



PĒTĪJUMA

SEKUNDĀRĀS AMBULATORĀS VESELĪBAS APRŪPES KVALITĀTES
UN PIEEJAMĪBAS NOVĒRTĒŠANA UN UZLABOŠANA

5. SĒJUMS

EKSPERTU DISKUSIJA



Nacionālais veselības
dienests

Pētījuma pasūtītājs: Latvijas Republikas Nacionālais veselības dienests

Pētījuma veicējs: Latvijas Universitāte, sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Berg Research” un “InnoMatrix”

Pētījums pabeigts 2024.gada jūnijā.

© Latvijas Universitāte, Berg Research, InnoMatrix, Latvijas Republikas Nacionālais veselības dienests, 2024.gads

Titullapas attēlu avots: brīvpieejas attēlu datu bāze Pexels. Pieejams: www.pexels.com

Pētījuma izstrādē ir tikusi ietverta informācija, kas iegūta no primāriem un sekundāriem informācijas avotiem. Saņemto datu kvalitāte un atbilstība ir statistiski reprezentabla pret pētījuma ģenerālkopu, autori ir pārbaudījuši un kontrolējuši datu izcelsmes avotus, atbilstoši Pētījuma metodoloģijai. Pētījuma lauka darbs norisinājās no 2024.gada marta līdz jūnijam.

Pētījuma izstrādes darba grupa: Pētījuma vadītājs – Phd. soc. sc. cand. Līga Brasliņa, pētījuma zinātniskais vadītājs - Dr. soc. sc. Inta Mieriņa, speciālisti - Phd. soc. sc. cand. Mārtiņš Danusēvičs, Phd. geol. cand. Jānis Bikše, Phd. geol. cand. Konrāds Popovs, Mg. soc. sc. Ilze Rozenberga, Mg. soc. sc. Jeļena Vorobjova, Mg. soc. sc. Katrīna Kellerte, Dr. oec. Anda Batraga, Dr. oec. Daina Šķiltere, Dr. oec. Jeļena Šalkovska, Dr. oec. Ģ. Brasliņš, Mg. Sc. Sal. Linda Celmiņa - Ķeze, Zaiga Barvida un Dr. med. Gunta Erbsa - Butkēviča.

Ziņojuma kontaktpersona: Līga Brasliņa – e-pasts– liga@innomatrix.org | Tālrunis +371 26599481.



Finansē
Eiropas Savienība
NextGenerationEU



2027
Nacionālais
attīstības plāns

SATURS

SATURS.....	3
IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI	4
Sējuma 5. Kopsavilkums	5
Volume 5. Executive Summary	7
Pielikums 1. – Pirmās FGD detalizēts transkripts	9
Pielikums 2. – Otrās FGD detalizēts transkripts.....	30

IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI

Nr.	Saīsinājums	Paskaidrojums
1.	NVD	Nacionālais veselības dienests
2.	VM	Veselības ministrija
3.	SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
4.	FGD	Fokusgrupu diskusijas
5.	SAVA	Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe
6.	Sekundārā veselības aprūpe ¹	Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona un kas orientēts uz neatliekamu, akūtu vai plānveida veselības aprūpi
7.	Veselības aprūpe ²	Pasākumu kopums, ko sniedz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji personas veselības nodrošināšanai, uzturēšanai un atjaunošanai
8.	Primārā veselības aprūpe	Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ambulatorajā ārstniecības iestādē vai personas dzīvesvietā sniedz primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji
9.	Terciārā veselības aprūpe ³	Augsti specializētu veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz viena vai vairākas kādā slimību profilā specializējušās ārstniecības personas ar papildu kvalifikāciju
10.	Pētījums	Latvijas Nacionālā veselības dienesta īstenots pētījums "Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamība novērtēšana un uzlabošana", ID Nr. VM NVD 2023/23". Veicējs - Latvijas Universitāte, "Berg Research" un "InnoMatrix"

¹ Veselības aprūpes finansēšanas likums, spēkā no 01.01.2018. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/296188-veselibas-aprupes-finansesanas-likums>.

² turpat

³ turpat

Sējuma 5. Kopsavilkums

Fokusgrupas diskusijas norisinājās 2024.gada 4. un 13. jūnijā, atbilstoši noteiktajai Pētījuma metodoloģijai un tehniskajai specifikācijai. 4. jūnija diskusijā piedalījās 12 dalībnieku, savukārt 13. jūnija diskusijā piedalījās 10 dalībnieki, pārstāvot sekojošas organizācijas:

1. veselības nozares profesionālās organizācijas, kas ir saistītas ar sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu;
2. augstākās izglītības iestādes;
3. veselības nozares profesionālās organizācijas;
4. sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji;
5. veselības nozares politikas veidotāji no valsts pārvaldes institūciju un pašvaldības un to apvienojošo institūciju puses.

Pirms fokusgrupu norises ekspertiem - dalībniekiem tika nosūtīts iepazīšanās priekšlasījums ar Pētījuma nozīmīgākajiem secinājumiem, kas tika izgūti no sekundāro un lielu datu analīzes, iedzīvotāju aptaujas, organizāciju un speciālistu aptaujas, izmantojot Delfi metodi.

Diskusijas uzdevumi bija validēt līdz šim Pētījumā iegūtos nodevuma rezultātus, noteikt indikatorus SAVA pakalpojumu pieejamībai no pieejamības un teritoriālās perspektīvas un prognozēt SAVA pakalpojumu pieejamības attīstības nākotnes tendences šobrīd, 3 (trīs), 5 (piecu), 7 (septiņu) un 10 (desmit) gadu tvērumā.

Balstoties uz fokusa grupas rezultātiem, tika izveidots kopsavilkums par SAVA pakalpojumu pieejamību no pieejamības un teritoriālās perspektīvas, kas kopsavilkuma veidā atrodams Pētījuma 6. sējumā.

Ekspertu fokusgrupu diskusiju laikā tika izcelta **prioritāšu noteikšanas** nozīme veselības aprūpes sistēmā, lai efektīvāk samazinātu gaidīšanas rindas un uzlabotu pakalpojumu pieejamību. **Galvenās problēmas**, kas tika identificētas, ietvēra kvotu nepietiekamību, speciālistu trūkumu un pierakstu sistēmu neefektivitāti. Tika norādīts, ka kvotu palielināšana vien nevar novērst identificētās problēmas, ja nav pietiekami daudz speciālistu, kas spētu sniegt nepieciešamos SAVA pakalpojumus. Tādējādi tika norādīts, ka **jāveicina speciālistu apmācības un jāuzlabo darba apstākļi**, lai piesaistītu vairāk profesionāļu.

Tika uzsvērts, ka **pašreizējās pierakstu sistēmas** bieži vien nedarbojas optimāli, piemēram, pacientiem netiek savlaicīgi atgādināts par vizītēm. Diskusijās tika ieteikts ieviest efektīvāku pierakstu koordināciju, lai samazinātu rindu ilgumu un nodrošinātu, ka pacienti ierodas uz plānotajām vizītēm. Tika pārrunāta nepieciešamība veikt pasākumus, lai nodrošinātu **vienlīdzīgu pieejamību visā valsts teritorijā**, jo Pētījumā ir identificētas nozīmīgas atšķirības pieejamībā starp maksas un bezmaksas veselības aprūpes pakalpojumiem, akcentējot īpaši problemātiskās grupas.

Pacientu līdzestības veicināšana tika uzsvērts kā vēl viens būtisks aspekts un tika ierosināts apsvērt ieviest kontroles (piemēram, priekšmaksājuma vai soda maksājuma) sistēmu pacientiem, kuri neierodas uz vizītēm bez atcelšanas. Tika norādīts, ka jāpielāgo mehānismi, kā veicināt pacienta atbildību, iespējams, saistot to ar apdrošināšanas polisēm vai citiem motivējošiem mehānismiem. Turklāt tika uzsvērts, ka **jāveicina ģimenes ārstu iesaiste precīzāku nosūtījumu veidošanā**, lai pacients nokļūtu pie pareizā speciālista. Jānodrošina, ka pacienti tiek virzīti uz reģionālajiem speciālistiem, nevis sākotnēji uz universitātes slimnīcām.

Diskusijā akcentēts, ka **māsu un vecmāšu lomas paplašināšana ir izteikti būtiska**, lai atvieglotu ārstu slodzi. Tika diskutēts, ka jāatļauj māsām un vecmātēm veikt plašāku specializētu darbu, nodrošinot atbilstošu samaksu, lai motivētu pieņemt šos pienākumus. Diskusijas laikā tika ieteikts **izmantot mākslīgo intelektu pacientu ranžēšanai un diagnostikas procesā**, lai efektīvāk organizētu pakalpojumu sniegšanu. Lai to realizētu, tika pārrunāts, ka būtu jāveic nepieciešamās izmaiņas likumdošanā, lai mākslīgais intelekts varētu tikt plašāk izmantots SAVA pakalpojumu sniegšanā.

Multidisciplinārā pieeja un datu apmaiņa bija vēl viens nozīmīgs aspekts, kas tika pārrunāts diskusiju laikā. No ekspertu puses tika akcentēts, ka jāveicina multidisciplinārā aprūpe, kur vienam pacientam palīdz vairāki speciālisti, kas savstarpēji sazinās. Tika pārrunāts, ka būtu jāuzlabo centralizēta datu aprīte un jāizmanto modernās tehnoloģijas, lai optimizētu pacienta aprūpes ceļu. Kā arī tika diskutēts, ka būtu jāveido un jāievēro nozaru profesionāļu vadlīnijas, kas noteiktu precīzus terminus izmeklējumiem un vizītēm, kā arī jānodrošina, ka pacientiem ir skaidras instrukcijas un atbalsts, kas palīdz orientēties veselības aprūpes sistēmā.

Eksperti uzsvēra, ka **attālināto konsultāciju veicināšana** varētu palielināt pieejamību reģionos un samazināt pacientu ceļa izdevumus. Tika norādīts, ka būtu nepieciešams skaidrot pacientiem attālināto konsultāciju priekšrocības un jānodrošina kvalitatīvi tehniskie risinājumi.

Attiecībā pret **konsultāciju ilgumu un kvalitāti**, eksperti uzsvēra, ka jāievieš mehānismi, kas nodrošina atbilstošu konsultāciju ilgumu un kas atbilst pacienta vajadzībām atkarībā no SAVA pakalpojuma. Viens no mehānismiem ir, ka **jāuzlabo informācijas pieejamība un koordinācija starp speciālistiem**, lai konsultācijas būtu efektīvākas un īsākas, kas tieši saistītas ar vienotu informācijas sistēmu.

Diskusijā SAVA kvalitātes un pieejamības uzlabošanas mehānismi nemitīgi atgriezās pie **profesionālu un mūsdienīgu IT risinājumu ieviešanas**, uzsverot, ka tā ir viena no būtiskākajām komponentēm, lai uzlabotu ne tikai pacientu plūsmas un pierakstu organizāciju, bet SAVA pieejamību un kvalitāti dažādos greizumos. Eksperti uzsvēra, ka būtu jānodrošina **vienota elektroniskā sistēma**, kas ļautu vienkāršoti un centralizēti apmainīties ar pacienta datiem starp dažādām ārstniecības iestādēm un speciālistiem, kā arī jāveicina investīcijas IT risinājumos, lai uzlabotu pacientu plūsmas un pierakstu organizāciju.

Eksperti uzsvēra **nepieciešamību pēc lielākas integrētas pieejas**, kurā tiek ņemti vērā dažādi faktori, lai uzlabotu veselības aprūpes sistēmu un efektīvāk samazinātu gaidīšanas rindas.

Balstoties uz fokusgrupu rezultātiem, tika izveidots Pētījuma rezultātus konsolidējošs kopsavilkums, kas attiecīgi ietver Pētījuma nozīmīgākos secinājumus un rekomendācijas par SAVA pakalpojumu pieejamību no pieejamības un teritoriālās perspektīvas, un kas detalizēti apskatīti Pētījuma 6. sējumā.

Volume 5. Executive Summary

Focus group discussions took place on June 4 and 13, 2024, in accordance with the established Research methodology and technical specification. 12 participants took part in the discussion on June 4, while 10 participants took part in the discussion on June 13, representing the following organizations:

1. professional organizations of the health sector, which are related to the provision of secondary outpatient health care services;
2. higher education institutions;
3. professional organizations of the health sector;
4. providers of secondary outpatient healthcare services;
5. policymakers of the health sector from the side of state administration institutions and municipalities and their uniting institutions.

Before the focus groups, the experts - participants were sent a familiarization lecture with the most important conclusions of the study, which were obtained from the analysis of secondary and large data, population survey, organization and specialist survey, using the Delphi method.

The tasks of the discussion were to validate the deliverable results obtained so far in the study, to determine indicators for the availability of SAVA services from an accessibility and territorial perspective and

to forecast the future development trends of the availability of SAVA services at the moment, in the scope of 3 (three), 5 (five), 7 (seven) and 10 (ten) years.

Based on the results of the focus group, a summary of the availability of SAVA services from an accessibility and territorial perspective was created, which can be found in the form of a summary in Volume 6 of the Study.

During expert focus group discussions, the importance of prioritization in the health care system was highlighted in order to more effectively reduce waiting lines and improve service availability. The main problems identified included insufficient quotas, lack of specialists and inefficiency of record systems. It was pointed out that increasing quotas alone cannot solve the identified problems if there are not enough specialists to provide the necessary SAVA services. Thus, it was indicated that specialist training should be promoted and working conditions should be improved in order to attract more professionals.

It was highlighted that current appointment systems often do not work optimally, for example patients are not reminded of appointments in time. Discussions suggested more efficient appointment coordination to reduce queue times and ensure patients attend scheduled appointments. The need to take measures to ensure more equal access in all areas of the country was discussed, as the Study has identified significant differences in access between paid and free health care services, emphasizing particularly problematic groups.

Promoting patient compliance was highlighted as another important aspect and it was suggested that consideration be given to implementing a system of controls (such as pre-payment or penalty payment) for patients who do not attend appointments without cancellation. It was suggested that mechanisms to promote patient responsibility should be adapted, possibly by linking it to insurance policies or other motivational mechanisms. In addition, it was emphasized that the involvement of family doctors in creating more accurate referrals should

be encouraged so that the patient gets to the right specialist. Ensure that patients are referred to regional specialists and not initially to university hospitals.

In the discussion, it was emphasized that expanding the role of nurses and midwives is extremely important to ease the workload of doctors. It was discussed that nurses and midwives should be allowed to do a wider range of specialized work, providing adequate remuneration for specialized work to motivate them to accept these responsibilities. During the discussion, it was recommended to use artificial intelligence for ranking patients and in the diagnostic process in order to organize the provision of services more efficiently. In order to realize this, it was discussed that the necessary changes in the legislation should be made so that artificial intelligence could be more widely used in the provision of SAVA services.

A multidisciplinary approach and data sharing was another important aspect discussed during the discussions. The experts emphasized that multidisciplinary care should be promoted, where one patient is helped by several specialists who communicate with each other. It was discussed that centralized data flow should be improved and modern technologies should be used to optimize the patient care pathway. It was also discussed that guidelines for industry professionals should be created and followed, which would determine exact deadlines for examinations and visits, as well as ensure that patients have clear instructions and support that help navigate the healthcare system.

Experts emphasized that the promotion of remote consultations could increase availability in regions and reduce travel expenses for patients. It was pointed out that it would be necessary to explain the benefits of remote consultations to patients and provide high-quality technical solutions.

Regarding the duration and quality of consultations, the experts emphasized the need to implement mechanisms that ensure adequate duration of consultations and that meet the patient's needs depending on the SAVA service. One of the mechanisms is that the availability of information and coordination between specialists should be improved so that consultations are more effective and shorter, which are directly related to a unified information system.

In the discussion, mechanisms for improving the quality and availability of SAVA constantly returned to the implementation of professional and modern IT solutions, emphasizing that it is one of the most essential components to improve not only the organization of patient flows and appointments, but also the availability and quality of SAVA in various ways. Experts emphasized that a unified electronic system should be provided, which would allow a simplified and centralized exchange of patient data between different medical institutions and specialists, as well as encourage investments in IT solutions to improve patient flows and the organization of records.

Experts stressed the need for a more integrated approach that takes into account various factors in order to improve the health care system and reduce waiting lines more effectively.

Based on the results of the focus groups, a consolidating summary of the results of the study was created, which accordingly includes the most important conclusions and recommendations of the study on the availability of SAVA services from an accessibility and territorial perspective, and which are discussed in detail in volume 6 of the study.

Pielikums 1. – Pirmās FGD detalizēts transkripts

Līga Brasliņa: Paldies, ka pievienojāties! Uzsākam mūsu ekspertu fokusa grupu par pētījumu, kas ir saistīts ar sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanu. Jums ir nosūtīts arī šis materiāls, priekšlasījuma materiāls. Iziesim cauri tam, kas tad ir šis pētījums, kāpēc ir ārkārtīgi būtiski, kāpēc jūs kā eksperti, kas tiešā veidā vai pastarpināti esat saistīti ar sekundārās veselības aprūpes jomu, lai mēs varētu pārrunāt tos jautājumus, kuri mums, kā pētniekiem, šobrīd ir izplūduši, vai neskaidri. Mani sauc Līga Brasliņa. Es pārstāvu Latvijas Universitātes, “Berg Research” un “Innomatrix” zinātnieku konsorciju, kas strādā pie pētījuma, kopā, sastādot vairāk kā desmit zinātniekus. Pētījums sastāv no vairākiem blokiem, kas ir sadalīti sešos lielos sējumos, kur katrā no sējumiem informācija tiek iegūta no dažādiem avotiem - iedzīvotāju aptaujas, SAVA speciālistu aptaujas, SAVA organizāciju aptaujas un sekundāro un lielo datu analīzes. Mūsu šīs dienas **fokusgrupas uzdevumi:** validēt iegūtos rezultātus, akcentēt un noteikt indikatorus SAVA pakalpojumu pieejamībai no pieejamības un teritoriālās perspektīvas. Otrajā sarunas daļā lūgšim Jūs ieskicēt, kādas ir jūsu prognozes, kā mēs uz mūsu diskusijas pamatiem varam modelēt vienā vai otrā virzienā aplēses 3, 5 un 7 gadu perspektīvā.

Prof. Inta Mieriņa: Labdien, kolēģi! Paldies, ka atradāt laiku šodien pievienoties, jo es zinu, cik aizņemts ir jūsu darbs. Mēs ļoti novērtējam Jūsu dalību. Mēs ilgi pie šīs tēmas esam padziļināti strādājuši - skaidrs, ka daudzas problēmas ir ļoti sasāpējušas un nav vienkārši risināmas, tādēļ arī ir tik svarīgi no jums iegūt Jūsu skatījumu, sevišķi, ja mēs runājam par iespējamajiem ieteikumiem, kas izrietēs no šī ļoti apjomīgā pētījuma. Mums ir svarīgi saprast Jūsu skatījumu par to, kas būtu iespējams, kas nebūtu iespējams, vai tās problēmas, kas izgaismojas aptaujās, vai tās ir īstas, vai varbūt ir kaut kādas problēmas ar mērījumiem, kas būtu tie īstie risinājumi. Tās ir tās lietas, par kurām mēs šodien mēģināsim runāt. Ir skaidrs, ka šo divu stundu laikā mēs nepagūsim izrunāt visu, ko mēs esam iezīmējuši šajā prezentācijā, bet tas nekas, jo mums būs arī otra diskusija, kur mēs varēsim turpināt. Droši, ja ir viedokļi, tad sakiet, jo mums ir pietiekami daudz laika, lai to piefiksētu un izdiskutētu.

