

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 īstenotais projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” nodevums Nr.16 -  
**Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā**

**Pasaules bankas atmaksājami analītiskie pakalpojumi**  
**Atbalsts veselības aprūpes sistēmas stratēģijas izstrādei prioritārajās slimību jomās Latvijā**

**Veselības aprūpes nozares reformu iespējas Latvijā**

**2016. gada novembris**



## 1. Ievads

Latvijas pašreizējai demogrāfiskajai struktūrai, kuras raksturīgākās iezīmes ir sabiedrības novecošana un pieaugošs slimību slogs, ir ievērojama ietekme uz veselības aprūpes nodrošināšanu un finansējumu un pieprasījumu pēc dārgākiem veselības aprūpes pakalpojumiem nākotnē. Šie problēmjautājumi, kā arī pieaugošais makroekonomiskais un fiskālais spiediens 2014. gadā mudināja Latvijas valdību lūgt Pasaules Bankas tehnisko palīdzību, lai atbalstītu nepārtrauktos centienus paaugstināt veselības aprūpes sistēmas vispārējo efektivitāti. Atmaksājamo analītisko pakalpojumu (AAP) pamatmērķis bija palīdzēt Latvijas Nacionālajam veselības dienestam (NVD) izstrādāt visaptverošas sabiedrības veselības pamatnostādnes prioritāro slimību jomu sakārtošanai un veselības aprūpes sistēmas pamatproblēmu novēršanai.

AAP programmas ietvaros četras slimību jomas – sirds un asinsvadu slimības, vēzis, mātes un perinatālā veselība un garīgā veselība – tika izmantotas, lai noteiktu veselības aprūpes sistēmas vājās vietas, kas varētu kavēt savlaicīgu piekļuvi pakalpojumiem vai ietekmēt aprūpes kvalitāti. Šajā procesā iegūtās zināšanas tika izmantotas, lai identificētu jomas, kurās ir jāuzlabo pakalpojumu sniegšanas efektivitāte. Tas bija sevišķi svarīgi tādēļ, ka Latvijas veselības aprūpes budžeta pieaugums īsā līdz vidējā termiņā bija maz ticams un tādējādi veselības aprūpes nozares sniegums bija jāuzlabo, paaugstinot efektivitāti. Šīs programmas ietvaros sagatavotie pārskati un ziņojumi sniedz priekšstatu par tādiem Latvijas pašreizējās veselības aprūpes sistēmas aspektiem, kā pakalpojumu sniegšana, kvalitāte, standarti, piekļuve un vienlīdzība.

Šī dokumenta mērķis ir apkopot svarīgākos konstatējumus un pamatnostādņu ieteikumus, kas ir izstrādāti tehniskās analīzes projektos šīs AAP programmas gaitā. Tas papildina detalizētos pārskatus, kuros ir iekļauti pierādījumi, kas pamato reformu nepieciešamību. Izstrādājot Latvijas veselības aprūpes sistēmas modeļus, ir jāpievērš pienācīga uzmanība arī citās valstīs izmantotajām stratēģijām.

### *1.1. Pasaules Bankas 2015.-2016. g. AAP produkti*

2015.-2016. gadā Pasaules Banka izstrādāja vairākus tehniskos un analītiskos produktus Latvijas Veselības aprūpes nozares AAP programmas ietvaros. Turpmāk ir sniegts īss katra produkta, uz kuru ir balstīts šis pamatnostādņu dokuments, apraksts.

- *Sākuma ziņojums* - sniedz Latvijas veselības aprūpes sistēmas sākotnējo analīzi un ieskicē AAP programmas ietvaros veicamo uzdevumu konceptuālo struktūru.
- *Kvalitatīvs pētījums par veselības sistēmas vājajām vietām Latvijā* - iepazīstina ar kvalitatīvā pētījuma rezultātiem, atspoguļojot vājās vietas šādās jomās: savlaicīga piekļuve aprūpei, pakalpojumu sniegšanas kvalitāte un pakalpojumu saskaņošana starp veselības aprūpes sniedzējiem.

- *Pārskats par pakalpojumu grozu un pakalpojumu sniegšanas modeli* - iztirzā pašreizējo pakalpojumu grozu un pakalpojumu sniegšanas modeli Latvijā un novērtē, cik lielā mērā tie atbilst vispārējās veselības apdrošināšanas mērķiem un veicina nepietiekamo aprūpes resursu efektīvu izmantošanu.
- *Pārskats par kapitālieguldījumu plānošanu* - novērtē ar kapitālieguldījumiem saistīto lēmumu pieņemšanas procesu primārajā aprūpē un slimnīcās Latvijā. Šajā pamatdokumentā tiek izmantoti Latvijas situācijai atbilstoši piemēri no OECD valstīm kapitālieguldījumu plānošanas paraugprakses izvērtēšanai.
- *Pārskats par veselības aprūpes cilvēkresursiem* - identificē un aprēķina kritiskos rādītājus Latvijas veselības aprūpes darba tirgū, kas varētu sekmēt četru dominējošo slimību sloga palielināšanos un ietekmēt veselības aprūpes sistēmas operativitāti un rezultativitāti.
- *Slimnīcu noslodze un aprūpes kvalitāte Latvijā* - empīriski analizē saistību starp slimnīcu un stacionārajā aprūpē nodarbināto ārstu noslodzi un aprūpes kvalitātes efektivitāti Latvijā.
- *Pārskats par pakalpojumu sniedzēju maksājumiem* - sniedz vērtējumu par veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju maksājumu mehānismiem Latvijā un salīdzina tos ar starptautisko praksi.
- *Veselības veicināšanas pārskats* - sniedz pārskatu par Latvijas veselības veicināšanas programmu četrās slimību sloga pamatkategorijās, salīdzinot to ar starptautisko paraugpraksi.
- *Latvijas ārstniecības iestāžu ģenerālplāns 2016. - 2025. gadam* - iztirzā, kā izstrādāt labi organizētu, ilgtspējīgu veselības aprūpes tīklu, kura mērķis ir nodrošināt augstas kvalitātes pakalpojumus.

### 1.2. Svarīgāko konstatējumu kopsavilkums

Latvijā līdz šim īstenoti vairāki reformu priekšnoteikumi: unikāls personas identifikators, valsts zāļu saraksts, atsevišķi standartizēti kvalitātes rādītāji, priekšdarbi elektroniskas veselības sistēmas ieviešanai un izstrādes procesā esoši tiesību akti un reglamentējoši noteikumi. Tomēr salīdzinājumā ar etalona valstīm Latvijas rādītāji pārsvarā atpaliek no veselības pamatrādītājiem, sevišķi garīgās veselības, mātes veselības, onkoloģijas un kardioloģijas jomās. Šādus rezultātus sekmē virkne faktoru, tai skaitā zems pacientu apjoms, veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte, ierobežotas klīniskās vadlīnijas un protokoli un ierobežoti politiskie mehānismi vēlamu izmaiņu īstenošanai. Šo faktoru kopums pamudināja Latvijas valdību sākt visaptverošu veselības aprūpes reformu īstenošanu. Vienlaikus pašreizējās datu un informācijas sistēmas nav pietiekami attīstījušās, kavējot pārskatatbildību, rezultātu aprēķināšanu un uz pierādījumiem balstītu lēmumu pieņemšanu klīniskajā praksē un politiskā līmenī.

Neskatoties uz agrīnajiem konsolidācijas posmiem, Latvijas veselības aprūpes sistēmā joprojām pastāv infrastruktūras, aprīkojuma, gultasvietu noslodzes un personāla kapacitātes pārpalikums, kas rada slogu veselības aprūpes sistēmai. Paredzams, ka kapacitātes optimizēšana nodrošinās sistēmai ietaupījumus, paaugstinās kvalitāti un uzlabos pacientu piekļuvi pakalpojumiem un apmierinātības līmeni. Lai apmierinātu iedzīvotāju pieprasījumu, būs jāievieš daudz izmaiņu pastāvošajā sistēmā, sevišķi infrastruktūras un cilvēkresursu jomās.

Latvijas līdzšinējais finansējuma mehānisms nav sekmējis valsts pamatnostādņu mērķu sasniegšanu. Pēc būtības finansējums nav saistīts ar konkrētu klīnisko pakalpojumu sniegšanas klīniskajiem iznākumiem, rādītājiem vai izmaksām. Modelis neatspoguļo atšķirību starp neakūtiem un akūtiem, sarežģītiem ārstēšanas gadījumiem. Turklāt slimnīcās, kur tiek piemērotas pacientu kvotas, tas negatīvi ietekmē piekļuves laiku atkarībā no tā, cik lielā mērā kvota ir izsmelta, tādēļ ārpus kvotas palikušajiem pacientiem ir jāizmanto privātā veselības aprūpe, kas rada nevienlīdzību. Primārajā aprūpē pašreizējā kapitācijas modelī tiek ņemts vērā tikai vecums. Tas, savukārt, neatspoguļo atšķirīgos pacientu sarežģītības līmeņus, kuru pamatā ir daudzveidīgi faktori, kas tieši ietekmē pieprasījumu un izmaksas.

Latvijā nepastāv vienota pieeja aprūpei un ārstēšanai atbilstoši saskaņotam klīnisko vadlīniju kopumam. Tādējādi nav skaidras “paraugprakses” definīcijas, un praksē pastāv atšķirīgas interpretācijas. Piemēram, tiek uzskatīts, ka ķeizargrieziena operāciju īpatsvara rādītājam nevajadzētu pārsniegt 15 procentus no visām dzemdībām. 2008. gadā Latvijā 23,3 procenti jaundzimušo piedzima ar ķeizargrieziena palīdzību salīdzinājumā ar 20,5 procentiem Lietuvā un Baltkrievijā, 20 procentiem Igaunijā un 18 procentiem Krievijā. Aprēķināts, ka šīs “nevajadzīgās” procedūras izmaksāja Latvijai 11 miljonus ASV dolāru.

Saskaņā ar iegūtajiem datiem zema apjoma ārstniecības personas, kas strādāja zema vai augsta apjoma ārstniecības iestādēs, uzrādīja sliktus rezultātus, savukārt, klīniskie rezultāti bija augstāki augsta apjoma ārstniecības personām, kuras strādāja augsta apjoma ārstniecības iestādēs. No efektivitātes skatu punkta zemāka riska pacienti tika ārstēti augsta apjoma iestādēs, kas paredzētas augsta riska pacientiem. No klīniskās drošības skatu punkta augsta riska pacienti tika ārstēti zema apjoma ārstniecības iestādēs, bieži – ar ierobežotu vai nepiemērotu aprīkojumu. To nepārprotami ietekmēja dažāda veida ārstniecības iestādēs pieejamā ārstniecības personāla skaits un prasmju kopums, nevis pacientu pieprasījums vai klīniskās sarežģītības profili. Tādējādi klīniskajā praksē pastāv gan veselības aprūpes personāla pārprodukcija, gan trūkums.

