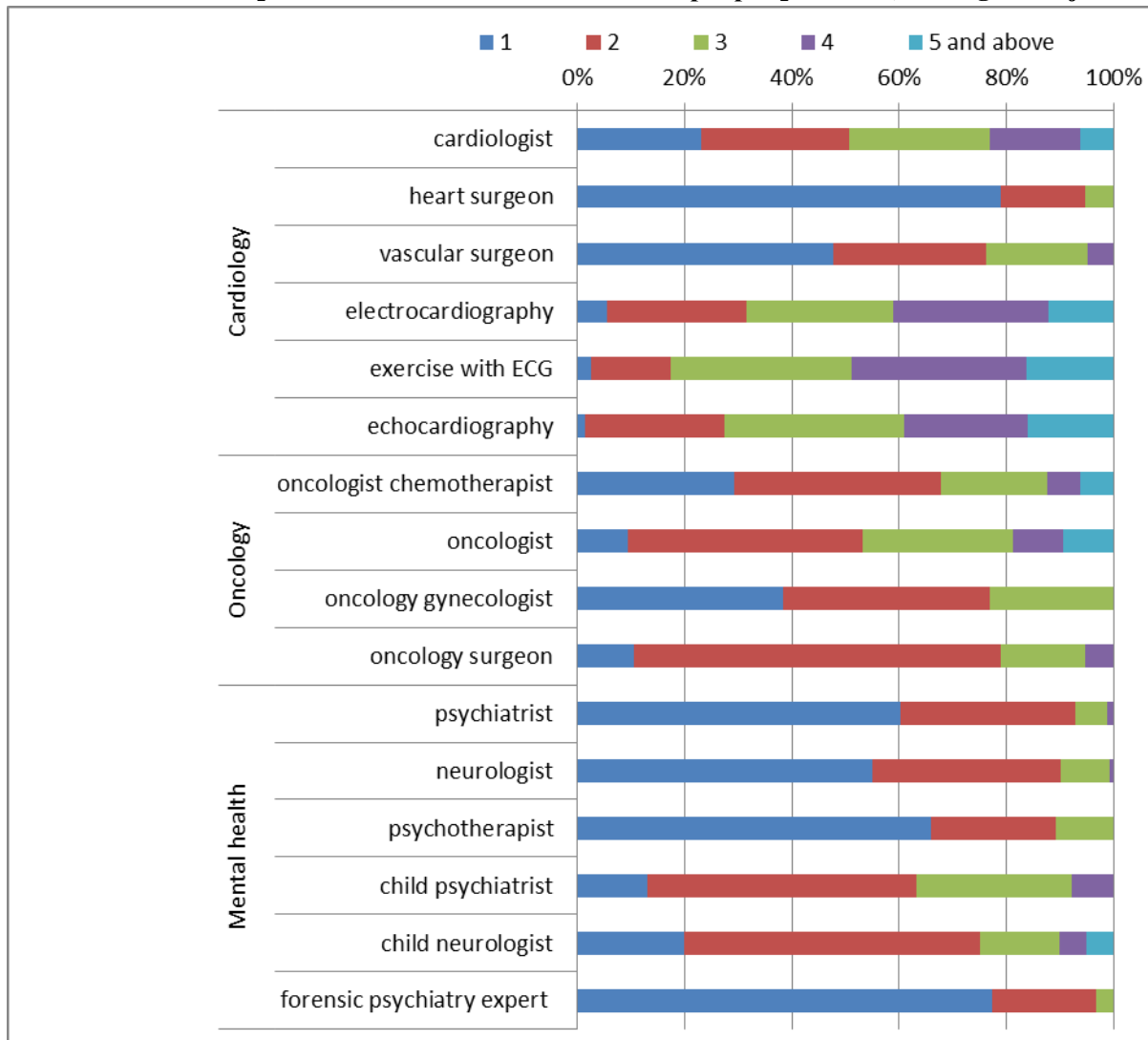


AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas datus. Piezīme: Visas medicīnas māsu kategorijas ir apvienotas un tiek parādītas atsevišķā kategorijā „medicīnas māsa”.

11. Veselības aprūpes speciālisti bieži vien praktizē vairāk nekā vienā specialitātē. Tālāk 5. attēlā parādīts veselības aprūpes speciālistu sadalījums vairāku specialitāšu griezumā, kurās viņi pašlaik strādā. Kardioloģija un onkoloģija ir specialitātes, kurās veselības aprūpes speciālisti visbiežāk ieņem vairākus amatus, kā uzskatāmi parādīts 4. attēlā. Turklāt speciālistiem šajās grupās ir augstāks vidējais darba vietu skaits citās specialitātēs. Piemēram, kā redzams 5. attēlā, gandrīz 80 % kardiologu strādā vairāk nekā vienā specialitātē. Iespējams, ka tas atspoguļo darbinieku trūkumu šajās specialitātēs, kā arī tajās ir vislielākais lieko personāla amata vietu skaits attiecībā pret praktizējošajiem speciālistiem - 80 % (kardioloģija) un 39 % (onkoloģija). Papildu informācija par ienākumiem un/vai pavadīto darba stundu aptuvena saskaņošana katrā darba vietā būtu nepieciešama, lai saprastu faktorus un dinamiku, kas

veicina šo situāciju, kā arī citus iznājumus, kas saistīti ar kvalitāti, pieejamību un personāla darba slodzi. Kvalitatīvo datu vākšanā šie jautājumi (noteicošie faktori un sekas) tiks izpētīti no pašu darbinieku, iestādes vadītāju un ģenerālā kopuma veselības viedokļa.

5. attēls: Dažādas specialitātes, kurās strādā veselības aprūpes personas, 2014. gada 1. janvāris



AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas datus.

3. Starptautiskās pieredzes apskats

12. Šajā sadaļā aplūkota attiecīgo valstu pieredze līgumu slēgšanā un samaksā veselības aprūpes darbiniekiem par PVA pakalpojumu sniegšanu. Tajā īpaša uzmanība pievērsta jautājumiem par PVA darbinieku sastāvu, organizāciju un atalgojumu Čehijas Republikā, Igaunijā, Anglijā, Lietuvā un Turcijā, lai izdarītu secinājumus Latvijas kontekstā. Primārās veselības aprūpes nostiprināšana un tās lomas palielināšana, lai nodrošinātu aprūpes integrāciju un saskaņošanu, ir būtiska, lai risinātu problēmas, kas saistītas ar četrām prioritārajām slimībām (sirds un asinsvadu slimības, onkoloģiskās un garīgās slimības, perinatālie un maternālie veselības stāvokļi). Papildus šo valstu pieredzei, šajā sadaļā ir arī pasaules literatūras apskats par veselības pamatproblēmām (veselības aprūpes darbinieku piedāvājums, ģeogrāfiskais sadalījums, samaksa un stimuli, kā arī duālās prakses regulējums).

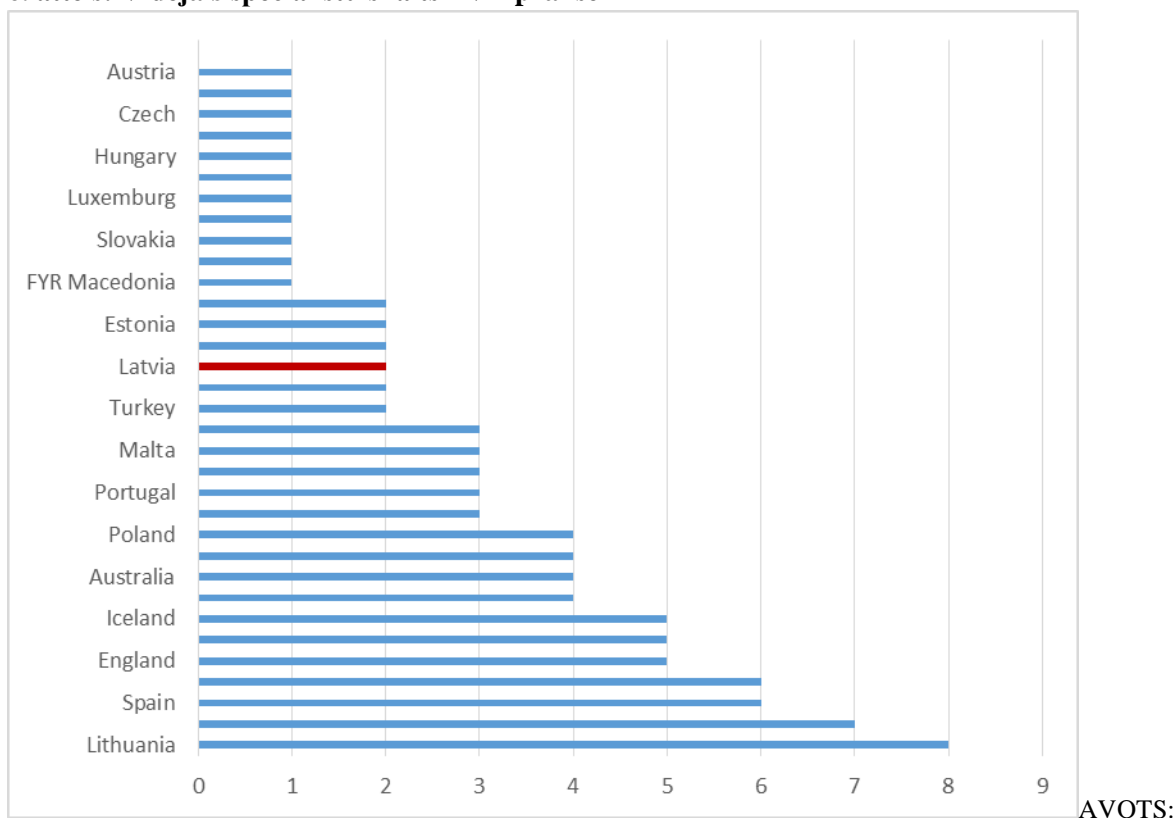
13. Lielākā daļa valstu saskaras vai nu ar absolūtu, vai relatīvu veselības aprūpes darbinieku deficītu, un dažas valstis saskaras ar abiem no tiem. Veselības aprūpes darbinieki nav pieejami vajadzīgajā skaitā (absolūts deficīts), un bieži vien pastāv nelīdzsvarotība speciālistu un to kvalifikācijas izpratnē attiecībā uz iedzīvotāju veselības aprūpes vajadzībām un/vai šīs prasmes nav pieejamas, kur tās ir visvairāk vajadzīgas (relatīvais deficīts). Tādēļ jebkurai stratēģijai, kuras mērķis ir stiprināt primāro veselības aprūpi, noteikti būs jāpievēršas veselības aprūpes darbinieku iegūšanai, saglabāšanai un sadalei. Valstis ir piemērojušas dažādas stratēģijas, lai palielinātu PVA darbinieku piedāvājumu un saglabāšanu, sākot no mācību programmas reformas medicīnas skolās un apmācībā, līdz jaunu un alternatīvu veselības aprūpes speciālistu pieteikšanai, ieviešot monetāros un nemonetāros stimulus un PVA praksi, kā arī reglamentējošus pasākumus, lai piespiestu darbiniekus praktizēt konkrētās jomās vai aprūpes līmeņos (piemēram, saistību uzņemšanās un sabiedriskie pakalpojumi).

3.1. PVA darbinieku sastāvs, uzdevumi un kvalifikācija

14. PVA darbinieku sastāvs dažādās valstīs ievērojami atšķiras. Lai gan ir novērojama tendence organizēt primāro veselības aprūpi ap ĢĀ, kas bieži ir individuāli praktizējoši, jauni pierādījumi ir apliecinājuši, ka daudzās valstīs palielinās radniecīgo veselības aprūpes speciālistu un atbalsta darbinieku skaits^{3,4}. Vidējā līmeņa speciālisti - piemēram, medicīnas darbinieku asistenti, klīniskās amatpersonas un licencētas prakses medicīnas māsas – ir ieviesti daudzās valstīs, lai paplašinātu PVA pamatpakalpojumu pieejamību. To profesionālā apmācība ir ļoti atšķirīga - no nepieciešamās apmācības (Anglija) līdz arodskolas trīs gadu mācību programmai (Vācija). Starptautiskā pieredze uzskatāmi parāda, ka šie speciālisti noteiktās aprūpes jomās var būt tikpat efektīvi kā tradicionālie speciālisti⁵⁻⁷. Ir arvien pieaugošs pierādījumu kopums par izmaksu efektivitāti, aizstājot ĢĀ ar medicīnas māsām, praktizējošām medicīnas māsām un ārstu palīgiem, bet faktiskā aizvietošana bieži vien ir ierobežota ar prakses apjoma regulēšanu^{4,8-9}.

15. Arī PVA grupas lielums dažādās valstīs ievērojami atšķiras. Nesenā pētījumā tika izpētīts PVA prakses sastāvs dažādās ES valstīs un ārpus ES, lai analizētu attiecības starp PVA lielumu/ sastāvu un primārās aprūpes sistēmas organizāciju. Lai gan šķiet, ka pastāv vienprātība par to, ka nepieciešams virzīties uz daudzdisciplīnu PVA grupām, faktiskā īstenošana dažādās valstīs ievērojami atšķiras. Uz apsekojumiem balstītā pētījumā tika ziņots, ka Eiropas valstīm, par kurām tika paziņots, ka tajās ir maza lieluma prakses, bija pieskaitāmas Beļģija, Bulgārija, Čehija, Ungārija un Maķedonija, bet valstis, par kurām tika paziņots, ka tajās ir liels speciālistu skaits PVA grupās, bija Lietuva, Somija, Zviedrija un Anglija⁴. Šajā pašā pētījumā tika ziņots, ka tur, kur praksē bija viena papildus specialitāte, tā, iespējams, bija praktizējoša medicīnas māsa (49,2 % gadījumos) vai reģistratore/ medicīnas iestādes sekretāre (45 %). Šajā pētījumā tiek ziņots, ka Latvijā 89 % no gadījumiem, kad ir pieejams papildu speciālists, tas ir praktizējoša medicīnas māsa, bet tikai 17 % (37) no praksēm izlasē vispār bija papildu speciālists.

6. attēls: Vidējais speciālistu skaits PVA praksē



4. bibliogrāfiskā atsauce; 3. lpp.