Pirmais jautājums ir par apmierinātību, jo tas parādās kā galvenais kvalitātes kritērijs, kuru speciālisti ieskicē. Kā Jums liekas, cik tas ir uzticams vai nav uzticams, ja pacients saka, ka ir labi, kad pacients saka, ka ir slikti, vai mēs uz to varam paļauties?

Dalībnieks Nr.1. - Labdien! Rīgas Stradiņa universitāte, pārstāvu Veselības un sporta zinātņu fakultāti. Paklausoties ievadu un paskatoties prezentāciju, man radās mazliet filozofiskas pārdomas par šo kvalitātes jēdzienu, jo, kā jau mēs zinām, to mērīt varam ar dažādām atskaites sistēmām. Aptaujā parādījās primāri tas speciālistu skatījums, man uzreiz ir pretjautājums, kur paliek tas pacienta redzējums, jo tur ir divas puses. Šobrīd ir augstskolā studējošo noslēguma darbu recenzēšanas un aizstāvēšanas laiks, man ir sanācis daudz lasīt, jo arī daudzi studējošie pievēršas šim jautājumam. Vairāk tiek likts akcents uz pacienta pieredzi, kas ir vēl kompleksāks nekā šī apmierinātība, jo tas ir tikai viens no elementiem. Tajos pētījumos, ko man ir gadījies lasīt, parādās tas, ka pacienti un speciālisti skatās ļoti atšķirīgi uz šo fenomenu. Speciālistam – rezultāts, pacientam - kas ar viņu notika, kā ar viņu runāja. Līdz ar to tur ir nianse. Ir tāda fundamentāla lieta, par kuru es daudz domāju par to kvalitāti, kā mēs varam runāt par kvalitāti, ja mēs zinām, ka tās sistēmas kapacitāte ir ļoti ierobežota. Es kaut kur kādreiz dzirdēju – ja nav kvantitātes, tad mēs nevaram sākt par kvalitāti runāt. Ja kapacitātes nav, kā tad mēs to kvalitāti celsim?! Mums būs ļoti grūti.

Varbūt pareizi būtu šajā gadījumā runāt par efektivitāti, esošā finansējuma ietvaros?

Dalībnieks Nr.1. - Jā, jo būtībā tā ir optimāla darbība, kā mums izdzīvot pēc iespējas labāk ar to, kas mums ir. Tāds ir mans skatījums uz to šī brīža realitāti.

Dalībnieks Nr.2. – Labdien, es esmu no Latvijas Pacientu organizāciju tīkla. Man arī pirmā doma, kad Jūs uzdevāt šo jautājumu, bija par to, ka ir divas lietas, ko mēra – *patient reported experience measures and patient reported outcome measures*. Pacienti ne vienmēr zina, kas ir “*outcome measures*”. Ne vienmēr tas “*outcome measures*” sakrīt ar to, ko ārsts domā. Ārsts, piemēram, var uzskatīt, ka pacients ir izārstēts, bet pacients var domāt, ka viņš vēl nav izārstēts. Tāpat ar šo pieredzi, kas ir gan sasveicināšanās, gan to, cik ērti atrast kabinetu un visas tās lietas. Tur droši vien vajadzētu definēt tās lietas, ko mēs rekomendēsim kā kvalitātes kritērijus, jo pacientu teiktajam var un vajag uzticēties, bet ir jāmeklē to izmērīt un saprast, kurā brīdī beidzas šī te pacienta kompetence, un izvērtēt to, vai viņš ir saņēmis maksimāli kvalitatīvu lietu, kas vien ir iespējama. Piemēram, mana iepriekšējā pieredze liecina, ka ir ļoti daudz tādas slimības, kad pacienti bieži vien zina vairāk par to slimību nekā ārsti, tad viņš var zināt, ka tur ir kaut kādas starptautiskas vadlīnijas, ka citās valstīs ārstē savādāk, tad attiecīgi tas var ietekmēt viņa vērtējumu, vai tas, ko viņš ir saņēmis šeit uz vietas, ir pietiekami kvalitatīvs. Droši vien tas vistiešāk attiecas uz sekundāro veselības aprūpi, jo te ir runa tieši par speciālistiem un tāda līmeņa aprūpi.

Vai es pareizi saprotu, ka ar šiem “*outcome measures*” Jūs domājat tos rādītājus, ko izmanto dažādas iestādes, kas jau šobrīd mēra apmierinātību, bet šie “*outcome measures*” katrā iestādē ir atšķirīgi, vai Jūs domājat tos starptautiski noteiktos kritērijus?

Dalībnieks Nr.2. – “*Experience measures*” ir tas, ko šobrīd Latvijā mēra caur to SPKC lapu, kur var apskatīties dažādas slimnīcas un tas, ko viņi ievieš. “*Outcome measures*” ir tādas lietas, kas ir par konkrētām diagnozēm, par konkrētiem veselības rādītāju iznākumiem, vai tas pacients saņēma to medikamentu, vai tas medikaments nostrādāja, vai tā terapija bija pietiekami laba – tāda tipa rezultāti. Tas ir tas, ko pacients ne vienmēr var zināt profesionāli, kā tam būtu jābūt, bet arī tur viņa viedoklis būs svarīgs, jo viņš ir tas, kurš saņem šo terapiju, viņš ir tas, kurš pasaka, vai viņš ir vesels tai brīdī.

Mēs pie šī vēl atgriezīsimies, bet kā Jums šķiet?

Dalībnieks Nr.3. – Labdien! Stradiņa Slimnīca. Esmu lielas sekundārās veselības aprūpes iekšienē. Pilnīgi piekrītu abiem iepriekšējiem dalībniekiem, jā. Tas ir tas, ko es tieši gribēju teikt, ka mēs šobrīd ļoti daudz runājam par pacientu pieredzi, kas ir ļoti svarīga. Ir kritēriji, ir mērījumi, kā mēs dažādos līmeņos, dažādos veidos to nosakām, bet, ja mēs gribam par kvalitatīvu sekundāro veselības aprūpi runāt, tad tas ir kā Dalībnieks Nr. 1. teica, ka arī šobrīd jau šīs pacienta pieredzes institūcijas, tāda liela organizācija kā Amerikas Savienoto Valstu Berila institūts (*The Beryl Institute*) nu jau runā ne tikai par pacienta pieredzi, bet arī par darbinieku pieredzi. Te jau ir tas, ko mēs varam teikt, vai mēs varam ticēt pacienta teiktajam par to, kā viņš ir saņēmis aprūpi, ja ārsts saka pilnīgi pretējo. Tad jau arī Jūsu slaidos mēs redzam, kā pirmais lielais rādītājs ir pieejamība, kā otrs lielais rādītājs, tur tie procentiņi ir, ka šis pareizais pakalpojums ir pareizajā laikā. Ja šīs divas lietas būtu atrisinātas, tad principā visas pārējās lietas jau būtu ļoti pakārtotas - mēs būtu gan laipni, gan smaidīgi, mums atliktu laiks parādīt īsto kabinetu īstajā vietā. Viens – tā ir pieejamība, arī pareizais pakalpojums pareizā vietā. Pareiza sadarbība ar ģimenes ārstiem, sākt ar primārās aprūpes līmeni, reģionalizāciju - vispirms ir sekundārā veselības aprūpe reģionā, un tikai tad, kad tur tas ir izsmelts, kad pacients ir nopietns un smags, tikai tad viņš griežas universitātes līmeņa slimnīcās, nevis kā mums bieži sanāk, ka universitātes līmenī uzturēt hronisku pacientu aprūpi, piemēram, endokrinoloģijā,

oftalmoloģijā, kur tas nebūtu jādara. Mums Latvijā šie te pirmie līmeņi, kas ir “pieejamība pareizā laikā un vietā” īsti nav sakārtota, un tur tad veidojas tā darbinieku pieredze, pacientu pieredze. Tas ir pats galvenais, ja šīs te divas lielās lietas būtu sakārtotas, tad viss tālāk... Es saku, es ar to prezentāciju iepazīnos un skatījos, un taisni tā arī domāju – ja pie mums nāktu pareizie pacienti tādā apjomā, kādā mēs spējam viņus kvalitatīvi paņemt, neveidot tik lielas rindas, jo tās pamatlietas būtu nokopis reģions, kā tas ir visā Eiropā, Dienvideiropā, Ziemeļeiropā, Skandināvijā. Nu nekur pacienti nebraukā krustu šķērsu no Somijas dienvidiem uz ziemeļiem un otrādi kā pie mums. Manuprāt, tas daļēji risinātos, tad mēs varētu runāt par pārējiem kvalitātes kritērijiem.

Ja es pareizi saprotu, nokopt tās lietas, kur mēs zinām, ka ir problēmas un kas rada to neapmierinātību, un kā nākamais solis jau padziļinātāk analizēt tās dažādās nianšes un aspektus. Paldies par komentāru. Tāpat jau pacientu apmierinātības mērījumi – tas ir vērtīgi, kā jau kolēģi teica. Tas jau dod ieskatu tajā, kas notiek, kā pacients jūtas tai sistēmā. Te ir tas jautājums, kā aptauja liecina, tā ir tikai apmēram puse iestāžu, kas veic pacientu apmierinātības mērījumus. Jautājums ir tāds, kas tad īsti traucē? Kas varētu vairāk veicināt, lai šīs iestādes šo informāciju vairāk apkopotu? Vai tai būtu jābūt tikai iekšējai iestādes informācijai, vai būtu jāpaplašina šīs informācijas analizēšana arī valsts līmenī, arī NVD līmenī? Kāds ir Jūsu skatījums uz šo?

Dalībnieks Nr.4. – Vai es varētu? Es nevaru atrast rociņu! Pārstāvu Liepājas pašvaldību reģionu, ko te tikko pieminēja. Arī par to, ja reģions būtu nokopts, tad droši vien mūsu komentārs ir par to pieejamību – kvotas, kas ir par valsts apmaksājamiem pakalpojumiem. Reģioniem tās ir ārkārtīgi ierobežotas. Šogad mēs to izjūtam īpaši asi. Tā situācija labāka nepaliks, lai kā mēs censtos un kā mēs gribētu piesaistīt speciālistus. Pie šīs situācijas pat noturēt šo valsts apmaksāto speciālistu reģionā nevaram, jo kvotas praktiski tūlīt būs beigušās, lai kā mēs censtos un mēģinātu. Ir lietas, ko pašvaldība nevar izdarīt, pašvaldības kapitālsabiedrības to nevar, patiesībā arī valsts to nevar. Arī par to pacientu apmierinātību es pilnīgi pievienojos kolēģu teiktajam, mēs kā praktiķi, kas ar to ikdienā saskaramies, arī ar saņemtajām sūdzībām par kapitālsabiedrību darbu, nu tur bieži vien ir emocionālie faktori. Protams, izvērtēt to ārstniecības rezultātu – tas ir viens, bet pieredze ietver ne tikai ārstniecības rezultātu. Tur pievienota arī tā attieksme, gaidīšanas laiks... Nu tur ir ļoti daudz un dažādi faktori.

Tas viss pēc tam atsaucas uz kopējo apmierinātības mērījumu.

Dalībnieks Nr.4. – Jā, jā. Par to, ja sūdzība bieži vien ir no ārstniecības viedokļa nepamatota, varbūt no visa pārējā, mēs redzam pamatotību.

Dalībnieks Nr.5. – Labdien! Es par tām pacientu aptaujām. Slimnīcai šobrīd to SPKC organizē. Tur ir tās PREM aptaujas, kur tiek uzkrāta šī pacientu pieredze. Te tika pieminēti reģioni. Tur tā problēma ir tāda plašāka. Pirmkārt, tas ārstu sadalījums valstī ir nevienmērīgs. Salīdziniet, cik uz Rīgas simts tūkstošiem ir ārstu, cik ir reģionos. Tie skaitļi ir atšķirīgi. Ja finansējumu tāpat paanalizē, kā sadalās valstī, tad arī ir šīs te atšķirības. Tās kaut kādā mērā sakārtojot, tad arī Rīgas piektā līmeņa slimnīcās, cita veida pacienti nonāktu.

Paldies par komentāru. Vai būtu jēga veicināt, mudināt tomēr vairāk šīs veselības aprūpes iestādes apkopot pacientu apmierinātības rādītājus, jo šobrīd tas nenotiek pietiekami, jo tas ir lieki, kamēr mums ir tādas fundamentālas problēmas?

Dalībnieks Nr.5. – Nav lieki, kaut kas ir jādara. Protams, es piekrītu, ko iepriekšējie runātāji minēja, par to, ka kvalitāti var mērīt ne tikai ar pacienta apmierinātību. No otras puses tā

problēma parasti nav ārstniecības kvalitāte, bet tas, ka kaut kādu iemeslu dēļ pacientam nav izskaidrotas, elementāras lietas izstāstītas. Tas viņā rada to neapmierinātību, satraukumu. To jau mēs tikai caur šīm aptaujām varam. Cik es zinu par mūsu slimnīcu, mēs tādas veicam un veiksmi arī nākotnē. Tas ir svarīgi īstenībā - strādāt cilvēkiem.

Dalībnieks Nr.3. – Jā, par tām aptaujām, mēs arī kā slimnīca veicam šādas aptaujas. Tas noteikti ir rādītājs, ka mēs redzam, kā mūsu pacienti jūtas, bet no otras puses – mēs Latvijā bieži vien gribam iet to vienkāršāko ceļu, jo uztaisīt to aptauju jau nav sevišķi sarežģīti. Ja man ir deviņpadsmit centi makā, es viņus varu katru dienu pārskaitīt un pāraptaujāt, bet viņi, kā deviņpadsmit ir, tā ir, ja es neko nedaru lietas labā, lai man būtu divdesmit, divdesmit viens, divdesmit divi. Es atkal atgriežos pie tā, ka mums būtu jāsaspringst, jādara tās pamatlietas, lai cik viņas grūti ir, lai igauņu kolēģiem nav jāfotografējas ar manām māsiņām, kuras **joprojām nēsājas ar papīra ambulatorajām kartēm**. Tie nav Anglijas vai Francijas mediķi, tie ir Ziemeļigaunijas mediķi. To mēs gadiem Latvijā nevaram. Tas varbūt ir tāds skarbs piemērs, bet **aptaujas ir vajadzīgas** – tas ir labi. Pamatā mums ir jādara lielās lietas, tad, protams, paralēli aptaujas un tad skatīties, kas tad no tā mums iet vai neiet no pacientu skata viedokļa.

Tās aptaujas, ko Jūs veicat, paliek tikai Jūs rīcībā? Tā neiet uz āru nekur?

Dalībnieks Nr.3. – Nu, laikam nē, tikai to, kas iet caur SPKC. Principā mūsu rīcībā, jā.

Prieks, ka tas tiek izmantots. Tas ir ļoti, ļoti jauki!

Dalībnieks Nr.2. – Man tāds neliels padoms. Kādreiz es strādāju lielā bankā un biju atbildīga par klientu pētījumu veikšanu un rezultātu ieviešanu dzīvē. Principā es kā pētniece, es nebiju valdes locekle, bet es visu laiku sēdēju valdes sapulcēs un nepārtraukti nesu *customer insights* uz valdi, jo viņiem bija ārkārtīgi svarīgi, kā jūtas viņu klienti. Manuprāt, arī šeit tas komentārs par to, ka mēs uztaisām pētījumu un tie rezultāti tur paliek, tas nav konkrētās nodaļas vai cilvēka pārziņā. Šim cilvēkam ir jāspēj pārliecināt valdi, lai spētu ieviest izmaiņas, kas uzlabos pacientu apkalpošanu konkrētajos gadījumos. Tur jau arī no klientu apkalpošanas viedokļa ir ārkārtīgi svarīgi - tev ir trīs līmeņu *feedback*, piemēram, ir kaut kādas steidzamas situācijas, kas ir momentā jārisina, bet ir tādas, kas ir sistēmiskas, kuras tu nevari izmainīt vienā dienā, bet ir tādas, ko var izmainīt ar vienu zvanu. Es absolūti nepiekrītu, ka no pacientu aptaujām nav iespējams izvilkēt arī iespējamus risinājumus kā pārtaisīt procesus, lai būtu apmierināti ne tikai pacienti, bet arī ārsti, kas strādā ar šiem cilvēkiem.

Varbūt ir kaut kāda iespēja labāk samērot tos indikatorus, to izpratni, kas ir pacientiem ar tiem "outcome" mērījumiem, ko Jūs minējāt?

Dalībnieks Nr.2. – Mēs tikai mācāmies runāt. Pirms pāris dienām Apvienoto Nāciju Organizācija pieņēma rezolūciju, kas nozīmē, ka visās valstīs pacientu viedoklis ir jāņem vērā, ka viņi ir jāiesaista ne tikai nacionālo politiku veidošanā, bet droši vien arī tādās lietās, kas ietver ikdienas pārvaldību. Es domāju, ka **katra slimnīca var izveidot padomi, izvēlēties kādu pacientu pārstāvi, kas var palīdzēt šos risinājumus uzlabot**. Nu tā, ka nevar būt tā, ka šī slimnīca vai poliklīnika viena pati mēģina atrast risinājumus. Ir jāveido dialogs ar pretējo pusi. Viens no variantiem – tās aptaujas, bet tai pašā laikā ir svarīgi runāt ar tiem cilvēkiem, kas ir otrā pusē, lai validētu tos rezultātus, prasītu viņiem, kaut kādas idejas, kā varētu uzlabot procesu, par ko cilvēki sūdzas, kas viņiem nepatīk. Tās lielās tendences jau vienmēr var nokopt un uztaisīt, lai ir daudz labāk un ērtāk visiem strādāt, tādā veidā iekonomējot naudu un citus resursus.

Pacientu organizācijas vairāk iesaistīt un ar tām diskutēt?

Dalībnieks Nr.2. – Tas, protams, būtu mans sapnis, bet es saprotu, ka ar to vēl ir diezgan tāls ceļš ejams.

Vēl, kas bija interesantie aspekti, kas attiecas uz nevienlīdzību veselības aprūpē. Man liekas, ka te jau minēja, ka notiek šī pārslodze, jo cilvēki no reģioniem brauc uz Rīgu, arī šī līmeņošana nestrādā tik ļoti labi, kā varētu. Mēs arī aptaujā redzam vienu no iemesliem, ka puse aptaujāto iedzīvotāju uzskata, ka speciālistiem Rīgā ir daudz labāka kvalifikācija un iespējas nekā reģionos. Protams, tas mudina, tad kad vajag un tad kad nevajag doties pie ārsta uz Rīgu. Vēl ir būtiski tas, ka puse uzskata, ka pie privāti apmaksātiem veselības aprūpes speciālistiem iespējams iegūt augstākas kvalitātes pakalpojumus. Tas ir tā interesanti, jo lielā daļā gadījumu tas pats speciālists sniedz pakalpojumus par maksu un arī par valsts līdzekļiem. Man ir tāds jautājums, kāda ir Jūsu reakcija uz šo? Vai Jūs redzat kādu risinājumu šai situācijai, kā celt reģionu slimnīcu prestižu? Vai arī vairāk runāt par to, ka vairāk jāizmanto tās iespējas tur, kur viņas ir, ka arī valsts speciālists ir pietiekami labs un nav sliktāks par privāto? Ko mēs varam darīt ar šo situāciju?

Dalībnieks Nr.2. – Tas, kā es to redzu. Mēs kaut kad jau ministrijā esam runājuši par **kvalitātes kritērijiem, kas ir jāievieš visā valstī**, jo arī šobrīd no pacientiem visapkārt var dzirdēt, ka viņi ir veikuši kādu izmeklējumu kādā reģionālā slimnīcā un tas speciālists, pie kura viņš bija atnācis neatzīst tos izmeklējumus, kas ir bijuši, jo slikts aparāts vai tas cilvēks, kas to ir veicis, nav pietiekami labi kvalificēts.