Latvijas Veselības aprūpes ģenerālplāns tika izstrādāts, lai sniegtu saskaņotu, visaptverošu stratēģiju daudzu AAP pārskatos konstatēto pamatproblēmu risināšanai. Stratēģiski iepirkumi ir praktiski īstenojams mehānisms, ar kura palīdzību iespējams iesaistīties uz daudziem nevēlamiem faktoriem. Uz kvotām balstītā finansējuma modeļa aizstāšana ar līgumattiecību modeli, kas atspoguļo konkrētu pakalpojumu sniegšanas faktiskās izmaksas, piemēram, DRG

koeficienti, sniegtu ievērojamus uzlabojumus. Pozitīvo iedarbību pastiprina saskaņotas klīniskās vadlīnijas un protokoli, minimālais pacientu apjoms un konkrēti rezultativitātes mērķi, radot efektīvu mehānismu, lai VM varētu ierosināt un īstenot izmaiņas atbilstoši valsts pamatnostādņēm. Mazāko slimnīcu lomas un aptvēruma izmaiņu sekas var ietekmēt, iegādājoties konkrētus pakalpojumus no noteiktām ārstniecības iestādēm atbilstoši pacientu riska pakāpei un izvirzot prasības izveidot transportēšanas maršrutus sarežģītiem terciārajiem pacientiem. Tas varētu ietvert ambulatoro ārstēšanu garīgās veselības aprūpes nodrošināšanai un mājas aprūpi cilvēkiem, kam nepieciešams zema līmeņa monitorings un novērtēšana sirds un asinsvadu slimību vai paliatīvās aprūpes jomā. Ģenerālplānā ierosinātās izmaiņas ir balstītas uz vietējiem datiem un informāciju un ir sniegti citviet pasaulē izmantotu stratēģiju piemēri, lai radītu iespējamo risinājumu kopumu, ko valdība varētu īstenot, lai sasniegtu valsts veselības aprūpes mērķus.

## 2. Ierosinātās reformas

Balstoties uz konstatējumiem, kas tika iegūti Pasaules Bankas tehniskās palīdzības programmas gaitā veiktajā analītiskajā izpētē, tika ierosinātas četras reformu pamatjomas.

### *2.1. Pakāpeniski ieguldījumi infrastruktūrā, aprīkojumā un cilvēkresursos*

Pētot, kādi ieguldījumi nepieciešami infrastruktūrā, aprīkojumā un cilvēkresursos, tika veikts veselības vajadzību novērtējums (VVN), lai apzinātu pašreizējās un turpmākās sabiedrības veselības aprūpes vajadzības un resursus, kas nepieciešami, lai īstenotu valsts pamatnostādņu mērķus. Izmantojot starptautiskos etalona rādītājus kvalitātes, drošuma, piekļuves un vienlīdzības izvērtēšanai, tika izstrādāts ilgtspējīgs, uz pacientu vērsts modelis, kas samazinātu slimību slogu, sākotnēji – prioritārajās kategorijās: onkoloģija, mātes un perinatālā veselība, sirds un asinsvadu slimības un garīgā veselība. Tas nodrošināja empīrisku struktūru, kas ļāva noteikt sabiedrības vajadzībām vispiemērotāko veselības aprūpes pakalpojumu skaitu, veidu un izvietojumu, un tika papildināts ar ārstniecības iestāžu novērtējumu (ĀIN).

ĀIN sniedza detalizētu pārskatu par pašreizējām ārstniecības iestādēm un svarīgus pierādījumus par infrastruktūras un aprīkojuma vajadzībām, lai varētu nodrošināt augsta apjoma terciāros pakalpojumus, pieejamus sekundāros pakalpojumus un pilnas funkcionalitātes primāro aprūpi. Optimālas konfigurācijas nodrošināšanai būs jāuzlabo atsevišķu iestāžu darbība un jāpielāgo citu iestāžu loma un aptvērums, lai visi iedzīvotāji varētu saņemt viskvalitatīvāko aprūpi.

Tādēļ Latvijas veselības aprūpes sistēmas reformas jāīsteno atbilstoši stratēģiskam ģenerālplānam, kurā sīki raksturoti atšķirīgie ieguldījumu un īstenošanas posmi. Tas nodrošinātu optimālu resursu sadalījumu, kā arī spēju pielāgoties mainīgajiem apstākļiem valstī. Ierosinātās infrastruktūras, aprīkojuma un cilvēkresursu kartējuma izmaiņas ir vērienīgas pārmaiņas Latvijas

veselības aprūpes sistēmai. Tās sniegs pozitīvu ieguldījumu, centralizējot noteiktus pakalpojumus, lai uzlabotu kvalitāti un efektivitāti, un decentralizējot citus pakalpojumus, lai uzlabotu vienlīdzību un piekļuvi aprūpei atbilstoši vietējo iedzīvotāju veselības aprūpes vajadzībām.

Maz ticams, ka atsevišķi ieguldījumu priekšlikumi, piemēram, ieguldījumi pašreizējās terciārajās slimnīcās un pašreizējo reģionālo slimnīcu nostiprināšana, radīs domstarpības veselības aprūpes nozares ieinteresēto pušu plašākās auditorijas vidū. Ņemot vērā pacientu apjomu šajās slimnīcās un vajadzību aplēses, ierosinātais ieguldījumu līmenis šīm slimnīcām, visticamāk, ir noteikts precīzi. Savukārt, priekšlikumi attiecībā uz mazākām vietējām slimnīcām varētu būt sarežģītāk īstenojami. Parasti neviena slimnīca vai tās pilsētas pašvaldība nevēlas samazināt sniegto pakalpojumu apjomu. Ņemot vērā zemo pacientu apjomu un aprīkojuma komplektāciju, ir grūtāk veikt precīzus aprēķinus par šādu slimnīcu vajadzībām un nepieciešamo ieguldījumu līmeni. Tādējādi, lai panāktu vienlīdzīgu sadalījumu, centralizējot specializētos pakalpojumus un decentralizējot pamata pakalpojumus pārskatāmā, uz datiem balstītā veidā, NVD varētu izmantot vairāk stratēģiskā iepirkuma elementu, noslēdzot līgumus ar slimnīcām.

No otras puses, atsevišķi pakalpojumi, piemēram, psihiatriskā aprūpe un ilgtermiņa aprūpe pašlaik nav pietiekami labi integrēti vispārējā Latvijas veselības aprūpes sistēmā. Šādu pakalpojumu pārdale starp dažādām ārstniecības iestādēm un ministrijām (Labklājības ministrija uzņemtos atbildību par noteiktiem pacientiem) prasīs laiku ne tikai no institucionālā, bet arī sabiedriskā skatu punkta. Varētu būt nepieciešams apspriesties ar pacientiem un viņu ģimenēm, lai noteiktu iespējamo pakalpojumu sadalījumu. To varētu lielā mērā veicināt, izstrādājot ambulatoros psihiatrijas pakalpojumus ar regulāru aprūpi un primārās aprūpes pieejamību.

Ņemot vērā iepriekš minēto, lai uzlabotu savlaicīgu piekļuvi kvalitatīviem veselības aprūpes pakalpojumiem, ieguldījumi būtu jāveic trīs posmos:

1. tūlītēji ieguldījumi terciārajās un reģionālajās slimnīcās, tostarp traumatoloģijas un dzemdniecības pakalpojumos;
2. stratēģisko iepirkumu īstenošana vietējās slimnīcās, lai noskaidrotu turpmākās ieguldījumu vajadzības šajās ārstniecības iestādēs un jebkurus piedāvāto programmu un pakalpojumu ierobežojumus;
3. turpmāka izpēte, lai noskaidrotu psihiatrijas pakalpojumu ideālo izvietojumu un nepieciešamos ieguldījumus primārās, ambulatoro speciālistu un akūtās aprūpes līmeņos atbilstoši šādu pacientu ārstniecības vajadzībām: (i) psihiatriskajās ārstniecības iestādēs ievietotie pacienti, (ii) pacienti, kuri ir hospitalizēti psihiatriskās diagnozes noteikšanai un (iii) pacienti, kuri cieš no garīgās veselības traucējumiem, kas šobrīd tiek ļoti reti diagnosticēti (piemēram, pacienti, kuriem diagnosticēts vēzis, diabēts vai hipertensija).

Papildus šīm rekomendācijām, ieteicams uzlabot piecas ar cilvēkresursiem saistītas jomas, vienlaikus nodrošinot atbilstību ES darba tiesībām par personāla izvietojumu:

1. daudzpusīgu stratēģiju izstrāde, lai piesaistītu un noturētu personālu lauku rajonos, ietverot profesionālās izaugsmes iespējas, pievilcīgus dzīves un darba apstākļus, augstāku atalgojumu un lauku apvidos dzīvojošo studentu, kuri nākotnē varētu atgriezties, piesaistīšana;
2. personāla skaita palielināšana mērķa specialitātēs un ģeogrāfiskajos punktos, nodrošinot izglītības un apmācības iespējas;
3. vairākprofilu komandu izveide primārajā aprūpē;
4. augstāku aprūpes kvalitātes standartu veicināšana, ieviešot principu “samaksa par rezultātiem” visos aprūpes līmeņos;
5. dubultās vai daudzkārtējās nodarbinātības prakses regulēšana atbilstoši ES tiesību aktiem un darba drošības noteikumiem.

Lai divus iepriekš minētos rekomendāciju blokus varētu veiksmīgi īstenot, svarīgi izstrādāt sociālās tirgzinības plānu, nodrošinot, ka galvenās ieinteresētās puses tiek informētas par daudzajām izmaiņām, kas saistītas ar reformām, un būtu iesaistītas to īstenošanā. Budžetā jāparedz līdzekļi šādas profesionālas palīdzības piesaistīšanai.

## *2.2. Ieguldījumi svarīgos kvalitātes nodrošināšanas mehānismos*

Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte Latvijā ir nevienmērīga. Par to liecina tādi piemēri, kā rezultativitātes problēmas primārajā aprūpē, kur 50% no ĢĀ spēj izpildīt tikai 4 vai mazāk no 13 indikatoriem, nepietiekama ziņošana par svarīgiem veselības traucējumiem, tostarp garīgās veselības traucējumiem, klīniskā prakse, kas nerisina atsevišķas nopietnas veselības problēmas, zema pacientu līdzdalība nozīmētajā ārstēšanā, piemēram, hipertensijas un diabēta gadījumā, pārlietu ambicioza sarežģītu pacientu ārstēšana zema riska pacientiem piemērotās ārstniecības iestādēs un starptautiskajiem etalona rādītājiem neatbilstoša klīniskā prakse pāraprūpes vai nepietiekamas aprūpes dēļ. Lielā mērā pašreizējais veselības aprūpes pakalpojumu grozs neveicina paraugpraksi atbilstošu aprūpi un ārstēšanu.

Turklāt Latvijā nav NVD vai VM oficiāli apstiprinātu klīnisko vadlīniju vai protokolu, izņemot netiešas norādes atsevišķos noteikumos uz atsevišķiem pakalpojumiem, kurus finansē NVD, un ar mātes un perinatālo aprūpi saistītajos noteikumos.<sup>1</sup> Vadlīniju un protokolu neesamība rada šķēršļus gan kvalitātes nodrošināšanai, gan efektivitātei.