3.2 Atalgojuma struktūra un līgumi

16. Veselības aprūpes darbinieku atalgojuma struktūra lielā mērā ietekmē veselības aprūpes darbinieku rīcību un nosaka galvenos veselības aprūpes darba tirgus rezultātus. Atalgojums ietekmē darbinieku sastāvu tādā mērā, ka tas padara dažus speciālistus un specialitātes vairāk vai mazāk pievilcīgus potenciālajiem veselības aprūpes darbiniekiem. Atalgojums ietekmē arī darbinieku apmierinātību ar

darbu, darba saglabāšanu, atbirumu un veselības aprūpes darbinieku migrāciju valstu griezumā¹⁰. Veids, kādā veselības aprūpē strādājošajiem tiek maksāts, ietekmē arī pakalpojumu sniegšanas iznākumu, jo tā rezultātā rodas paredzēti un neparedzēti stimuli, kas veido veselības aprūpes darbinieku praksi. Samaksas par pakalpojumu maksājumu ĢĀ, piemēram, rezultātā iespējams radīt stimulus, lai, cik vien iespējams, ārstētu pacientus savā praksē un izvairītos no nosūtīšanās pie citiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un speciālistiem, un koncentrētos galvenokārt uz klīnisko iejaukšanos, kas ir vislabāk atalgota. No otras puses, darba algas un samaksas par pacientu skaitu sistēma var radīt stimulu vairāk nosūtīt pie citiem (nereti dārgākiem) veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem¹¹. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju maksājumu pārskatā sīkāk aplūkotas šīs izvēles iespējas.

17. Jaunākie pasaules pieredzes pārskati par samaksu ĢĀ ir parādījuši, ka: 1) nevienā valstī nav vienas vienīgas maksājumu sistēmas, un 2) maksājumu sistēmas ir kļuvušas sarežģītākas, ieviešot jaunus mehānismus, piemēram, samaksu par darba izpildi (P4P) un integrētas aprūpes maksājumus. Valstīs, kur atalgojuma metode galvenokārt bija maksa par pakalpojumu, pašlaik tiek ieviesti papildu vai aizstāšanas samaksas elementi, piemēram, darba algas (Kanāda), kapitācijas maksas (Beļģija, Francija), maksa par darba izpildi (Francija) un maksas, kas paredzētas, lai veicinātu veselības aprūpes integrācijas maksas (Beļģija un Dānija). Valstīs, kur ĢĀ tradicionāli tika maksāta darba alga, tiek pievienoti citi papildu elementi, piemēram, kapitācijas maksa un maksa par pakalpojumiem (Zviedrija, Somija)¹¹.

18. Veselības aprūpes darbinieku jauno norēķinu sistēmas un stimulu atbilstības un ietekmes rūpīga izvērtēšana vidēju un augstu ienākumu valstīs ir ierobežota. Turklāt paredzamie rezultāti varētu būt atkarīgi no konteksta kultūras, veselības aizsardzības sistēmu struktūras un finansējuma līmeņu, un darba tirgus nosacījumu izpratnē^{12,13}. Sadraudzības fonda maksājumu sistēmu novērtējumā izcelta maksātāja spējas pārvaldīt līgumus un sniegt sagaidāmos rezultātus un apgalvots, ka šīs iespējas palielināsies, samaksas sistēmām pasaulē virzoties no maksas par pakalpojumu uz kapitāciju.

19. Vispārēja tendence vairākās valstīs ir primārās aprūpes nodrošināšana uz grupu bāzes, kopā ar ārstiem iekļaujot vairāk praktizējošu medicīnas māsu, reģistrētu medicīnas māsu un cita medicīnas personāla darbu. Stimuli maksājumu shēmas ietvaros ĢĀ ir ieviesti, lai mudinātu viņus nodarbināt medicīnas māsu PVA pakalpojumu nodrošināšanā¹⁵. Vairumā Eiropas valstu ĢĀ ir uzņēmēji, kuri noslēguši līgumus ar veselības aprūpes sistēmām, kuru atalgojumu bieži vien papildina, izmantojot dažādus samaksas par darbības rezultātiem stimulus¹¹. Tā rezultātā pastāv arī tendence ģimenes ārstiem strādāt līgumsabiedrībā ar vairākiem ĢĀ vai kā privātu uzņēmumu¹⁵.

2. tabula: Dominējošie ārstu apmaksas un prakses veidi

Maksa par pakalpojumu	Maksa par pakalpojumu	Darba alga	Privātās grupu prakses	Privātās grupu prakses/valsts slimnīcas
Darba alga	Darba alga	Darba alga	Sabiedriskie veselības centri	Privātās slimnīcas
Maksa par pakalpojumu	Maksa par pakalpojumu	Maksa par pakalpojumu	Privātās grupu prakses/privātās individuālās prakses	Valsts slimnīca/privātās grupu prakses
Kapitācija	Samaksa par veikspēju un Darba alga	Samaksa par veikspēju un Darba alga	Privātā grupa/individuālās vienības	Valsts slimnīcas
Darba alga/ Kapitācija/Maksa par pakalpojumu	Darba alga	Darba alga	Privātās grupu prakses	Valsts slimnīca

AVOTS: 16. un 17. bibliogrāfiskā atsauce.

3.3. Pieņemšana darbā un darbinieku saglabāšana nepietiekami apkalpotos reģionos

20. Visā pasaulē veselības aprūpes darbiniekiem ir tendence koncentrēties bagātākajās pilsētu teritorijās, nevis lauku apvidos un nabadzīgākos reģionos. Šī problēma ir konstatējama gandrīz ikvienā valstī, neatkarīgi no ekonomiskās attīstības līmeņa un veselības aizsardzības sistēmas organizācijas. Ir vairāki faktori, kas ietekmē veselības aprūpes darbinieka lēmumu pārcelties, palikt vai atstāt darba vietu attālos un lauku reģionos. Tie ir kompleksi un savstarpēji saistīti faktori, kas saistīti ar veselības aprūpes speciālista īpašībām un prioritātēm; ar veselības aprūpes sistēmas organizāciju; un plašāku sociālo, politisko un ekonomisko vidi. Lai gan šie faktori ir atkarīgi no konteksta, pierādījumi no dažādām valstīm liecina par kopēju jautājumu kopumu, kas atšķiras ar to, cik lielā mērā tie konstatējami kopā un no to intensitātes pakāpes. Tie tiek raksturoti kā pievelkoši faktori (tie, kas piesaista veselības aprūpes speciālistus darba vietām lauku apvidos, attālām vai nepietiekami apkalpotām darba vietām) un atgrūdoši faktori (tie, kas var negatīvi ietekmēt veselības aprūpes darbinieka lēmumu pieņemt amatu kādā attālā atrašanās vietā vai tur palikt).

3. tabula: Faktori, kas ietekmē veselības aprūpes darbinieku pieņemšanu un noturēšanu darbā lauku apvidos

Atbilstoša iekārtu un materiālu pieejamība	“Profesionālas izolācijas” sajūta
Iespējas profesionālajai attīstībai un praktiskā kompetence, kas iegūta apmācību laikā	Nepiemēroti darba apstākļi (iekārtu un materiālu trūkums)
Iekšēja motivācija palīdzēt trūcīgajiem un personām nepietiekami apkalpotos reģionos	Nepietiekams atbalsts ģimenei (skolas bērniem un laulātā darba iespējas)
Izcelsme (izcelšanās) no laukiem	Drošība un drošums
Veselības aprūpes darbinieku novērtējums vietējā sabiedrībā	Pamata infrastruktūras trūkums (dzeramā ūdens piegāde, autoceļi un transports)
Monetārie stimuli un citi stimuli, piemēram, apmācību un stipendiju iespējas	

AVOTS: 18. bibliogrāfiskā atsauce.

21. No ekonomiskā viedokļa veselības aprūpes darbinieku pārvietošanās ir atkarīga no darba algu līmeņa. Darba algām palielinoties, iespējams, ka veselības aprūpes darba tirgū ienāks vairāk cilvēku un ilgtermiņā varētu panākt līdzsvarotāku veselības aprūpes speciālistu sadalījumu^{19,20}. Tomēr, radot pieprasījumu pēc kvalificētiem medicīnas darbiniekiem, būs nepieciešamas ekonomiskās iespējas iegādāties šos pakalpojumus. Bieži pastāv liela atšķirība starp nepieciešamību pēc kvalificētiem veselības aprūpes darbiniekiem un darba tirgus spēju radīt pietiekamu pieprasījumu pēc šiem darbiniekiem šajās jomās¹⁸.

22. Lai risinātu šo problēmu, dažādos kontekstos un dažāda veida veselības aprūpes darbiniekiem tiek piemēroti dažādi intervences pasākumi. Šo intervences pasākumu mērķis ir padarīt nepietiekami apkalpotas darba vietas pievilcīgākas, vai nu radot pievelkošus faktoros (piemēram, ieviešot stimulus) vai arī vērstoties pret dažiem atgrūdošiem faktoriem (piemēram, uzlabojot darba apstākļus un atbalstu ģimenēm). Intervences pasākumi, ko veic valstis, lai risinātu šo problēmu, parasti tiek plaši iedalīti šādās kategorijās: a) izglītības politika; b) stimuli (kas dažkārt sīkāk sadalīti monetārajos stimulus un nemonetārajos stimulus); c) prasmju aizstāšana un cita HRH regulējoša politika; un d) personiskais/kolēģu atbalsts. 4. tabulā minēti daži intervences pasākumu piemēri katras kategorijas ietvaros.

4. tabula: Intervences pasākumi, lai uzlabotu veselības aprūpes darbinieku pieņemšanu un noturēšanu darbā lauku apvidos

- A1 – No laukiem cēlušos studentu pieņemšana darbā
- A2 – Veselības aprūpes arodskolu būvniecība ārpus lielākajām pilsētām
- A3 – Klīniska rotācija lauku rajonos studiju laikā

A4 – Mācību programma, kurā atspoguļotas lauku problēmas

A5 – Pastāvīga lauku veselības aprūpes darbinieku profesionālā pilnveide

B1 – Paplašināta prakses joma

B2 – Dažāda veida veselības aprūpes darbinieki

B3 – Obligātie pakalpojumi

B4 – Subsīdijas izglītībai, lai atgrieztos darbā

C1 – Piemēroti finansiālie stimuli

D1 – Labāki dzīves apstākļi

D2 – Droša un atbalstoša darba vide

D3 – Ietekmes atbalsts (piemēram, veselības aprūpes darbinieku apmaiņa starp lauku un attāliem reģioniem un to kolēģiem pilsētas vidē)

D4 – Karjeras attīstības programmas

D5 – Profesionālie tīkli

D6 – Sabiedriskās atzinības pasākumi

AVOTS: 21. bibliogrāfiskā atsauce; 17. lpp.

23. Pastāv vienprātīgs viedoklis, ka, ņemot vērā to faktoru būtību un daudzveidību, kuri ietekmē lēmuma pieņemšanu “doties uz laukiem”, jebkura atsevišķa intervences pasākuma sekmes ir maz ticamas. Intervences pasākumi ir jāsteno kompleksi, kombinējot dažādās paketēs atbilstoši valsts sociālekonomiskajiem apstākļiem un tās veselības aprūpes darbinieku raksturojumam (3. pielikumā sniegts pieejamo pierādījumu skaitliskā raksturojuma kopsavilkums par dažādu stratēģiju efektivitāti darbinieku pieņemšanā un saglabāšanā lauku apvidos).

3.4. Duālās prakses regulēšana

24. Duālā prakse (DP) attiecas uz praksi, kad veselības aprūpes darbinieks strādā vairāk nekā vienā darba vietā^d. Lai arī to raksturo dažādi, visbiežāk uz to atsaucas, kad veselības aprūpes darbinieks ir vienlaicīgi iesaistīts klīniskajā praksē un citās ar veselību saistītās aktivitātēs (mācību, pētniecības vai administrācijas) vai ar veselības aprūpi nesaistītā darbībā (piemēram, uzņēmējdarbībā).

25. Pierādījumi par duālās prakses ietekmes novērtējumu ir diezgan ierobežoti un nepārliciecināmi, lai gan analītiķi parasti ir pret to. Tās pretinieki apgalvo, ka duāla prakse izraisa veselības darbinieku nevēlamu uzvedību, piemēram, piedāvājuma radītu pieprasījumu un “nokrejošanu”. Tomēr nav skaidrs, vai duāla prakse tikai pastiprina uzvedību, kas tā vai citādi būtu novērojama konkrētā veselības aprūpes sistēmā ar tās pastāvošo nodarbinātības raksturojumu²². Šādi duālās prakses pretinieki bieži raksturo duālo praksi kā kopēšanas mehānismu (it īpaši zema ienākumu līmeņa ietvaros), kas klasificējama līdzās korupcijai, un rodas no atšķirības starp profesionālajām cerībām un to, ko var piedāvāt publiskais

^d Saukta arī par “halturēšanu”, pagaidu aizvietošanas darbu, duālo darbu vai strādāšanu vairākās darba vietās.

sektors. Tomēr šiem uzskatiem ir tendence pārmērīgi vienkāršot duālo praksi, to redzot tikai caur papildu ienākumu radīšanas prizmu. Patiesībā tā ir jāskata kopā ar plašāku sociālo mērķu perspektīvu — aprūpes iespējām, pieejamību un kvalitāti²³. Labāka izpratne par duālās prakses noteicošajiem faktoriem un ietekmi ir pirmais solis, lai izvairītos no duālās prakses ētikas vērtēšanas.

26. Atbilstoša duālās prakses regulēšana ir viena no lielākajām problēmām, ar kādām saskaras vairums veselības aprūpes sistēmu. No darba tirgus viedokļa diskusija skar jautājumu, vai duālā prakse izjauc optimālo režīmu tirgū starp darba devēju un darbinieku. Duālā prakse palielina darbinieku piesaisti pie vairāk nekā viena darba devēja — palielinot kontroles izmaksas²². No teorētiskā viedokļa duāla prakse tieši ietekmē veselības aprūpes darbinieku darbaspēka piedāvājumu un sniegtās aprūpes kvalitāti un kvantitāti. Īsāk sakot, duālā prakse pamatīgi ietekmē visu veselības aprūpes sistēmu. Valstīm jāizmanto plašs darbību klāsts tās regulēšanai: kamēr dažu valstu pārvaldes iestādes to pilnībā aizliedz, citas to regulē vai ierobežo ar atšķirīgu intensitāti un regulējošiem instrumentiem²⁴. Galu galā, katras pieejas panākumi ir atkarīgi no iestāžu konteksta, resursiem un pārvaldes iestāžu spējas izpildīt noteikumus^e.