Tieši tā arī pasaka, ka neuzticas tam speciālistam?

Dalībnieks Nr.2. – Mēs pacientu organizācijās esam tie cilvēki, kas strādā ar cilvēkiem, kam ir hroniskas slimības un tie cilvēki, kas ir mūsu redzeslokā ir tie, kas regulāri iet pie ārstiem. Tajās aptaujās, vai visur tur, kur mēs runājam ar pacientiem, tā mēdz būt, ka viņi neuzticas kaut kādu analīžu izmeklējumu rezultātiem. Tas nav sistemātiski, nav ļoti daudz, bet, ja pacientam tā pasaka, ja cilvēkam ir bijusi slikta pieredze, tad viņš to pastāsta vismaz vēl desmit cilvēkiem tālāk. No tā rodas šis te priekšstats, ka reģionos ir sliktāka apkalpošana. Ja nav šie caurspīdīgie kvalitātes kritēriji, slimnīcām tur kaut kādas zvaigznītes par apkalpošanu, par ārstiem, kas ir gudrāki vienā, otrā tēmā, mēs kā pacienti nevaram zināt, kurš tad tai reģionā ir tas kompetentākais ārsts, pie kā vērsties.

Kā Jūs domājat tās zvaigznītes par apkalpošanu?

Dalībnieks Nr.2. – Tas ir tas pats, ko taista tie PREM pētījumi. Ja viņiem ir publiski, tur taču var visu laiku to izmantot mārketingā, palielīties – paskatīties, mums uzlabojas klientu apkalpošana, tur ir tāds un tāds indikators par tik un tik procentiem – veikt to **sociālo mārketingu**, lai arī tie cilvēki vairāk uzticētos. Es saprotu, ka slimnīcām puse no cilvēkiem, kas nāk, ir gados vecāki cilvēki, kas nelieto sociālos tīklus, bet ir jau arī cita mērķauditorija, pārlicināt to, kas seko. Manuprāt, Bērnu slimnīca un Austrumu slimnīca ir tās, kas visu laiku liek pozitīvās atsauksmes no klientiem savos sociālajos tīklos. Tas jau arī uzlabo šo uzticamību slimnīcai. Mēs jau kā pacienti esam spiesti iet tur, kur ir īsākā rinda. Par to, ka pie maksas speciālista var tikt ātrāk, tas arī sen vairs nav taisnība. Jau kādus divus gadus tur arī nav īsākas rindas.

Dalībnieks Nr.1. – Man vairāk tas komentārs par to redzējumu, ka pie privāti apmaksātā aprūpes speciālista ir augstāks kvalitātes pakalpojums. Te jau tas pakalpojums veidojas no vairākām komponentēm. Viens ir tas, ka mēs nošķiram to speciālista profesionalitāti, kompetenci, bet te arī ir tas, ko mēs iepriekš runājām, par to, ka viņš bija pieejams, ka ilgāk

veltīja viņam laiku, ieklausījās, nekas viņu tur netraucēja – tas viss pakalpojuma sniegšanas process. Tur ir skaidrs, ka ļoti daudz cilvēku priekšroku dod, vismaz viņi to sagaida no šīs privāti apmaksātās medicīnas. Tur ir vairāki komponenti, tas ir neviennozīmīgi izšķirami manā skatījumā.

Vai tā arī varētu būt, ka ārsts strādājot privāti, pieņemot privāti maksas pacientus, sniedz augstāku kvalitāti?

Dalībnieks Nr.4. – Es atkal par to maksas un valsts apmaksājamiem pakalpojumiem. Tā atkal ir emocionāla uztvere ļoti daudzos gadījumos. Padomājam, kad mēs aizejam pie maksas speciālista, kas arī mums maksā desmit reizi vairāk nekā valsts apmaksātais pakalpojums, visbiežāk, ka tā arī ir, ka šis ārsts ir rūpīgāks, ka velta vairāk laika. Šis personiskās pieredzes ir tādas, ka privātais ārsts tevi izmeklē rūpīgāk, velta vairāk laika. Valsts apmaksātajā pakalpojumā tā kustība ir daudz straujāka, ātrāka. Mēs zinām, ka tās konsultācijas mēdz būt īsākas. Tas atkal ir stāsts par emocionālo pieredzi no privātās klīnikas, kur ir tas vizuālais, gan attieksmes ziņā, kas ļoti ievērojami atšķiras no valsts un pašvaldību kapitālsabiedrībām, kuriem to resursu tam ārējam skatam un visam kopumam ir ieguldīti mazāk. Attiecīgi tāpēc, ka tas ir valsts apmaksātais pamatpakalpojums, iegūt privātklīnikas skatu, visas ekstrās, mēs nevaram. Es piekrītu, ka tie ir dažādi faktori, kas rada mums šo apmierinātību par saņemto pakalpojumu. Par to kvalifikāciju gan, mūsu valstī visi ārsti iegūst vienādu kvalifikāciju. Nevar tā vispārināt, ka Rīgā ir labāki speciālisti, reģionos nē.

Jūsu skatījumā tas ir absolūts stereotips?

Dalībnieks Nr.4. – Tas tiek veicināts. Tas tiek dzirdēts arī no jauno ārstu puses, ka reģionos... Nu varbūt tas ir saistīts ar to, ka specifiskākie gadījumi reģionos nonāks Rīgā, tas ir skaidrs. Tie sarežģītākie, kompleksākie gadījumi aizies tālāk uz augstāka līmeņa slimnīcām, universitātes slimnīcām. Ja par ambulatoro sektoru mēs koncentrējamies, tad varbūt arī pie speciālistiem, kas strādā ar šādiem sarežģītākiem gadījumiem. Iespējams, ka tā ir viena daļa no tā, ka reģionā viena no pamatlīmeņa nevarētu teikt, ka ir atšķirīga, bet atkal jau ārsti atšķiras, pieredze atšķiras. Tur ir jāiet dziļāk un jāskatās katru konkrētu gadījumu atsevišķi.

Jā, interesanti, varbūt tāpēc, ka Rīgā var dabūt kaut kādus specializētos pakalpojumus, kas, protams, ir tie TOP pakalpojumi, kas uzreiz atstarojas uz pārējiem priekšstatiem, ka arī citi speciālisti nav tik kvalitatīvi kā tie, kas ir Rīgā.

Dalībnieks Nr.4. – Izglītību valstī visi ārsti iegūst vienādu.

Dalībnieks Nr.3. – Jā, tieši tā jau arī ir. Ja mēs reģionalizējam, tad pirmais, ar ko pacients satiekas, ir ģimenes ārsts, tad tālāk ar reģiona speciālistu. Ja tur ir sarežģīts gadījums, tad ir pilnīgi loģiski un pareizi, ka sūta tālāk uz nākamā līmeņa stacionāro vai ambulatoro palīdzību. Varbūt tāpēc pacientiem tā liekas, ka Rīgā – nu, jā, tur ir tās universitātes slimnīcas – Bērnu slimnīca, RAKUS, Stradiņi. Varbūt tāpēc rodas tāds ne gluži stereotips, bet tā kā mīts, kas varbūt ir daļēji pareizs. Tā jau arī ir, ka katrs strādā savā līmenī. Ja katrs to savu darbiņu izdara, tad tas ir ļoti, ļoti labi, tad nevajadzētu būt šīm gaidīšanas rindām. Tas ir tas, ko es ļoti, ļoti ceru, ka visas šīs diskusijas ar laiku novedīs tur, kur jau vecā Eiropa ir nonākusi un ne tikai vecā Eiropa. Privāts un valsts, Jūs jau teicāt, ka tie paši ārsti, kas strādā kā valsts ārsti, viņiem vakaros ir savas privātprakses un tas ir tas, ko te jau teica – **privātpraksēs bieži vien pacienti aiziet ar vienkāršākām problēmām**, jo tad, kad viņam šī veselība jau ir saasinājusies tik tālu, ka ir padziļināta ārstēšana nepieciešama, viņš jau vairs to privāti, protams, ne visi, bet liela daļa to vairs nevar atļauties. Ir jau tā, ka ar tiem vienkāršākiem gadījumiem tiek galā privātais sektors,

bet tie smagie atnāk atkal uz universitāti ar ambulatorām kartiņām divu sējumu biežumā. Tur atkal tie laiki, tur tas pakalpojums neliekas tik pievilcīgs, jo ārstam ir jāiedziļinās ilgāk.

Dalībnieks Nr.6. – Es arī piekrītu visam iepriekš minētajam. Tas skaidrojums ir gana komplekss, bet klausoties man šķiet, ka ļoti skaisti skan – valsts apmaksāti pakalpojumi, bet bieži vien pacientiem šie pakalpojumi ir par brīvu. Tas, kas ir par brīvu, varbūt nav tik vērtīgs, kā tas, par ko es samaksāju. Iespējams, ka tā arī ir viena no lietām, kas noteikti nosaka šo te skatījumu. Kā jūs minējāt, ja pats ārsts man pateica, to pašu padomu man deva, vai nozīmēja man to pašu ārstēšanu par brīvu, tad tas padoms bija mazāk vērtīgs, kā tad, ja es aizgāju un samaksāju par to lielu naudu.

Jā, kaut kur stāstīja, ka pacienti neierodas uz valsts apmaksātām vizītēm biežāk nekā uz privātām.

Dalībnieks Nr.7. – Es tādu mazu repliku, ja var izteikt, tad principā mēs, protams, varam runāt par šiem te tarifiem, kas atšķiras maksas sektorā un privātajā sektorā, bet es negribētu piekrist tam vai teikt, ka ārsti tā dara, ka, ja viens ārsts ir piekritis sniegt gan maksas plūsmas konsultācijas, gan valsts apmaksātās, ka šāda iemesla dēļ ir kaut kāda starpība, ka, ja ir atšķirība ārsta cenā, tad ārsts izturēsies paviršāk pret pacientu. Es gribētu domāt, ka tā nav.

Vai ir tā, kā te minēja, ka dažkārt maksa speciālistiem ir garāks vizītes laiks, ka tas arī varētu noteikt to atšķirību?

Dalībnieks Nr.7. – Tur ir jāskatās, bet principā arī valsts apmaksātajā laikā, ko mēs skatāmies, arī pētot datus, tad redzam, skatoties šīs te dienā pieņemtās vizītes, ja mēs esam ierēķinājuši trīsdesmit minūtes, tas šobrīd ir kā piemērs, tad tiek pieņemts daudz lielāks stundu skaits nekā dienā, bet tie ir atsevišķi gadījumi. Protams, par to var diskutēt, bet es negribētu vispārināt. Latvija ir diezgan maza, arī ārsti, kas veic šo pieņemšanu konsultācijas rīkā daudzos gadījumos, pieņemsim, Jelgavā, Liepājā notiek šī te izbraukāšana.

Dalībnieks Nr.5. – Par to konsultāciju ilgumu - tas jau automātiski neattiecas tikai uz valsts apmaksātajiem. Tas vairāk no konkrētiem ārstiem ir atkarīgs, kuram ir vēlme īsākā laikā to pašu, jo ieguvējs jau abos gadījumos... Es teikšu tā, mazliet nohaltūrēt un īsākā laikā, tas nav saistīts ar valsts apmaksāto. Tikpat labi ir dzirdēts, ka par maksu arī tā var notikt un notiek kādreiz.

Kā jau te teica, vienkārši viņiem nonāk vienkāršāki gadījumi. Iemesli ir ļoti plaši. Ejam pie nākamā. Mums iedzīvotāju aptaujā parādās, ka ļoti bieži iedzīvotāji, kas netiek pie speciālista laikus, viņi konsultējas par konkrēto problēmu ar aptiekāru. Vai mums būtu kaut kas jādara šai sakarā? Vai būtu jāriko padziļinātas aptiekāru apmācības, instruēšana – neuzņemties vairāk, nekā Jums ir zināšanu. Vai tas prasa kaut kādu papildu rīcību, vai ir Ok?

Dalībnieks Nr.2. – Tas ir tas, par ko Farmaceitu biedrība visu laiku runā, ka viņiem ir nepieciešams tāds pakalpojums kā **farmaceitiskā aprūpe**. Kad cilvēki pie viņiem nāk, viņi varētu sīkāk paskaidrot par zāļu lietošanu, pārbaudītu, lai cilvēki nelieto vairākas zāles vienlaikus, lai labāk viņas savā starpā iedarbotos. To garo rindu dēļ cilvēki ir spiesti prasīt padomu aptiekā. Mēs katrs, kad mums ir saaukstēšanās, mēs vispirms ejam uz aptieku, tikai tad pie ārsta.

Kas ir tā farmaceitiskā aprūpe?

Dalībnieks Nr.1. – Es detalizēti nevarēšu pastāstīt, bet es droši varu apgalvot, ka farmaceitu izglītības programmā šis aspekts par farmaceitisko aprūpi ir iekļauts. Tas ietver sevī

konsultēšanu tam klientam, kas uz to aptieku ir atnācis, bet es gribētu ticēt, ka viņi to stingri dara savu kompetenču robežās. Es domāju, ka tas ir tāds izglītības fokuss – neuzņemties atbildību vairāk, nekā ir tā viņu kompetence. Manuprāt, tas arī ietver to, ka viņi rekomendēs konsultēties ar ārstu, bet šis cilvēks būs saņēmis šo sarunu, šo sajūtu, ka viņa problēma ir uzklaušīta no veselības aprūpes speciālista puses, ka ir sniegts kaut kāds atbalsts. Ja tas tiek darīts tādā adekvātā, kompetentā veidā, tad es domāju, ka tas ir labi, jo viņi veic tādu kā bufera darbu. Viņi varbūt arī iedrošina un novirza šo cilvēku gadījumos, ja viņš vēl nav gatavs, nav nobriedis iet pie tā ārsta.

Es domāju, cik lielā mērā viņi patiešām atbildīgi to dara? Man pašai ir nācies būt daudz aptiekās, konsultēties, bet es nekad neesmu dzirdējusi, ka aptiekārs teiktu – nē, ziniet, es uz šo jums nevaru atbildēt, Jums ir jāiet pie ārsta konsultēties. Vienmēr aptiekārs kaut ko pārdos, kaut ko iedos. Vai mēs varam teikt, ka tur viss ir kārtībā, tur nav vajadzīga papildus rīcība? Vai tomēr kaut kas ir vajadzīgs?

Dalībnieks Nr.1. – Ziniet, mani, piemēram, ieinteresēja tas, ka mēs skatāmies ar veselības informāciju saistītus portālus, dažādus izdevumus, ka ir veikti pētījumi, ka viņi tagad izglītos sabiedrību. Es apskatos, kas to ir veicis un rekomendācijas sniedz farmaceits. Respektīvi, viņi tātad iet plašumā. Viņi acīmredzot izmanto to nišu uz to pašu sabiedrības veselības veicināšanu vai veselības pratību. Ja tas notiek zinātniski pamatotā, kompetentā veidā, tad es laikam draudus nesaskatu, tai pašā laikā tam būtu jāiekļaujas kopējā veselības aprūpes ainavā.

Dalībnieks Nr.4. – Es mazliet papētīju par šo farmaceitu lomu. Pagājušā gada nogalē ārstniecības likumā farmaceita loma ir tāda diezgan paplašināta. Viņi būtībā ir sadarbībā ar ārstniecības personām, kur jāveido multidisciplināra komanda, piedaloties pacientu farmakoterapeitiskā plāna izstrādē. Par to, vai tas dzīvē tā darbojas, es nezinu. Varbūt man kāds var palīdzēt saprast, vai tas darbojas, vai nedarbojas, jo mūsu pieredze ir – jā, mēs varam aiziet uz aptieku, kā uz pirmo tādu punktu, bet tas, ko mēs varam dabūt, ja man nav receptes, tad es varu dabūt bezrecepšu medikamentu, kaut kādām primārām vajadzībām. Tālāk jau bez speciālista es jau tāpat pie tā medikamenta, kas man ir nepieciešams, netieku. Tad ir jautājums, vai tiešām šāda komanda strādā. Nezinu!

Dalībnieks Nr.8. – Labdien! Šobrīd ir tā, ka veselības aprūpes sistēmā tiek pārskatītas lomas, gan tas, kas attiecas uz mūsu lomu veselības aprūpes sistēmā, gan arī uz farmaceita lomu. Mēs nesam bijām aicināti Veselības ministrijā uz diskusiju par šīm te lomām, kā viņas paplašināt, kā viņas sadalīt šo speciālistu starpā, ne tikai māsas, farmaceiti, bet arī vecmātes un vēl virkni šo speciālistu. Tas, ko es klausos šodien - mēs te ļoti spēlējami ar to, ka kāds, kaut kur, kaut ko teica, kādam liekas, ka tā ir. Līdzīgi ir farmaceitiem, kas spēlē no otras puses. Arī Veselības ministrijā izskanēja tas apgalvojums, ka ārsti nepareizas receptes izraksta, domājot ar to, ka nepareizo medikamentu, ne tās zāles, tad te ir tas precedents, ka tas ir ļoti, ļoti nepareizi, uz ko mēs ejam, ka mēs **konfrontējam dažādas jomas speciālistus vienu pret otru**. Nu tā nevajadzētu. Tur ir jāveic kaut kas nopietnāks. Tas, ko es arī iepriekš klausījos, par to noslodzi un visu pārējo, tad faktiski šobrīd ir pētījumi, klausoties šodien studentus, ir pētījumi, kas apgalvo pavisam citu skatupunktu, nevis tādu, kādu mēs esam pieņēmuši. Acīmredzot ir dziļāk jāskatās.

Ko Jūs domājāt ar šo citu skatupunktu?

Dalībnieks Nr.8. – Par ko es runāju? Man pārtrūka stīga.

Nu, ja atcerēsieties, tad pateiksiet.

Dalībnieks Nr.8. – Bet tas ir tas, ko es klausoties sapratu, ka mēs viens pret otru ļoti, tas nav īsti pareizi. To vajag skatīties tā konceptuāli.

Arī ārsts pret ārstu, kā te pirms tam izskanēja, ka ārsts neuzticas cita ārsta izmeklējumiem.

Dalībnieks Nr.8. – Tā diemžēl ir. To es pati kā pacients arī esmu dzirdējusi. Tas mani, protams, izbrīnīja, bet tā, ka to attiecināt uz visiem, tas nav īsti pareizi.

Man prieks par iepriekš minētām starpdisciplinārām komandām ar farmaceitu, jo tas arī palielinās to kvalitāti, kopdarbu.

Dalībnieks Nr.6. – Es esmu fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsts. Es skaitos speciālists. Ir diezgan liels sarūgtinājums. Tajā brīdī, kad manā kabinetā nāk pacienti, kuri ir ilgstoši stāvējuši rindā pie speciālista un es saprotu, ka es arī varu viņiem šo informāciju dot, bet varēja arī zemāka līmeņa vai pieejamāki speciālisti vai jebkurš cits, kas varētu viņam viņu iedot ātrāk, tas būtu daudz efektīvāk, tas neradītu lieku rindu un es tikmēr varētu pieņemt pacientus, kuri gūs reālu labumu no manas ekspertīzes. Tas liek par lietām padomāt. Šajā kontekstā es domāju, ka ir iespējams, kā jau te minēja, ka tai sadarbībai būtu jāiet arī no speciālistu puses. Iespējams, ka **speciālisti arī var nodrošināt informāciju sabiedrības izglītošanai**, dot izglītošanas materiālus vai kaut kādā citā veidā nodot to informāciju, kas novirzītu pacientus no viņa kabineta, kuri tur arī varētu nebūt, kuriem var palīdzēt citādāk, daudz efektīvākā veidā un bez lieka resursu patēriņa.