---

<sup>1</sup> Tomēr ir 27 klīniskās vadlīnijas, kas attiecas uz 4 prioritārajām slimību jomām. Tās nav oficiāli apstiprinātas, ne vienmēr atbilst veselības aprūpes pakalpojumu grozam un ir grūti pielietojamas klīnisko lēmumu pieņemšanas procesā vai apmācībā.

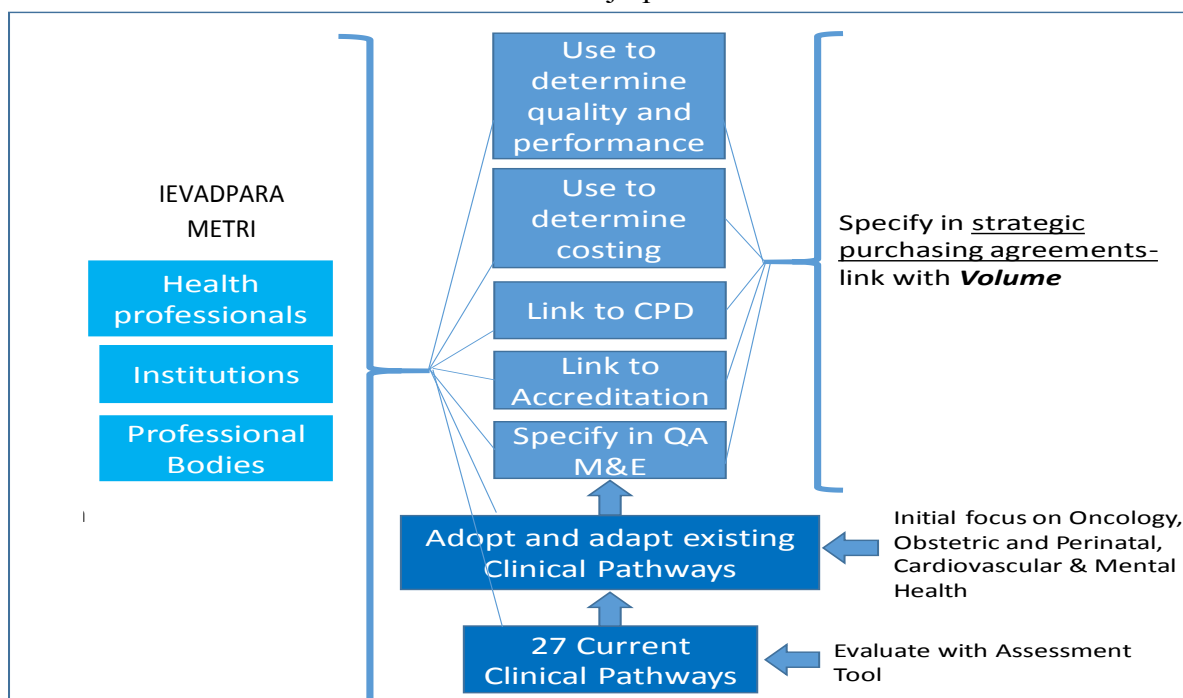


Klīniskās vadlīnijas un protokoli ne tikai nosaka pacientu pārvaldības protokolu struktūru un klīnisko darbību secīgumu, bet arī nodrošina pakalpojumu groza un pakalpojumu sniegšanas modeļa atbilstību ārstniecības vajadzībām. Klīniskās vadlīnijas un protokoli arī ir ārstu un ārstniecības iestāžu uz kvalitāti balstītas apmaksas sistēmas pamatā. Piemēram, Apvienotajā Karalistē Nacionālais Veselības aizsardzības un aprūpes kvalitātes institūts (NICE), kas ir neatkarīga organizācija, palīdz izstrādāt kvalitatīvas aprūpes standartus, sadarbojoties ar Apvienotās Karalistes NVD un plašāku sabiedrību. NICE vienojas ar partnerorganizācijām par vadlīniju izstrādes grupu izveidi, balstoties uz specifiskām zināšanām par vadlīniju tēmu. Šādas grupas veido, piemēram, veselības aprūpes speciālisti (un dažreiz sociālās aprūpes vai izglītības speciālisti), pētnieki un pacienti vai aprūpētāji. Pēc tam šis “zelta standarta” klīniskās vadlīnijas tiek pārveidotas par kvalitātes standartu, kura mērķis ir sekmēt un aprēķināt prioritāros kvalitātes uzlabojumus aprūpes jomā. Citi līdzīgas prakses piemēri no visas pasaules ir: Kanādas Vadlīniju konsultatīvā komiteja, kura konsultējas ar Kanādas Ārstu biedrību un Veselības aprūpes datu centru; Dānijas Klīnisko vadlīniju sekretariāts; Japānas Kvalitatīvas veselības aprūpes padome; Austrālijas Nacionālā veselības aizsardzības un medicīniskās pētniecības padome un Jaunzēlandes Vadlīniju izstrādes grupa.

Ņemot vērā to, ka NVD līgumos ir jāiekļauj vairāk stratēģisko iepirkumu elementu un daži no tiem ir jābalsta uz skaidri formulētiem kvalitātes standartiem, NVD sadarbībā ar VM vajadzētu nekavējoties sākt izstrādāt vadlīnijas un protokolus prioritārajās jomās: sirds un asinsvadu slimības, onkoloģiskās slimības, depresija un atkarību izraisošu vielu lietošana un mātes un perinatālā veselība. To varētu īstenot, pielāgojot Latvijas kontekstam esošās vadlīnijas, piemēram, NICE izstrādātās vadlīnijas, ko izmanto Apvienotās Karalistes Nacionālais veselības dienests uz kvalitāti balstītu maksājumu veikšanai. Vēl viens vērā ņemams piemērs nāk no Vācijas, kur klīnisko vadlīniju izstrādes atbilstošākā metode ir balstīta uz labāko, pieejamo pierādījumu visaptverošu un sistemātisku izskatīšanu un rekomendācijām. Turklāt svarīgi atzīmēt, ka Vācijas gadījumā vienošanās tiek panākta, iesaistot ieinteresētās puses vadlīniju izstrādes darba grupā un izmantojot oficiālas viedokļu saskaņošanas metodes. Tiek uzskatīts, ka šāda veida “uz pierādījumiem balstītām un saskaņotām vadlīnijām” piemīt augstākais zinātniskās un politiskās leģitimitātes līmenis visā valsts teritorijā, un to ir iespējams pielāgot izmantošanai Latvijas kontekstā.

Balstoties uz iepriekš minēto, Latvijas valdībai vajadzētu apsvērt klīnisko vadlīniju un protokolu izstrādi, pamatojoties uz skaidriem kritērijiem un standartizētām metodēm vadlīniju atlases, pierādījumu izmantošanas, rekomendāciju izstrādes un esošo vadlīniju atjaunināšanas procesā (skat. 1. diagrammu). Pašreizējo 27 klīnisko vadlīniju novērtēšanai tā varētu izmantot tādu instrumentu, kā “Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)” vai tml. Turklāt tā varētu palielināt vadlīniju un protokolu skaitu, pārņemot un pielāgojot esošās salīdzināmās vadlīniju sistēmas un sākotnēji liekot uzsvāru uz četrām prioritārajām slimību jomām, lai varētu veikt izmaksu, izcenojumu un institucionālo salīdzinājumu.

1. attēls: Klīnisko vadlīniju/protokolu izstrāde



*NPA: nepārtraukta profesionālā attīstība; M&I: monitorings un izvērtēšana; KN: kvalitātes nodrošināšana*

Turklāt būtu svarīgi izveidot Veselības tehnoloģiju novērtēšanas (VTN) centru, lai veiktu visaptverošu, sistemātisku veselības tehnoloģiju (tostarp zāļu, medicīnisko ierīču, vakcīnu, procedūru un sistēmu) izmantošanas izvērtēšanu. Šie novērtējumi ir svarīgi uz pierādījumiem balstītu standartu un pamatnostādņu, kā arī klīnisko vadlīniju un protokolu izstrādē. Līdz šāda centra izveidei NVD varētu uzticēt tā pārraudzīto VTN darbību izpildi ārpakalpojumu sniedzējam. Tas piesaistītu šai jomai ļoti vajadzīgās specializētās zināšanas un prasmes un palīdzētu izvairīties no nepieciešamības uzturēt vērtētāju grupu.

Skat. 1. pielikumu “Ieguldījumi svarīgos kvalitātes nodrošināšanas mehānismos”, kur sniegti politikas pasākumu piemēri, kas īstenoti citās valstīs, ieviešot ar kvalitāti saistītas veselības aprūpes reformas. Tie ir sagrupēti pēc kritērijiem “struktūra un pieeja” un “standarti un izpilde”.

### 2.3. Veselības aprūpes finansējuma reformas

Maksājumu modelim ir tieša ietekme uz to, kā tiek sniegti veselības aprūpes pakalpojumi. Latvijā par veselības aprūpes pakalpojumiem atbildīgajām amatpersonām ir maz iespēju, līdzekļu vai motivācijas nodrošināt efektīvu veselības aprūpes sistēmu. Tas izpaužas virknē negatīvu iznākumu, piemēram, atsevišķos reģionos trūkst veselības aprūpes speciālistu ar specifiskām prasmēm un ir grūti noturēt personālu ārpus lielākajiem pilsētu centriem. Slimnīcas vairs nespēj sniegt drošus un kvalitatīvus pakalpojumus, un tas rada piekļuves problēmas.

Izņemot ĢĀ ar rezultātiem saistītos maksājumus, ārstiem vai slimnīcām ir maz vai nav kvalitātes vai efektivitātes paaugstināšanas stimulu. Apvienojumā ar Veselības inspekcijas piemērotajām vajājām sankcijām sliktas kvalitātes gadījumā sistēmai ir ierobežotas iespējas sekmēt kvalitāti.

Veselības aprūpes pakalpojumu grozam trūkst elastīguma, lai veicinātu optimālu pakalpojumu sniegšanu. Kvotas regulāri ierobežo piekļuvi pakalpojumiem līdz kvotas papildināšanas brīdim, radot piekļuves nevienlīdzību, kas netiek pielāgota klīniskajām vajadzībām. Par laimi neatliekamās medicīniskās palīdzības procedūras tiek sniegtas pēc citas shēmas, tomēr tas var veicināt neatbilstošu izmantošanu. Pakalpojumu grozā arī trūkst dažu svarīgu pakalpojumu, piemēram, psihoterapija depresijas pacientiem, un atsevišķas terapijas netiek atbilstoši kompensētas, tai skaitā svarīgas zāles hroniskiem pacientiem, piemēram, statīni vai antidepresanti, kas tiek kompensēti tikai 50% apmērā, ietekmējot piekļuvi un līdzestību.

Pašreizējais pakalpojumu apmaksas mehānisms ir pamata līmenī un nav pielāgots izmaksu atšķirībām, ko nosaka terapijas veids un pacientu atšķirīgās vajadzības. Daļēji tiek izmantotas DRG grupas, taču ierobežotā veidā, neizmantojot izmaksu koeficientus, tādēļ netiek atspoguļotas pilnās izmaksas. Pētījums par Latvijai raksturīgajiem izmaksu koeficientiem palīdzētu aprēķināt sistēmas pamata izmaksas, motivējot efektīvākās slimnīcas un sekmējot rezultativitāti.