3.5. Valstu gadījumu izpētes kopsavilkums

27. Šajā sadaļā ir apkopotas galvenās veselības aprūpes darbinieku iezīmes izvēlētās salīdzināmās valstīs, lai gūtu mācību Latvijas kontekstā. Galvenā uzmanība tiek pievērsta PVA darbinieku sastāvam, organizācijai/līgumiem un atalgojumam. Šeit sniegtie pierādījumi tika savākti, veicot literatūras apskatu, un tika papildināti ar intervijām ar galveno ziņotāju no katras valsts (ietvertās valstis bija Čehija, Anglija, Igaunija, Lietuva un Turcija).

^e Pielikumā Nr. 2 sniegts kopsavilkums par galvenajām politikas pieejām, lai regulētu DP.

Tabula 5: Veselības aprūpes darbinieku sastāvs, organizācija un atalgojums izvēlētās valstīs

Tiesību aktos definētas 40 pamata pēcdiploma medicīnas specialitātes (Šīs specialitātes iegūšanai vajadzīgi trīs līdz pieci gadi), piemēram:
 1) anestezioloģija;
 2) dzemdniecība un ginekoloģija; 3) higiēna;
 4) ķirurģija; 5) terapija [iekšējās slimības]; 6) patoloģija;
 7) pediatrija; 8) psihiatrija;
 9) radioloģija; un 10) ģimenes ārstu prakse;

Aptuveni 36 % no ārstiem specializējušies un praktizējuši vienā no šādām nozarēm (klasificētas pēc ārstu skaita):
 1) vispārējā praktiskā medicīna [ģimenes ārsta prakse];
 2) iekšējās slimības [terapija];
 3) ķirurģija; 3) dzemdniecība un ginekoloģija.

2012. gadā 25 % no visiem veselības aprūpes darbiniekiem bija nodarbināti valsts vadītās iestādēs, vēl 15 % bija nodarbināti vietējās iestādēs (kuras pieder reģioniem, pilsētām un vietējām pašvaldībām). Atlikušie 60 % darbinieku strādāja privātās iestādēs.

2011. gadā publiskā sektora nodarbināto ārstu un zobārstu kopējā vidējā mēnešalga bija EUR 2346, no kā 51 % bija papildpiemaksa un piemaksa par virsstundām.

Privātā sektora nodarbināto ārstu un zobārstu (darbinieku) vidējā mēnešalga bija EUR 2258, bet vispārējo medicīnas māsu un vecmāšu vidējā darba alga bija EUR 963.

Vidējais ĢĀ reģistrēto pacientu skaits valstī bija 1632 2012. gada beigās, kas bija atšķirīgs dažādos reģionos - no 1841 līdz mazāk nekā 1500.

Pašnodarbināti ārsti vai zobārsti veido vairākumu no ambulatorās aprūpes ārstiem. Viņi saņem atalgojumu saskaņā ar jaukto maksas par pacientu skaitu un FFS sistēmu.

Veselības ministrija ieviesa ĢĀ riska korekcijas maksas par pacientu skaitu atlīdzības sistēmu, ar 18 grupām, kas diferencētas pēc vecuma, bet ne pēc dzimuma.

Dažos ģeogrāfiskos reģionos (ar zemu ĢĀ blīvumu vai ģeogrāfiski attālos reģionos) ĢĀ var saņemt lielākus kapitācijas maksājumus, ja to reģistrēto pacientu

skaits ir mazāks par 70 % no noteikta veselības apdrošināšanas fonda valsts vidējā rādītāja.

ĢĀ saņem papildpiemaksu, ja viņiem ir ļoti ilgs darba laiks vai ja pacientiem ir iespējas izvēlēties vizītes laiku
Turklāt par dažiem pakalpojumiem, kurus sniedz ĢĀ (piemēram, profilaktiskajiem izmeklējumiem un mājās vizītēm pie pacienta) turpina maksāt atbilstīgi maksas par pakalpojumiem sistēmai, kas 2012. gadā vēl arvien veidoja aptuveni 10 – 15 % no ārsta ienākumiem (autoru aprēķins). Citi ĢĀ ieņēmumi ir lietotāju maksājumi un tiešie maksājumi (piemēram, apskate autovadītāja apliecības saņemšanai)

ĢĀ arvien vairāk strādā vairāku partneru praksē; parastas prakses grupa sastāv no 5 vai 6 ĢĀ, vienas praktizējošas medicīnas māšas, 2 vai 3 prakses medicīnas māšām, un no 6 līdz 10 administratīvajiem darbiniekiem. Šajās grupās var

ĢĀ sekojošu izmaiņu ĢĀ līgumos rezultātā ĢĀS strādāt partnerībā ar citiem ĢĀ nelielās grupās, nevis vienas vai divu personu praksē, kas bija dominējošas līdz pat 1966. gadam. ĢĀ ir sākuši strādāt arī primārās aprūpes prakses grupās ar prakses medicīnas māsu,

2004. gadā notika visaptveroša ĢĀ atalgojuma sistēmas reforma. Līgumi un maksājumi no patstāvīga ĢĀ pamata sāka pamatoties uz praksi; un lielā mērā no uz kapitāciju pamatotiem uz ievērojamu samaksas par darba izpildi proporciju pamatotiem.

ĢĀ Anglijā ir parasti strādājuši kā neatkarīgi darbuņēmēji saskaņā ar valsts līguma noteikumiem. Pēdējo 15 gadu laikā ir ievērojami pieaudzis to ĢĀ skaits, kuri strādā, saņemot darba algu,

tikt iekļautas arī rajona medicīnas māsas, veselības inspektori, vecmātes, sabiedrības psihiatrijas māsas, un radniecīgi veselības aprūpes speciālisti un sociālie darbinieki, kuri iekļauti šajā grupā. ĢĀ prakses ir atbildīgas par pacientu nosūtīšanu speciālistu pakalpojumu saņemšanai slimnīcās vai pie vietējiem speciālistiem.

administratoru un reģistratoru atbalstu, kopā ar citiem darbiniekiem lielākās grupās.

Līdz ar šīm reformām, primārajā aprūpē nodarbināto medicīnas māsu skaits palielinājās sakarā ar samaksas par darba izpildi stimuliem, kas saistīti ar hronisku slimību administrēšanu (medicīnas māsu izmantošana ir bijusi saistīta ar paaugstinātu aprūpes kvalitāti, lai sasniegtu hronisku slimību administrēšanas mērķus).

parasti kopā ar kolēģiem ĢĀ, kuri kā patstāvīgi līgumdarbinieki ir partneri, kuriem ir savas prakses. Ap 9000 ĢĀ Anglijā tagad tiek algoti, kas ir viena ceturtdaļa no visiem ĢĀ.

ĢĀ nodrošina paplašinātus primārās aprūpes pakalpojumus, piemēram, profilaksi, pārbaudi, vakcināciju un imunizāciju, un dažus diagnostikas pakalpojumus. Daļa no šī „vārtziņu” uzdevuma ir palīdzēt pacientiem orientēties plašākā veselības aprūpes sistēmā. ĢĀ parasti sniedz pakalpojumus sadarbībā ar citiem ĢĀ, vadot vairākas prakses medicīnas māsas un citus darbiniekus, kas visi kopā veido primārās aprūpes grupu

Ārstu proporcija uz vienu iedzīvotāju, kas strādā Igaunijā, ir salīdzināma ar ES27 līmeni, bet medicīnas māsu proporcija uz ārstu skaitu ir ievērojami zemāka par ES27 vidējo līmeni. Sakarā ar augsto emigrācijas līmeni un nepietiekamu medicīnas skolu un vecuma struktūras piedāvājumu, tiek lēsts, ka Igaunijā strādājošo ārstu

Visiem veselības aprūpes speciālistiem un pakalpojumu sniedzējiem tagad ir individuāli līgumi ar slimnīcām vai veselības aprūpes centriem, lai gan tie dažreiz tiek pamatoti ar vispārējiem algu nolīgumiem attiecībā uz konkrētām grupām. Igaunijas Ārstu biedrības un Igaunijas Medicīnas māsu savienība vienojas ar Igaunijas Slimnīcu asociāciju par minimālo stundas

Ģimenes ārstu apmaksas sistēma ir izstrādāta, lai stimulētu tos uzņemties vairāk atbildības par diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumiem, lai nodrošinātu veselības aprūpes nepārtrauktību, un, lai kompensētu finansiālos riskus, rūpes par vecākiem ļaudīm un darbu attālos reģionos.

Primārajā aprūpē ģimenes ārstiem un medicīnas māsām, ar kuriem

Ģimenes ārsta saņemtie vidējie ieņēmumi no EHIF bija EUR 80 800 (kas neietver KBS) gadā 2011. gadā. Maksimālā kvalitātes piemaksa par visām trim jomām ir EUR 3835, kas veidotu 4,5 % no ģimenes ārsta kopējiem ieņēmumiem gadā. KBS attīstību gadu

skaits samazinās ar ātrumu 1-2 % gadā, bet medicīnas māsu skaits divtik ātri.

algas/ atalgojuma likmi attiecīgās ārstu specialitātēs.

noslēdza līgumus EHIF, tiek maksāts, kombinējot kapitācijas maksājumus ar citiem atlīdzības veidiem, kas kopā veido katras prakses budžetu. Prakses saņem ikmēneša avansa maksājumus, kas tiek pārrēķināti divreiz gadā, lai atspoguļotu izmaiņas pacientu sarakstā (jo pacienti var mainīt ģimenes ārstu).

gaitā ir atspoguļota 3.10. tabulā. Ģimenes ārsta faktiskos ieņēmumus nosaka šie ieņēmumi, atskaitot pašu prakses izmaksas, lai gan dažiem tiek maksāta darba alga lielākās grupu praksēs.

Ģimenes ārsti var saņemt atsevišķus papildu maksas par pakalpojumu maksājumus maksimāli līdz 37 % no to kopējiem kapitācijas maksājumiem, ja viņi piedalās Kvalitātes papildatlīdzības shēmā (KBS) un tiem ir labi darba rezultāti atbilstoši KBS standartiem.

Prakses ik mēnesī saņem arī pamata piemaksas, lai segtu izmaksas par telpām un transportu ārstiem vai medicīnas māsām. Papildu un vairāk maksimālie maksājumi tiek veikti, lai samaksātu kompensācijas ģimenes ārstiem attālos rajonos.

Obligāta veselības aprūpes speciālistiem licencēšana ir četrās galvenajās kategorijās: ārstiem, medicīnas māsām, zobārstiem un farmaceitiem;

Kopumā veselības aprūpes darbinieku skaits samazinājās apmēram par 18 %: no 65 000

Ārstiem un medicīnas māsām, kuri strādā valsts slimnīcās un poliklīnikās, tiek maksāta darba alga. Algu skala veselības aprūpes iestāžu administratoriem, ārstiem, medicīnas māsām un citiem darbiniekiem tiek noteikta saskaņā ar Veselības ministra rīkojumu. Daudzi sabiedrības veselības aprūpes speciālisti ir ierēdņi, un tādēļ to

Valsts finansētiem veselības aprūpes pakalpojumiem pastāv maksājuma metožu kombinācija: - primārā veselības aprūpe tiek finansēta galvenokārt, izmantojot kapitāciju, ar mazāku daļu no maksas par pakalpojumu un ar darba rezultātiem saistītiem maksājumiem; - ambulatorā aprūpe tiek finansēta

Samaksa, pamatojoties uz kapitāciju, ir 82 % no kopējiem primārās aprūpes ieņēmumiem. 2000. gadā Veselības ministrija un NHIF izstrādāja primārās veselības aprūpes finanšu stimulus, ieskaitot

1990. gadā līdz 47 000
2010. gadā, lielākoties līdz ar
lielu medicīnas māsu personāla
samazinājumu. Medicīniskā
personāla nevienlīdzīgais
sadalījums visā valstī rada
nopietnu problēmu. Visā valstī
2010. gadā praktizējošu ārstu
blīvums bija diapazonā no 906
līdz 54 uz 100 000 iedzīvotāju,
bet pat reģionos šis blīvums
atšķiras līdz 7 reizēm; līdzīga
situācija ir konstatējama
medicīnas māsām un vecmātēm.
Prognozes liecina, ka 40-60 %
no pašlaik strādājošajiem
medicīnas speciālistiem līdz
2025. gadam sava vecuma dēļ
vairs nebūs veselības aprūpes
darbinieku darbaspēka sastāvā.

atalgojums ir noteikts saskaņā ar
civildienesta noteikumiem.
Sakarā ar bažām par medicīniskā
personāla aizplūšanu, valdība 2004. –
2008. gadā piešķīra vairāk nekā
EUR 400 miljonus, izmantojot NHIF,
lai palielinātu medicīnas speciālistu
algu. Šajā periodā medicīnas māsu
vidējā mēnešalga pieauga no
EUR 256 līdz EUR 641, ārstu vidējā
alga pieauga no EUR 410 līdz
EUR 1075, bet veselības aprūpes
iestāžu darbinieku vidējā darba alga
mainījās no EUR 276 līdz EUR 683.
Valsts statistika liecina par ārsta
vidējās mēnešalgas pieaugšanas
tendenci 2005. – 2012. gadā, kam
sekoja 7 % samazinājums
2010. gadā. 2011. gadā vidējā neto
mēnešalga Lietuvā bija EUR 4620,
bet veselības un sociālās nozares neto
alga bija, attiecīgi, EUR 505 un
EUR 346.

galvenokārt, izmantojot pacientu
maksājumu un maksu par
pakalpojumu par diagnostikas
pārbaudēm;
- stacionārā aprūpe tiek finansēta,
izmantojot pacientu maksājumu (ar
diagnozi saistītas grupas (DRG),
kas ieviests 2012.gadā) un
vēsturiskiem budžetiem;
- Publiskā sektora veselības aprūpe
galvenokārt tiek finansēta,
vēsturiski izmantojot budžetu

mikrorajona iedzīvotāju
hospitalizācijas
proporcijas
samazināšanu un bērnu
imunizācijas proporcijas
mērķu sasniegšanu.
2005. gadā tika izveidots
jauns papildatlīdzības
maksājumu saraksts,
ieskaitot grūtnieču, bērnu
un invalīdu aprūpi;
izvēlētas diagnostikas
pārbaudes un veselības
aprūpes procedūras
mājās; un neatliekamo
palīdzību neregistrētiem
iedzīvotājiem. Kopš
2008.gada piemēroti
papildu maksas par
pakalpojumiem
maksājumi prioritāriem
un profilaktiskiem
pakalpojumiem.
2009. gadā
papildatlīdzības
maksājumu uzmanības
centrā bija samazināt
pacientu ar hroniskām
slimībām hospitalizāciju,
lai radītu vairāk stimulu
ambulatorās aprūpes
sniegšanai un uzlabotu
profilaktisko programmu
īstenošanu.