Dalībnieks Nr.9. – Mani pamodināja šajā diskusijā tas, ka pieminēja šīs jaunās lomas un paplašinātās jomas. Par farmaceitiem, kas sniedz padomus. Es tomēr atbalstu bažas, ka aptieka tomēr ir tā vieta, kur viss beidzas ar nopirkto medikamentu vai uztura bagātinātāju savas problēmas risinājumam. Savukārt problēmas visbiežāk ir hroniskas, ar dzīvesveidu saistītas un tā tālāk. Man lielas bažas būtu, ja mēs stipri paplašinātu šajā iestādēs sniegtās veselības aprūpes padomu vērtību. Tas, kas mani pa īstam pamodināja, tā **māsu lomas paplašināšana**. Es uzskatu, ka šī ir joma, ko mēs šajā valstī vēl varam, ko mums noteikti vēl vajag attīstīt visos veidos, panākt to, ka šie pienākumi tiek atdoti, nodoti, es negribētu teikt, ka zemāk kvalificētam, bet tomēr cita līmeņa speciālistam, kas varētu atbrīvot augstāka līmeņa speciālistu darbam, kas ir vajadzīgs. Tās ir māsu jaunas lomas, bet mani mulsina un bažas rada tas, ka to caur universitātēm sagatavotu vēl augstāka līmeņa māsas, kas ierobežotām populācijām izrakstīs medikamentus vai vēl kaut ko. Es vairāk redzu, ka tās būtu konkrētās darbavietās, konkrētā vidē, kur ārsti redz, ārsti piekrīt šo lomu nodošanai māsām. Varbūt tām nav jābūt māsām, varbūt tas var būt cita veida asistents. Savukārt, bija viens jautājums, ko darītu, ja iedotu simts miljonus, tad tieši šīm jaunām lomām ir vajadzīga papildus nauda, jo ārstu puse nekad brīvprātīgi neatdos savus darbus mazāk apmaksātām māsām vai asistentiem, ja viņi zaudēs ienākumus. Sekundārajā ambulatorajā aprūpē mums pamatā ir *Fee-for-service* samaksa par padarītajiem darbiņiem. Ja kādu darbiņu vai darba daļu atdod kādam citam, tad tai naudai būtu jāseko līdzī tam citam. Līdz ar to ārstu pusē nevajadzētu samazināt ienākumus, bet attiecīgi apmaksāt šo māsu un asistentu pusi par papildu līdzekļiem. Protams, paralēli veikt šo milzīgo darbu ar pārliecināšanu, vēlreiz saku, ka no Ārstu asociācijas, kas visā pasaulē iebilst pret šo *task shifting*, ka to nevajadzētu darīt. Tajās valstīs, kur tas ir noticis, daudz bagātākās valstīs kā Holandē, Lielbritānijā, tur tās māsas dara to darbu, ko līdz šim darīja ārsti, un visi ir laimīgi. Beigu beigās ārstiem paliek vairāk laika komplikētākiem gadījumiem, māsām parādījās profesionālās karjeras izaugsmes iespējas, profesija kļūst pievilcīgāka. Ne jau visām māsām gribas un vajag to karjeru, bet kādiem desmit procentiem populācijas būtu garlaicīgi nemainot to darbu.

Tur nevajadzētu papildu apmācību māsām universitātēs, kā Jūs teicāt, bet no darba vietas virzīt un apmācīt?

Dalībnieks Nr.9. – Ļoti uzmanīgi, jo tas ir vēl viens, divi gadi pavadīti universitātes solā, atrauti no klīnikas, no prakses. Es būtu diezgan skeptisks, es arī kā ārsts domāju - es esmu ķirurgs, un man ir pēcoperācijas pacients sekundārā ambulatorā aprūpē, kas pusgadu velkas aiz manis, ko es vēl varu pakonsultēt. Vai es ņemšu svešu māsu, kura būs kaut kādu grādu dabūjusi, vai es pats apmācīšu vienu māsu, kas manis operētos pacientus menedžēs nākamo pusgadu pēc tam, kad viņi ir izrakstījušies. Otrkārt, ārsts vairāk uzticēsies tai videi, kur tā izglītība, kur tās iemaņas rodas.

Dalībnieks Nr.8. – Nu īstenībā Latvijā māsas šobrīd tiecas uz Eiropas līmeņa izglītību. Nākamā līmeņa māsas ir arī Eiropā. Tās ir tās rekomendācijas, ko mums Eiropas Māsu federācija sniedza. Tās ir tās iezīmes. Protams, tas, ko es šobrīd aicinu mūs visus, ja ir interese, pārlasīt jauno māsas profesijas, pat ne jauno, profesijas standartu. Īstenībā profesijas standartā ir ļoti daudz lietas, paredzētas jau šobrīd, ko mēs neizmantojam šobrīd praksē. Mums ir acīmredzot vēsturiski iesakņojušies stereotipi, kur mēs redzam, māsas pildot tikai kaut kādu konkrētu funkciju, nevis to, ka māsa var strādāt ar pacientu un sniegt šo te uz cilvēku centrēto aprūpi, kas ir ļoti būtiski. Mēs to kaut kā vēl nespējam pieņemt, līdz ar to ir tā vēsturiskā iezīme vēl aizvien diemžēl.

Varbūt kaut kā sistēmiski var mēģināt mainīt no augšas?

Dalībnieks Nr.8. – Grūti pateikt, jo arī tas, ko mēs slimnīcās mēģinām runāt, stāstīt par to, ka māsas patiešām vairāk var darīt, bet ir ļoti grūti pieņemt, un tas ir no darba devēja, no struktūrvienības vadītāja. Te ir jāmaina tā domāšana visiem kopā sabiedrībā arī.

Dalībnieks Nr.3. – Jā, principā pilnībā atbalstu visu iepriekš teikto. Ne tikai atbalstu, bet mēs Stradiņa slimnīcā to darām, jo principā šobrīd māsu izglītība jau ir universitātes līmeņa izglītība. Māsām ir laba izglītība, tālāk jau, kā mēs paši šo darbu organizējam. No valsts nāk pretī un valsts apmaksā pastāvīgi māsas darbu kā diabēta apmācības māsu, kā hroniski obstruktīvo plaušu slimību kabinetmāsu. Jau kā nākamo sadarbībā ar NVD, uz nākamo gadu paredzam pastāvīgu finansējumu iekaisīgo zarnu slimību kabinetmāsei. Tas nozīmē, ka **māsa patstāvīgi strādā komandā ar attiecīgo specialitāšu ārstiem gan konsultējot pacientus, gan veicot aprūpi.** Es nezinu, vai šī ir šīs diskusijas sadaļa, bet tas, ka māsas ir jāiesaista arvien vairāk. Un tieši, kā jau te teica, man nevajag no universitātes paņemt tikko ar augstu izglītību māsu. Jā, viss ir ļoti labi, ja viņa tāda ir, bet pamatā jau viņas mums jau ir tādas. Mēs no sava vidus apmācām. Tāpat arī mūsu ķirurgi uztic savus pacientus savām māsām. Tikko mums šādu māsu izveidoja asinsvadu ķirurgi, kur māsas patstāvīgi strādā ar pletizmogrāfa aparātu, veic izmeklējumus un seko līdzī pēcooperāciju pacientiem. Tas ir ļoti, ļoti no iestādēm atkarīgs. Ja iestādes ir gatavas un ārsti ir gatavi ar savām māsām sadarboties, tas ir milzu resurss.

Liels atspaidis ārstiem.

Dalībnieks Nr.8. – Paldies par Stradiņa slimnīcas pieredzi. Tā tik tiešām notiek gan Stradiņos, gan RAKUS. Jā, tās ir slimnīcās kabinetu māsas, kas nodrošina specifisku pacientu aprūpi. Tā lielākā sāpe, kas mums ir valstī, ka ir tas pārrāvums, kad pacients dodas mājās pie ģimenes ārsta, tad, kas tur notiek. Tā ir tā lielākā problēma un sāpe. **Kā sasaistīt šo slimnīcas etapu kopā ar to primāro veselības aprūpi.** Bieži vien ir tā, ka tam pacientam nemaz līdz tai slimnīcai nebūtu jānonāk, ja tur uz vietas būtu uz cilvēku centrēta aprūpe.

Tas bija tieši tas, kas parādījās pie šiem kvalitātes kritērijiem. Mēs mazliet lēkām pa tēmām, bet tas viss ir Ok. Par šīm māsām vēlreiz runājot, ļoti daudz kur tiek minēts, ka

māsu trūkums arī ir ļoti liela problēma. Vai būtu māsas, kurām šos pienākumus uzticēt? Kur tad ir šī šaurā vieta, vai tie ir ārsti, vai tās ir māsas, vai tas ir sastrēgums abās pusēs?

Dalībnieks Nr.8. – Veselības aprūpē mums vispār pietrūkst strādājošo. Es teiktu, ne tikai veselības aprūpē strādājošo. Tas būs un būs vēl vairāk. Te uzreiz ir jautājums par to kvalitāti. Ja tā māsa, kas strādā ģimenes ārsta praksē, ja viņai ir lielākas šīs kompetences, plašākas kompetences, tad viņa var jēgpilni strādāt, nevis tās dažas lietas, kas viņai šobrīd tiek uzticētas. Jau pilnīgi citā līmenī. Ir tas, ko mēs redzam, varbūt tas kādam šobrīd nepatiks, ko es saku, bet ir mums tāds resurss kā ārstu palīgi, kas ir pilnīgi cita profesija nekā māsas. Bieži to grib sasaistīt kopā, bet tās ir divas atšķirīgas profesijas, katra ar savām kompetencēm, darbībām. Lielais vairums no ārstu palīgiem ir ieguvuši divas izglītības. Viena no tām ir māsas izglītība. Varbūt viņi varētu atgriezties šajā māsas praksē, strādāt un veikt šos pienākumus.

Bet šo māsu pašu ļoti trūkst, līdz ar to, vai tas ir risinājums?

Dalībnieks Nr.8. – Jā, bet tādā veidā mēs vismaz to profesiju radīsim pievilcīgu, ja viņa būs interesantāka. Mēs gribam virzīt arī to, lai māsas piedalās pētniecībā, kas ir ļoti būtiski un svarīgi. Tas ir viens no tiem aspektiem, ka darbs nebūs tik vienmuļš, bet es ar savu pieredzi varēšu darīt pieejamu arī citiem.

Dalībnieks Nr.4. – Es gan ne par māsām, bet par to, ka pacients iznāk no slimnīcas, es runāju par ambulatoro sektoru, viņš nonāk pie ģimenes ārsta un tad sākas maldīšanās par to, kā nokļūt pie ambulatorā speciālista, kas viņu varētu konsultēt. Pacientu cauri veselības sistēmai vajadzētu virzīt speciālistam, tad varbūt nebūtu šī rakstīšanās dažādās Latvijas vietās, dažādos laikos. **Bieži vien šīs rindas ir arī mākslīgas, jo cilvēks ir sarakstījies vairākās vietās un gaida, kur viņš tiks.** Iespējams, ja mēs būtu sakārtojuši **pacienta virzību caur veselības aprūpes sistēmai** pēc stacionāra uz ambulatoro, tad arī tur varbūt mēs atrisinātu daļu no šīs gaidīšanas.

Nākamais jautājums ir par citiem kvalitātes aspektiem. Vai būtu iespējams plašāk praktizēt mērķu uzstādīšanu, lai noteiktu, cik sekmīgs bijis ārstēšanās rezultāts? Te jau iepriekš bija par tiem “outcome” indikatoriem, kas ir izmantojami, bet droši vien, ka ne jau katrā jomā tas ir iespējams. Vai Jūs varbūt redzat, ka to varētu plašāk izmantot, lai varētu pateikt bija veiksmīga ārstēšana vai nebija veiksmīga ārstēšana?

Dalībnieks Nr.2. – Es domāju, ka tas ir no katras slimības, specialitātes atkarīgs. Tur vēl ir tādi indikatori, piemēram, vai tas cilvēks atgriezās pēc pakalpojuma otrreiz. Es esmu lasījis pētījumus, tur jau nekas nav jāizdomā no jauna, ja mēs vienojamies, ka ir vajadzīgi globāli, kas pārskata visas diagnozes, visu sekundāro aprūpi, tad noteikti var piemeklēt no pētījumiem visas tās lietas, kas ir jāiekļauj. Es domāju, ka tur ir gan tā hospitalizācija, gan, cik ātri izveseļojas, visādi rādītāji, kurus ir iespējams piemeklēt, ja mēs vienojamies, ka tas ir svarīgi.

Kas to varētu darīt, kaut kādu nozaru asociācijas, Veselības ministrija? Kas varētu definēt šādus kritērijus?

Dalībnieks Nr.2. – Mēs veidojam tos metodiskos centrus, es pieļauju, ka tiem būs uzdevums tieši šāds.

Metodiskie centri katrā jomā varētu noteikt šādus “outcome” indikatorus, lai noteiktu, cik veiksmīgs, ir bijis ārstēšanas rezultāts?

Dalībnieks Nr.2. – Jā.

Dalībnieks Nr.6. – Papildinot to, ko te jau teica, es arī piekrītu par mērķu uzstādīšanu, it sevišķi rehabilitācijā, kur mums arī ir kvalitātes rādītājs - mērķi sasniegti, mērķi daļēji sasniegti, mērķi nesasniegti. Patiesībā neviens jau nepaprasa, kādi tie mērķi bija, tikai to, vai tie tika sasniegti. Tai pašā laikā Pasaules Veselības organizācija ir izstrādājusi gan kritērijus, gan sistēmu, kas ir tas, ar ko ir jāstrādā, un kas ir tie iznākumi, arī klīniskie. Mums kā veselības aprūpes sabiedrībai ir daudz, kur augt un skatīties. Viennozīmīgi ļoti nozīmīgi ir rehospitalizācija, piemēram, vai mirstības samazināšana. Tai pašā laikā tur ir arī atgriešanās darbā, gan neatkarība ikdienas dzīvē un visas citas lietas, kas iet atkarībā no diagnozes. No otras puses, arī politiskā līmenī tie uzstādījumi ir vieni un tie paši, lai tie cilvēki ir produktīvi, lai būtu pēc iespējas mazāk jāmaksā par rūpēm par viņiem.

Tas ir domāts, ka tie kritēriji būs valsts līmenī, kas visiem jāpiemēro, vai tas ir tā, kurš gribēs, tas izmantos?

Dalībnieks Nr.6. – Es atbalstītu nacionāla līmeņa uzstādījumus, jā, noteikti. Tas ir atkarīgs arī no tā pakalpojuma rezultāta, par ko tiek maksāts, par ko mēs pirmīt runājām.

Dalībnieks Nr.10. – Papildinot, ja mēs ņemam onkoloģijas jomu, Latvijas Onkoloģijas centrs gatavojas starptautiskajai akreditācijai. Onkoloģijā šie visi rādītāji, mēs nerunājam tikai par atgriešanos - rehospitalizāciju, katram onkoloģiskās saslimšanas veidam, tipam ir ļoti daudz un dažādu rādītāju, kas ir standartizēts jau šobrīd, kur galvenais ir neiebraukt auzās ar to, ka mēs atkal mēģinām izdomāt kaut ko no jauna. Tur strādā milzīgas organizācijas, ar milzīgām finansēm, ko Latvija kā viena maza šūniņa nevar pavilkt. Tas ir kaut kas, kas ir starptautiski validēts. Pietiek ar to, ka mēs to kvalitatīvi pārtulkojam un ieviešam. Ko es bieži vien dzirdu dažādās sapulcēs, ka ir atsevišķi cilvēki, personas, kas saka, ka varbūt mums nevajag to, jo tur ir mīnusi un nepilnības. Tā nav! Ja tas ir starptautiski plaši, tad nevajag izdomāt kaut ko pilnībā savu. Tas ir labais piemērs onkoloģijā. Kardiovaskulārajā tas arī ir.

Jūs minējāt starptautiskos standartus un normas, cik plaši tiek izmantoti dažādi profesionālie standarti un normas (arī starptautiskie) un vai to ir iespējams veicināt?

Dalībnieks Nr.10. – Es teiktu, ka šobrīd maz kur tas tiek izmantots prasību veidā. Drīzāk tā ir tāda pašiniciatīva no atsevišķiem speciālistiem – nodaļas vadītāja, klīnikas vadītāja. Es par radioloģiju varu teikt, ka Austrumu slimnīcā mēs mēģinām kaut ko, bet tā ir tīrākā pašiniciatīva. Tā ir iekšējā motivācija, nevis ārējā uzliktā motivācija vai prasība.

Bet kāpēc, no valsts puses vajadzētu teikt, šajā jomā ir tādi starptautiskie standarti, šajā tādi, tagad mēģinām sekot šiem standartiem, vai nē. Kāpēc nē?

Dalībnieks Nr.10. – Es esmu par tiem metodiskajiem centriem, ko te iepriekš teica.

Dalībnieks Nr.2. – Man arī ir pieredze par to, ka mēs šīs te starptautiskās normas īsti nepiemērojam. Tas tiešām ir uz pašu ārstu pašiniciatīvu. Pirmkārt, kā tas notiek tehniski, viņiem Slimību profilakses un kontroles centrā ir šī viena datubāze, kurā ir kaut kādas rekomendācijas, tad ir kaut kādas rekomendācijas, ko izstrādā katra slimnīca, tās ir, kaut kur slimnīcas iekšējos noteikumos, tad mums ir šīs te starptautiskās vadlīnijas, kuras ir šausmīgi svarīgas, katrai slimībai ir savādākas nianse, kas regulāri mainās, neviens fiziski to nevar paspēt iztulkot. Nākamā problēma mums ir tāda, ja pat ārsti grib tās ievērot, mums **ļoti daudzām slimībām nav šie te tarifi aprēķināti, lai kaut kādas tehnoloģijas vai medikamentus varētu pacientam nodrošināt**, tas atkal ir milzīgs šķērslis, lai ieviestu šīs te vadlīnijas. Es domāju, ka mums noteikti tas ir jāstiprina, mums ir jāskatās, lai mēs tiešām neesam atrauti no visas pasaules. Ja pasaulē cilvēki velta visu zinātniskos resursus, lai sagatavotu, pārbaudītu visus pierādījumus, izanalizētu, ietvertu vadlīnijās, es nedomāju, ka Latvijas pilsoņi, kas ir arī Eiropas

Savienības pilsoņi, attiecīgi uz mums attiecas viss, kas notiek Eiropā, nevis tāpēc, ka mēs esam Latvijā, mums vajadzētu kaut ko savādāk darīt. Es ļoti, ļoti ceru, ka mēs varēsim viņus ieviest, atrast to shēmu, kā mēs varam tiekties uz labāko, nodrošināt to saviem pacientiem.

Tu uzticies tiem metodiskajiem centriem, ka viņi spēs ar to tikt galā?

Dalībnieks Nr.2. – Es ļoti ceru.

Tur, kaut kāds papildus finansējums ir vajadzīgs?

Dalībnieks Nr.2. – Jā, viņiem tagad TAP tie noteikumi tiek saskaņoti. Es ceru, ka tās būs tādas institūcijas neatkarīgas no visiem *stakeholderiem*, un ar zobiem, kas varēs pateikt, ka viņi tiešām ir, uz pacientiem centrēta veselības aprūpe, ka viņi tiecas to ieviest Latvijā par spīti visiem šķēršļiem, pierādīt vērtībā balstītos risinājumus, izvērtēt visas tehnoloģijas. Protams, es nezinu, vai viss tā izdosies, bet tas būtu fantastiski, ja tas izdotos.