Tādējādi Latvijas pašreizējās apmaksas sistēmas nenodrošina nepieciešamos datus un informāciju, lai varētu atbilstoši pārvaldīt kvalitāti, vienlīdzību, pakalpojumu konfigurāciju, pārskatatbildību, sniegumu un plānošanu. Slimnīcas joprojām saņem maksājumus kombinētā veidā ar “iezīmētu pakalpojumu programmu” un diagnozēm piesaistīto grupu (DRG) sistēmas starpniecību.<sup>2</sup> Tā rezultātā slimnīcas, kas veic tikai vienkāršas procedūras, saņem tādu pašu samaksu kā slimnīcas, kas veic vissarežģītākās procedūras. Turklāt piešķirtā summa neatspoguļo neakūtu un akūtu stacionāro pacientu aprūpes epizodes, kas izpaužas kā nevienlīdzīgs finansējums, piekļuves problēmas un ierobežots datu apjoms pakalpojumu plānošanai.

Ņemot vērā iepriekš norādīto, ir jāveic virkne svarīgu veselības aprūpes finansējuma reformu. Šo reformu pamatuzdevums ir veselības aprūpes finansējuma efektivitātes paaugstināšana, ieviešot jaunus pakalpojumu sniedzēju maksājumu mehānismus un paaugstinot konkurenci starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Lai to sasniegtu, ir jāsāk izmantot stratēģiskie iepirkumi. Pāreja no pasīviem iepirkumiem jeb sekošanas iepriekš noteiktam budžetam uz stratēģiskiem iepirkumiem nozīmē nepārtraukti meklēt labāko veidu, kā maksimāli uzlabot veselības aprūpes sistēmas sniegumu valsts pamatnostādņu un veselības aprūpes finansējuma reformu ietvaros.

---

<sup>2</sup> DRG ir hospitalizēto pacientu klasifikācijas sistēma, atbilstoši kurai hospitalizētu akūto pacientu aprūpes epizodes tiek iedalītas līdzīgu slimību un līdzīga slimnīcas resursu izlietojuma grupās.

Daudzas valstis ir īstenojušas reformas iepirkumu kārtības institucionalizēšanai. Parasti tas tiek īstenots, izveidojot valsts vai neatkarīgu aģentūru, kuras darbība ir vērsta uz iepirkumiem, nevis pakalpojumu sniegšanu. Stratēģisko iepirkumu veicējs noskaidro, kurus pakalpojumus tam ir jāiegādājas sabiedrībai, kurai tas kalpo. Tas varētu izpausties kā detalizēts pakalpojumu saraksts vai tiesības uz visaptverošu veselības aprūpes pakalpojumu klāstu ar dažiem ierobežojumiem. Valdība varētu uzņemties vadošo lomu lēmumu pieņemšanā par tiesībām uz noteiktiem pakalpojumiem, taču stratēģisko iepirkumu veicējam ir aktīvi jāiesaistās sabiedrības veselības aprūpes vajadzību noskaidrošanā un iedzīvotāju preferenču un vērtību apzināšanā. Stratēģisko iepirkumu veicējiem arī jāizlemj, no kuriem pakalpojumu sniedzējiem iegādāties pakalpojumus. Tas var aprobežoties ar sabiedriskā sektora pakalpojumu sniedzējiem vai var ietvert arī privātos pakalpojumu sniedzējus un bieži – akreditācijas procesu. Iepirkumu veicējiem ir jāpieņem pārskatāmi lēmumi par pakalpojumu sniedzēju akreditāciju, ņemot vērā tādas kritērijus, kā pakalpojumu sniedzēju atrašanās vieta attiecībā pret iespējamajiem pacientiem, spēja nodrošināt atbilstošu pakalpojumu klāstu un aprūpes kvalitāte. Pakalpojumu sniedzēju maksājumu mehānismi, piemēram, uz rezultātiem balstītas sistēmas, varētu būt viens no stratēģisko iepirkumu instrumentiem, kas tiek īstenots vērienīgāka veselības aprūpes finansējuma reformu plāna ietvaros. Precizējot iepirkumu veicēju un pakalpojumu sniedzēju lomas un attiecības, maksājumu mehānismi var radīt pareizos stimulus, kas motivēs pakalpojumu sniedzējus rīkoties atbilstoši veselības aprūpes sistēmas mērķiem.

Pārejas procesā uz stratēģiskajiem iepirkumiem ir svarīgi, lai NVD, noslēdzot līgumus ar pakalpojumu sniedzējiem, vairāk izmantotu DRG bāzētus maksājumu mehānismus, lai apmaksātu slimnīcu pakalpojumus, un piedāvātu ĢĀ kolektīvos līgumus, lai nodrošinātu atbilstošu piekļuvi primārajai aprūpei. Stratēģiskie iepirkumi palīdz sasaistīt veselības apdrošināšanas resursus ar kvalitatīvu pakalpojumu efektīvu nodrošināšanu.

To uzskatāmi parāda tādu valstu, kā Slovēnijas, Ungārijas un Apvienotās Karalistes pieredze.

Slovēnija ir atteikusies no apmaksas sistēmas, kas ir balstīta uz perspektīvo plānošanu, piesaistīta ierobežotam budžetam un paredzēta konkrētam stacionāro pacientu skaitam, un ir ieviesusi DRG bāzētus maksājumus akūtas stacionārās aprūpes finansēšanai. Šis kompensācijas modelis tika izveidots tā, lai Slovēnijas Veselības apdrošināšanas institūts (HIIS) varētu darboties arī kā aktīvs un stratēģisks iepirkumu veicējs. Šī modeļa ieviešanu galvenokārt sekmēja sākotnējās apmaksas sistēmas trūkumi. Tas ietvēra precīzi definētu klasifikāciju pakalpojumiem, kuru cenas pie dažādiem pakalpojumu sniedzējiem atšķīrās vienas medicīniskās specialitātes ietvaros. DRG ieviešana ļāva veikt slimnīcu darbības monitoringu un mērīšanu atbilstoši precīzākai un plašākai pakalpojumu klasifikācijai. DRG modelis arī palīdzēja iegūt pārliecinošāku veselības aprūpes statistiku un īstenot pārskatāmāku finansējuma sistēmu, kas bija balstīta uz plašāku slimnīcu veselības aprūpes pakalpojumu klasifikāciju ar vienotu izcenojumu visās iestādēs. Piecu gadu periodā no 2003. līdz 2008. gadam, cita starpā, izdevās paaugstināt akūto hospitalizācijas

gadījumu rādītāju par 12,6 procentiem, pateicoties augstākai izmaksu efektivitātei, īsākam vidējam hospitalizācijas ilgumam (ALOS) un organizatoriskām izmaiņām. Gaidīšanas saraksts kļūva par 31 procentu īsāks. Turklāt pieauga arī pacientu sarežģītības līmenis un procedūru skaits atbilstoši augstāka riska pacientu īpatsvara pieaugumam. Vienlaikus tika uzlabota aprūpes efektivitāte neakūtajiem pacientiem ar īsāku hospitalizācijas ilgumu.

Līdzīgi, Ungārija pārgāja no budžeta, kas sadalīts pa posteņiem un balstīts uz ievadparametriem, uz DRG maksājumu sistēmu, kas paaugstināja efektivitāti un uzlaboja slimnīcu vadītāju izpratni par tēriņu struktūru, kā arī samazināja resursu pārdales reģionālās atšķirības. No pilotprojekta sākuma 1987. gadā, kad tika noteikti darbības līmeņi un izmaksu dati, līdz projekta īstenošanai visā valstī pagāja seši gadi. Pašlaik Ungārijā ir 780 DRG grupas, no kurām 200 aptver 85 procentus no visiem gadījumiem. DRG grupas aptver visus regulāros izdevumus, tostarp visu darbinieku algas. Kapitālizdevumus turpina segt īpašnieks, tostarp pašvaldības un valdība.

1997. gadā Ungārija izlīdzināja DRG grupas, lai vidēji augstas izmaksas tiktu segtas pēc vienotas likmes. Tā rezultātā efektīvākās slimnīcās radās pārpalikums, bet tas arī radīja vairākus nevēlamus stimulus, kad dārgi ārpusnormas pacienti tika nosūtīti uz citām slimnīcām (izmaksu pārnese), un tika hospitalizēti atsevišķi pacienti, kuriem būtu pieticis ar lētāku ambulatoro aprūpi ("krējuma nosmelšana"). Citi negatīvi pakalpojumu sniedzēju rīcības piemēri ir iekļaušana augstāka riska pakāpes grupā bez klīniska pamatojuma (angl. – DRG "creep"), atkārtotu hospitalizācijas gadījumu uzskatīšana par jauniem, atsevišķiem hospitalizācijas gadījumiem un ambulatoru pacientu iekļaušana stacionāro pacientu grupā ("gadījumi uz papīra"). Visām kodēšanas sistēmām ir raksturīgs tas, ka pasākumi veselības aprūpes izdevumu samazināšanai vai iegrožošanai darbojas ierobežotā periodā. Taču pēc sākotnējā izmaksu krituma kopējie izdevumi bieži atgriežas iepriekšējā līmenī. Tādēļ valdībām ir jāuzrauga un jāizvērtē darbība atbilstoši bāzes līnijām un jāregulē atbilstība, lai sasniegtu maksājumu sistēmas politisko mērķi.

Runājot par riska pārvaldību, Ungārijas valdība ierobežo valsts vispārējos izdevumus un ir izveidojusi kopēju kasi gadījumiem, ja pacientu apjoms nedaudz palielināsies. Ja ar to nepietiek, tiek pārrēķināta valsts bāzes tarifs, kas ir sevi pierādījis kā efektīvs vispārējais izmaksu kontroles mehānisms. Turklāt tika pielāgoti izmaksu koeficienti, lai precīzāk atspoguļotu izmaksas un jaunu veselības aprūpes tehnoloģiju ietekmi, kā arī samazinātu krāpšanas gadījumus un īstenotu pamatnostādņu prioritātes. Lai novērstu standartiem neatbilstošu aprūpes kvalitāti, nepārtraukti tiek uzraudzīti un izvērtēti rezultāti un tie tiek paziņoti pakalpojumu sniedzējiem, regulējot aprūpes procesus un ierobežojot negatīvas sekas. Citi izaicinājumi bija nepietiekami dati ārstniecības iestādēs, ietekmīgu interešu grupu centieni panākt augstākus diagnožu grupu koeficientus, nepieciešamība koriģēt DRG grupas, lai atspoguļotu kapitālizdevumus un nolietojumu, kā arī apmācības uzdevumus slimnīcās. Tika arī konstatēta nepieciešamība ieviest institucionālas un juridiskas izmaiņas, lai sekmētu slimnīcu autonomiju un palīdzētu vadītājiem

rīkoties atbilstoši finanšu stimulu izmaiņām. Ungārijas pieredze liecina, ka DRG un citām maksājumu sistēmām ir nepārtraukti jāattīstās, lai saglabātu virzību uz nospraustajiem mērķiem.<sup>3</sup>

Apvienotajā Karalistē ĢĀ darba slodze strauji palielinājās, jo viņiem bija jāārstē hroniskas slimības sekundārās aprūpes līmenī un jābūt pieejamiem 24 stundas diennaktī, septiņas dienas nedēļā. ĢĀ atalgojuma sistēma nekompensēja virsstundu darbu, kura mērķis bija uzlabot pakalpojumu sniegšanas operativitāti un pieejamību pacientiem, vismaz daļēji samazinot slimnīcu pārmērīgo noslodzi. Pieaugošās bažas par ĢĀ zemo statusu un atalgojumu izraisīja nomāktu morālo noskaņojumu un apgrūtināja personāla nokomplektēšanu un saglabāšanu. Tika ieviesta uz samaksu par rezultātiem balstīta līgumslēgšanas programma, lai labotu esošās kapitāciju maksājumu sistēmas trūkumus un atalgoju papildu darbu un augstāku aprūpes kvalitāti.