Turcijā ir gan zema ārstu proporcija uz 100 000 iedzīvotājiem, gan vismazākā medicīnas māsu proporcija PVO Eiropas reģionā. Pasaules bankas (2009. gada) pētījumā ir norādīts, ka Turcijā ir divu veidu prasmju kopuma sadales nelīdzsvarotība – viena starp speciālistiem un ģimenes ārstiem, un otra starp medicīnas māsām un ārstiem. Šī nelīdzsvarotību medicīnas māsu/ārstu proporcijā ir izskaidrojama ar efektīvas cilvēkresursu plānošanas un vadības trūkumu, kurā ir tendence ārstiem noteikt prioritāti salīdzinājumā ar medicīnas māsām, un izturēties nevērīgi pret medicīnas māsām un citu veselības aprūpes personālu

Tiek ziņots, ka saskaņā ar veselības aprūpes reformu Turcijā, obligāto medicīnisko pakalpojumu pasākumi tikko kvalificētiem ārstiem un līgumdarbinieku, medicīnas māsu aizvietotāju un vecmāšu nodarbināšana ir nodrošinājuši ievērojamus uzlabojumus veselības aprūpes personāla ģeogrāfiskajā sadalījumā. Obligātā medicīniskā darba ilgums pēc augstskolas beigšanas ārstam ir atkarīgs no konkrētās medicīnas rezidentūras nodaļas un reģiona, un aptuveni ilgst vienu līdz divus gadus. Turcijas reģioni klasificēti saskaņā ar Valsts Attīstības indeksu. Pēc sešu gadu medicīniskās izglītības un arī pēc speciālistu apmācības pabeigšanas, ārsti sarakstā izvēlas reģionu un apkalpo salīdzinoši trūcīgus valsts reģionus. Lai gan ir bijuši ievērojami uzlabojumi sadalījumā, dažas sadalījuma problēmas vēl paliek.

Turcija pieņēma veselības aprūpes personāla jauktu maksājumu sistēmu.

Ģimenes ārstiem maksā atbilstoši kapitācijai, kas ir vienīgā maksājumu metode šiem praktiķiem. Atbilstoši samaksas modelim, personas tiek reģistrētas praktizējošā ģimenes ārsta sarakstā. Konkrētām iedzīvotāju grupām tiek noteikti specifiski koeficienti.

AVOTS: 25. un 17. bibliogrāfiskā atsauce.

4. ĢĀ prakses efektivitātes analīze

28. ĢĀ prakses efektivitātes analīze var būt svarīgs instruments, lai izvērtētu politiskās iespējas, izstrādājot stimulus pakalpojumu sniegšanas kvalitātes un kvantitātes uzlabošanai. ĢĀ prakšu klasifikācija, ņemot vērā to izmantotos kompleksus ievades datus un/vai kompleksu izejas datu iegūšana palīdzēs identificēt vislabākās prakses, kā arī jomas, kurās nepieciešami uzlabojumi.

29. Latvijā gandrīz visi iedzīvotāji ir reģistrēti ĢĀ praksēs. ĢĀ prakses darbojas kā galvenais pieteikšanās punkts veselības aprūpes sistēmā un bieži vien kalpo kā “vārtzinis” sekundārās ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes saņemšanai dažiem veselības aprūpes stāvokļiem. Starp citu, ĢĀ praksēm jānodrošina profilakse, diagnostika un pacientu ārstēšana atbilstoši slimības smagumam (iedzīvotāju veselības aprūpes vajadzībām) un normatīvajiem aktiem. Ņemot vērā svarīgo nozīmi Latvijas veselības aizsardzības sistēmā, ĢĀ darba produktivitātes analīze ir būtiska, lai novērtētu visas Latvijas veselības aprūpes sistēmas darba produktivitāti.

4.1. Datu portfeļa analīze (DEA)

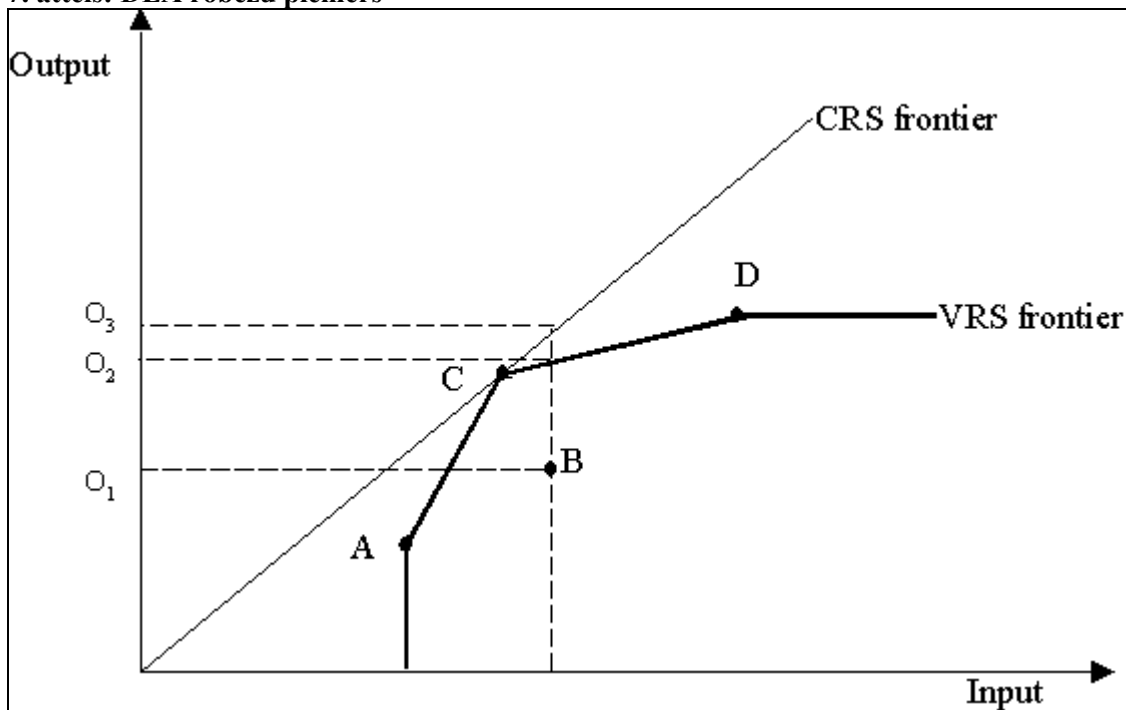
30. Sabiedrības veselības izdevumu efektivitātes analīzes pamatā parasti ir “izstrādes funkcijas” novērtēšana. Šajā pieejā tiek vērtēts, kā veselības aprūpes resursi (ievades dati) tiek izmantoti, lai iegūtu novērotos rezultātus un lai noteiktu izstrādes vienību (piemēram, pakalpojumu sniedzēju vai reģionu) efektivitāti (vai neefektivitāti). Izstrādes funkcijas var novērtēt, izmantojot neparametriskās metodes (datu apiešanas analīze – DEA) un vairāk parametriskās pieejas (stohastisko robežu analīze – SFA). DEA tiek plaši izmantota veselības aprūpes efektivitātes novērtēšanai, jo tās neparametriskā funkcija dod iespēju veikt uz datiem orientētu novērtējumu par ievades datu pārveidi izejas datos, neizdarot striktus pieņēmumus par pārveidošanas procesu²⁶.

31. DEA izmanto lineārās programmēšanas (LP) rīkus, lai izveidotu robežas, kuras ietver visefektīvākos novērojumus, kas “kā portfelis aptver” pārējos. Salīdzinot līdzīgas vienības, viena Lēmuma pieņēmēju vienība (DMU) būs efektīva, ja tajā, salīdzinājumā ar citiem, tiek uzrādīta lielāka noteiktu resursu apjomu izstrāde (uz izejas datiem orientēts modelis) un/vai ja tajā tiek izmantots mazāk resursu, lai izstrādātu noteiktu produktu apjomu (uz ievades datiem orientēts modelis). Lai apskatītu to ģeometriski, aplūkojiet 8. attēlu, kur efektīvas vienības (vislabākās prakses) atrodas uz robežas un tiek indeksētas kā 1 (100%). Neefektivitāti uzrāda pakāpe, kādā novērojama novirze no šīs robežas. Šī produktivitātes mērvienība ir pazīstama kā tehniskā efektivitāte un neefektīvo vienību telpisko projekciju uz

robežas šķautnes norobežo efektīvo vienību atsaucēs grupu, kas ir tai blakus (šķautņu virsotnes, kur tās tiek projicētas, tādēļ ir etalonvērtības termins). Lai vienība būtu pilnībā efektīva, arī tai vajadzētu atrasties tikai Pareto-efektīvas robežas daļās, tas ir, vietā, kur nav iespējams samazināt nekādus ievades datus, vai palielināt nekādus izejas datus, kad vienlaicīgi arī nav jāpalielina citi ievades dati vai jāsamazina citi izejas dati.

32. 7. attēlā sniegts grafisks attēls par DEA robežu vienu ievades datu – vienu izejas datu modelim. Pirmajā robežā (diagonāla līnija vai pastāvīgs mēroga efekts - CRS), tikai vienība C ir efektīva un otrajā (U veida līkne vai mainīgs mēroga efekts - VRS), vienības A, B, C, D un E ir efektīvas. Vienība F ir neefektīva abos modeļos. Pamatojoties uz šo ģeometrisku perspektīvu, iespējams noteikt ne tikai neefektīvas vienības, bet arī vajadzīgās vērtības, tā ka neefektīvās vienības var sasniegt vislabākās prakses robežas (100 % efektivitāte).

7. attēls: DEA robežu piemērs



Avots: 31. bibliogrāfiskā atsauce.

33. Veselības aprūpes efektivitātes analīzi var veikt vairākos līmeņos (slimnīcas, klīnikas, ārstu), dažādās ģeogrāfiskās vietās (lauku, pilsētu, reģionu, pavalstu un valstu), vai starp īpašām programmām (HIV, imunizācijas u.c.)²⁷. Pēdējie pārskati ir pierādījuši, ka šādas analīzes ir arvien svarīgākas saistībā ar pieaugošajām izmaksām un ierobežotajām finansiālajām iespējām. Pētījumu rezultātus tomēr nav iespējams salīdzināt, ņemot vērā plašās mainīgo (ievades datu un izejas datu) variācijas, analīzes līmeni un epidemioloģiskos un klīniskos ietvarus^{27,28}.

34. Veselības nozares pielietojumos DEA pieeja palīdz saprast, kā pieejamie resursi (personāls, materiāli, tehnoloģijas) tiek pārveidoti par veselības aprūpes starpposma izejas datiem (konsultācijas un ārstēšana) vai iznākumiem (mirstības un saslimstības rādītāji). Piemēram, PVA scenārijā ārsti parasti ir atbildīgi par profilaktisku pasākumu veikšanu, piemēram, imunizāciju, pārbaudēm, hronisku slimību skrīningošanu un izmeklēšanas un ārstēšanas pieprasīšanu saskaņā ar noteiktajām klīniskajam vadlīnijām un epidemioloģiskajām vajadzībām²⁹. Svarīgi atzīmēt, ka to spēja novērst un risināt veselības problēmas ir negatīvi saistīta ar nepieciešamību pēc neatliekamās palīdzības telpas (ER) apmeklējumiem un/vai nosūtīšanu pie speciālista un/vai hospitalizācijas (pēdējie ir uzskatāmi par nevēlamām izejas datiem) noteiktā smaguma diapazonā.

4.2 DEA modelis

35. Šajā pielietojumā ĢĀ ir novērtējamās lēmumu pieņemšanas vienības. Analīzes mērķis ir salīdzināt ĢĀ, balstoties uz to efektivitāti dažādos ģeogrāfiskos apvidos (laukos un pilsētās), prakses lielumu un atšķirīgu līgumu režīmu (individuālā prakse vai grupu prakse ar citiem speciālistiem). DEA pieejā tiek iegūts komplekss efektivitātes rādītājs, dalot izejas datu novērtēto summu ar ievades datu novērtēto summu. ĢĀ praksei būtu jāaptver noteikts iedzīvotāju skaits (ievietoti modelī kā saucēji izejas datu rādītājiem un kā ievades datu rādītāji) un tiek pieņemts, ka tiem ir jārada profilaktiskas un ārstēšanas darbības (tradicionālo rādītāju skaitītāji vai izejas dati). DEA modeļi var kontrolēt pacientu atsevišķās īpašības, piemēram, vecumu vai slimības smagumu, kas var ietekmēt nepieciešamo resursu apjomu un nodrošināt pacientu ārstēšanas vērtējumu²⁷.

36. Divi DEA modeļi tika piemēroti ĢĀ efektivitātes novērtēšanai Latvijā. Pirmajā modelī, kvantitatīvajā modelī (KT), ietilpst tikai rādītāji par katra ĢĀ sniegto pakalpojumu daudzumu kā izejas datiem. Konkrētāk, tajā tiek izmantots apmeklējumu skaits dažādām iedzīvotāju grupām (ņemot vērā dažādas vecuma grupas, kas palīdz ņemt vērā pacientu grupas ārstēšanas ietekmi). Tāpat ietvertajos ievades datos tiek ņemts vērā reģistrēto pacientu daudzums dažādu vecuma grupu griezumā. Citi ievades dati ir nosūtīšanas pie speciālistiem un hospitalizācijas skaits pēc neatliekamās palīdzības (ER) apmeklējuma ar noteiktām diagnozēm^f. Patiesībā tie ir nevēlami izejas dati, kas nozīmē situācijas, no kurām efektīvs ĢĀ izvairītos, un to kā ievades datu pievienošana palīdz parādīt konkrētā ĢĀ spēju tos samazināt līdz minimumam.

37. Otrajā modelī, kvalitatīvajā modelī (KL), tiek izvērtēti katra ĢĀ darba rezultāti, pamatojoties uz trīspadsmit (13) dažādiem kvalitātes rādītājiem, kurus izmanto NHS samaksas par darba rezultātiem (P4P) sistēmā ĢĀ. Šajā modelī ir reģistrēto pacientu,

^f Proti: i) hipertoniya un ar to saistītas nieru un sirds komplikācijas; ii) elpceļu infekcijas; un iii) spondilozē.

pieaugušo un bērnu, vai pacientu ar lokāli izplatītām slimībām (II tipa cukura diabēts, hipertoniya, astma) kā resursu ievades datu kopums, kuriem ĢĀ ir jāveic medicīniskā aprūpe (izejas dati) atbilstoši klīniskām zināšanām, vadlīnijām un tiesību aktiem^g. DEA efektivitātes punktu skaits atspoguļos to, cik efektīvs ir ĢĀ visu P4P rādītāju izpratnē. Pieņemot, ka ĢĀ, salīdzinot ar saviem kolēģiem, vienu indikatoru var izpildīt labāk, citu sliktāk, tad vienlaicīgi izanalizējot visus rādītājus kopā, var gūt zināmu ieskatu par P4P shēmu kopumā.