Dalībnieks Nr.1. – Jā, te jau iezīmēja to domu, ko es gribēju uzsvērt. Protams, ka mums ir jātiecas pārņemt to praksi, kas ir pasaulē, jābūt daļai no pasaules, viennozīmīgi. Vienīgais, ir jāsaprot, ka tas ir tāds komplekss process vadlīniju, dažādu ieteikumu pārņemšana, jo tas nav tikai dokuments, kuru mēs tikai tā iztulkojam un tagad mēs pēkšņi sāksim dzīvot citu dzīvi. Tā ir pieņemšana, tā ir izpratne, bet tas ir visos līmeņos, tā jau nav tikai ārsta labā griba. Iestādes vadībai arī ir jāsaprot, kas te tagad notiks, kā tas notiks, **jābūt tam resursam, atbalstam.** Tieši tāpat ir tālāk tā pacienta plūsma tai veselības aprūpes sistēmā. Tur jau ir jātasniedz visi tie līmeņi, jo par rezultātu atbild visi iesaistītie. Arī sekundārā veselības aprūpe ir tikai posms tai pacientu ceļojumā. Tas atkal kļūst par tādu kompleksu mehānismu, kur visbiežāk kādā posmā radīsies kaut kāds sastrēgums, vai kaut kāda skrūvīte pēkšņi nedarbosies. Bet uz to vajadzētu tiekties.

Ja to pieņem, kā tādu vispārēju nacionāla mēroga mērķi, ka mēs ejam uz vadlīnijām, vai vispār tas būs īstenojams, tāda Eiropas līmeņa aprūpe, kas ietver vairākus aspektus? Vai to vispār var uzlikt par pienākumu?

Dalībnieks Nr.1. – Te jau nāk klāt arī jau gadu desmitiem uz pierādījumiem balstīta medicīna, par ko runā, te jau arī ir iestrādnes. Tai pašā laikā nāk šobrīd tie pētījumi, kas parāda, ka tas nebūt labi nestrādā visur, tieši tāpēc, ka tas ir tik dažādos līmeņos. Tām darbībām ir jāmainās, tas prasa vēl ilgāku laiku par tiem piecpadsmit gadiem, ko aptuveni iedod jauno zināšanu pārnesi. Ir jābūt skaidram mērķim uz kurieni mēs ejam. Es domāju, ka mums ir jābūt ļoti skaidrai tai vīzijai, ko mēs gribam, uz ko mēs ejam, tad mēs varam izmantot to vienu vai otru metodi tai ceļā, bet mēs to ceļu nepazaudēsim. Ir labi, ja mēs varam vienu nozari sakārtot, tad pakāpeniski iet arī šīs lietas darīt, jo visu uzreiz mēs nevarēsim.

Kas būtu tās pirmās nozares, kam visvairāk vajadzētu šos te starptautiskos standartus virzīt? Kur tas visvairāk sāp, kur ir viskritiskāk?

Dalībnieks Nr.4. – Es tikai gribu teikt, ka valdība ir apstiprinājusi slimnīcu tīklu attīstības stratēģiju, es runāju par šiem metodiskajiem centriem, kur tas viss tiks veidots.

Dalībnieks Nr.3. – Par vadlīnijām, nu tas gan, manuprāt, vairāk ir profesionālo asociāciju jautājums. Mēs šeit varam diskutēt, bet diez vai mēs varam teikt, kam ir prioritāte, jo nav labu un sliktu slimību. Tur ir profesionālās asociācijas, jo vadlīnijas, kā kurā specialitātē. Ļoti stingri pie starptautiskām vadlīnijām turas visa transplantoloģija, arī dzemdniecībā ir starptautiskās. Tas gan vairāk ir stacionārais posms, dzemdniecībā ambulatorais posms arī ir grūtnieču uzraudzība, tomēr mums ir Eiropas vadlīnijas pēc kā skatās. Visa epidemioloģija principā ir Eiropas Slimības un profilakses kontroles centru, ar pasaules Agrīnās brīdināšanas sistēmu. Tas

vairāk ir profesionālām asociācijām. Tā jau mēs te varam diskutēt, kā mums liekas, bet tas ir augstas kompetences profesionāļu jautājums.

Mums te daudz izskanēja doma par “uz klientu centrētu pakalpojumu”, kas ir tas kodols “uz klientu centrētajam pakalpojumam”? Kā to nodrošināt? Vai tā ir tā vadīšana cauri sistēmai?

Dalībnieks Nr.2. – Es jūtu, ka man te ir jāpasaka. Tas ir nedaudz pārspīlēts, ka visi domā, ka mēs te centrā un visi skraidīs ap mums. Tas, kā es saprotu, jādara lietas, lai tas cilvēks maksimāli ātri atveseļotos un nenonāktu atpakaļ veselības aprūpes sistēmā. Viena lieta, kas mums ļoti klibo, kas arī šodien bija pieminēta – **multidisciplinārā aprūpe**. Mums mēdz būt tā, ka specifiskās slimības un retās slimības, mums ir svarīgi, lai šie dažādie speciālisti savā starpā sadarbojas. Mēs varam rakstīt plānos un stratēģijās un visur kur, ka mums ir ļoti svarīgi, lai viņi veidotu šo te. Lai nav tā, ka tu iedod tam pacientam to papīru un viņš iet tālāk meklēt citu speciālistu, tad atkal tas speciālists savās piecpadsmit minūtēs izlasa to papīru un tad kaut ko tur interpretē, vai pasaka, ka šī retā slimība ir tik reta, ka savā karjerā vispār par to nav dzirdējis. Lai viņi savā starpā strādātu plus vēl tas ģimenes ārsts, plus tā māsa, kas vēl ir, visi fizioterapeiti un pārējie cilvēki, kas ar to nodarbojas, plus tas farmaceits. Viņi visi veic to visaptverošo aprūpi, kas cilvēkiem ar kaut kādu konkrētu slimību, eksistenciāli ir svarīgi.

Nākamā lielā sadaļa ir par pakalpojumu pieejamību. Viens no sāpīgākajiem jautājumiem, kā jau tika minēts. Mūsu veselības speciālistu aptauja izdalīja trīs galvenos pieejamības aspektus. Pats galvenais – rindu garums, kā mēs teiktu pieejamība laikā. Kā otrs svarīgākais – speciālistu skaits, blīvums. Tikai kā trešais – finansējuma pieejamība no valsts. Protams, tie visi ir saistīti savā starpā, ir neatraujami viens no otra. Pētījums parāda, ka daudzi ir izmantojuši un turpina izmantot pakalpojumus par maksu. Ir konkrētas jomas, kur tas ir īpaši izteikti. Te jau arī var redzēt, kas ir tie speciālisti, kas sniedz visbiežāk maksas pakalpojumus. Interesanti, ka trešdaļa speciālistu uzskata, ka piecu gadu laikā ir pasliktinājusies SAVA pieejamība par valsts līdzekļiem, bet gandrīz puse norāda, ka uzlabojusies SAVA pieejamība par maksu. Mums arvien vairāk cilvēku aizvirzās uz maksas medicīnu. Vai tiešām var teikt, ka SAVA pieejamība par valsts līdzekļiem ir pasliktinājusies, vai tas ir tikai tāds iespaids, un, kas šo iespaidu varētu būt radījis – tās ir kvotas, vai tie ir vēl kaut kādi procesi? Cik lielā mērā maksas pakalpojumi spēj aizpildīt par valsts līdzekļiem (savlaicīgi) nenodrošinātos pakalpojumus? Vai ir vietas, kur tā ir milzīga problēma, kur maksas pakalpojumi nav risinājums nekādā veidā?

Dalībnieks Nr.4. – Viennozīmīgi, mēs no savas puses kā praktiķi reģionā varam teikt, ka **pieejamība ir pasliktinājusies**. Tas ir tieši saistīts ar valsts pieejamo finansējumu. Patiesībā šogad kvotu skaits tika samazināts visiem, lai gan finansiāli līgums bija lielāks, bet epizožu skaits mazāks, mūsu pieredze to tā rāda. Vai maksa varēs to risināt, tad noteiktai sabiedrības grupai noteikti nē. Tā ir tā sabiedrības grupa, kurai resursi neļauj iet pie maksas ārsta, saņemt veselības aprūpes pakalpojumu maksas sistēmā. Ir ļoti liela sabiedrības daļa, kas nekad nespēs samaksāt tādu cenu, kāda ir jāsamaksā. Tas novedīs līdz tam, ka viņi nonāks sekundārajā veselības aprūpes sistēmā ar ielaistu gadījumu, nu stacionārajā sistēmā.

Dalībnieks Nr.9. – Līdzīgi, kā te tikko teica. Ar šo gadu tā pieejamība jau nepieaugs. Ir zināms, ka šogad, vismaz tāda informācija ir zināma, ka pārstrādes neapmaksās, līdz ar to tas pakalpojums būs ierobežots. Ja paskatās pēdējos gadus, tad finansējums tika palielināts slimnīcām, pakalpojumu sniedzējiem, tas ir labi, bet ir jāsaprot, ka tarifs tika pārskatīts, kas īstenībā sen jau bija jādara. Atalgojuma sadaļu cēla un citas izmaksas, bet epizožu skaits jau būtiski nepieaug. Tagad jau Covid ir aizmirsis, Covid laikā vispār bija ierobežojumi saņemt dažādus pakalpojumus, tieši ambulatoros un plānveida. Sabiedrība jau arī noveco. It kā jau

cilvēku skaits samazinās Latvijā, bet vajadzība iet pie ārsta pieaug, jo dzīvildze pieaug. Ja nav šī te finansējuma, tad diezgan loģiski, tad tāds secinājums cilvēkiem rodas.

Tās kvotas samazinājās saistībā ar ko?

Dalībnieks Nr.9. – Nu nav jau tā, ka samazinās, vienkārši palielina finansējumu, bet, ja palielina tarifu, bet, kā bija simts izmeklējumi, tā viņi paliek. Tas jau, ka palielina finansējumu, nenozīmē, ka simts izmeklējumu vietā būs pieejami simt divdesmit. Paliek tie paši simts un tas maksā tik, cik maksā.

Dalībnieks Nr.7. – Es varbūt precizēšu par to finansējumu. Pagājušajā gadā mums tika piešķirts vienreizējs piešķirums gaidīšanas rindu mazināšanai gada beigās, bet, ja mēs salīdzinām ar pagājušā gada sākumu, bez šī te papildus piešķiruma, tad mums arī šim gadam ir izmeklējumu skaits pieaudzis. Droši vien salīdzināšanas periodā ir tā starpība.

Dalībnieks Nr.5. – Kolēģi minēja, ka tā vajadzība iet pie ārsta pieaug, bet būtībā vēlēšanās iet pie ārsta mums pieauga līdz ar labklājību, tur tā veselība paliek svarīgāka. Kāpēc pietrūkst, pieejamība ir lielāka kļuvusi, bet ir tā sajūta, ka deficīts ir tikai pieaudzis. Gluži vienkārši mēs vairāk gribam iet pie tiem ārstiem un izmeklēties. Kādreiz vienreiz trijos gados sonogrāfija, tagad katru gadu, kaut kādu iemeslu dēļ mums to sonogrāfiju vajag. Kāpēc tas ir svarīgi šajā aspektā, ka nepietiek, ir tas, ka tā ir sekundārā ambulatorā aprūpe. Sekundārā, tas nozīmē, ka primārajai aprūpei palīgs vai nākamais līmenis, kur nosūta ģimenes ārsts. Viņam šī speciālista konsultācija ir vajadzīga. Mums mazliet viss ir ačgārni, jo pacientam vajag šī speciālista konsultāciju. Normālā pasaulē tajās sistēmās, kur naudu labāk mākam skaitīt tomēr tas ģimenes ārsts nelaiž laukā to pacientu no savas aprūpes. Ja viņam vajag šo te sekundāro aprūpi, tad aizsūta tad, kad es netieku galā, kā ārsts netieku galā, nevis tad, kad pacientam ienāk prātā, bet te es kā ārsts sen jau vairs nesekoju tā pacienta gaitām, jo tālāk viņš no viena speciālista pie nākamā aiziet. **Tas ir tai kontekstā, vai maksas medicīnas ārstiem vajag dot tiesības nosūtīt uz valsts sekundāro aprūpi, es domāju, ka nē.** Ja tai pilnīgi pretējā virzienā iet, tad nav nekādas jēgas tam primārās aprūpes valsts apmaksātajam, pēc kapitācijas principa, ārstam. Katram no mums viens šāds ārsts ir piekabināts, vai mēs viņam esam piekabināti. Te tas princips ir izzudis, ka mēs ejam pie speciālistiem pēc savas iniciatīvas, nevis pēc tam, kad ģimenes ārsts pasaka, ka šo lietu es vairs nevaru atrisināt.

Tas sanāk, ka ģimenes ārsts tā ļoti brīvi raksta šos nosūtījumus?

Dalībnieks Nr.5. – Te jau minēja "apmierinātība par vizīti" – ja nosūtījumu uzraksta, tad es esmu apmierināts. Vēl kā veids, kā to deficītu mazināt, ka sekundārās aprūpes ārsti, pie kuriem nāk pacienti, mēs jau katrs, kas tur strādā, labi varam sarindot – šodien man bija piecpadsmit pacienti, pieci bija pēc nozīmes bija svarīgi, tie desmit, ja būtu normāls ģimenes ārsts, viņš pie manis viņus nenosūtītu, viņi paši tiktu galā. Kāpēc to nedara, jo lielā mērā šis samaksas princips par apjomu, tad kādā brīdī sajūta būs, ka liekās naudas, kas man nāk ar pacientu kopā, atsekos. Būtībā zūd tās sekundārās aprūpes jēga, ja pacients iet pēc sava iniciatīvas, tikai ķeksīša pēc paņem nosūtījumu no ģimenes ārsta.

Dalībnieks Nr.2. – Man ļoti patīk šī doma par vērtībā balstīto pieeju, ka ne jau visiem būtu jāiet pie speciālista, tad droši vien arī samazinātos rindas. Man gribas atgādināt, ka cilvēki iet, ne jau aiz neko darīt pie ārsta. Mēs tur ejam meklēt palīdzību vai saņemt atbildes uz tiem jautājumiem. Ja tur būtu tās kompetentās māsas, kas mums var izskaidrot kaut kādas lietas, ko mēs kā pacienti varbūt nesapratām, tāpēc mums otro un trešo reizi ir jāiet pie speciālista pārjautāt kaut kādas lietas, ko viņš nepaspēj savās piecpadsmit minūtēs mums pastāstīt, tad arī rindas mazinātos. Vēl mums ir bijis tikai viens ministrs, kas **rēķināja rindas un kā viņas**

mainās, jo tagad tā arī ir lieta, ko mēs cenšamies nekustināt. Problēma jau neeksistē, ja par to nerunā, vai ne? Man liekas, ka to varētu atrisināt tas **e-pieraksts** par ko daudzi runā, ka viņš varētu centralizēti atrast tuvāko, piemērotāko ārstu tam cilvēkam, tādā veidā valsts varētu skatīties uz to, lai lieki neaizņem rindas, vietas, kur tie cilvēki neies. Vēl es gribēju pateikt par to, ka ir maldīgs uzskats, es zinu no daudziem pacientiem, ka viņi iet pie maksas speciālista, ja viņi nevar sagaidīt to rindu. Piemēram, ir kāda svarīga, akūta problēma, protams, ka tu nesēdēsi un negaidīsi rindā, kad tev tur rinda pienāks. Man pie hematologa nākamā vizīte ir pēc gada, es fiziski nevaru tur ātrāk pierakstīties. Mazums man kaut kas notiks, tad man būs jābrauc uz slimnīcu, tad jau es būšu terciālajā aprūpes līmenī, tas valstij izmaksās vēl vairāk nekā, ja es laicīgi nokļūtu pie sava speciālista. Ja mēs to varētu sakārtot. Maksas speciālisti nevar izrakstīt medikamentus un citas lietas par valsts naudu. Tas atkal apgrūtina, jo, piemēram, ja tas cilvēks nevar saņemt medikamentus, kas viņam ir nepieciešami. Es esmu redzējusi, ka tie ārsti arī tur visādi interesanti māk veidot tos savus pierakstus, tad tas cilvēks, kuram kaut ko vajag no valsts sistēmas, pārceļ uz valsts vizīti, bet tu esi aizgājis uz privāto pieņemšanu. Man liekas, ka visas sistēmas nesakārtotība veicina dažādus radošus risinājumus, lai tie cilvēki tomēr nonāktu pie tiem pakalpojumiem, kas viņiem ir nepieciešami.

Dalībnieks Nr.1. – Mani imponēja tas, ko Bārzdiņa kungs teica. Mums tā doma saskan, jo arī, ja arī es tagad skatos uz šiem procentiem, kas ir prezentēti, tad man rodas jautājums, vai tas reprezentē to, ka tie ir tie maksas pakalpojumi, kurus cilvēkiem vajadzētu saņemt pēc indikācijām un viņi netika uz valsts apmaksāto, tāpēc viņi turp aizgāja, vai te ir vispār tāds vērtējums par to maksas pakalpojumu pieejamību. Tās tomēr ir atšķirīgas lietas. Veselības aprūpe savā ziņā ir business, un es kā klients varu izvēlēties, ja man liekas, ka šis izmeklējums man būs labs vai konsultācija, un es izvēlos to saņemt. Noslogojums tad parādīsies, jā, ja viņš ir pieprasīts. Skatoties uz fizioterapeitiem, jā, mums pieaug skaitliski šo speciālistu skaits. Tur ir ļoti liela daļa uzņēmumu šobrīd, kas vispār nemaz nepretendē uz valsts apmaksātiem pakalpojumiem, viņu sniegšanu, jo viņi brīnišķīgi spēj izdzīvot arī kā maksas pakalpojums.

Dalībnieks Nr.10. – Es mazliet par tiem procentiem. Man liekas, ka šajā slaidā tiešām trūkst informācijas par rindā...

Tas jau būs padziļināti ziņojumā, jā. Šeit ir tikai tā, lai ieskicētu galvenās problēmas.

Dalībnieks Nr.10. – Ja cilvēks nāk uz krūšu ultrasonogrāfiju, tas tiešām ir viens no pieprasītākajiem izmeklējumiem maksas medicīnā. To vispār vajadzētu izslēgt. Vienu krūti izolēt, otru safotografēt, tas ir absolūti bezjēdzīgs izmeklējums. To vajadzētu valsts līmenī izslēgt vispār. Jo krūšu ultrasonogrāfija bez mamogrāfijas ir pilnībā neinformatīvs, bezjēdzīgs izmeklējums, lai gan tūkstošiem sieviešu iet un taisa to sonogrāfiju. Kā šo risināt, man ir grūti pateikt. Es īsti nesapratu, vai dakteris Bārzdiņš būtu pret to, ka pacients aizejot pie maksas speciālista, varētu pretendēt uz valsts apmaksātiem medikamentiem? Es esmu tādā viedoklī, ka mēs apdalām vienā brīdī, un ģimenes ārstus padarām par sekretārēm. Zemas pieejamības dēļ mums daudzi iet pie maksas speciālistiem un tad atgriežas tai apburtajā lokā pie ģimenes ārstiem, lai dabūtu izmeklējumus, nosūtījumus uz izmeklējumiem, lai dabūtu valsts kompensējamus medikamentus. Man liekas, ka tā ir arhaiska sistēma. Tai pašā laikā varbūt tas uzkārtu valsts finansēto sistēmu, man maz pieredzes, lai par šo tik padziļināti diskutētu. Es vēl gribētu par tiem radioloģijas izmeklējumiem, kas ir ļoti sāpīga lieta. Vairākkārt pēdējo minūšu laikā izskanēja, ka ir ļoti daudz nevajadzīgu izmeklējumu. Skandināvu modelis, kur viņiem dažādās vietās, īpaši universitāšu slimnīcās pirms pacients nonāk pie speciālista, kur viņš var pierakstīties, viņu triādē vai gradē, kamēr samaksa ir par izdarīto konkrēto gadījumu. Man tagad kolēģi no radioloģijas jomas varētu nolinčot. Nu nevar būt tā, tas ir pilnībā degradēts radioloģijas jomā, kamēr maksā par izdarīto darbu, par vienu izdarīto vienību, kā jūs varat

atteikties. Kāds cilvēks sēž un saka, trīsdesmit procentus cilvēku izmetam ārā no rindas, viņi varēs pagaidīt, privātie būs priecīgi, viņi varbūt aizies un par maksu uztaisīs to izmeklējumu, bet tā reālā situācija ir tāda, ka tie trīsdesmit procenti izmeklējumi diemžēl ir nevietā. Grūti teikt, kā to varētu atrisināt. Mēs skatījāmies, ka ultrasonogrāfijās ir interesanti cipari, kur var paskatīties, cik ārzemēs uz vienu pacientu tiek taisīti izmeklējumi. Latvijā ultrasonogrāfijas speciālistu ļoti trūkst, vajag vairāk, vairāk, vairāk. Veselības ministrija to atrisināja, palielinot rezidentūras vietu skaitu radioloģijā. Šobrīd ārā tiek laisti nekvalitatīvi speciālisti. Uz papīra viss ir forši – ir speciālisti, būs pieejamība, es saprotu, ka drīz mēs redzēsim, ka pēc pieciem gadiem būs super rezultāti radioloģijas jomā. Patiesībā ultrasonogrāfiju skaits ir viens no lielākajiem uz vienu iedzīvotāju, kas liek uzdot jautājumu, kāpēc tieši šis, kādā veidā tas korelējas ar kvalitāti un nekvalitatīviem speciālistiem.