NVD arī vajadzētu noteikt stimulējošus maksājumus pakalpojumu sniedzējiem nepietiekami apkalpotos reģionos un tiem, kuri sniedz atbalstu iedzīvotāju grupām, kuras reti meklē aprūpi. Tas ir veiksmīgi īstenots ASV, uzlabojot veselības aprūpes pieejamību un kvalitāti nepietiekami apkalpotos reģionos, kur parasti pakalpojumu sniedzēji, kuri nodrošina aprūpi neproporcionāli lielam skaitam nepietiekami apkalpotu pacientu, uzrāda salīdzinoši zemākus kvalitātes rādītājus, ko plaši izmanto pakalpojumu sniedzēju maksājumu programmās. Tā kā ir pieejami daudzveidīgi uz rezultātiem balstītu samaksas mehānismu īstenošanas un pārvaldības veidi, ir vajadzīga dziļāka izpratne par tirgu un esošajām maksājumu sistēmām, lai varētu izvēlēties optimālāko variantu. Piemēram, Kalifornijas štatā tika ieviesta uz rezultātiem balstīta apmaksas sistēma, kuras ietvaros samaksa par rezultātiem tika noteikta atbilstoši standarta pieejai, un pēc šo maksājumu koriģēšanas finansējums tika pārdalīts rezultatīvākiem pakalpojumu sniedzējiem, kuri strādā ar nelabvēlīgā situācijā esošiem pacientiem. Šī pārdales pieeja spēja mazināt finansējuma atšķirības starp dažādām pakalpojumu sniedzēju kategorijām, ģeogrāfiskajiem reģioniem un rases/etniskajām iedzīvotāju grupām nepietiekami apkalpotos reģionos.

Papildu pasākumi stimulējošu maksājumu atbalstam ietver pakalpojumu sniedzēju atalgojuma likmes, kas atspoguļo pakalpojumu sniegšanas faktiskās izmaksas. Lai īstenotu šādas apmaksas sistēmas, NVD vajadzētu rīkot regulārus izmaksu aprēķināšanas apsekojumus un izmantot pārskatāmu metodoloģiju, lai aprēķinātu resursus, kas nepieciešami ārstniecības iestādēm un ārstiem NVD līgumos noteiktā pakalpojumu līmeņa un kvalitātes nodrošināšanai. Kanādā tarifi bieži atspoguļo relatīvās vērtības (lai gan ne vienmēr – uz resursiem balstītās) un vispārējo pārrēķina koeficientu. Vairums provinču motivē pakalpojumu sniegšanu attālos rajonos, paaugstinot atalgojumu izolētos rajonos, kur trūkst darbaspēka. Tas ir saprātīgi gan no ārstu atalgojuma nodrošināšanas, gan potenciāli augstāku prakses izmaksu viedokļa. Kvebekā ģimenes ārsti, kuri praktizē attālos lauku rajonos, saņem 15 procentu piemaksu, un lauku rajonos

---

<sup>3</sup> Tamāša Evetoviča (Tamas Evetovits) prezentācijas adaptācija: Ungārijas pieredze DRG izmantošanā. PVO Eiropas reģionālais birojs un Semmelveisa universitāte. Prezentēts PB seminārā par veselības aprūpes finansējumu un iepirkumiem Ļubļanā, Slovēnijā. 2007. gada 21. maijs.

praktizējoši speciālisti – 20 procentu piemaksu. Savukārt, Austrālijā tika ieviestas attālo rajonu medicīnas māsu (Remote Area Nurse (RAN)) štata vietas ar paplašinātu klīnisko specializāciju, lai kompensētu ārstu trūkumu. Attālo rajonu medicīnas māsām tika piešķirti papildu pabalsti par darbu nomaļos rajonos un nodokļu atvieglojumi.

Turklāt būtu svarīgi izmēģināt dažādus stimulu līmeņus un formātus, lai noskaidrotu izmaksu ziņā lietderīgāko metodi kvalitatīvu un sabiedrības vajadzībām atbilstošu pakalpojumu sniegšanai. Pēc dažādu izmaksu ziņā lietderīgu metožu izpētes jūs varat izlemt izmantot stimulu kombināciju vai gan finanšu, gan nefinanšu metožu kombināciju. Šiem stimuliem būs jāatbilst NVD noteiktajām standarta klīniskajām vadlīnijām un protokoliem un būs jānodrošina pakalpojumu sniegšana visās specialitātēs visām iedzīvotāju grupām.

NVD varētu izskatīt vēl trīs konkrētus ieteikumus:

- pašreizējo formulu vienkāršošana un kapitācijas maksājumu koriģēšana pēc vecuma, dzimuma un ierobežotiem veselības stāvokļa rādītājiem, lai precīzāk atspoguļotu izmaksas ietekmējošos faktorus;
- specializētās aprūpes apmaksu no primārās veselības aprūpes kapitāciju summas, līdzīgi kā Igaunijā un Apvienotajā Karalistē, lai racionālāk izmantotu speciālistu pakalpojumus;
- sistēmas “samaksa par katru klīnisko gadījumu” koriģēšana, ietverot īsāku vidējo hospitalizācijas ilgumu (ALOS) katram pacientam un pievienojot finanšu stimulu par zemāka riska pacientu ārstēšanu klīniski piemērotākos ambulatorajos apstākļos un dienas stacionāros.

Skat. 2. pielikumu “*Veselības aprūpes finansējuma reformas*”, kur sniegti politikas pasākumu piemēri, kas īstenoti citās valstīs, ieviešot līdzīgas veselības aprūpes reformas. Tie ir sagrupēti pēc kritērijiem “iepirkumi”, “citi ienākumu avoti” un “materiāltechniskais nodrošinājums”.

#### *2.4. Integrētas veselības aprūpes pārvaldības un informācijas sistēmas izstrāde*

Pierādījumiem ir svarīga loma veiksmīgu reformu pamatnostādņu īstenošanā. Taču uz pierādījumiem balstīta analīze bieži ir grūti īstenojama valstīs, kur trūkst datu un informācijas un/vai tie ir nekvalitatīvi. Svarīgi veikt *ex-ante* analīzi, lai noskaidrotu veselības aprūpes sistēmā pastāvošās problēmas un salīdzinātu to ar citām valstīm: tas pamatos reformu nepieciešamību, ietekmēs sistēmas uzbūvi un ietvers izmaksu un ieguvumu analīzi, kas ir nepieciešama, lai noskaidrotu reformu īstenojamību. Ar reformu mērķi saistīti sākumstāvokļa pētījumi ļauj novērtēt reformu procesā veikto pasākumu radītās izmaiņas. Tie būtiski sekmē intereses saglabāšanos par reformām un atbalsta un pamato nepārtrauktu īstenošanu. Šajā ziņā Pasaules Bankas AAP pārskati ir ļoti lietderīgi palīgmateriāli.

Latvijā pastāvošās veselības aprūpes informācijas sistēmas kavē efektīvu pārvaldību pamatdarbības un politikas līmeņi. Piemēram, klīniskās prakses monitorings Latvijā ir

nekonsekvents un netiek vākti dati par privāti finansēto aprūpi, kas apgrūtina rezultativitātes stimulu izstrādi, jo nav zināmi sākotnējie dati. Turklāt no slimnīcām netiek centralizēti vākta klīniskā informācija, un specializētās ambulatorās iestādes un primārās aprūpes dienesti iesniedz papīra formātā informāciju, kas jau ir ievadīta datorsistēmā. Tas varētu izskaidrot, kādēļ ĢĀ novērtēja ziņošanas izmaksas kā augstas. Vēl tika konstatēts, ka tiek izmantota unikāla farmaceitiskā datu bāze, ko nav viegli pielīdzināt starptautiskajiem kodiem, lai veiktu salīdzinošo novērtēšanu vai noteiktu pacientu līdzestību. Pastāv arī nepilnības nosūtījumu sistēmā diagnostikas veikšanai un speciālistu apmeklējumiem. Tas apgrūtina rindu garuma novērtēšanu un var nesniegt visaptverošu priekšstatu par pakalpojumu saņemšanu ārpus rindas un privātā sektora iesaisti. Šobrīd tiek izmantota ārstu, slimnīcu un poliklīniku sniegtā informācija par gaidīšanas laiku. Tas nerada pozitīvu stimulu, jo pacientiem ir jāmaksā no savas kabatas, lai saņemtu pakalpojumu ārpus rindas. Interesanti, ka ne vienmēr tiek pareizi norādīts ārstniecības personas vārds, kas apgrūtina līdzbiedru pārbaužu veikšanu. Vēl viens svarīgs faktors, kas ietekmē pašreizējo datu un informācijas vērtību, ir nekonsekventa SSK-10 kodu lietošana. Tika sniegts piemērs par ļaundabīgu audzēju kodiem, kuri pārmaiņus tika lietoti gan aizdomu, gan apstiprinātas diagnozes gadījumā.

Kopumā nenotiek konsekventa datu vākšana par visām aprūpes epizodēm. Tas sarežģī datu analīzi un tādējādi kavē uz pierādījumiem balstītu lēmumu pieņemšanu. Uz pierādījumiem balstītu reformu ir grūti īstenot, ja trūkst pierādījumu vai tie tiek apstrīdēti. Piemēram, izolēti fakti, nepilnīgi dati vai viens plašu rezonansi guvis pētījums var nesamērīgi ietekmēt politikas debates. Veselības aprūpes pārvaldības un informācijas sistēma (VAPIS), e-veselība un informācijas un komunikācijas tehnoloģijas (IKT) ir universāli priekšnoteikumi visu ierosināto reformu veikšanai. Tie ir nepieciešami, lai nodrošinātu pierādījumus, monitoringu, izvērtēšanu un analīzi un izstrādātu, īstenotu un novērtētu ierosinātās izmaiņas Latvijas veselības aprūpes sistēmā. Visi kopā tie palīdz integrēt un veicināt kvantitatīvo un kvalitatīvo datu izmantošanu, lai paaugstinātu veselības aprūpes pakalpojumu efektivitāti un lietderību, nodrošinot labāku pārvaldību visos veselības aprūpes pakalpojumu līmeņos. VAPIS var sniegt četrus svarīgus ieguvumus: (i) aprūpes kvalitātes un lietderības paaugstināšana, (ii) klīnisko pakalpojumu pamatdarbības izmaksu samazināšana, (iii) administratīvo izmaksu samazināšana un (iv) pavisam jaunu aprūpes režīmu pieejamība.