38. Abu modeļu pamatā ir pastāvīga mēroga efekta (DRS) uz izejas datiem orientēta specifiskācija. Saskaņā ar DRS pieņēmumu ĢĀ prakses ir viendabīgas; nav lielas atšķirības pacientu skaita vai to kvantitatīvo un kvalitatīvo rezultātu ziņā. DRS modelī tiek vērtēta tehniskā efektivitāte un pieņemts, ka ĢĀ, domājams, strādā pie optimāla mēroga lieluma. Modeļa orientācija uz izejas datiem nozīmē, ka analīze ir iespējamā izejas datu palielināšanās pret robežu projekciju novērtējumu (ĢĀ darbības maksimāla palielināšana vai maksimāli panākumi attiecībā uz kvantitāti vai kvalitāti), ņemot vērā noteiktu resursu daudzumu. Šim modelim mēs izmantojam NHS administratīvos datus par 2014. gadu ĢĀ prakšu fiksētiem un ar veikspēju pamatotiem maksājumiem, reģistrētajiem pacientiem ar dažādām diagnozēm un pacientu apmeklējumu skaitu, kā arī Veselības inspekcijas datus par veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un to personālu. Analīzē mēs ietveram tikai ĢĀ prakses, kurām ir līgumi ar NVD (tā kā NVD rīcībā nav visas nepieciešamās informācijas par tām ĢĀ praksēm, kam nav līguma), un tās, kas saņēmušas kvalitātes maksājumus^h. 6. tabulā uzskaitīti ievades dati un izejas dati, kas izmantoti KT un KL modeļiem, kā aprakstīts iepriekš.

^g NHS indikatoru procentuālo attiecību vietā, šajā modelī tika ņemta vērā apmeklējumu skaita absolūtā vērtība un vadlīniju izpilde kā izejas dati (procentuālo attiecību skaitītāji) un reģistrētie pacienti (procentuālo attiecību saucēji) kā ievades dati, kā arī hospitalizācija pēc ER apmeklējuma ar noteiktām diagnozēm (nevēlami izejas dati, arī skaitītājs P4P maksājumu kritērijiem).

^h ĢĀ, kuri nestrādāja visā 2014. gada laikā, ir mainījuši savu prakses vietu, nesaglabājot pacientus, vai kuri to ir nodevuši vai ir aizstāti ar citu ĢĀ, nav iekļauti šajā analīzē.

6. tabula: Datu portfeļa analīzes 1. modeļa un 2. modeļa ievades dati un izejas dati

Piezīme: * Diagnostika ICD I10-I15, J06 vai M47.

Kopā reģistrētie pieaugušie pacienti	Kopā reģistrētie pieaugušie pacienti (izņemot hroniskus slimniekus)
Kopā reģistrētie pacienti-bērni	Kopā reģistrētie pacienti-bērni
Nosūtījumu pie speciālista skaits	Reģistrēto pacientu skaits ar hipertoniju
SEMS apmeklējumu skaits pacientiem ar noteiktu diagnozi, ja pacients nav hospitalizēts*	Reģistrēto pacientu skaits ar II tipa diabētu
	Reģistrēto pacientu skaits ar astmu
	SEMS apmeklējumu skaits pacientiem ar noteiktu diagnozi, ja pacients nav hospitalizēts*
Iestādes apmeklējumu skaits, mazāks par 65	Jaunu pacientu skaits, kuriem veikta kārtējā medicīniskā apskate 3 mēnešu laikā pēc reģistrācijas
Iestādes apmeklējumu skaits, lielāks par 65	Pieaugušo pacientu skaits, kuriem veikta medicīniskā apskate
Apmeklējumu skaits mājās, mazāks par 65	Pacientu skaits, kuriem veikta medicīniskā apskate vecumā no 2 līdz 18 gadiem
Apmeklējumu skaits mājās, lielāks par 65	Vakcinēto bērnu skaits atbilstoši kalendāram
	Pacientu skaits, kuriem veikta krūts vēža un dzemdes kakla vēža skrīningošana
	Pacientu skaits, kuriem veikta kolorektālā vēža skrīningošana (vecumā no 50 līdz 74 gadiem)
	II tipa diabēta slimnieku skaits, kuriem izmērīts glikohemoglobīns
	II tipa diabēta slimnieku skaits, kuriem veikta mikroalbuminūrijas testēšana
	Sirds un asinsvadu riska novērtējumu skaits
	Pacientu - arteriālās hipertonijas slimnieku skaits, kuriem ir veikta zema blīvuma holesterīna testēšana
	Pacientu - astmas slimnieku skaits, kuriem ir veikta maksimālās izelpas plūsmas mērīšana
	ĢĀ veikto manipulāciju un pakalpojumu skaits

4.3 DEA rezultāti

39. 7. tabulā redzama aprakstošā statistika par mainīgajiem (ievades un izejas dati), kas iekļauti abos modeļos. No analīzē izmantotajām ĢĀ praksēm 76 % bija no 1000 līdz 2000, vidēji 1287 reģistrētiem pieaugušajiem pacientiem. Lielākajā ĢĀ praksē bija 6125, bet mazākajā bija 277 reģistrēti pieaugušie.

Reģistrēto bērnu mazais skaits un lielā neatbilstība norāda uz to, ka daudzi no viņiem apmeklē pediatrus (nevis ĢĀ).

7. tabula: Aprakstošā statistika – ievades dati un izejas dati

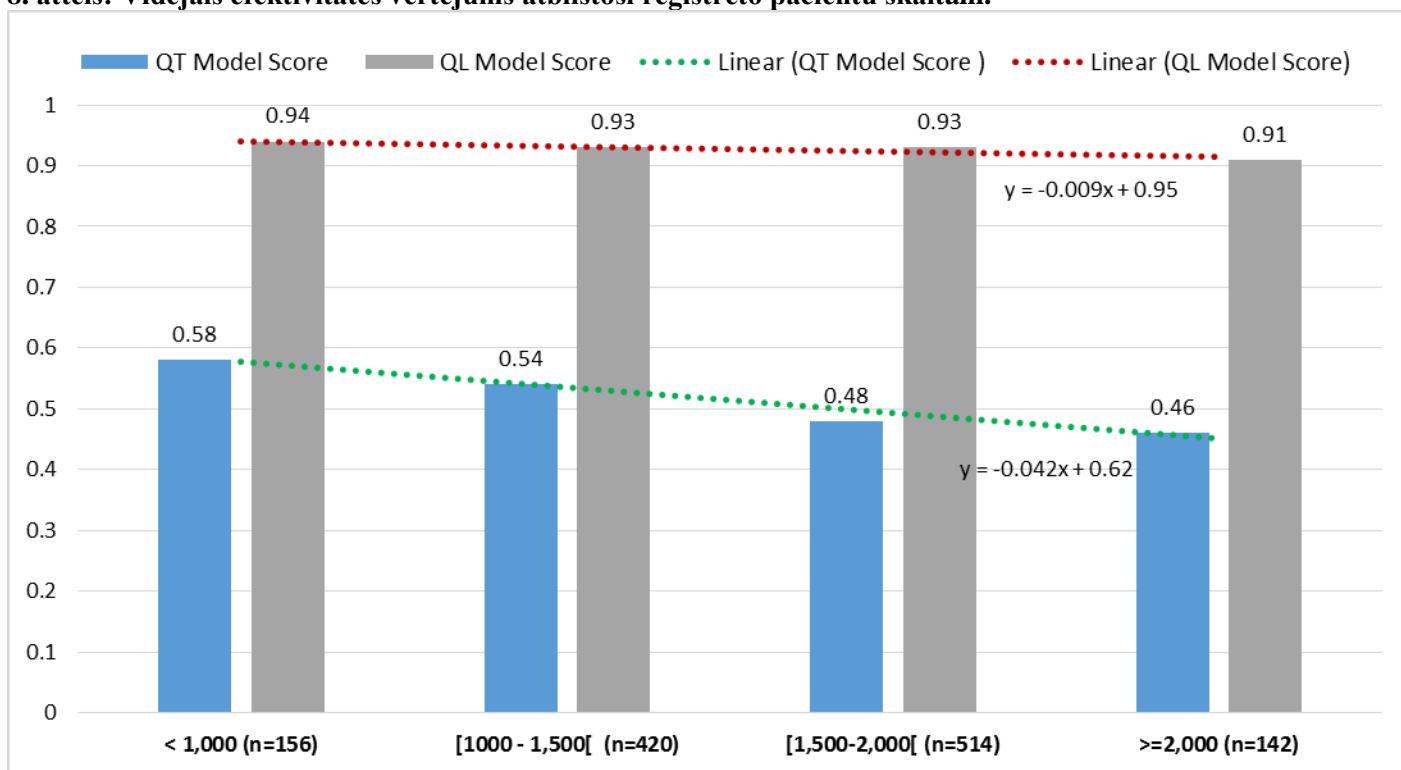
	<i>Kopā reģistrētie pieaugušie pacienti</i>	1287	443.28
	<i>Kopā reģistrētie pacienti-bērni</i>	230	254.85
Ievades dati	<i>Nosūtījumu pie speciālista skaits</i>	3453	1515.92
	<i>SEMS apmeklējumu skaits pacientiem ar noteiktu diagnozi, ja pacients nav hospitalizēts</i>	32	24.91
	<i>Iestādes apmeklējumu skaits, zemāks par 65</i>	3241	1780.79
Izejas dati	<i>Iestādes apmeklējumu skaits, lielāks par 65</i>	97	172.43
	<i>Apmeklējumu skaits mājās, zemāks par 65</i>	1011	760.09
	<i>Apmeklējumu skaits mājās, lielāks par 65</i>	86	150.93
	<i>Kopā reģistrētie pieaugušie pacienti (izņemot hroniskus slimniekus)</i>	1055	357.20
Ievades dati	<i>Kopā reģistrētie pacienti-bērni</i>	230	254.85
	<i>Reģistrēto hipertonijas pacientu skaits</i>	53	40.50
	<i>Reģistrēto pacientu skaits ar II tipa diabētu</i>	164	118.64
	<i>Reģistrēto pacientu skaits, kuriem ir astma</i>	16	10.26
	<i>SEMS apmeklējumu skaits pacientiem ar noteiktu diagnozi, ja pacients nav hospitalizēts</i>	32	24.91
	<i>Jaunu pacientu skaits, kuriem veikta kārtējā medicīniskā apskate 3 mēnešu laikā pēc reģistrācijas</i>	67	76.27
	<i>Pieaugušo pacientu skaits, kuriem veikta medicīniskā apskate</i>	790	332.51
	<i>Pacientu skaits, kuriem veikta medicīniskā apskate vecumā no 2 līdz 18 gadiem</i>	10	13.35
Izejas dati	<i>Vakcinēto bērnu skaits atbilstoši kalendāram</i>	192	215.76
	<i>Pacientu skaits, kuriem ir veikta krūts vēža un dzemdes kakla vēža skrīningošana</i>	73	42.99
	<i>Pacientu skaits, kuriem veikta kolorektālā vēža skrīningošana (vecumā no 50 līdz 74 gadiem)</i>	56	88.15
	<i>Pacientu - II tipa diabēta slimnieku skaits, kuriem izmērīts glikohemoglobīns</i>	23	29.51
	<i>Pacientu - II tipa diabēta slimnieku skaits, kuriem veikta mikro-albuminūrijas testēšana</i>	23	26.52
	<i>Sirds un asinsvadu riska novērtējumu skaits</i>	12	20.19
	<i>Pacientu - arteriālās hipertonijas slimnieku skaits, kuriem ir veikta zema blīvuma holesterīna testēšana</i>	102	82.39
	<i>Pacientu - astmas slimnieku skaits, kuriem ir veikta maksimālās izelpas plūsmas mērīšana</i>	7	8.02
	<i>ĢĀ veikto manipulāciju un pakalpojumu skaits</i>	13	8.27

AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas datus.

40. Analīzē iekļauti 1232 ĢĀ, par kuriem bija pieejami visi rādītāji (94,6 % no 1302). ĢĀ daudz efektīvāki bija KL modelī nekā KT modelī. Vidējais efektivitātes rādītājs KT modelī bija 0,51, bet vidējais efektivitātes rādītājs KL modelī bija 0,93. Turklāt efektīvu ĢĀ procentuālā attiecība KL modelī bija augstāka (42,6 %) nekā KT modelī (3,4 %). Korelācija starp rādītājiem no abiem modeļiem bija 0,35. 9. attēlā ietverts rezultātu kopsavilkums par abu modeļu rezultātiem un efektivitātes rādītājiem dažādās ĢĀ grupās.

41. Korelācijas koeficients starp ĢĀ prakses lielumu (kas iegūts no reģistrēto pacientu skaita) un ĢĀ efektivitātes rādītājiem bija negatīvs. KT modelī tas bija -0.21, bet KL modelī -0.10, kas nozīmē, ka jo lielāka ir ĢĀ prakse (vairāk reģistrētu pacientu), jo mazāk efektīva ir ĢĀ prakse. Iespējamā šī parauga interpretācija ir tāda, ka liels pacientu skaits rada lielu darba slodzi un attiecīgi ietekmē ĢĀ produktivitāti. 8. attēlā parādīts skaidrs KT modeļa gradients, kur zemākie efektivitātes rezultāti parādās ĢĀ, kuriem ir vairāk nekā 2000 pacienti. Šajā brīdī efektivitātes rādītājs KL modelī arī sāk samazināties, lai gan attiecība starp efektivitāti un apjomu saskaņā ar šo modeli ir daudz vairāk samazināta.

8. attēls: Vidējais efektivitātes vērtējums atbilstoši reģistrēto pacientu skaitam.



AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas un Nacionālā veselības dienesta datus.

42. 8. tabulā parādīts prakses lielumu sadalījums efektīvam ĢĀ abos modeļos. Bez tam empīrisko saistību starp lielumu un efektivitāti var redzēt tabulā, reģistrēto pacientu vidējie dati starp efektīviem ĢĀ nedaudz mazāki par 1500 pacientiem, kas atbilst iepriekš minētajam 9. attēlam.

8. tabula: Efektīvas ĢĀ prakses lielums

1272	1434	1,328
63	18	61
1316	1478	1,322
781	1391	781
406	418	370
1799	2666	1,563
277	355	513
2076	3021	2,076
42	515	37

AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas un Nacionālā veselības dienesta datus.