Paldies par komentāru.

Dalībnieks Nr.6. – Principā es varu atbalstīt iepriekšējā runātāja komentāru no rehabilitācijas puses, jo tas secinājums, ka mums vajadzētu uzdot to jautājumu, kāpēc un ar kādu pievienoto vērtību tiek viena vai otra lieta darīta. Skatoties uz šiem procentiem, nemaz nav slikti, ka puse no pakalpojumiem tiek sniegta maksas fizioterapijā, tā ir mana spekulācija, jo datu man nav, bet principā es nedomāju, ka valsts veselības aprūpē mēs esam ļoti ieinteresēti slinkumu kompensēt, jo cilvēks nav gatavs iziet uz mežu pastaigāties, tāpēc viņam ir vajadzīgs atsevišķs speciālists, lai viņš vingrotu. Arī tādus pacientus es esmu redzējusi, viņi aizņem diezgan lielu daļu no pakalpojumiem, jo to var dabūt. Vai mēs neesam uzlikuši kaut kāda veida rāmjus, no otras puses ir šie cilvēki, kuriem tiešām ir drauds ilgstošai invaliditātei, ilgstoši atrasties veselības aprūpes sistēmā tikai tāpēc, ka viņš laicīgi nav ticis pie pakalpojuma un atrisinājis šo problēmu. Es gribētu uzsvērt vēlreiz jautājumu, kāpēc tas tā notiek? Tur vajadzētu datu analīzi ilgtermiņā un padziļināti.

Jā, ir normāli, ka daļa pakalpojumu tiek sniegti par maksu. Tagad turpināsim. Valsts pakalpojumu nesniedzošās iestādes. Divdesmit viens procents iestāžu valsts apmaksātus pakalpojumus nesniedz. Galvenokārt tādēļ, ka grūti izpildīt birokrātiskās prasības. Kas ir šis birokrātiskās prasības, kas tik ļoti apgrūtina? Kā to varētu vienkāršot? Kāpēc nesniedz šos valsts pakalpojumus katra piektā iestāde?

Dalībnieks Nr.3. – Nu, jā, kāpēc nesniedz, to ir grūti man teikt, jo mēs sniedzam. Kas ir tie birokrātiskie, skatoties, runājot ar saviem kolēģiem, kas nemaz nevēlas strādāt sekundārajā ambulatorajā un strādā stacionāri, jo ambulatorajā ir diezgan daudzi šie te birokrātiskie rīki. Nu ir diezgan neērta mums šī **elektroniskā sistēma**, vai pareizāk sakot joprojām nesakārtota. Ir vairākas **datubāzes**, kurās mēs skatāmies informācijas, slimnīcu iekšējās datubāzes, tad ir ārējās datubāzes, arī šis te ārsta rēķins valstij vai kā mēs sakām, ka mēs saņemam atalgojumu pēc padarītā darba, tad par katru pacientu ārstam ir jāuzraksta pacienta ambulatorais talons, kurā ir diagnoze, kas ir pats par sevi, bet viņš ir jāšifrē gan ar aprūpes epizodi, gan ar palīdzības sniegšanas veidu, gan vēl visādas manipulācijas ir jāsaliek un tad ir tas jautājums, ka ārstam pašam tajās divdesmit minūtēs, daudzi runā par piecpadsmit minūtēm, universitātes slimnīcā var būt tikai atsevišķās ķirurģiskās jomas skata piecpadsmit minūtes, internā klīnika tikai un vienīgi trīsdesmit minūtes. Arī trīsdesmit minūtēs, ja tu gribi kvalitatīvi runāt ar pacientu, viņu izmeklēt un nozīmēt ārstēšanu, plus vēl visi šie elektroniskie rīki, kas nav tik ērti, jā, tas ārstiem nepatīk. Vēl ir otra lieta, man **vajadzētu asistentu**, bet asistents ir dārgs. Vai tai vajadzētu būt māsai, nu šobrīd nē, jo māsām kvalifikācija ir pietiekami augsta, lai viņas strādātu ārstam par asistentu un aizpildītu talonus. Tas mums vēl ir darbiņš, kas mums ir jāpadara. Ja mums e-veselība ies uz priekšu un varbūt kļūdiņas labos, un viņa attīstīsies, es ļoti, ļoti ceru, ka tam vajadzētu būt tajos trīs gadu mērķos. Vajadzētu risināties, jo tā **birokrātija ir liela**, bet es

gribētu teikt, ka arī līdz brīdim, kamēr tu nepamēģini. Ja tu pamēģini, piemēram, jaunie ārsti to tā nemaz tik ļoti nesaskata, bet ir kolēģi, kas IT rīkus tik aktīvi nelieto.

Vidēji, cik minūtes aiziet uz pacientu šajā sistēmā papildīt tos papīrus?

Dalībnieks Nr.3. – Mēs esam monitorējuši. Pašus papīrus papildīt - septiņas minūtes laikam, bet tas ir tad, ja ir labi plānots darbs, jo kas ir ārstam jāizraksta, ārstam ir jāuzraksta konsultanta slēdziens, ārstam ir jāuzraksta recepte vai pat vairākas receptes, ārstam ir jāuzraksta nosūtījums vai pat vairāki nosūtījumi, ārstam ir jāuzraksta pacienta ambulatorais talons. Nu sekundārajā veselības aprūpes sistēmā darba nespējas lapa ir reti, bet ja ir, tad tā arī. Pieci dokumenti, nerunājot, ka vēl ir jādokumentē tas, ko es esmu anamnēzē ievākusi vai pati apskatē veikusi, ko es rakstu par pamatotību. Tas ir intelektuālais darbs, jo man jau visu laiku ir jādomā līdz.

Tā jau ir informācija, kas ir pamatoti vajadzīga, lai var saprast, ko ar viņu darīt tālāk, lai būtu informācija arī citiem ārstiem. Salīdzinoši, ja tu apkalpo pacientu privātā kārtā, vai tad arī tāpat informācija netiek papildīta?

Dalībnieks Nr.3. – Privātā kārtā, kā jau kolēģi minēja, bieži vien neraksta nosūtījumu, bet ir konsultanta slēdzienā ģimenes ārstam informācija, kas ir jāveic, un tālāk jau tad ģimenes ārsts. Jā, arī pacienta ambulatorais talons. Nav tik daudz to birokrātisko rīku, cik tomēr ir **bail kolēģiem pamēģināt**. Tie kolēģi, kas ir sistēmā iegājuši, nav tas velns tik melns, kā mālē, bet, jā, tur ir diskutējami.

Dalībnieks Nr.4. – Es varu piebilst. Nav jau nemaz tik viegli pie jauna pakalpojuma tikt, ja valsts neveic atlasu, tad tu nemaz to valsts apmaksāto pakalpojumu nevari saņemt, pirms viņš nav bijis. Mēs nevaram pieteikties. Otrs, tas gan vairāk saistīts ar primāro veselības aprūpi – zobārstniecību. Nu sanāk, ka savā veidā valsts pakalpojumu sniedzēji kreditē valsti kādu mēnesi, kamēr ienāk šī naudiņa atpakaļ, kad taloni tiek savadīti sistēmā, tad var atmaksāt. **Ir risks, ka kādus talonus varbūt arī neatmaksā.** Protams, kad atnāk pacients pie maksas speciālista, viņš samaksā, un nauda uzreiz ir kasē – tas ir ātrāk, nekā par valsts apmaksāto pakalpojumu nauda atgriežas iestādē vai pie speciālista.

Es sapratu, tas ir drošāk no finansiālā viedokļa.

Dalībnieks Nr.4. – Arī ir neapmaksātie taloni, kļūdas vai pārstrāde.

Tagad par rindām un gaidīšanas laiku. Dati ļauj pastāstīt, kuri ir tie speciālisti, pie kuriem rindas ir visproblemātiskākās. Mēs jautājām veselības aprūpes iestādēm, kas ir tās lietas, ko viņi dara, lai rindas mazinātu. Liela daļa ir ieviesuši atgādinājuma sistēmu, tie ir četrdesmit pieci, komats, seši procenti. Četrdesmit pieci procenti optimizē darba plūsmu. Četrdesmit procenti analizē datus, ko vēl var uzlabot. Interesanti ir tad, ja mēs skatāmies uz to mazāko procentiņu, ļoti mazs procents ļoti aktīvi piesaista darbiniekus kritiskajās specialitātēs, maz ir noteikti KPI kritēriji apkalpošanas laikiem, ļoti maz tiek ieviesti apmeklējuma protokoli. Kas ir tas, kādēļ šīs lietas netiek darītas? Kas varētu palīdzēt samazināt gaidīšanas laiku? Viens no ierosinājumiem - ieviest maksu par neatceltu vizīti.

Dalībnieks Nr.9. – Jā, par rindām runājot, tas cēlonis jau ir nepietiekams finansējums kādam pakalpojumam. Mums jau pēc noteikumiem ir vienmērīgi gada garumā jāsadala šī kvota, tur ir liela rinda. **Piesaistot papildu resursus pusgada laikā, četru mēnešu laikā izstrādāt un pēc tam par maksu tikai sniegt.** Nekāda ieguvuma jau nebūs. Faktiski viens no iemesliem rindām ir tā finansējuma pieejamība. Vēl ko varētu – **pacienta līdzestību, kaut kā uzlabot.** Labi, viens ir tas, ka iestādes pašas zvana un atgādina, ir jau valstis, kas ievieša, **ja neapmeklē, tad ar apdrošināšanas polisi var būt problēmas.** Tas uzlabotu situāciju, bet galvenais ir tas, ka nav naudas, ka ir finansējuma trūkums.

Pat tad, ja Jūs dabūtu papildu darbiniekus, tas neko daudz nerisina, jo ātri izpildītu visas kvotas, ar to arī viss beigtos, tad nav īsti jēgas.

Dalībnieks Nr.9. – Nu tā varbūt gluži nav, bet vienkāršoti tā var pateikt.

Dalībnieks Nr.2. – Tas sasaucās ar to, ko kāds pieminēja, vai es lasīju par to **veselības aprūpes minimumu**. Mums jau nav precīzi definēts, kas mums ir, kas mums tajā ietilpst, tāpēc mēs nevaram sarēķināt, cik tad naudas mums vajag, lai ārstētu Latvijas pacientus. Kā jau iepriekš minēja, mēs **paliekam vecāki, mums vajag arvien vairāk dažādu pakalpojumu, tehnoloģijas kļūst sarežģītāka, maksā vairāk, bet rindas, rindas, rindas...** Par vizīti samaksāt iepriekš? Es to tīri tehniski nevaru iedomāties. Es zvanu uz slimnīcu pierakstīties pie speciālista, kā tieši viņi no manis iekasēs šos četrus vai četrdesmit eiro? Nu, kā?! Es nezinu, vai mums ir finansiāli vispār tāda iespēja, kā to darīt. Mēs jau varam draudēt, ka mēs to darīsim, bet es esmu dzirdējusi no dažām pacientu organizācijām pieredzi, kā ir citās valstīs, ka viņiem ir otrādāka tā sistēma. Tur cilvēki var tikt pie šiem valsts apmaksātajiem pakalpojumiem tikai tad, ja viņi veic kaut kādus konkrētos pakalpojumus, ko viņiem ģimenes ārsts ir noteicis, piemēram, sasniedzot noteiktu vecumu, tev ir jāuztaisa skrīnings. **Tikai tad, kad tu esi izdarījis visu, lai rūpētos par savu veselību no savas puses, tikai tad tev ir pieejami valsts apmaksātie pakalpojumi uz nākamo periodu.** Es nezinu, kā tas būtu ar mūsu fantastisko veselības pratību, kā šajā valstī tas varētu izdoties, bet varbūt ir vērts paskatīties uz risinājumiem, **nevis ar sodīšanu, bet ar motivēšanu.**

Vai tas atkal nepalielinātu nevienlīdzību? Tie, kas neievēro tās veselības pratības lietas, tie būs tie, kam principā veselība būs sliktā.

Dalībnieks Nr.2. – Mēs, jau katrs varam izvēlēties, varam arī neārstēties, ja mēs negribam. Kaut kādā ziņā mums pienākumi arī ir. Mēs jau nevaram visu laiku tikai prasīt no veselības aprūpes sistēmas, lai viņa mums nodrošina maksimāli labāko un jaunāko, ja mēs no savas puses neko neizdarām.

Jūs domājat par kaut kādām privilēģijām, ka viņš ātrāk rindā tiek nākamreiz, piemēram, vai tamlīdzīgi?

Dalībnieks Nr.2. – Es negribētu, ka rodas tādi pacienti, kas pacietīgi jau astoņos no rīta sēž pie reģistratūras un taisa rindas. Es par to, ka vajag racionāli tam pieiet. Neiet pie ārsta iešanas pēc, bet reāli ar mērķi. Kad mēs pie retajām slimībām strādājam, tad mēs arī izdarījām milzīgu kļūdu, panākot, ka ārstiem piemaksā par to, ka viņiem ir šie cilvēki ar retajām slimībām. Mēs gribējām, lai viņiem ir vairāk laika un motivācijas izvērtēt šos gadījumus, atrast piemēroto ārstēšanu, un tagad es saprotu, ka tā bija kļūda, jo viņi nelaiž tos cilvēkus pie zemāka līmeņa speciālistiem, viņi viņus patur, lai būtu lielāks atalgojums. Kā mēs varējām zināt, ka tā tas apgriezīsies?!

Dalībnieks Nr.10. – Es īsi par to maksas piedzīšanu. Pilnībā neatbalstu. Es arī nevaru iedomāties, kā var kaut kādu priekšapmaksu veikt, teiksim, četru eiro vietā, četrdesmit piecus eiro. Piemēram, Austrumu slimnīcā ir šis te **atzvana robots ieviests**. Attiecībā uz radioloģiju – super risinājums, uzreiz var redzēt uzlabojumus. Nav ideāli. Savukārt tur, kur ir ideāls risinājums pēc rezultātiem, kas kā pats process nav ideāls. Man ir iespēja strādāt arī privātajā joma, kur es nezinu, vai tur ir KPI uzliktie mērķi no vadības, bet dubultā atzvana sistēma no cilvēka puses, kad cilvēkiem atzvana divas reizes pirms katra izmeklējuma – trīs dienas iepriekš, tad vienu dienu iepriekš. Ir iestāde, kur ir deviņdesmit septiņi procenti, kur cilvēki atnāk, kur viss ir aizpildīts, visi pieejamie kvadrātiņi, visi pieejamie laiki. Valsts sektorā, kur man ir iespēja strādāt, es **redzu diezgan zemu motivāciju no darbiniekiem, no vidējā līmeņa vadītājiem.** Beigu beigās es domāju, ka tur būs kombinācija – **gan atzvana robots, gan**

mākslīgais intelekts, proti, šī te analīze, kur nenāk pie cilvēka. Stāsts ir par to, kā mazināt cilvēku neatnākšanu. Ja mēs par to tēmu "rindas gaidīšanas laiks", tad mēs atgriezīamies pie tā paša, mums ir mazliet jāskatās kritiski uz rādītājiem, ko sniedz arī NVD, kurās jomās mums ir ļoti garas rindas. Ne visur tas atbilst reālajai vajadzībai. Daudz kur tās rindas diemžēl ir uzpūstas. Protams, tas nemaina faktu, ka citur tik tiešām ir trūkums un ir ļoti ilgstoši. Par radioloģiju, mēs varam redzēt reģionālajās slimnīcās vai reģionos, saucam, kā gribam, mazliet ārpus Rīgas, es pat nerunāju par pierobežu. **Mums ir ļoti daudz iekārtu saliktas Latvijā.** Rīgā, piemēram, viena magnētiskā rezonanse spēj apkalpot sešpadsmit, divdesmit cilvēkus. Labi, paņemsim, kādu sarežģītu izmeklējumu, kādā universitātes slimnīcā – piecdesmit izmeklējumi dienā un tai pašā laikā mums ir iekārtas, kas stāv un taisa piecus izmeklējumus dienā, darba diena – trīs stundas un kabinets ir ciet. Kāpēc par valsts naudu ir nopirkta iekārta par miljonu eiro un ielikta tajā vietā? Tad novirzām šīs rindas tādā veidā, bet es pieņemu, ka, darot šo, atkal pacelsies jautājums par kopējo kvotu daudzumu un pieejamo finansējumu, tas beigsies relatīvi ātri jau pirmajā pusgadā. Cik es saprotu, **šogad atkal tā pati problēma būs, ka uz gada beigām kvotu nebūs.**

Dalībnieks Nr.4. – Tāpat kā citus gadus, jā.

Jūs teicāt, ka iestādēm nav motivācijas mazināt šīs rindas, jo pēc būtības nekas jau nemainās – bišķi mazāka, vai bišķi garāka, vai no valsts puses vajadzētu izdarīt lielāku spiedienu uz šo rindu mazināšanu? Ieviest šī atgādinājuma sistēmas? Skaidrs, ka kvotas ir kvotas, bet iestādes pašas daudz ko var mēģināt darīt, lai tās rindas mazinātu. Te jau ir minēti tie risinājumi, kur pat puse neizmanto šo atgādinājuma sistēmu. Vai vajadzētu lielāku spiedienu, lai pašas iestādes ķeras pie lietām?

Dalībnieks Nr.4. – Nu tad es gribētu saprast, kuras ir tās iestādes? Mums neviena vairs neatļaujas atstāt tukšās vietas, neizņemtās kvotas un zvana visiem. Protams, tur ir arī **iedzīvotāju līdzatbildība**, ja viņi neierodas pat pēc diviem zvaniem.

Tās īstenībā ir mazās slimnīcas.

Dalībnieks Nr.4. – Mums ir divi veselības aprūpes centri, kas ir fīri sava pakalpojuma sniedzēji, tur neviens neatļaujas atstāt visu brīvā plūsmā. Visiem tiek zvanīts un atgādināts.

Tie ir mazie īstenībā, es pieļauju, ka tur ir resursu problēmas, ar kuriem viņi cīnās.