Attiecībā uz klīnisko vadlīniju un protokolu īstenošanu, kā arī citiem pakalpojumu sniedzēju rezultativitātes aspektiem, lai veiktu atbilstošu šo sistēmu monitoringu, būs ievērojami jāuzlabo esošā veselības aprūpes informācijas infrastruktūra un Latvijā pieejamās analītiskās iespējas. Tādēļ ir jāsiglabā juridiskās vienošanās par datu kopīgošanu dažādu veselības aprūpes nozares struktūrvienību un ministriju ietvaros, lai varētu izsekot pacientiem, kā arī veikt monitoringu un precīzi aprēķināt pakalpojumu izmaksas. Jāpievērš pastiprināta uzmanība vairākām citām svarīgām jomām: informācijas plūsma, datu vākšanas/ziņošanas instrumenti, datu pārvaldības un validācijas paņēmieni un informācijas sistēmu tehnoloģija, tostarp datu bāzes un protokoli. NVD



ievāc noteiktu rādītāju datus no ārstniecības iestādēm, ar kurām tam ir noslēgts līgums. VM un NVD vajadzētu ievākt līdzīgus datus par privāti finansētiem pakalpojumiem, lai uzraudzītu pacientu piekļuvi, izmērītu pakalpojumu sniedzēju atalgojumu un uzlabotu vispārējo pārskatatbildību.

Vairākās valstīs, piemēram, Somijā un Apvienotajā Karalistē jau tiek izmantotas līdzīgas sistēmas. Piemēram, Somijā tiek izmantota programma “PERformance, Effectiveness and Cost of Treatment Episodes” (PERFECT), lai uzraudzītu ārstēšanas epizožu saturu, kvalitāti un izmaksu lietderīgumu specializētajā medicīniskajā aprūpē. Tika izstrādāti indikatori un modeļi atlasītu slimību grupu un procedūru, tādu kā insults, priekšlaicīgi dzimušie, gūžas kaula lūzums, krūts vēzis, šizofrēnija, akūts miokarda infarkts un ortopēdiskā endoprotezēšana, tostarp gūžas un ceļa locītavas protezēšanas operācijas, un invazīvā sirds ķirurģija, monitoringam. Sasaistot individuāla līmeņa datus, PERFECT ne tikai sniedz pārskatus par atsevišķiem veselības aprūpes notikumiem, bet arī ļauj izsekot pilnam aprūpes ciklam, tostarp pacientu ārstēšanas rezultātiem, ārstēšanas metodēm un veselības aprūpes sistēmas resursu izmantošanu precīzi definētām un atbilstoši riska pakāpei koriģētām pacientu grupām. Projekta PERFECT gaitā iegūtie skaitliskie rādītāji ļauj salīdzināt klīnisko praksi ar paraugprakses vadlīnijām un izvērtēt, cik lielā mērā tās tiek ievērotas. Projekta pamatkomponents ir datu bāze, kas sastāv no aptuveni 200 slimnīcu un reģionālajiem rādītājiem. Liela daļa pacientu ārstēšanas rezultātu rādītāju no visa pētīto slimību grupu un procedūru klāsta ir publiskota, tostarp mirstības rādītāji dažādos laika intervālos, neatliekamās palīdzības punktu apmeklējumi, dienu skaits, kas pavadīts mājās un/vai ilgtermiņa aprūpes iestādēs pēc notikumiem, un atkārtotas hospitalizācijas rādītāji kopumā un specifisku iemeslu, piemēram, infekciju un ķirurģisku komplikāciju, dēļ.

Līdzīgi Apvienotajā Karalistē NVD Veselības un sociālās aprūpes informācijas centrs atbild par datu vākšanu, apstrādi, analīzi un nacionālās informācijas publiskošanu Anglijas veselības un sociālās aprūpes kopienų vajadzībām. Tā ir galvenā valsts datu krātuve sekundāriem mērķiem, tostarp identificējamu personas datu glabāšanai un sasaistei, ja tas ir apstiprināts un nepieciešams. Šai sistēmai ir izšķiroša loma informācijas izplatīšanā un monitoringā, kā arī veselības aprūpes sistēmas uzlabošanā Apvienotajā Karalistē.

Ieguldījumi elektroniskajās veselības kartēs (EVK), kas ietver arī ar maksājumiem saistītus datus, palīdzētu izsekot tam, vai tiek ievērotas klīniskās vadlīnijas un protokoli, un samazinātu administratīvās ziņošanas slogu. Klīniskā informācija, kas tiek iegūta ar EVK sistēmu starpniecību, apvienojumā ar sociālekonomiskajiem datiem un esošajiem maksājumu datiem varētu tikt izmantota, lai prognozētu, vai konkrētām iedzīvotāju grupām būtu nepieciešami papildu pasākumi un atbalsts ar turpmāko aprūpi vai ārstēšanas režīma ievērošanu.

Dānijā gandrīz visiem primārās aprūpes ārstiem ir EVK sistēmas ar pilnu klīniskās funkcionalitātes klāstu. Šīs EVK sistēmas ir sasaistītas vienotā valsts tīklā, kura darbību

nodrošina privāta bezpeļņas organizācija “MedCom”. Šāda organizatoriskā struktūra ļauj ĢĀ brīvi apmainīties ar klīniskajiem datiem ar speciālistiem, slimnīcām, aptiekām, laboratorijām un citiem veselības aprūpes sniedzējiem. Saziņa starp šiem pakalpojumu sniedzējiem notiek elektroniski. Papildus Dānijas Valsts veselības portāls, kas tika ieviests 2005. gadā, nodrošina pacientiem elektronisku piekļuvi savām personalizētajām EVK, sekmējot elektronisko saziņu starp pacientiem un pakalpojumu sniedzējiem.

Zviedrijā visi ārsti un vairums slimnīcu (un neatliekamās palīdzības brigāžu) izmanto EVK dokumentēšanai. Izmantojums slimnīcās salīdzinājumā ar primāro aprūpi ir zemāks, taču EVK sistēmas šobrīd izmanto 97 procenti slimnīcu un 100 procenti primārās aprūpes klīniku. Vairums Zviedrijas EVK sistēmu ir aprīkotas ar tādām funkcijām, kā klīniskā dokumentācija, elektronisko recepšu izrakstīšana (80% recepšu tiek izrakstītas elektroniski) un datorizēta pakalpojumu sniedzēja pasūtījumu reģistrēšana. Arī laboratorijas ir pilnībā datorizētas, un arvien plašāk tiek izmantota datorizēta pasūtījumu reģistrēšana dažādiem laboratorajiem, radioloģijas un patoloģiskajiem izmeklējumiem, taču izmantojums dažādos reģionos un pašvaldībās atšķiras (20% līdz 75%). Gandrīz visās pašvaldībās ir elektroniska izrakstu-epikrīžu apmaiņas sistēma un elektroniskas vizīšu pieraksta un recepšu atjaunošanas sistēmas. Tomēr apmaiņa ar elektroniskajiem nosūtījumiem un klīniskajiem datiem starp pašvaldībām ir problemātiska, jo nav izstrādāti valsts mēroga sadarbības standarti. EVK izstrādi vadīja vietējie klīniskie aktīvistu un spēcīgi administratori 1990. gadu sākumā, un tika izveidotas aptuveni 27 atšķirīgas sistēmas. Taču šobrīd četri dažādi EVK pakalpojuma sniedzēji apkalpo lielāko daļu Zviedrijas tirgus. Aptuveni puse pašvaldību ir ieviesušas vienotu EVK sistēmu gan slimnīcās, gan primārajā aprūpē, un lielākā daļa pārejo pašvaldību pie tā strādā. Vienotas kartes izveide ļauj slimnīcas ārstiem (ar pacienta atļauju) piekļūt pacientu primārās aprūpes datiem, un otrādi.

Turpmāk ir aprakstīti vēl divi piemēri, kad valstis ir ieviesušas VAPIS un EVK sistēmas, lai uzlabotu piekļuvi veselības aprūpei un tās kvalitāti.

- Lietuva aizsāka e-veselības iniciatīvu 2009. gadā ar mērķi izstrādāt pārskatāmāku, efektīvāku veselības aprūpes sistēmu un uzlabot piekļuvi pakalpojumiem un to kvalitāti ar informācijas apmaiņas starpniecību. Līdz 2015. gadam bija uzsākti 29 projekti un grozīti 14 tiesību akti, lai pakāpeniski ieviestu stratēģiju, ko plānots pabeigt līdz 2018. gadam. Stratēģijas ietvaros tiek izmantota reāllaika informācija un komunikāciju tehnoloģijas, lai sasaistītu pakalpojumu sniedzējus, poliklīnikas un slimnīcas ar diagnostikas, attēlveides un farmācijas datiem, izmantojot elektronisko veselības karšu sistēmu. Pacienti var piekļūt saviem datiem no pacientu portāla, kurā viņi arī var pieteikt vizītes un atjaunot receptes. Piedzīvotās grūtības bija saistītas ar konkurentiem IT tirgū, institucionālo pretestību un slimnīcu vadības iebildumiem pret pārmaiņām. Sistēma izmaksāja 26,9 miljonus eiro ar pastāvīgu valsts budžetu 6 miljoni eiro gadā.

- Igaunijai ir bagātīga pieredze e-tehnoloģijas stratēģiju īstenošanā 20 gadu garumā. Tas ir palīdzējis izveidot labi pārdomātu sistēmu, kas izmanto modernās sistēmu arhitektūras, starpsavienojamības, drošuma un drošības nepārtrauktās attīstības priekšrocības. Sistēma ļauj pakalpojumu sniedzējiem piekļūt diagnostikas, attēlveides un farmācijas datiem, kā arī nodrošina pacientu portāla darbību. Tā arī nodrošina elektronisku savienojumu ar neatliekamās palīdzības, zobārstniecības, tiešsaistes konsultāciju, sociālās drošības, veselības apdrošināšanas, statistikas, maksājumu un starptautiskiem pakalpojumiem. Visiem atbilstoši licencētajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem ir jānosūta dati uz Veselības informācijas sistēmu, un piekļuve tai tiek stingri kontrolēta. Pacienti var piekļūt paši saviem datiem un var uzraudzīt, kurš aplūkot viņu datus. Tiek plānots izmantot datu analīzes iespējas un iesaistīt pacientus ar televeselības un telemedicīnas tehnoloģiju palīdzību, lai viņi aktīvāk piedalītos savā profilaksē un ārstēšanā. Paredzams, ka tas paplašinās aprūpes iespēju klāstu un samazinās pieprasījumu pēc slimnīcu gultasvietām.