43. ĢĀ lauku apvidos caurmērā bija efektīvāki nekā ĢĀ pilsētās. Vidējie efektivitātes rādītāji starp lauku ĢĀ bija par 3 un 2 procentpunktiem, attiecīgi KL un KT, augstāki rādītāji lauku apvidos nekā pilsētās (9. tabula). Tāpat tie, kas strādāja grupu praksē, izrādījās nedaudz efektīvāki nekā tie, kas strādā individuāli, uz šis konstatējums ir vairāk acīmredzams KT modelī (kur ir 5 procentpunktu starpība) un tas atbilst citiem pierādījumiem, kas liecina, ka grupu prakse ir saistīta ar klīniskās prakses kvalitātes uzlabojumiem primārajā veselības aprūpē³⁰. Medicīnas māsu skaits, kas strādā ar ĢĀ, būtiski neietekmēja efektivitātes rādītājus.

9. tabula: Kvantitatīvā un kvalitatīvā modeļa salīdzinoši rezultāti

<i>Visi ĢĀ (1232)</i>		
<i>Vidējais rādītājs</i>	0,51	0,93
<i>Maksimālais rādītājs</i>	1,00	1,00
<i>Minimālais rādītājs</i>	0,01	0,45
<i>Efektīvu ĢĀ skaits</i>		
<i>ĢĀ skaits ar maksimālo efektivitātes rādītāju (1,0)</i>	44 (3,4 %)	515 (41,8 %)
<i>ĢĀ skaits ar maksimālo efektivitātes rādītāju no 0.75 līdz 0.99</i>	111 (9 %)	667 (54,14 %)
<i>ĢĀ skaits ar efektivitātes rādītāju no 0,50 līdz 0,74</i>	431(35 %)	49 (3,98 %)
<i>ĢĀ skaits ar efektivitātes rādītāju no 0,25 līdz 0,49</i>	557 (45,2 %)	1 (0,08 %)
<i>ĢĀ skaits ar efektivitātes rādītāju, kas zemāks par 0,25</i>	91 (7,4 %)	0 (0,0 %)
<i>Atrašanās vieta</i>	Vidējais rādītājs	
<i>Lauki (504)</i>	0,53	0,94
<i>Pilsēta (728)</i>	0,50	0,92
<i>Prakses veids</i>	Vidējais rādītājs	
<i>Individuālā prakse (1128)</i>	0,51	0,93
<i>Grupās prakse (104)</i>	0,56 *	0,93 *
<i>Praksē strādājošo medicīnas māsu skaits</i>	Vidējais rādītājs	
<i>0 - 1 (616) **</i>	0,52	0,92
<i>2 (616)</i>	0,51	0,93

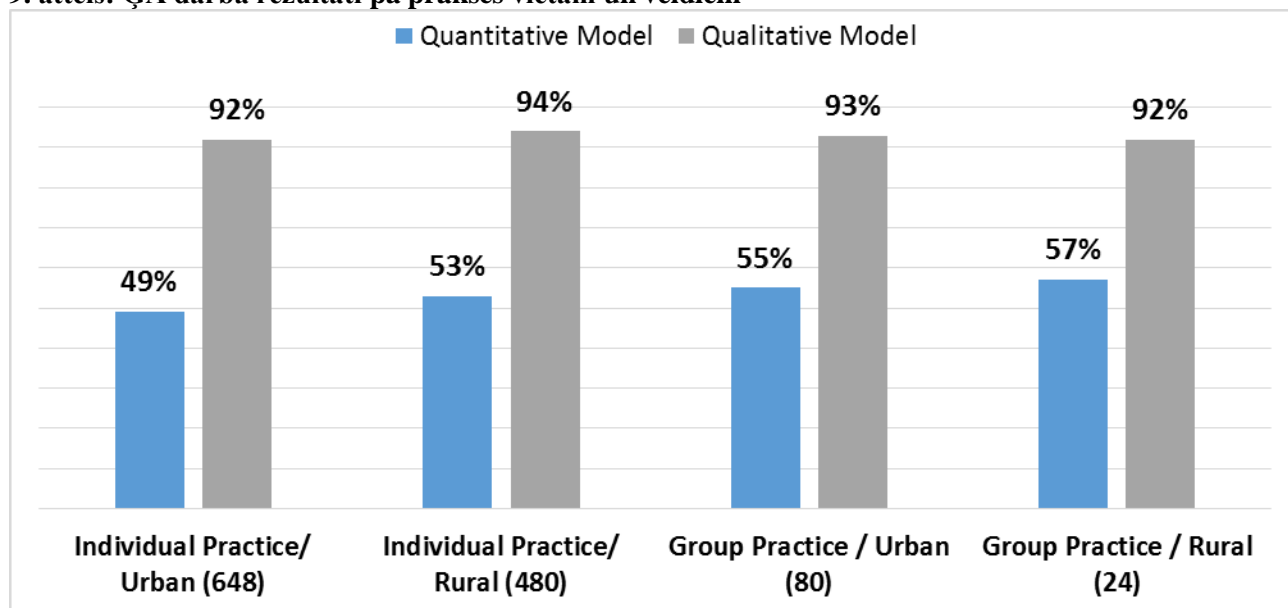
AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas un Nacionālā veselības dienesta datus.

* 62 ĢĀ praksēm, kas darbojas ar vairāk nekā 9 citām specialitātēm, vidējā efektivitāte = 0,57 un 0,91, attiecīgi, kvantitatīvajam un kvalitatīvajam modelim.

* Tikai 3 ĢĀ prakšu strādā bez medicīnas māsas.

44. 9. attēlā parādīts ĢĀ efektivitātes rādītāju sadalījums atkarībā no ģeogrāfiskās atrašanās vietas un nodarbinātības veida. Kā apspriests iepriekš, pastāv nepārprotama tendence, ka visneefektīvākie ĢĀ atrodas pilsētu teritorijās un praktizē individuāli.

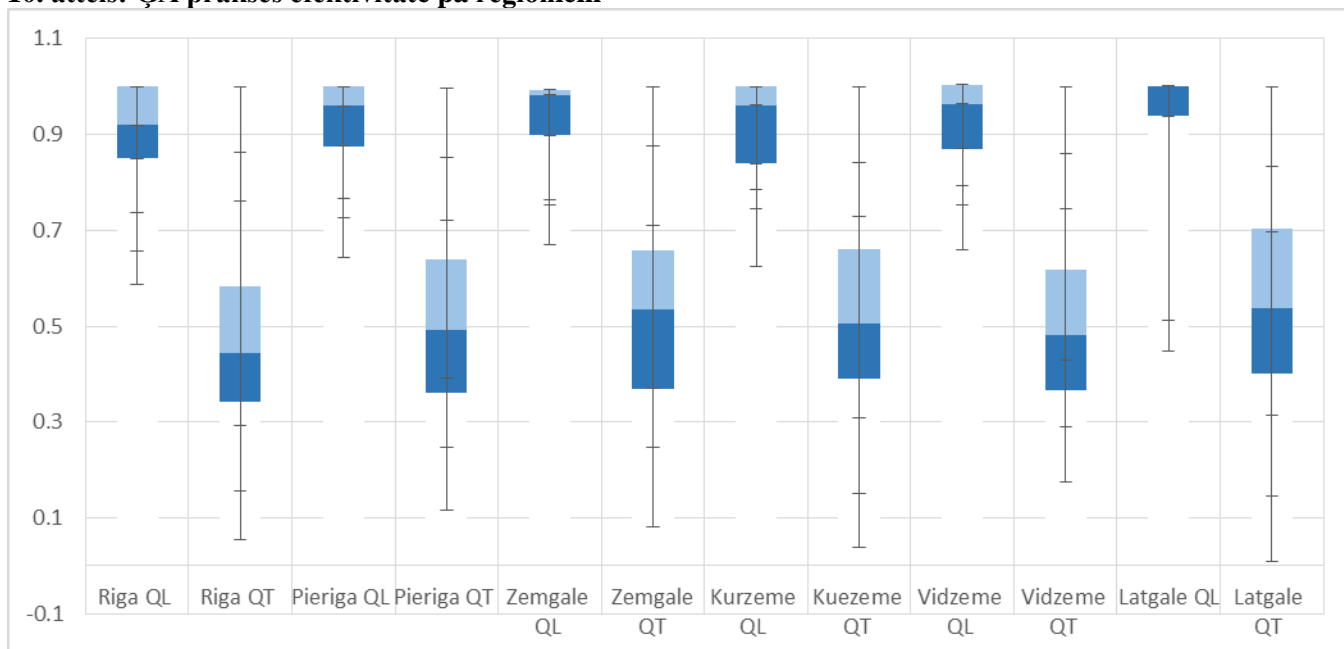
9. attēls: ĢĀ darba rezultāti pa prakses vietām un veidiem



AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas un Nacionālā veselības dienesta datus.

45. 10. attēlā parādīts ĢĀ prakses darba rezultātu rādītājs pa reģioniem. Vismazākais vidējais aritmētiskais rādītājs KT un KL modeļiem tika konstatēts Rīgā un Vidzemē. Tikai 37 ĢĀ bija efektīvi abos modeļos. Efektīvajā grupā 20 atrodas lauku apvidū un 30 ir pašnodarbinātie. Vismazākais efektivitātes rādītājs (0,01 KT modelī un 0,45 KL modelī) tika konstatēts Latgalē (Daugavpils).

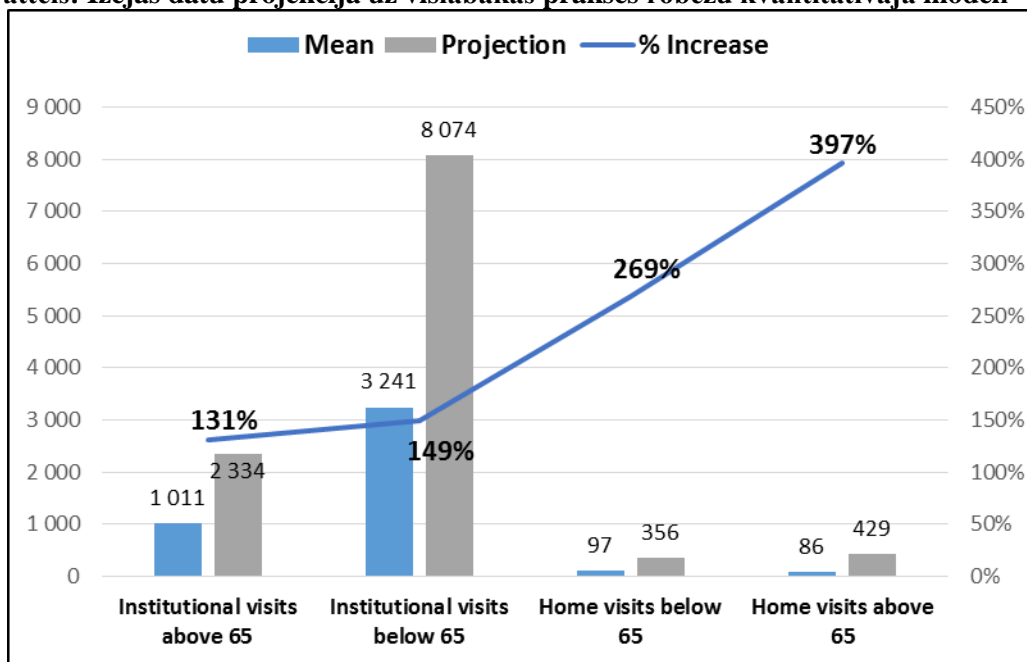
10. attēls: ĢĀ prakses efektivitāte pa reģioniem



AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas datus.

46. DEA ļauj novērtēt nepieciešamās izmaiņas izejas datus, kas padarītu visas ĢĀ prakses efektīvas. Tas tiek darīts, aprēķinot, cik daudz konkrētajiem izejas datiem būtu jāpalielinās, lai sasniegtu maksimālo izejas datu līmeni, kas iespējams, ņemot vērā patērētos ievades datus. 11. un 12. attēlā redzams, ka šie vajadzīgie izejas datu palielinājumi liek visām ĢĀ praksēm sasniegt vislabākās prakses robežu. Piemēram, vidējais kopējais ambulatoro apmeklējumu skaits pacientiem līdz 65 gadu vecumam 2014. gadā bija 3241. Saskaņā ar KT modeli, ja visi ĢĀS būtu efektīvi, kopējais ambulatoro apmeklējumu skaits tā vietā būtu 8074. Pastāv iespējas palielināt ambulatoro apmeklējumu un apmeklējumu mājās skaitu iedzīvotāju skaitiem, kuri ir jaunāki par 65 gadiem, attiecīgi, par 149 % un 269 %. Tāpat iedzīvotājiem, kuri ir vecāki par 65 gadiem, ambulatoro apmeklējumu un apmeklējumu mājās skaits jāpalielina, attiecīgi, par 131 % un 397 % visiem ĢĀ, lai sasniegtu KT modeļa efektivitātes robežu.