Dalībnieks Nr.4. – Protams, ka tas prasa resursus, tas viss prasa naudu, bet izrēķinot šo zaudējumu, kas rodas, kad tu nepazvani un atstāj šīs tukšās vietas ārstam un kvotu izpildei, grūti saprast, kurš vēl var atļauties to nedarīt.

Dati rāda, ka mazie, jā.

Dalībnieks Nr.3. – Jā, par rindām. Principā es atgriežos pie tā paša, ar ko es sāku pirmajā savā teikumā, ja ir pareizais pakalpojums, ja mēs varētu sakārtot **pareizu pakalpojumu pareizā vietā**, atbilstoši. Kā jau te stāstīja par liekajām ultrasonogrāfijām, pārspīlētām – **hiperdiagnostika**, varbūt ne tik daudz iedziļināšanās pacientā un nosūta drošības labad pie universitātes līmeņa ārsta, tas jau rada tās rindas, jo mēs skatāmies, ka mums **neatnākušie šajā gadā ir pieci procenti.** Nav tik ļoti daudz šo te neatnākušo, bet par samaksas ieviešanu, par valsts pakalpojuma lieku vietas aizņemšanu, kad tā vietā varētu atnākt cits, tur jau nebūtu jauns ritenis jāizgudro, ir valstis, kas to dara. Es noteikti zinu, ka tā dara Nīderlandē, Somijā, kur vienkārši, ja pacients neatnāk, ir valstī izveidots reģistrs, no pacienta tiek piedzīts, protams, tur atkal ir vesels administratīvais resurss, bet tiek piedzīts finansējums tādā apmērā, cik valstij izmaksā šis viņa pakalpojums, cik valsts būtu samaksājusi ārstniecības iestādei. Viens jau ir tas,

ka kāds cits pacients netiek, ārsts ir dīkstāvē, jo viņš gaida pacientu, tad tas ir kompleksi risināms. Ir valstis, kas šos maksājumus iekasē. Es zinu, ka Nīderlandē pacients ļoti uztraucas, ja viņš kavē vai neieradīsies, ka viņam par to pienāks rēķins.

Dalībnieks Nr.7. – Otrs faktors, kas mums ir jāņem vērā, jūs jautājāt, vai valsts var uzlikt lielāku spiedienu neveidot šīs te rindas, protams, lielā mērā **to nevar izdarīt ierobežota finansējuma dēļ**. Otrs aspekts – **cilvēku resursu trūkums**. Ja mēs šobrīd skatāmies pakalpojumu veidus, programmas, kuras ir bezkvotu pakalpojumi, respektīvi, nauda seko pacientam, tad arī tur mēs saskaramies ar problēmu, ka tiek veidotas rindas, lai gan ir atrunāts gan onkoloģiskiem pacientiem, gan grūtniecēm, kādu dienu intervālā šis pakalpojums ir jāsniedz. Prasot, kāpēc tas netiek izdarīts, ārstniecības iestādes atbild, ka to fiziski nevar izdarīt, jo trūkst šo speciālistu, kas to pakalpojumu var sniegt, līdz ar ko būtiska loma ir finansējumam, bet arī šiem te speciālistiem, īpaši atsevišķās nozarēs, kur arī par maksu šo speciālistu ir maz.

Jautājums, kāpēc piecpadsmit procenti pašu iestāžu aktīvi cenšas piesaistīt šos kritiski vajadzīgos speciālistus?

Dalībnieks Nr.10. – Principā to ārstu nav.

Dalībnieks Nr.7. – Ir jāsaprot, ko nozīmē “piesaistīt”. Tā ir savā ziņā pārvilināšana no vienas iestādes uz otru. Vienā iestādē mēs to problēmu atrisinām, otrā reģiona galā – problēmu saasinām. To speciālistu jau ir tik, cik ir.

Vairāk tāda kā bezcerība, ka šo speciālistu nav. Nav, ar ko paplašināt, ja viņu vienkārši nav. Ar šo mēs arī beigsim. Turpināsim pēc nedēļas. Liels paldies par ierosmēm un idejām!

Diskusijas noslēgums.

Pielikums 2. – Otrās FGD detalizēts transkripts

Prof. Inta Mieraņa: Labdien visiem klātesošajiem! Milzīgs paldies, ka pievienojāties. Pagājušās reizes diskusija bija ārkārtīgi vērtīga. Mēs to visu pēc tam transkribējām, analizējām. Tas tiešām ir fantastisks materiāls. Pagājušo reizi mēs nepaguvāt atsevišķas nianšes izrunāt. Šodien tas lielākais fokuss būtu vairāk uz prioritizēšanu, jo mēs runājām par nepietiekamām kvotām, mēs runājām par to, ka trūkst speciālistu, ka arī šis te pierakstu sistēmas ne vienmēr darbojas optimāli, jo ne vienmēr pacientam tiek atzvanīts, ne vienmēr pacients ir sagatavojies uz šo vizīti, kas pagarina to laiku un tā tālāk. Ir daudz lietu, kas padara rindas garākas un pakalpojumu nepieejamāku. Ar to arī sāksim šodienas diskusiju. Es dalīšos ar prezentāciju. Mēs strādājam arī pie rekomendācijām. Tas jautājums būtu, kas no visām šīm lietām, ko mēs izrunājām, kas ir tas galvenais, kas ir jāmaina, jāuzlabo, lai samazinātu rindas, gaidīšanas laiku? Piemēram, ja tiek palielinātas kvotas, tas var daudz nepalīdzēt, jo trūkst speciālistu. Ja ir speciālists, tad rindas netiek atbilstoši koordinētas. Jūsu praksē, ko jūs redzat, kā pašu galveno, kas būtu jāuzsver?

Dalībnieks Nr.1 – Labdien! Nu mēs jau pagājušo reizi tā kā ieskicējām šo, kā mūsu slimnīcas ambulatorās prakses puses, nu nezīnu, vai tā būtu zelta atslēdziņa. Ir jau atšķirība kā kurā specialitātē, bet tomēr tas būtu **mērķtiecīgs pakalpojums, vairāk ģimenes ārstu, precīza nosūtījumu veidošana, lai tiešām ir pie pareizā speciālista pareizā laikā.** Vēl arī, ko es jau pagājušo reizi teicu – šī te **reģionalizācija**, ne vienmēr visiem pacientiem uzreiz ir jānonāk pie universitātes slimnīcas speciālistiem. Ja pacients zina šo ceļu, ka viņš vispirms tiks pie speciālista savā reģionā un nepierakstās divās, trijās citās vietās vienlaicīgi, tad tās rindas arī izretinātos. Ja katrā šajā jomā ģimenes ārsts ieliktu savu darbiņu, būtu reģionalizācija, pacients ietu mērķēti tikai pie tā speciālista, pie kura viņam vajag. Mēs zinām, ka ar šo ļoti grēko hematoloģija, nosūtījumi pie hematologa, nosūtījumi pie reimatologiem nav precīzi, ne vienmēr pie neiroķirurgiem ir atbilstoši nosūtījumi – tas ir tāds liels, liels komplekss. Tā ir universitātes slimnīcā, varbūt reģionā ir vēl kāds labāks redzējums.

Dalībnieks Nr.2 – Tā jau ir, kā kolēģi no Stradiņiem saka. Es jau to pagājušo reizi teicu, ka **kvotai, protams, ir nozīme.** Vēl kas, tas arī pagājušo reizi tika pieminēts, tie dažādie risinājumi, **kā nodrošināt to, lai nav dīkstāves.** Pirmkārt, pierakstās vairākās vietās, tad nepainformē, ka nenāks. Ir dažādi tehniski risinājumi, kā to risku mazināt. Es pieļauju iespēju, es zīnu, ka Latvijā tas nav populāri, bet arī kaut kādā veidā **celt pacienta atbildību**, ka viņam tomēr ir jāievēro, jo citādi var riskēt ar apdrošināšanas polisēm un visādām lietām, ja tu neej uz tiem izmeklējumiem, kas ir obligātie vai kādi. Arī šajā virzienā domāt par pacienta līdzestību, to celt.

Dalībnieks Nr.3 – Ir pacientu grupas, kur ik pa trīs mēnešiem ir jāiet pie speciālista pēc KZS receptes – tas apgrūtina sistēmu un nozīmīgi pagarina rindas. Zīnu, ka dažādas pacientu organizācijas ir ieteikušas dažādus risinājumus kā to atvieglot, piemēram, ja pēc speciālista rekomendācijām ģimenes ārsts drīkstētu izrakstīt terapijas turpināšanu ar noteiktiem nosacījumiem, kad jāvērsas pie speciālista, piemēram, vienreiz gadā.

Pagājušajā reizē es īsti nedabūju tādu atbildi. Es saprotu, ka viedokļi dalās, vai vajadzētu ieviest, kādu soda sistēmu par to, ja cilvēks nav atcēlies vai ieradies. Varbūt mēs varam kaut kā nobalsot, kas būtu par kaut kāda soda ieviešanu pacientiem, kas nē, bet pagaidām ejam tālāk.

Dalībnieks Nr.4 – Man liekas, ka tas, par ko mēs šodien runājam, kas mūs vairāk interesē – rindas jau ir sekas. Mums ir jādara viss, lai līdz tām rindām nenonāktu. Tas, ko es sadzirdēju vienā ieteikumā par šiem hroniskajiem pacientiem un receptēm, tad tas, ko šobrīd arī Veselības ministrija dara, pārskata tai pašā primārās veselības aprūpē strādājošo speciālistu funkcijas zināmā mērā vai lomas. Līdz ar to tas sākotnēji jau varētu palīdzēt sakārtot šīs te gaidīšanas rindas, kas vēlākā laikā izveidojas. Reizēm mums tās rindas ir mākslīgi radītas nedaudz. Tās jau ir sekas, es gribētu teikt. Jāsāk ir ar tiem cēloņiem vairāk strādāt.

Jūs domājat plašākās nozīmē, par sabiedrības veselību kopumā?

Dalībnieks Nr.4 – Jā, protams, gan ar veselīgiem cilvēkiem strādājot profilaksei, gan hroniski slimiem, kas mums ir liela daļa populācijas. Ar viņiem mums šobrīd ir jāstrādā. Tā arī ir sabiedrības daļa, kas ļoti daudz laika veselības aprūpes speciālistiem paņem. Pamatā tai saknē ir jāmaina ne tikai speciālistu domāšana, bet arī pacientu domāšana no visiem virzieniem, no visām pusēm. Ja paskatāmies, ko mums kolēģi stāsta slimnīcā, es laikam jau pagājušajā reizē to teicu, ka aprūpē māsa, tas ir viņas pienākums, bet pacients pieprasa ārstu. Viņam liekas, ja ārsts to izdarīs, tad tas būs krietni labāk. Lūk, te ir tas jautājums. Manuprāt, arī šādā veidā būtu jāskatās.

Dalībnieks Nr.3 – Plus kvalitātes KPI visās slimnīcās, poliklīnikās. Centralizēta datu aprīte, mākslīgā intelekta iespējas datu analīzei.

Tas, ko Jūs sakāt, zināmā mērā sasaucas ar iepriekš minēto par šiem neatbilstošajiem nosūtījumiem.

Dalībnieks Nr.4 – Jā.

Vai kāds man var pastāstīt, no kurienes šie neatbilstošie nosūtījumi rodas? Kāpēc? Pacients paprasa, un ārsts brīvu roku izraksta?

Dalībnieks Nr.5 – Labdien! Man ir vairākas sakāmas lietas. Par tiem nosūtījumiem, es domāju, ka vienkāršoti tas ir tas pats, kur pacients māsas vietā pieprasa ārstu, viņš to ģimenes ārstu tā presē, ka ģimenes ārsts iedod to, ko prasa. Pakomentēšu arī to, ko iepriekš minējāt, par kaut kādu sodu sistēmu. Privātajā sektorā to mēdz risināt tā, ka pacientiem, kas **atkārtoti neierodas, ņem priekšapmaksu**, proti, pieraksta brīdī viņam ir jāsamaksā. Tas nerisina rindu problēmu, bet varbūt tas dod motivāciju. Vēl divas lietas gribēju piebilst. Par slimnīcas sadarbības teritorijām. Veselības ministrija to, kaut kur ir aktualizējusi, bet tāda liela virzība tur nenotiek, bet tas ir variants, kā tās rindas varētu mazināt. Mums arī savā starpā Stradiņa slimnīcā ir bijusi runa, ka mēs **varētu kaut kādas pieņemšanas daļēji veikt Bauskā, Jelgavā vai Dobelē, tad jau atlasītu, kuram pacientam ir jānonāk tālāk, kuram tiešām jāpaliek sava ģimenes ārsta uzraudzībā** tur. Pieskaroties mūsu jautājumam, par ko mēs arī savā starpā esam runājuši, tad arī māsas kaut kādā mērā varētu šo plūsmu uzņemt. Tās ir māsas, kas ir speciāli apmācītas, kaut kam. Teiksim, hronisko pacientu uzraudzība daudz ko varētu atrisināt, ja māsas atbrīvotu ārstu slodzes. Pati pēdējā lieta, mēs šeit esam nosaukti par pneimatologiem. Aptaujā mēs bijām pneimologi. Es jau rakstīju, ka pareizi ir pneimologs.

Bet mūsu arī ļoti trūkst, ja tagad novirzītu lielāku slodzi uz māsām, vai būtu, kam novirzīt?

Dalībnieks Nr.5 – Jā un nē. Ja paliek tā pati likme māsai, tad nē, jo kāpēc darīt specializētāku darbu un nesaņemt piemaksu par nakts darbu. Ja tam ir paredzēta augstāka likme par specializētu darbu, tad jā, jo mēs savā lokā par to esam runājuši, interese no mūsu puses tam būtu.

Dalībnieks Nr.2 – Es paturpinot iepriekšējo runātāju, tāda iniciatīva jau ir. Es ceru, ka viņa neapstāsies, neapsīks, jo ginekoloģijas un dzemdību profilā ir plānots, ir iecerēts vecmātēm ļaut vairāk. Īpaši skatot Igaunijas pieredzi, izkristalizējās, ka vecmātēm ir jāļauj vairāk veikt dažādas apskates. Es ceru, ka tas arī rezultēsies. Tur var rindas mazināt, gan varbūt kvalitāti atsevišķos gadījumos pieaugt.

Dalībnieks Nr.3 – Jā, māsas un vecmātes kā tiešās pieejas speciālisti! Pacientu organizācijas arī to atbalsta.

Inta Mierīņa: Es saprotu arī no kolēģu teiktā, ka, ja tiek prasīts no māsas vai vecmātes augstāk kvalificēts darbs, būtu vajadzīga lielāka alga vai papildu piemaksas. Ja tas tiek darīts bez papildu piemaksām, tad tas izraisīs dusmas un nestrādās?

Dalībnieks Nr.5 – Nezinu par dusmām, bet vienkārši pieļāju, ka mazāka atsaucība būs. Vienkāršāk atnākt uz diennakti par septiņdesmit piecu procentu piemaksu, iet mājās un aizmirst par to, nevis uzturēt specifiskas, specializētas zināšanas, kaut kādā jomā.

Dalībnieks Nr.1 – Par māsām un vecmātēm, jā! Par vecmātēm nemaz nevajag uz Igauniju braukt, brauciet pie mums uz Stradiņiem. Mums vecmātes jau kādus gadus divus, trīs tā strādā. Grūtnieces pie ginekologiem netiek novērotas. Visas grūtniecības Stradiņos tiek novērotas pie vecmātes. Vecmāte diferencē, kad viņai tai pataloģijai ir nepieciešama ginekologa konsultācija. Pārsvarā tas ir tīri vecmāšu lauciņš. Arī par māsām, pamazām mēs jau Stradiņos esam sākuši, bet nu ir mums grūti. Šobrīd mums ir pat vakance iekaisīgo zarnu slimību mātai speciālistei, kura ļoti atvieglos gastroenterologa darbu. Mēs arī ļoti labu sadarbības projektu ar NVD uzsākuši, kur NVD nākamajā gadā šo māsu arī finansēs atsevišķi. Protams, tālāk būs tas jautājums, kā finansēs, cik liels tas finansējums būtu, lai tādai mātai būtu interese nākt pie mums strādāt specializētu darbu, nevis aiziet uz diennakti un saņemt labāk un saņemt vēl divas, trīs dienas brīvas. Pamazām jau Latvija uz to iet. Var teikt, ka tas jau, nav tas sliktākais par māsām. Mēs jau domājam nākotnē par māsām reimatoloģijā, kur tas ir ļoti nepieciešams. Visur, kur ir hronisko pacientu aprūpe, kas ir jāveic universitātes slimnīcā, kur ir specifiskie imūnsupresējošie medikamenti vai bioloģiskie, ko nevar ģimenes ārsts savā praksē. Protams, visu, ko var ģimenes ārsts, to visu var primārās aprūpes līmenī, bet sekundārajā aprūpē arī ir vesela rinda, ko var izdarīt māsas, kaut vai pārsiešana pēc operācijas. Ir jau lietas, ka pamazām kustas.

Dalībnieks Nr.5 – Jā, es gribēju par šo paturpināt. Diemžēl es nezinu, kāda likme ir iekaisīgo zarnu slimību mātai paredzēta, bet mums arī pagaidām tapinās ideja līdzīgam izmēģinājumam, ko finansētu pirmo gadu. Farmācijas nozarē ir runa par septiņpadsmit eiro stundā.

Kā tas salīdzinās ar to, kas tagad ir?

Dalībnieks Nr.1 – Tas ir daudz. Mums poliklīnikā tagad laikam ir deviņi eiro.

Dalībnieks Nr.5 – Jā, tas ir ievērojami vairāk.

Kolēģi no Berga varētu ielikt to mazo aptaujiņu? Atņeksējiet atbildi uz jautājumu, vai nepieciešams ieviest sodu sistēmu, ja pacients neierodas uz vizīti?

(respondenti atbild uz jautājumu)

Viedokļi dalās. Tas droši vien ir atkarīgs no tā, kā viņa tiek ieviesta, kā arī, kas ir praktiski realizējams. Ja ir jāveic priekšapmaksā, kādā veidā tas var tikt īstenots? Paldies, tas tiešām nozīmē, ka nav viennozīmīgas atbildes. Iesim tālāk. Tagad tas jautājums par savlaicīgumu, lai pacients saņemtu pakalpojumu savlaicīgi – ne par ātru, ne par vēlu. Vai

iespējams/vēlams plašāk izmantot, piemēram, nozaru profesionāļu vadlīnijas? Es saprotu, ka kaut kādās jomās tas ir un strādā. Cik ilgs varētu būt tas gaidīšanas laiks? Ja ir kaut kādas vadlīnijas, ir nolikti laiki, vai varētu uzlikt par pienākumu, ka cilvēkam konkrēts izmeklējums notiek konkrētā laikā? Varbūt ir kaut kādi papildu risinājumi kā diferencēt pacientus pēc pakalpojuma saņemšanas steidzamības? Šobrīd ir zaļais koridors, protams, bet tā jau nav atbilde uz visām situācijām, tas nav visiem gadījumiem. Es saprotu no mūsu aptaujas, ka vajadzētu kaut kā smalkāku un diferencētāku šo risinājumu, kur ģimenes ārsts varētu norādīt, ka šitam vajag ļoti ātri un šim vajag nedaudz, nedaudz vēlāk, bet šis var pagaidīt. Kā Jūs skatāties uz šiem jautājumiem?