Sarežģītāku VAPIS īstenošanai un EVK pilnā potenciāla izmantošana prasītu padziļinātu izpratni par tādām “lielo datu” tehnoloģijām, kā mašīnmācīšanās, un VM un NVD varētu noslēgt līgumus par šādu uzdevumu veikšanu ar vietējo universitāti, domnīcu vai veselības datu analīzes uzņēmumu. Lielo datu tehnoloģijām piemīt potenciāls radīt ievērojamu pievienoto vērtību veselības aprūpē, uzlabojot iznākumus un vienlaikus pazeminot izmaksas. Lielo datu tehnoloģiju raksturīgākās iezīmes ir spēja lielā ātrumā apstrādāt milzīgu un daudzveidīgu datu apjomu.<sup>4</sup> Piemēram, Apvienotajā Karalistē ir pasaulē lielākā SQL datu bāze, kurā glabājas vairāk nekā 8 miljonu pacientu, kuri brīvprātīgi piekrita piedalīties, informācija. Šie dati ir brīvi pieejami pakalpojuma veidā pētniekiem, medicīniskās informātikas studentiem un veselības aprūpes plānotājiem.

Skat. 3. pielikumu *“Integrētas veselības aprūpes pārvaldības un informācijas sistēmas izstrāde”*, kurā sniegti politikas pasākumu piemēri, kas īstenoti citās valstīs, ieviešot ar VAPIS, e-veselību, EVK un IKT saistītas veselības aprūpes reformas. Tie ir sagrupēti pēc kritērijiem “veselības aprūpes informācija” un “elektroniskā veselības karte”.

### 3. Secinājumi

Rezumējot, Latvija ir uzsākusi savas veselības aprūpes sistēmas statusa pārskatīšanu un veselības aprūpes problēmjautājumu risināšanu, uz ko ir pamudinājušas iedzīvotāju demogrāfijas izmaiņas un ar to saistītais slimību slogs. Vairāku sagatavoto pārskatu konstatējumi liecina, ka būs jāīsteno vairākas politikas reformas, lai uzlabotu veselības aprūpes kvalitāti un samazinātu slimību slogu.

<sup>4</sup> Fragments no **Datu** un **datu** pārvaldības vārdnīcas: 3V (**v**olume, **v**ariety and **v**elocity (**apjoms**, **dažādība** un **ātrums**)) ir lielo **datu** trīs raksturīgākās iezīmes jeb lielumi. **Apjoms** attiecas uz datu daudzumu, **dažādība** – uz datu tipu skaitu un **ātrums** – uz datu apstrādes ātrumu.

Šajā dokumentā ierosinātās reformas ir iespējamie risinājumi, kurus Latvijas valdība var īstenot, lai uzlabotu piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem un to kvalitāti, sekmētu uz pierādījumiem balstītu lēmumu pieņemšanu un izveidotu stimulu sistēmas, kas nodrošina efektīvu un lietderīgu pakalpojumu sniegšanu. Pastāv pieņēmums, ka demokrātiskās valstīs reti rodas politisks “iespēju periods” nopietnu strukturālo reformu īstenošanai veselības aprūpes sistēmā. Lai šādas iespējas sekmīgi izmantotu, ir vajadzīgi spēcīgi politiskie līderi augstākajā līmenī un jāīsteno politiskā autoritāte. Pārējā laikā reformas ir jāīsteno harmoniskāk un ar minimāliem traucējumiem, cenšoties pakāpeniski uzlabot sniegumu un neieviešot nopietnas strukturālās pārmaiņas. Valdībai būs jāizlemj, kura stratēģija Latvijai ir piemērotākā, ņemot vērā vietējo kontekstu konkrētajā brīdī.

Īpaša uzmanība jāpievērš tādiem starpnozaru elementiem visās reformu jomās, kā informācijas kvalitāte, atbilstošs finansējums, augsta līmeņa sabiedriskais atbalsts un sistēmas kapacitāte, jo tiek atvieglots īstenošanu. Izstrādājot un īstenojot reformas, jānoskaidro un jāņem vērā arī ieinteresēto pušu savstarpējā mijiedarbība. Neatkarīgi no pieejas reformu ieviešana Latvijas veselības aprūpes sistēmā būs sarežģīts daudzpakāpju process. Visi šī procesa posmi no sagatavošanas un izstrādes līdz likumdošanai/regulējumam un īstenošanai ir sekmīgi jāpabeidz, lai vispārējās reformas būtu veiksmīgas.

Prioritāte būtu jāpiešķir arī veselības aprūpes kvalitātes rādītāju ieguvei, ņemot vērā efektivitātes lielo ietekmi uz veselības aprūpes sistēmas rezultātiem un veselības aprūpes iznākumu un etalona rādītāju, attiecībā pret kuriem varētu izmērīt efektivitāti, salīdzinošo trūkumu. Kvalitatīva informācija un dati ir svarīgākie priekšnoteikumi, kas nepieciešami, lai uzsāktu un pamatotu virkni stratēģiju reformas īstenošanai.

Lai reformas būtu sekmīgas, ir jāiesaista plašs ieinteresēto pušu loks, tostarp veselības aprūpē strādājošie, medicīnas speciālisti, pašvaldības, privātais sektors un patērētāji. Reformām vienmēr būs pretinieki, kuri ir aktīvi jāiesaista procesā, regulāri ar tiem komunicējot un mēģinot viņus pārliecināt. Resursu nodrošināšana uzlabojumu finansēšanai un izmaiņu veicināšanai apvienojumā ar stimulu prasmīgu izmantošanu bieži ir bijis obligāts panākumu gūšanas nosacījums, lai sekmīgāk saskaņotu galveno ieinteresēto pušu intereses ar reformu mērķiem. Tas var nozīmēt, ka jāpanāk kompromiss starp pēc iespējas augstāku reformu sekmīgumu un ilgtspēju, pēc iespējas ātrāku to īstenošanu un pēc iespējas mazākiem resursiem, kas tiek ieguldīti reformu īstenošanā. Citās valstīs ir bijusi pozitīva pieredze, izveidojot īpašas darba grupas, kuras ir pilnvarotas īstenot visu valdības struktūru pieeju un vadīt īstenošanu visos posmos kopā ar ieinteresētajām pusēm, kas var novērst valdības maiņas izraisītus riskus.

Vairākas politikas izmaiņas var ieviest ar salīdzinoši zemām izmaksām un nelielu laika nobīdi, pieņemot, ka pašreizējā likumdošanas bāze pieļauj šādas darbības. Savukārt, citas reformas,

piemēram, atsevišķu pakalpojumu pārgrupēšanu, var īstenot ar minimālām izmaksām. Tās būtu jāuzskata par sākotnējām darbībām, kas sniegs pamanāmus rezultātus un veidos reformu pamatu.

Latvijas VM ir apzinājusi veselības aprūpes problēmjautājumus, kas pamato reformu nepieciešamību. Tās rīcībā ir ievērojams sīki izanalizētas informācijas apjoms par situāciju valstī un reģionos un daudzi piemēri un salīdzinājumi no citu valstu pieredzes par reformu īstenošanu veselības aprūpes sistēmā. Tādējādi šīs AAP programmas gaitā veiktās analīzes ietvaros ir piedāvāta virkne pieeju un risinājumu, uz kuru pamata Veselības ministrija un NVD var izstrādāt un ieviest Latvijas veselības aprūpes sistēmas reformu modeli.

## PIELIKUMI

Turpmākajos pielikumos ir sniegti politikas pasākumu piemēri no citu reformas īstenojušo valstu pieredzes. Tie ir sniegti, ņemot vērā Latvijas kontekstu, tomēr tie nav reglamentējoši, bet tikai norāda uz atsevišķām darbībām, ko varētu veikt, lai sekmētu valsts veselības aprūpes mērķu sasniegšanu. Šie ierosinājumi ir sniegti turpmākai izvērtēšanai.

### 1. pielikums. Ieguldījumi svarīgos kvalitātes nodrošināšanas mehānismos

#### *Struktūra un pieeja*

- Izmantojiet VM iepriekš pasūtīto koncepcijas dokumentu, kurā ieteikts, kā izstrādāt uz pierādījumiem balstītu valsts kvalitātes nodrošināšanas sistēmu. Izveidojiet Valsts resursu centru kā pastāvīgu aģentūru, kas kalpos kā praktisku norādījumu un tehniskās palīdzības zināšanu bāze, sniedzot atbalstu kvalitātes uzlabošanas iniciatīvu īstenošanā. Pilnvarojumā jāietver pasākumi, kas efektīvi koriģē sociālkulturālās, ekonomiskās un fiziskās vides tiešo ietekmi uz veselību ietekmējošajiem paradumiem. Daudznozaru starpdisciplinārajā pieejā jāiekļauj regulējums, nodokļu politika, izglītība, veselībai labvēlīgs pilsētplānojums, pārtikas drošums, personiskā drošība, atbildīga reklāma u. tml. Sākotnēji jūsu darbībai jābūt vērstai uz neaizsargātajām iedzīvotāju grupām 4 galvenajās veselības riska kategorijās: smēķēšana, alkohols, aptaukošanās, garīgā veselība, diabēts.<sup>5-6</sup>
- Kā alternatīvu apsveriet sabiedrības veselības aizsardzības valsts institūta (NPHI/CDC) izveidi ar plašāku pilnvarojumu, aptverot veicināšanu un aizsardzību, monitoringu un slimību profilaksi un kontroli.
- Izveidojiet Veselības tehnoloģiju novērtēšanas centru, lai veiktu visaptverošu, sistemātisku veselības tehnoloģiju (tostarp zāļu, medicīnisko ierīču, vakcīnu, procedūru un sistēmu) izmantošanas izvērtēšanu. Šie novērtējumi ir svarīgi uz pierādījumiem balstītu standartu un klīnisko vadlīniju un protokolu izstrādē.
- Pārskatiet iepriekšējo akreditācijas procesu, izmantojot ārēju vai iekšēji izstrādātu modeli, kas pielāgots Latvijas kontekstam īstenošanai ilgākā laika periodā.
- Nodrošiniet, lai medicīnas studiju programmās tiktu iekļauta vismaz pamata apmācība par kvalitātes nodrošināšanu pirmsdiploma, pēcdiploma un medicīniskās tālākizglītības līmeņos, kā arī neklīniskā personāla apmācībā, lai izveidotu “proaktīvu” kultūru, kura nepārtraukti cenšas identificēt un novērst riskus un rīcības modeļus, kas vēlāk varētu radīt kvalitātes problēmas.

<sup>5</sup> atbilstoši OECD/PVO pieejai.

<sup>6</sup> Turpmākās darbības jomas ietver: veselīgu uzturu, fiziskas aktivitātes, garīgo veselību, seksuālo un reproduktīvo veselību, krūtsbarošanas veicināšanu, traumu profilaksi, infekcijas slimību profilaksi un atkarību izraisošu vielu lietošanas samazināšanu.