11. attēls: Izejas datu projekcija uz vislabākās prakses robežu kvantitatīvajā modelī

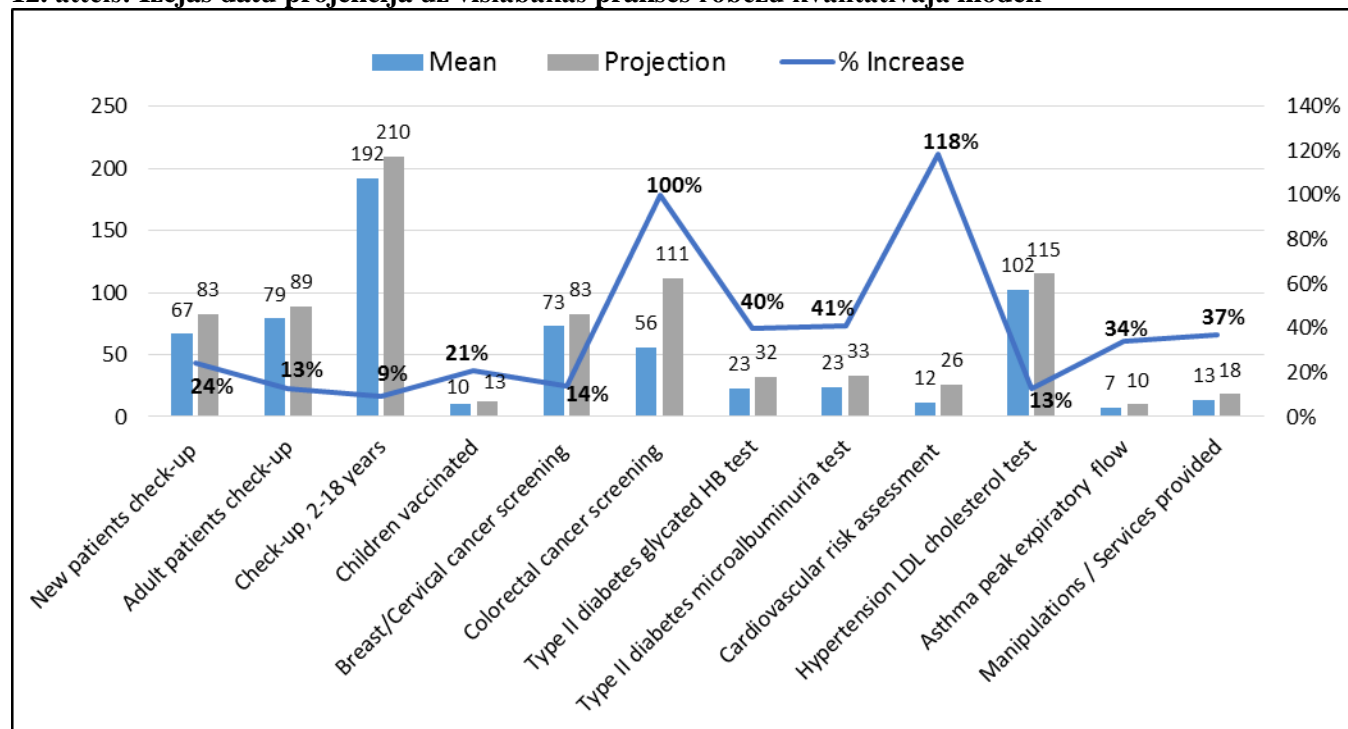


AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas un Nacionālā veselības dienesta datus.

47. KL modelī vajadzīgās izejas datu izmaiņas, lai sasniegtu efektīvas robežas, ir daudz mazākas. Vislielākais vajadzīgais pieaugums bija vērojams kardiovaskulāro risku novērtējumam pacientiem ar hipertoniju (118 %) un kolorektālā vēža skrīningošanai (100 % pieaugums), kas abi ir saistīti ar veselības stāvokļiem, kuri ir svarīgi faktori, kas veicina slimību slogu valstī. Turklāt arī pirmā aktivitāte tiek stimulēta fiksēto kapitācijas maksājumu ietvaros. Kopumā izejas datu salīdzinoši zemās nepieciešamās palielināšanas prognozes norāda uz viendabīgumu starp ĢĀ, ievērojot P4P shēmuⁱ.

ⁱ Atsevišķu izejas datu vajadzību palielināšanas projekcija, pamatojoties gan uz DEA QT, gan QL modeli, katrai ĢĀ praksei, lai sasniegtu efektivitātes robežas, ir pieejama pēc pieprasījuma.

12. attēls: Izejas datu projekcija uz vislabākās prakses robežu kvalitatīvajā modelī



AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas un Nacionālā veselības dienesta datus

48. NVD izmanto katra veiktspējas rādītāja īpatsvarus, lai aprēķinātu ĢĀ prakses veiktspējas parametru, ko izmanto P4P maksājumam. Ar šiem īpatsvaram vidējais veiktspējas rādītājs 2014. gadā bija 31,7 %. Korelācijas koeficients starp NVD veiktspējas rādītājiem un DEA KL rādītājiem bija 0,51. Lai gan tas nav zems, varētu cerēt, ka tas būs daudz augstāks, jo ĢĀ praksēm bija augsti veiktspējas rādītāji. To varētu izskaidrot ar to, ka šīs vērtības, ko piemēro ar NVD formulām, neuztver ĢĀ prakses pasākumus, vai arī tās piešķir lielāku nozīmi darbībām (rādītājiem), kuras ĢĀ prakses nenosaka kā prioritāti. 93 % vidējais efektivitātes rādītājs KL modelī norāda, ka ĢĀ prakses ievērojušas vismaz zināmu P4P shēmas kvalitātes rādītāju grupu. Ja tikai dažas ĢĀ prakses būtu ievērojušas šo shēmu, tad atšķirības rādītājos starp ĢĀ praksēm būtu daudz lielākas.

49. Svarīgi ir arī pārbaudīt, vai pastāv saistība starp kopējo atalgojumu un produktivitāti. 10. tabulā parādīti vidējie fiksētie un P4P maksājumi DEA efektivitātes rezultātu sadalījumā¹. Kā aprakstīts iepriekš, P4P atlīdzība pārstāv vidēji 1,25 % no ĢĀ prakses ieņēmumiem (novērotais maksimums ir 3,52 %). Kā jau bija gaidāms, pastāv pozitīvs gradients starp P4P maksājumu un novēroto produktivitātes līmeni abos modeļos. KT modelī visneefektīvākās ĢĀ prakses saņem 67 % no vidējās ĢĀ prakses P4P maksājuma (541,58). No otras puses, visefektīvākās ĢĀ prakses saņem 99 % no vidējā P4P maksājuma. Apsverot KL modeli, šis gradients ir daudz spēcīgāks, kad visneefektīvākā grupa saņem 22 % no vidējā P4P maksājuma un visefektīvākā ĢĀ prakses grupa saņem 120 % no vidējā P4P maksājuma. Fiksētiem maksājumiem nav laba atbilstība efektivitātes rādītājiem no abiem modeļiem, un

¹ Pielikumā Nr. 4 aprakstītas P4P maksājumu formulas.

šajos datos ir faktiski negatīvs gradients – tas ir, palielinoties efektivitātes rādītājiem, samazinās ĢĀ prakses saņemto fiksēto maksājumu summa.

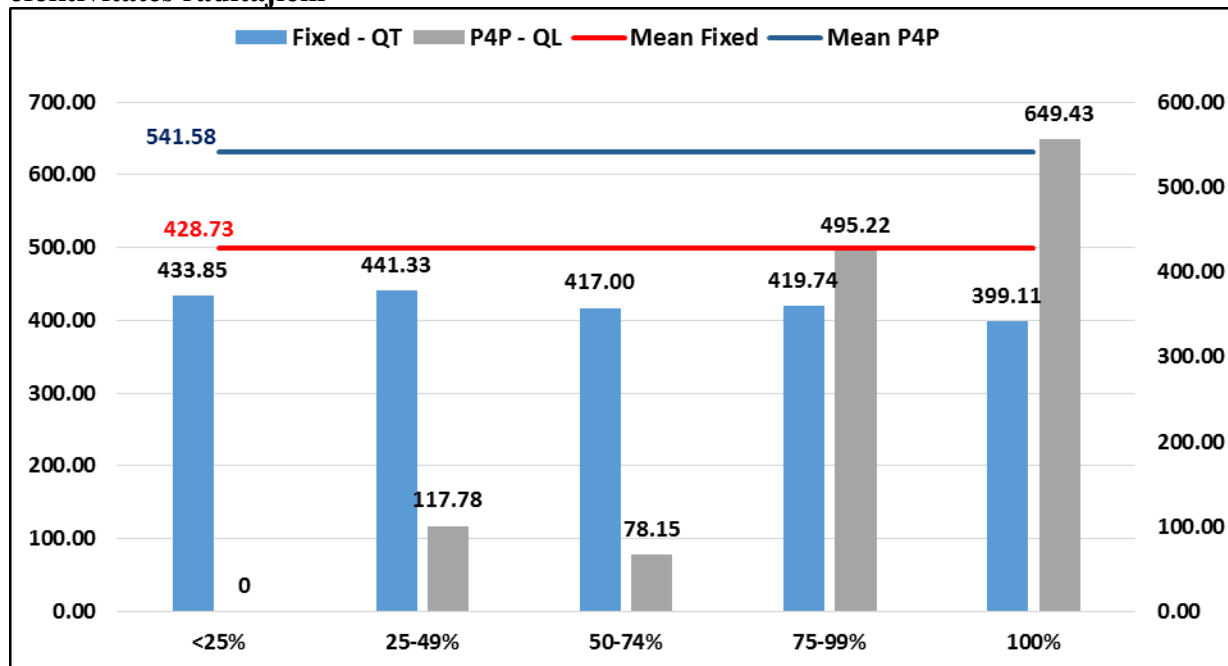
10. tabula: Vidējie fiksētie un P4P maksājumi pēc efektivitātes rādītāja

Fiksēts/100	% Vidējais	P4P	% vidējais	Fiksētais/100	% vidējais	P4P	% vidējais
433.85	101 %	361.43	67 %	-	-	-	-
441.33	103 %	559.67	103 %	512.41	120 %	117.78	22 %
417.00	97 %	555.56	103 %	395.19	92 %	78.15	14 %
419.74	98 %	556.38	103 %	442.71	103 %	495.22	91 %
399.11	93 %	535.45	99 %	414.40	97 %	649.43	120 %
428.73	-	541.58	-	428.73	-	541.58	-

AVOTS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas un Nacionālā veselības dienesta datus.

50. 13. attēlā parādīta katra samaksas veida vidējā vērtība efektivitātes rādītāju sadalījuma griezumā, ierobežojot maksājumu līdz P4P daļai KL modeļa ietvaros un līdz fiksētajai daļai KT modeļa ietvaros. No attēla redzams, ka palielinoties efektivitātes rādītājiem, fiksētie maksājumi (KT modelis) samazinās un P4P maksājumi (KL modelis) palielinās.

13. attēls: Maksājumu sadalījums starp ĢĀ praksēm, sarindots pa kategorijām pēc efektivitātes rādītājiem



TS: Autoru aprēķini, izmantojot Veselības inspekcijas un Nacionālā veselības dienesta datus.

Piezīme: Maksājumu vērtības ir dalītas ar 100.

AVO

5 Politiski ieteikumi

51. Pamatojoties uz iepriekšējās sadaļas analīzē identificētajām problēmām, turpmāk tabulā ir apkopota informācija par izaicinājumiem, ar ko saskaras Latvija saistībā ar cilvēkresursiem veselības aprūpē un uzskaitīti iespējamie risinājumi. Pēdējā ailē ir norādītas dažas veicinošas darbības, ko var būt nepieciešams piemērot, lai īstenotu kaut kādus ieguvumus no piedāvātajiem risinājumiem.

11. tabula: Veselības darbinieku problēmas, politiski ieteikumi un īstenošanas ceļi

- | | |
|--|---|
| - Palielināt vidējā un zemākā līmeņa speciālistu (piemēram, ārsta palīgu un medicīnas māsu palīgu) piedāvājumu, lai atbalstītu pacientu/veselības stāvokļu pārvaldīšanu; | - Paplašināt apmācības iespējas vidējā līmeņa speciālistiem, tai skaitā kvalitātes kontroles mehānismus (licencēšanai un sertifikācijai) un attīstīt šo speciālistu kategoriju karjeras virzību; |
| - Palielināt ārstu piedāvājumu galvenajās specialitātēs (pediatri, kardiologi, onkologi) un praktizējošu medicīnas māsu piedāvājumu; | - Paplašināt apmācības iespējas ārstiem speciālistiem, mainīt maksāšanas režīmu, lai nodrošinātu stabilākas darba iespējas; |
| - Virzīties uz daudznozaru PVA grupu ieviešanu. | - Ieviest maksājumu mehānismus, lai stimulētu alternatīvu speciālistu absorbciju PVA grupās (uzdevumu mainīšana un deleģēšana). |
| - Uzlabot atalgojumu ārstiem-speciālistiem (jo īpaši attiecībā uz jaunienācējiem darba tirgū); | - P4P shēma šķiet daudzsološa stratēģija kvalitatīvu prakšu veicināšanai ĢĀ vidū. Pat ja atsevišķas sasniegumu procentuālās attiecības ir bijušas zemas, tad kombinētais indikators (KL DEA modelis) uzrādīja augstu ĢĀ efektivitāti; |
| - Reformēt ĢĀ atalgojuma struktūru (pašlaik P4P aptver nelielu daļu no ĢĀ ieņēmumiem); | |
| - Regulēt veselības aprūpes speciālistu | - Palielināt P4P maksājumu proporciju, lai stimulētu ĢĀ |

duālās/multiprakses.

veiktspēju;

- Pārskatīt atalgojuma struktūru, lai izvairītos no to pašu kritēriju iekļaušanas fiksēto un P4P maksājumu grozā (piemēram, maksājumi par kolorektālā vēža skrīningošanu);

- Reformēt nodrošinātāju samaksas sistēmu, lai uzlabotu aprūpes koordinēšanu un aprūpes vadību PVA līmenī;

Ieviest monetārās un nemonētārās stimulēšanas sistēmu;

- Uzlabot dzīves un darba apstākļus lauku un attālos reģionos;

- Ieviest studentu un jauno speciālistu mērķtiecīgas uzņemšanas sistēmu.

- Nodrošināt profesionālās karjeras un izglītības iespējas lauku un attālo reģionu praktiķiem (piemēram, pēcdiploma apmācības, atkārtota sertifikācija ar punktiem par katru prakses gadu lauku apvidos);

- Pārskatīt uzņemšanas procesu veselības aprūpes speciālistu izglītībai, lai ļautu mērķtiecīgi uzņemt studentus no lauku rajoniem

- Uzlabot profesionālā atbalsta sistēmas personām, kas praktizē lauku un attālos apgabalos (piemēram, telemedicīna, ICT izmantošana).