**Standarti un izpilde**

- Izstrādājiet klīniskās vadlīnijas un protokolus, pamatojoties uz skaidriem kritērijiem un standartizētām metodēm vadlīniju atlases, pierādījumu izmantošanas, rekomendāciju izstrādes un esošo vadlīniju atjaunināšanas procesā. Pārņemiet un pielāgojot esošās atzītās vadlīniju sistēmas, sākotnēji liekot uzsvāru uz četrām prioritārajām slimību jomām, lai varētu veikt izmaksu, izcenojumu un institucionālo salīdzinājumu.
- Izmantojiet nozarē atzītu standarta instrumentu, piemēram, “Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation” (AGREE) vai tml. pašreizējo 27 neapstiprināto klīnisko vadlīniju novērtēšanai.
- Iesaistiet galvenās ieinteresētās puses, lai kopā noteiktu minimālo veikto procedūru apjomu un tādējādi veicinātu kvalitatīvu aprūpi un ārstēšanu, sākotnēji – mērķa slimību jomās<sup>7</sup>. Pielāgojiet vadlīnijas reģionālajiem etalona rādītājiem un katru gadu tos izvērtējiet atkārtoti, lai Latvija neatpaliktu rādītāju ziņā. Norādiet apjoma rādītājus klīniskajās vadlīnijās un izmantojiet tos, pieņemot lēmumus par slimnīcu akreditāciju, nepārtrauktu profesionālo attīstību un ārstu reģistrācijas atjaunošanu.
- Pārkonfigurējiet klīniskos pakalpojumus atbilstoši nepieciešamā minimālā apjoma iepirkumam, pielāgojot resursus (kvalificēts personāls, aprīkojums un infrastruktūra) sniegtajiem pakalpojumiem. Optimizējiet zema apjoma pakalpojumus, lai izveidotu augsta apjoma centrus. Nosakiet atrašanās vietu atbilstoši iedzīvotāju pieprasījumam un ceļā pavadītajam laikam līdz augsta apjoma centriem.
- Attīstiet reģionālo centru klīnisko kapacitāti, ja ceļā līdz augsta apjoma centriem ir jāpavada pārāk ilgs laiks, un pilnveidojiet transporta sistēmas pacientiem, kuri brauc no zema uz augsta apjoma centriem.
- Publiskojiet informāciju par katras slimnīcas apjoma līmeni, lai palīdzētu patērētājiem pieņemt informētu lēmumu par aprūpi un ārstēšanu.
- Pastiprināti veiciet pacientu aprūpē iespējamu nevēlamu notikumu, potenciāli bīstamu situāciju un drošuma apdraudējumu monitoringu. Iekļaujiet konstatējumus oficiālā līdzbiedru pārbaudē/klīniskā audita sistēmā, kas atbalsta mācīšanos no kļūdām kvalitātes un drošības nostiprināšanai. Sasaistiet šo sistēmu ar ārstu un slimnīcu reģistrācijas procesu un ņemiet vērā PVO ziņošanas sistēmu izveides vadlīnijas.
- Pārskatiet primārās aprūpes kvalitātes mērķa indikatoru programmas uzbūvi, tostarp mērķa indikatoru piemērotību, un saskaņojiet tos ar uz pierādījumiem balstītajām klīniskajām vadlīnijām/protokoliem 4 prioritārajās slimību jomās.

---

<sup>7</sup> Mātes un bērna veselība, onkoloģija, sirds un asinsvadu slimības un garīgā veselība

- Adaptējiet un īstenojiet PVO Globālo rīcības plānu NIS profilaksei un kontrolei 2013. - 2020. gadam<sup>8</sup> atbilstoši Latvijas mērķa parametriem un rādītājiem primārās aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā.

---

<sup>8</sup> [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/)



## 2. pielikums. Veselības aprūpes finansējuma reformas

### *Iepirkumi*

- Pāreijiet no pasīvajiem<sup>9</sup> uz stratēģiskajiem<sup>10</sup> iepirkumiem, lai maksimāli kāpinātu sabiedrības veselības rādītājus ar pieejamajiem resursiem.
- Sekmējiet pacientu apjoma pieaugumu ar stratēģisko iepirkumu starpniecību, kam jābūt īpaši norādītam pakalpojumu līmeņa līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem, un pieprasiet pacientu uzņemšanas protokolu un nosūtījumu vadlīniju ievērošanu. Sekmējiet normatīvu ievērošanu ar atbilstošu kompensāciju un stimulu palīdzību.
- Izmantojiet uz rezultātiem balstītus iepirkumu līgumus, lai veicinātu “vienlīdzīgus spēles noteikumus” un sekmētu iekšējo un ārējo tirgu izveidi.
- Nodrošiniet, lai finansiāli veiksmīgas slimnīcas, kas sniedz kvalitatīvus pakalpojumus, tiktu pārskatāmi apbalvotas ar iespēju reinvestēt daļu pašu radīto efektivitātes ietaupījumu tā vietā, lai izmantotu tos slikti funkcionējošu slimnīcu glābšanai.
- Pārskatiet “kvotu” sistēmu, lai samazinātu tās negatīvo ietekmi uz līdzestību, piekļuvi un vienlīdzību. Tā ietvaros vajadzētu iegādāties vairāk pakalpojumu uz efektivitātes pieauguma rēķina, lai novērstu sezonālo piekļuves nevienlīdzību.
- Veiciet iepirkumus tā, lai primārajai aprūpei būtu vadošā loma, tostarp – veicināšanā un profilaksē, un atbalstiet klīnisko protokolu un atbalstošu maksājumu sistēmu iekļaušanu sekundārajā, terciārajā un kopienas aprūpē.
- Pārskatiet (samaziniet) līdzmaksājumu/pacientu maksājumu modeli, lai uzlabotu līdzestību klīniskās ārstēšanas gaitā.
- Palieliniet valsts līdzmaksājumu veselības aprūpes izdevumos proporcionāli IKP.

### *Citi ienākumu avoti*

- Gūstiet un uzkrājiet ienākumus no valsts aktīviem. Piemēram, iznomājiet mazumtirdzniecības telpas, ārpus to darba laika izmantojiet ārstniecības iestāžu telpas privātpraksei, kapacitātes pārpalikuma gadījumā pārdodiet sabiedriskās ēdināšanas, veļas mazgāšanas, aprīkojuma servisa u. tml. pakalpojumus.

---

<sup>9</sup> Tiem raksturīga uz normatīviem balstīta resursu pārdale, ierobežotas pakalpojumu sniedzēju izvēles iespējas, ierobežots kvalitātes monitorings.

<sup>10</sup> Tiem raksturīga selektīva līgumu slēgšana, izmantojot uz rezultātiem balstītus maksājumus un liekot uzsvāru uz kvalitātes uzlabošanu.

- Izmantojiet datu, informācijas un analīzes, kas tiks iegūta ar jauno elektronisko veselības karšu un VAPIS sistēmu starpniecību, komercvērtību.

### ***Materiāltehniskais nodrošinājums***

Materiāltehniskā nodrošinājuma ietvaros:

- jāsniedz pietiekams pakalpojumu apjoms atbilstoši iepirkumu standartiem;
- ja iespējams, jārada apjomradīti ietaupījumi;
- jāstandartizē aprīkojums un zīmoli, lai atvieglotu plānoto profilaktisko uzturēšanu un apkopi un samazinātu izmaksas;
- jāsašaurina produktu sortiments visās inventāra kategorijās – aprīkojumam, patēriņa precēm un farmaceitiskajiem produktiem;
- ja iespējams, jāveic vienreizēja inventāra sortimenta un apjoma samazināšana un
- jākontrolē piekļuve dārgam inventāram, balstoties uz faktiskajām vajadzībām un pakalpojuma sniedzēja prasmēm.

### 3. pielikums. Integrētas veselības aprūpes pārvaldības un informācijas sistēmas izstrāde

#### *Veselības aprūpes informācija*

- Jābūt pieejamiem apkopotiem, anonimizētiem veselības karšu datiem, lai varētu tos izmantot pārskatu sagatavošanā, kas veicinās uz rezultātiem balstītas/klīnisko protokolu/maksājumu modeļu iniciatīvas, kvalitātes nodrošināšanu un sniegs atbalstu veselības aprūpes plānošanā, epidemioloģijā, resursu pārvaldībā, iedzīvotāju profilēšanā, pieprasījuma analīzē utt.
- Izstrādājiet Latvijas datu vārdnīcu ar standartizētām definīcijām, sākot ar esošajiem piemēriem no citām valstīm un pielāgojot tos vietējam kontekstam.
- Vienojieties par veselības aprūpes informācijas apmaiņas protokoliem un iekļaujiet datu kopīgošanas pilnvarojumu pakalpojumu sniegšanas līgumu noteikumos.
- Izmantojot datu vārdnīcas definīcijas, vienojieties par standartizētu datu kopu, kas tiks izmantota atbilstoši saskaņotajām prioritātēm, liekot uzsvāru uz:
  - augstas prioritātes veselības aprūpes problēmjaudājumiem;
  - finansējumu atkarībā no sasniegtajiem rezultātiem;
  - saskaņotu datu platformu, lai sekmētu sadarbību un kopīgu komunikāciju;
  - saskaņotas kodēšanas sistēmas ieviešanu;
  - saskaņotu pakalpojumu pakotni;
  - tiešu sasaisti ar maksājumu sistēmu;
  - stimuliem, kas paredzēti klīniskajiem speciālistiem.
- Un izveidojiet sistēmu, ieplānojot, ka nākotnē, tiklīdz datu bāze būs sasniegusi ievērojamu apjomu, anonimizētie dati tiks komercializēti.

#### *Elektroniskā veselības karte*

- Nodrošiniet, lai tiktu ieviesta uz primāro aprūpi orientēta vienota elektronisko veselības karšu (EVK) sistēma, kurā visaptveroši tiek ievadīti un reģistrēti personas veselības dati. Tai jābūt savstarpēji savienojamai ar slimnīcu medicīnisko dokumentāciju, kas ir epizodiska un balstīta uz konkrēto slimību. EVK sasaistei jānotiek automātiski, lai ar pilnu sadarbību importētu datus no visiem avotiem, piemēram, attēlveide, laboratorijas, slimnīcas, citas aprūpes iestādes. Tai jābūt sasaistītai ar valsts zāļu sarakstu, pamatpakalpojumu sarakstu, recepšu izrakstīšanas un zāļu mijiedarbības noteikumiem un citiem svarīgiem normatīviem, un ar klīnisko lēmumu pieņemšanas atbalsta sistēmu, kas pielāgota klīniskajām vadlīnijām un protokoliem.
- Izveidojiet viegli lietojamu pacientu portālu ar standarta raksturpazīmēm: piekļuve savai medicīniskajai kartei, vizīšu pieteikšana, recepšu atjaunošana, sabiedrības veselības atgādinājumi un savienojums ar televeselības un telemedicīnas opcijām.
- Nodrošiniet drošu piekļuvi kartei arī no planšetdatoriem vai viedtelefoniem, kā arī datoriem, sniedzot neierobežotu mobilitāti.

- Ņemot vērā, ka  $\frac{3}{4}$  iedzīvotāju ir piekļuve atbilstošām komunikāciju sistēmām, izveidojiet alternatīvus aprūpes risinājumus, kas izmanto tādas IT stratēģijas, kā telemedicīnu, televeselību, attālināto monitoringu, patērētāju iesaisti aprūpē, ārstēšanā un profilaksē/veicināšanā. Tas var palīdzēt uzlabot piekļuvi, mainot izpratni par fiziskās infrastruktūras prasībām un sekmējot mobilo pakalpojumu pieejamību attālos rajonos. Tas arī varētu uzlabot garīgās veselības aprūpi un pirmsdzemdību un pēcdzemdību aprūpi ambulatoros apstākļos.