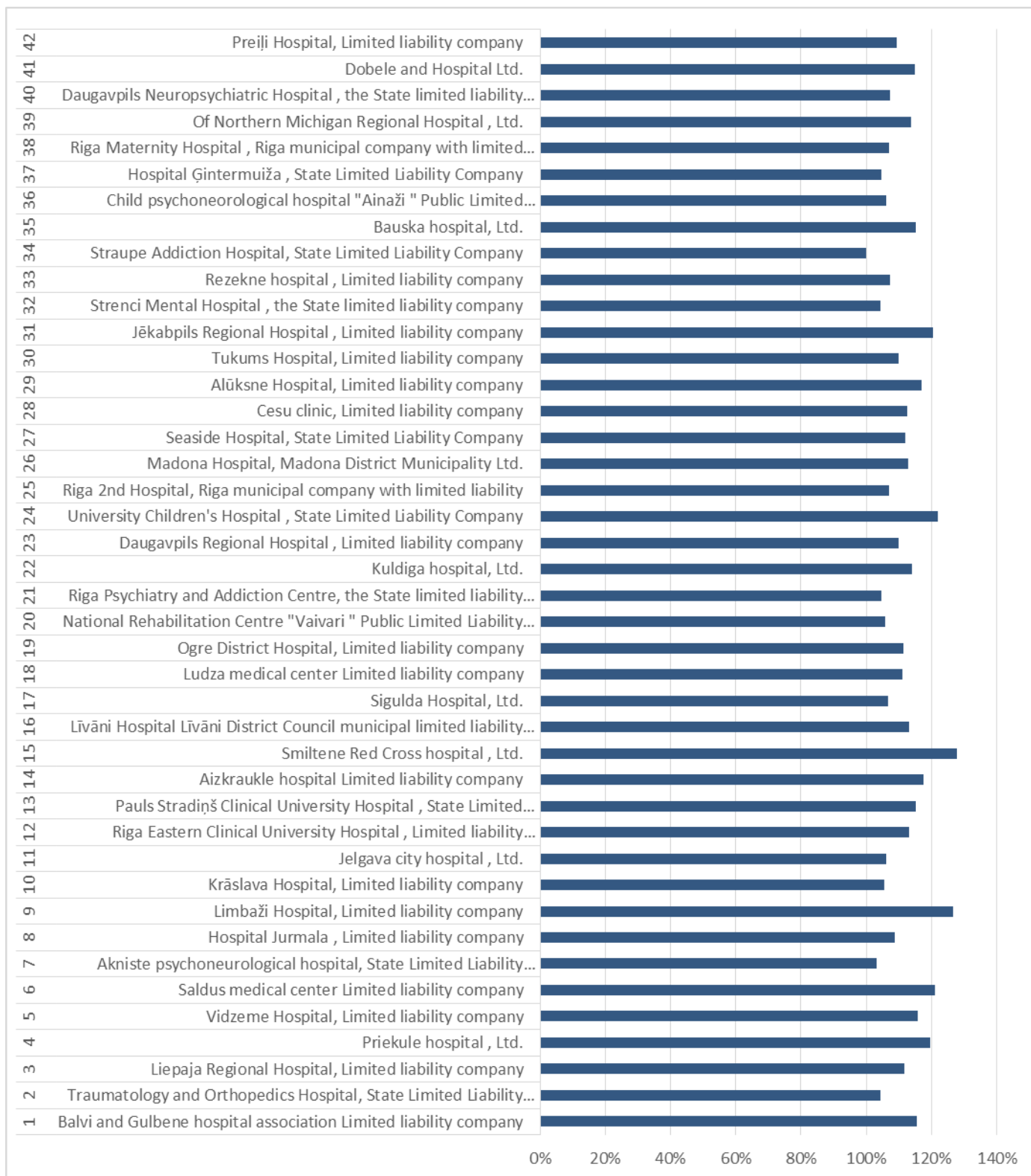
Bibliogrāfiskās atsauces

- 1 Mitenbergs et al. (2012). Latvia: Health Systems Review. *Health Systems in Transition*, 14(8): 1-191.
2. World Bank mission notes, February 2015.
3. Dovlo D (2003). Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa: a desk review. *Hum Resources for Health*, Vol.2: 7.
4. Groenewegen et al. (2015). Primary care practice composition in 34 countries) *Health Policy*.
5. Lehmann U (2013). *Strengthening Human Resources for Health for Primary Health Care*. University of Western Cape, South Africa.
6. Lassi et al. (2013). Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91: 824–3.
- 7 Rao et al. (2013). Which doctor for primary health care? Quality of care and non-physician clinicians in India. *Social Science & Medicine*, Vol. 84: 30-4.
8. Laurant et al. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 18(2).
9. Keleher et al. (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *International Journal of Nursing Practice*.
10. Tijdens et al. (2013). Health workforce remuneration: comparing wage levels, ranking, and dispersion of 16 occupational groups in 20 countries. *Human Resources for Health* 2013, 11:11
11. Madelon et al. (2013). International developments in revenues and incomes of general practitioners from 2000 to 2010. *BMC Health Services Research*, Vol. 13: 436.
12. Houle et al. (2012). Does Performance-Based Remuneration for Individual Health Care Practitioners Affect Patient Care? *Annals of Internal Medicine*, Vol. 157(12): 889-899.
13. Foley et al. (2014). *A Review of the Evidence on the Impact, Effectiveness and Value For Money of Performance-Related Pay in the Public Sector Work Foundation*, England.
14. Commonwealth Fund (2009). *The path to a high performance US health system: a 2020 vision and the Policies to pave the way*. New York: Commission on a High Performance Health System.
15. Freund et al. (2015). Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: Who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *International Journal of Nursing Studies* 52 (2015) 727–743.
16. Paris et al. (2010). *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 20 OECD Countries*. OECD Health Working Papers, No.50, OECD Publishing.
17. McPake et al. (2015). *Wage setting in hospital and primary care: a case studies of five countries*. World Bank manuscript.
18. Araújo E, Maeda A. (2013). *How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries*. Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington, DC.

19. Dussault and Franceschini (2010). Not Enough There, Too Many Here: Understanding Geographical Imbalances in the Distribution of the Health Workforce. *Human Resources for Health*, Vol. 4(12): 1-19.
20. Lehmann et al. (2008). Staffing Remote Rural Areas in Middle- and Low-Income Countries: A Literature Review of Attraction and Retention. *BMC Health Services Research*, Vol. 8: 19.
21. WHO (2010). *Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas through Improved Retention: Global Recommendations*. Geneva.
22. Socha and Bech (2011). Physician Dual Practice: A Review of Literature. *Health Policy*, Vol. 102(1): 1-7.
23. Jan et al. (2005). Dual Job Holding by Public Sector Health Professionals in Highly Resource-constrained Settings: Problem or Solution? *Bull World Health Organization*, Vol. 83(10): 771-776.
24. Garcia-Prado and Gonzalez (2011). Whom do Physicians Work For? An Analysis of Dual Practice in the Health Sector. *J Health Polit Policy Law* 36(2): 265-294.
25. Buchan J (2015). The structure, organization and payment of primary care/family physician/ general practitioner services: Background paper for the Latvia study of the World Bank.
26. Staat M (2011). Estimating the efficiency of general practitioners controlling for case mix and outlier effects. *Empirical Economics*, Vol. 40: 321–342.
27. Hollingsworth B. (2008). The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*.17: 1107–1128.
28. Hussey et al. (2009). A Systematic Review of Health Care Efficiency Measures. *Health Service Research*, Vol. 44(3): 784–805.
29. OzcanYA (2014). *Health Care Benchmarking and Performance Evaluation: An Assessment using Data Envelopment Analysis (DEA)*. Stanford: Springer.
30. Damiani et al. (2013). A systematic review on the effectiveness of group versus single-handed practice. *Health Policy* 113 (2013) 180– 187.
31. Cooper et al. (2007). *Data Envelopment Analysis: a Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software*.2nd edition

PIELIKUMI

Pielikums Nr. 1: Darbinieku amata vietu skaita attiecība pret veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju skaitu Latvijā 2014. gadā



Pielikums Nr. 2: Intervences pasākumi duālās prakses vadīšanai – pierādījumi, loģiskais pamats un problēmas

Pilnīgs aizliegums	Ķīna, Grieķija (1983.-2002. gads), Portugāle (pirms 1993. gads) dažas Indijas pavalstis	Izvaiņšanās no duālās prakses negatīvajām sekām	<ul style="list-style-type: none"> • Sarežģīti īstenojama • Neoficiālo maksājumu palielināšana veselības aprūpes darbiniekiem valsts slimnīcās • Kvalificētu/vecāko ārstu aizplūšana uz privāto sektoru vai citām valstīm • Papildu izdevumi par kontroles pasākumiem • Ārstēšanas gaidīšanas laika palielināšana
Atļaujas ierobežojumi	Kenija, dažas Indijas pavalstis, Indonēzija, Zambija, Zimbabve,		<ul style="list-style-type: none"> • Sarežģīti kontrolēt • Politikas pārkāpums
Ārstu peļņas ierobežojumi	Francija, Apvienotā Karaliste	Ārstu paredzētās peļņas maksimāla pieauguma samazināšana	<ul style="list-style-type: none"> • Praktisks vienīgi valstīs, kurās ir efektīva privātā sektora darbības kontroles sistēma • Ārsti var atstāt valsts praksi, ja ir ļoti augsts ienākumu līmenis privātajā sektorā
Ekskluzīvi līgumi un prēmijas publiskajā sektorā	Spānija, Portugāle, Itālija, Taizeme, dažas Indijas pavalstis	Ārstu atrunāšana no privātās prakses	<ul style="list-style-type: none"> • Darbojas tikai tad, kad duālajai praksei ir finansiāls mērķis un ja palielinājums kompensē ienākumu zaudējumu no nepraktizēšanas privātajā sektorā • Valdības valstīs ar zemu ienākumu līmeni nevar piedāvāt darba algas, kas kompensētu privātā sektora peļņas zaudējumus • Piedāvājot šādus līgumus tikai ārstiem, tiek aizvainoti citi veselības aprūpes darbinieki
Palielinātas publiskā sektora darba algas	Pētījumi Norvēģijā un Bangladešā		
Valsts slimnīcās atļauta privātā prakse	Francija, Vācija, Īrija, Austrija Eksperimenti Spānijā, Portugālē, Etiopijā Bahreina, Nepāla, Gana	Privātās veselības aprūpes nodrošināšanas efektīva regulēšana un kontrole Sinerģija starp publisko un privāto sektoru Publiskā sektora ieņēmumu papildināšana Kvalificētu ārstu aizplūšanas uz privāto sektoru novēršana	<ul style="list-style-type: none"> • Jāpastāv piemērotiem darbības plāniem, lai izvairītos no valsts resursu ļaunprātīgas izmantošanas un jānosaka pieļaujamie privātās prakses intervences pasākumu veidi • Iespējams ārstu interešu konflikts • Cenu un iespējamo ārstēšanas iespēju atšķirības vienā un tai pašā slimnīcā var uzskatīt par sociālu diskrimināciju
Privātā sektora piedāvāto pakalpojumu veidu ierobežojumi	Kanāda	Atrunāt cilvēkus no privātā sektora izmantošanas pakalpojumiem, kas pieejami valsts slimnīcās	<ul style="list-style-type: none"> • Darbojas tikai valstīs ar universālu veselības aprūpes nodrošinājumu un efektīvām finansiālās kontroles sistēmām
Pašregulēšana	Apvienotā Karaliste	Nodrošināt augstu aprūpes kvalitāti un apkarot duālās prakses nelabvēlīgās sekas	<ul style="list-style-type: none"> • Nedarbojas jaunattīstības valstīs, kurās ir zems darba algas, zems morāles līmenis un ir vājas kontroles sistēmas vai to nav, un nav tikpat pilnvarotas profesionālās organizācijas un pilsoniskā sabiedrība

AVOTS: Araujo et al. (2013). Managing Dual Job Holding among Health Workers: A Guidance Note. World Bank.

Pielikums Nr. 3: Stratēģijas darbinieku pieņemšanai un saglabāšanai lauku apvidos un pierādījumi, kas pamato ieviešanu

- Studentu atlases politika pēc: izcelsmes no lauku reģioniem, karjeras nolūkiem, dzimuma
- Pēcprofesionālās apvienības
- Attīstīt vairāk medicīnas/māsu skolas lauku apvidos vai dibināt mācību iestāžu satelīttērijas lauku apvidos
- Tuvināšanās lauku apstākļiem apmācības laikā
- Stipendijas ar līgumiem par darbu lauku apvidos
- Ietekme un atbalsts lauku apvidos
- Finansiāla kompensācija (apvienojumā ar citiem stimuliem)
- Atlase, pamatojoties uz etnisko izcelsmi
- Piespiedu politika – jauno absolventu darbs vietējā sabiedrībā, kā priekšnoteikums specializācijai
- Pastāvīgas profesionālas pilnveidošanas nodrošināšana
- Atpūtas laiks (aizvietošana brīvdienās un svētku dienās)
- Darbā pieņemšana ārvalstīs

Avots: 18. bibliogrāfiskā atsauce.

Pielikums Nr. 4: ĢĀ prakses P4P samaksas formulas

Kopējās veiktspējas kvalitātes parametri (%) ir kombinēts indikators, kas tiek aprēķināts, izmantojot trīspadsmit ĢĀ kvalitātes indikatorus un piemērojot vērtības katram no šiem indikatoriem, atbilstoši norādēm 7. tabulā.

ĢĀ veiktspējas indikatori un izpildes kritēriji

1. Jaunu pacientu procentuālā attiecība, kuriem veikta kārtējā veselības pārbaude trīs mēnešu laikā no reģistrācijas	75-90	> =	75	>= 0	9	5
2. Pieaugušo pacientu procentuālā attiecība, kuriem veikta medicīniskā apskate, gadā	65-75	> =	65	>= 5	7	9
3. Bērnu procentuālā attiecība, kuri ir vakcināti saskaņā ar vakcinācijas kalendāru	92-98	> =	92	>= 8	9	10
4. Pacientu procentuālā attiecība, kuriem veikta medicīniskā apskate, gadā, vecumā no 2 līdz 18 gadiem	75-95	> =	75	>= 5	9	9
5. Pacientu procentuālā attiecība, kuriem veikta krūts vēža skrīningošana un dzemdes kakla vēža skrīningošana medicīniskā apskate	36-50	> =	36	>= 0	5	11
6. Pacientu procentuālā attiecība, kuriem veikta kolorektālā vēža skrīningošana medicīniskā apskate, vecumā no 50 līdz 74 gadiem	8-25.	> =	8	>= 5	2	11
7. Pacientu procentuālā attiecība, kuriem ir II tipa diabēts un kuriem veikta glikohemoglobīna mērījumu testēšana	75-90	> =	75	>= 0	9	8
8. Pacientu procentuālā attiecība, kuriem ir II tipa diabēts un kuriem reģistrēta mikro-albuminūrijas testēšana	50-75	> =	50	>= 5	7	6
9. Sirds un asinsvadu slimību riska novērtējums	60-90	> =	60	>= 0	9	7
10. Pacientu procentuālā attiecība, kuriem ir arteriālā hipertoniā un kuriem veikta zema blīvuma holesterīna testēšana	70-90	> =	70	>= 0	9	8
11. Pacientu procentuālā attiecība, kuriem ir astma un kuriem veikts vismaz viens izelpas maksimālā līmeņa mērījums	75-90	> =	75	>= 0	9	4
12. SEMS apmeklējumu skaits pacientiem ar noteiktu diagnozi, ja pacients nav hospitalizēts	110-100	< =	11 0	<= 00	1	4
13. ĢĀ nodrošina dažāda diapazona manipulācijas un pakalpojumus	25-50	> =	25	>= 0	5	8