Dalībnieks Nr.2 – Es nezinu, kā ir primārās aprūpes līmenī, bet ārpus Latvijas atsevišķās valstīs ļoti plaši ar **mākslīgo intelektu izmanto pacientu trianžēšanai, tai skaitā arī uzņemšanas nodaļās, tieši pie diagnostikas** un tur ir diezgan labi rezultāti. Latvijā mēs neesam tik tālu, bet, ja mēs runājam par atsevišķām valstīm, kas ir digitalizācijas jomā daudz tālāk tikuši, tā arī ir viena no opcijām. Daudz kur jau likumdošanu maina, piemēram, radiologiem mamogrāfijā ir radiologa apraksts plus mākslīgais intelekts. Tagad Dienvidkorejā maina likumus, jo radiologu trūkst. Ir pierādīts, ka ir lietas, ko mākslīgais intelekts labi dara.

Tas, ko viņi izmanto, ir īpašas sistēmas viņu izstrādātas, kaut kas tāds, kas ir viņiem unikāls un pieejams arī mums, tikai ja vēlme būtu to izmantot.

Dalībnieks Nr.2 – Nē, tas jau pasaulē ir, un Latvijā arī ir, piemēram, traumatoloģijā, kur izmanto *second opinion*. To jau daudz plašāk izmanto. Tas ir arī likumdošanas jautājums.

Tur būtu vajadzīga likumdošanas maiņa, lai pieļautu un tiktu paredzēts, ka kaut kas tāds tiktu izmantots arī medicīnā pie mums? Kāds citiem viedoklis ir par to savlaicīgumu? Es saprotu, ka nav tagad noteikts, cik ilgā laikā obligāti jānodrošina vizīte?

Dalībnieks Nr.3 – Jau tagad ir dažādi koridori, citi, bet **nākotnē multidisciplinārā aprūpe būs vēl svarīgāka** – attiecīgi viena pacienta ārstēšanā būs iesaistīti vairāki speciālisti, kam jāsazinās arī savā starpā, ne tikai caur pacienta kartiņu.

Bet tas nav otrādi, ja kopā ir četri, pieci dažādi speciālisti, trīs ir relatīvi brīvi, bet tas ceturtais un piektais ir, ļoti aizņemti, tas tieši nevarētu pagarināt to laiku?

Dalībnieks Nr.6 – Tas ir atkarīgs arī no ārstniecības iestādes spējas šo organizēt. Atbildot uz iepriekšējo jautājumu, tad šobrīd ir vairāki, jā, sauksim tos par koridoriem. Ne tikai onkoloģijā, bet arī grūtniecēm ar noteiktām diagnozēm, ir jānodrošina, no šī gada pirmā janvāra pakalpojums desmit dienu laikā, uzskatot to kā prioritāro pacientu grupu. Tāpat arī bērni ir pieņemami pa priekšu citiem un dažādi šie te izņēmumi. Saprotams arī tas, ka ārstniecības iestādi ierobežo, jo vairāk mēs veicam šādus izņēmumus, jo pēc būtības tas aiziet uz atpakaļu.

Visas lietas jau neaptver šī te zaļā koridora sistēma un "Cito!", ko jūs minējāt. Ārsts jau redz, vai konkrētam pacientam vajag ļoti ātri šo te izmeklējumu, jo kaut kādi riski var attīstīties tālāk hroniski, vai nē – viņš neietilpst nevienā no šīm grupām, vai būtu vajadzīga kāda smalkāka sistēma, kad ģimenes ārsts vai speciālists var pateikt, ka šim vajag obligāti mēneša laikā, šim vajag obligāti divu mēnešu laikā?

Dalībnieks Nr.6 – Bet pieņemsim, ka tā sistēma, ko Jūs tikko minējāt, tā man liekas diezgan labi strādā arī BKUS, jo viņiem šīs te konsultācijas ārkārtas kārtā, bet, kas nav neatliekamā medicīna, ko var pieteikt arī speciālists caur sistēmu.

Tā ir tā "Cito!" sistēma?

Dalībnieks Nr.6 – "Cito!" tas īsti nav, bet tā jā.

Tas, kas šobrīd ir, ar to īstenībā pietiek? Nekādu papildus šķirošanu nevajag?

Dalībnieks Nr.1 – Pēc būtības sistēma jau domā labi, vai tas darbojas labi, jo valstī pie ģimenes ārsta ir jānokļūst piecu dienu laikā. Ģimenes ārstam ir jāparedz tas pieraksts tāds, ka piecu dienu laikā man ir jānokļūst. Vēl ir tā saucamās akūtās stundas, protams, visi tālākie pakalpojumi, vajadzīgie izmeklējumi ir tā, ja ir neatliekams, tad cilvēks dodas uz kāda stacionāra neatliekamās palīdzības nodaļu. Jo nekur jau nav, piemēram, Zviedrijā ar salauztu roku, cilvēks gaida uzņemšanā, lai viņam veiktu rentģenu, četras līdz sešas stundas. Nekur jau pasaulē nav tāda leiputrija. Tad ir tie plānotie pasākumi, ar ko ģimenes ārsts tiek galā, nākamais līmenis ir tas, kur pierakstās. Cits stāsts, ka pie mums Latvijā tas pieraksts ir garāks par diviem mēnešiem. Tas ir tas, ko mēs šeit runājam, visa tā multifaktoru ietekme, ka uz magnētisko rezonansi līdz gada beigām nevar pierakstīties, tikai jautājums, vai visi tie, kas ir pierakstījušies, tiem simts punkti tas ir nepieciešams, vai viņi nav pierakstījušies vairākās iestādēs, ko varbūt, ja būs šī E-veselības sistēma, varbūt daļēji risināsies. Pēc būtības jau sistēma mums paredz to savlaicīgumu.

Dalībnieks Nr.3 – Svarīga ir kvalitāte un pacienta veselības iznākumi. Plus speciālistu saziņa ar ekselences centriem – caur Eiropas References tīkliem attiecīgā nozoloģijā.

Vai ārsts, reāli zinot, kādas tās rindas ir, vai tas ietekmē to, ka ārsti izvēlās iedot vai neiedot noteiktu nosūtījumu, vai nē? Ja viņš zina, ka tāpat būs jāgaida ļoti, ļoti ilgi, ka ir milzīgas rindas?

Dalībnieks Nr.1 – Nu grūti domāt, kā domā ģimenes ārsts. Slimnīcās mums arī ir tās saucamās speciālistu vietas, tai pašā pneimonoloģijā, kad ārsts var savu pacientu caur dienas stacionāru pieteikt, jo citādi viņš jau tālāk nevar ārstēt, ja viņam nav šī datortomogrāfija un viņam ir nepieciešams šis izmeklējums, ir šīs te, ko saucim par "Cito!" vietām, bet tas jau ir tikai tad, kad pacients jau ir nokļuvis pie speciālista. Līdz tai nokļūšanai, tur jā, vai nu ģimenes ārsts, tālāk plānveida pieraksts, uzņemšanas nodaļa, vai, kā jau te teica, veselīgs dzīvesveids, lai mums tur nav jānonāk.

Dalībnieks Nr.3 - Pie hematologa PSKUS pacients pats vispār nevar pierakstīties – pat ne gadu uz priekšu jau. Tāpēc mums būs metodiskie centri un citi, kas strādā pie pacientu ceļiem, lai optimizētu plūsmu, kam, kur, ar kādiem izmeklējumiem ir jāiet.

Dalībnieks Nr.7 – Jā, es gribēju teikt, ka te nebūs viena atbilde. Tie ceļi ir ļoti dažādi, kā tas pacients nonāk līdz tam speciālistam. Tur ir gan tas, ka ārsts zvina ārstam un sarunā šo ārpus rindu, gan cilvēks pierakstās klasiskajā sistēmā un gaida ilgi. Arī iepriekš es jau to teicu, ka šī te speciālista vadīta pacienta virzība caur veselības aprūpes sistēmu šajā situācijā, kad mums trūkst resursu, trūkst speciālistu, tas būtu tas risinājums, ko mums būtu jāiet, tad nebūtu ne šo rindu, ne dubulto, trīskāršo, nevajadzīgo pierakstu. Katrs to dara savādāk.

Dalībnieks Nr.3 – Ir slimības, kur vajag vairāk izmeklējumus diagnozes precizēšanai vai terapijas pielāgošanai. Nevar par to sodīt speciālistus vai pacientus.

To vadīšanu veiktu, kurš tieši, ģimenes ārsts?

Dalībnieks Nr.7 – Ārsts vai speciālists, tur dažādi. Vienas atbildes nav. Dažādi gadījumi, dažādi risinājumi.

Dalībnieks Nr.8 – Es aizdomājos par to, kā Jūs to jautājumu noformulējāt, par to, ka ārsts varētu izvēlēties nosūtīt vai nenosūtīt - tā jau būtu absolūti neētiska rīcība. Ja ir pamatota

nepieciešamība, tad tam nosūtījumam ir jābūt, bet, ņemot vērā to reālo situāciju, drīzāk ir tā, ka izskaidrot tam pacientam, ka, iespējams, būs tās rindas un vajadzētu ātrāk, tad tiek runāts, vai gadījumā ir iespēja arī par maksu iziet šo izmeklējumu. Es teiktu, ka tāda ir tā reālā aina. Es nedomāju, ka ārsti tādēļ vien, ka saprotot sistēmu nenožīmēs pacientam izmeklējumu, kas viņam ir patiesi nepieciešams.

Tas, ar ko ir nācies saskarties, ir zināms, ka ir speciālisti, kas izraksta vairāk tos nosūtījumus un ir tādi, kas mazāk. Līdz ar to ir cilvēki, kas apzināti izvēlās tos, kas vairāk izraksta.

Dalībnieks Nr.7 – Mēs saņemam sūdzības par ģimenes ārstiem, kuri atsakās reizēm nosūtīt tālāk dažādu apsvērumu dēļ.

Dalībnieks Nr.4 – Es vēl papildināšu par to profesionālo pieeju, kas, manuprāt, ir ļoti vērtīga, un pie tās idejas mums ļoti vajadzētu pieķerties. Protams, ir daudz un dažādas situācijas, ne visiem varbūt tas ir vajadzīgs, bet atgriežoties atkal pie mūsu darba, ko mēs tieši mūsu vidū esam runājušas un pārspriedušas šo jautājumu, cik ļoti svarīgi un būtiski, ka pacientam ir kāds virzītājs, kurš paņem šo pacientu aiz rokas, kas ir ļoti būtiski vajadzīgi un izvirza cauri visiem šiem koridoriem, vienalga, kādā krāsā tie būtu. Neskatoties uz visu to viņam tās situācijas ir tik ļoti mulsiņošas, tu pat viņam iedod to brošūru rokās, kā viņam būtu jārikojas un viņš apjūk tai situācijā, kas ir ļoti saprotami, tas ir gan slimības ietekmes rezultātā, informācijas rezultātā, vai tāpēc, ka tev ir tikai tas, kas tev ir tai brīdī, ar ko tev ir jāmēģina sadzīvot un virzīties tālāk šiem te speciālistiem dažādiem. Te ir ļoti, ļoti svarīgi, ka ir cilvēks, kas paņem viņu aiz rokas un izved tam cauri līdz tai galējai uzvarai. Tāpēc varbūt tādas vadlīnijas ir vajadzīgas. Tas nav viennozīmīgi visos gadījumos vienādi, ka tas darbotos, bet ir dažādas situācijas.

Šobrīd tas nestrādā daļēji tādēļ, ka nav šīs vienotās informācijas apmaiņas, lai viens speciālists varētu izdarīt. Es pareizi saprotu?

Dalībnieks Nr.4 – Jā, iespējams. Mēs vispār ļoti maz ar pacientiem runājam, es gribētu teikt, jo nevienam nav laika ar to nodarboties.

Dalībnieks Nr.3 – Reto slimību gadījumā tam ir RS atbalsta komandas, kuru uzdevums ir sarunāt vizītes un izvirzīt pacientu caur sistēmu. Tāpat arī onkoloģijā mēdz būt šādi koordinatori. Vai citreiz pacientu organizācijas brīvprātīgā kārtā.

Ir noteikts, ka pie ģimenes ārsta ir jātiek šajās piecās dienās, bet ir šīs lielās rindas un praksē cilvēks gaida daudz ilgāk, pat ja ir šis steidzamais nosūtījums, gaidīšana var būt mēnešiem ilga. Vai būtu jēga uzlikt, par pienākumu, piemēram, nodrošināt pacientam, ja steidzamā kārtā bērnam ir vajadzīgs logopēds, tad ārstam tas divu mēnešu laikā ir jānodrošina, vai tas būtu bezjēdzīgi, jo nav iespējams?

Dalībnieks Nr.3 – Man šķiet, ka tas arī ir tas, ko es tur mēģinu čātā pateikt par tiem pacientu ceļiem, ka katrai slimībai un pacientu grupai ir tās lietas, kas ir kritiskas, kuros brīžos viņiem ir jānokļūst steidzami, kaut kur, tad tas pacientu ceļš arī ir tā vieta, kur var iestrādāt tos algoritmus, kurā brīdī pie kura speciālista viņam ir jānonāk. Ar to mums plānojas, ka nodarbosies tie metodiskie centri. Es domāju, ka tur arī ir iespējams iesaistīt to mākslīgo intelektu, lai šo plūsmu koordinētu, lai atrastu, identificētu tos pacientus kuriem vajag kaut ko ātrāk un savādāk.

Dalībnieks Nr.6 – Es gribētu piekrist kolēģei, kas iepriekš runāja. Es negribu teikt nekādā gadījumā, ka tam nav jēgas to darīt. Es gribu teikt, ka mums uz to ir jāiet. Protams, tas nav vienkārši izdarāms, nosakot kaut kādus terminus. Jāņem vērā, ka resursi ir ierobežoti, ne tikai finanšu resursi, bet mēs ļoti labi zinām, kāds ir mūsu speciālistu skaits, pieejamība, īpaši dažās

specialitātēs, kas ir retākas. Protams, mums uz to ir jāiet. Ir jādara arī tā, lai šie speciālisti nākotnē būtu vairāk, kā rezidentu vietas un viss pārējais.

Dalībnieks Nr.7 – Es vēl gribēju par tām sekām. Tās sekas iestājas ārstniecības iestādēm, ja konkrētā laikā nepieņem, vai kā bija?

Jā, piemēram. Ārstniecības iestādei uzlikt par pienākumu noteiktā laikā nodrošināt, piemēram, šim bērnam to logopēdu steidzamo.

Dalībnieks Nr.7 – Jā, nu var jau uzlikt, bet ja šo speciālistu nav, tad...

Ejam tālāk! Attālinātās konsultācijas. Ļoti svarīga tēma. 27% iedzīvotāju aptaujā drīzāk piekrīt, ka bieži apmeklē valsts apmaksātus speciālistus tikai tādēļ, ka nepieciešams izrakstīt jaunu recepti pastāvīgi lietotām zālēm. Tas teorētiski ir tas, ko varētu darīt telefoniski, ja pieņem, ka šī atjaunošana vispār ir vajadzīga, nevis tas tiek darīts bezjēdzīgi. Šobrīd tikai 42% speciālistu sniedz konsultācijas attālināti. Tad, kad mēs jautājām aptaujā, kādēļ viņi nesniedz konsultācijas attālināti, tad lielākoties iemesls ir tāds, ka neesot pieprasījuma, jo pacienti dod priekšroku konsultācijām klātienē. Kā Jūs uz to skatāties, vai tiešām ir tā, ka nav pieprasījuma? Vai tiešām gribas redzēt to cilvēku sejā? Kā šo varētu virzīt uz priekšu?

Dalībnieks Nr.3 – BKUS un PSKUS taču ir pionieri pēc Covid, ir veiksmīgi ir izveidojuši sistēmu un apkalpo vairāk nekā miljons pacientu gadā online.

Dalībnieks Nr.7 – Jā, te noteikti ir paaudžu jautājums. Vecākā paaudze, kurai ir svarīgas klātienes konsultācijas, un tad ir jaunā paaudze, kurai attālinātās konsultācijas būs risinājums. Teiksim, arī Vācijā ārpus lielajām pilsētām, lauku reģionos, no lielajām pilsētām attālinātajos rajonos ir attālinātās konsultācijas, kas ir norma. Apzinoties to, ka tur arī ir speciālistu trūkums, jo tālāk no galvaspilsētas, jo vairāk to var izjust, šīs attālinātās konsultācijas ir viens no risinājumiem. Šeit hroniskajiem pacientiem, kuriem tiešām ir ikmēneša aprunāšanās, regulārā ziņošana par veselības stāvokli, viņiem tas būtu risinājums. Sevišķi to mēs jūtam šeit, mums brauc speciālisti no Rīgas.

Tas jau palielinātu pieejamību reģionos. Ir jau, protams, tie vecie cilvēki, kas grib runāt pa tiešo...

Dalībnieks Nr.7 – Emocionālie faktori, gribas jau redzēt klātienē un rast to sajūtu. Daudziem tas vēl ir palicis, ka ir tā sajūta, ka būs labāka tā konsultācija. Emocionālie faktori, un arī, cik kvalitatīvi var nodrošināt šo attālināto, vai pietiek ar telefona sarunu. Varbūt tās ir normālas konsultāciju telpas, kur es ar to ārstu varu runāt, kā mēs šobrīd runājam katrs no savas vietas. Varbūt arī tas ir risinājums padomāt par kvalitāti šo attālināto konsultāciju nodrošināšanu.

Divdesmit procenti speciālistu saka, ka nevēlas. Kādēļ nevēlas?

Dalībnieks Nr.1 – No mūsu slimnīcas ambulatorās daļas puses tā nav, ka nevēlas. Mums ir daudz attālināto konsultāciju. Es gribu teikt, ka tas sevišķi pieejamību neatrisinās, jo šī attālinātā konsultācija nebūt nav īsāka, nekā klātienes konsultācija, varbūt pat ārstam nedaudz sarežģītāka, nu nosacīti, kā kurš ārsts saka. Speciālists attālināti konsultē savu hroniski zināmo pacientu, kas ir atkārtoti. Pirmreizēji ir diezgan sarežģīti konsultēt attālināti. Ja mēs skatāmies augsta līmeņa speciālista lomu veselības aprūpē, viņam jau ir šī konsultanta loma, tā tad lielākoties konsultēt pirmreizējos pacientus, bet tie, kas ir atkārtotie, piemēram, nefroloģijā, transplantoloģijā nebūt nebrauc četras reizes gadā. Viņi atbrauc varbūt vienu reizi, ja stāvoklis ir labs un kompensēts, tad viņiem medikamentus izraksta attālinātās konsultācijās. Tas ir daudz

atkarīgs no pašām iestādēm. Es teiktu, ka pieejamību... Tas laiks tam ārstam jau tāpat tiek patērēts.

Dalībnieks Nr.5 – Gribēju vārds vārdā to pašu pateikt.

Tikai tas, ka reģionālo pieejamību tas var palielināt.

Dalībnieks Nr.1 – Nu varbūt tik, cik finansiāli.

Dalībnieks Nr.7 – Tieši tas ceļš Liepāja-Rīga ir sešas stundas turp un atpakaļ – šāda veida.

Dalībnieks Nr.1 – Jā, tieši par šāda veida finansiālo pieejamību.

Dalībnieks Nr.7 – Ka tas ārsts velta pacientam to laiku, nevis ceļam. Es piekrītu par tiem hroniskajiem pacientiem, viennozīmīgi.

Dalībnieks Nr.2 – Es jau gribēju to pašu, ko te jau teica, ka pirmreizējo jau vajag klātienē. Mums, kas labi strādā, kur ir arī ekonomija, kur ir atsevišķi speciālisti, kur ir grupu nodarbības – uztura speciālists, tur tas labi darbojas. Svarīgs ir arī šis tehniskais nodrošinājums. Ja tur ir švaks internets, ja otrā galā raustās un pārtrūkst, tad tas ir nelietderīgs laika patēriņš.

Jūs tomēr uzskatāt, ka būtu iespējams virzīties arī vairāk un piedāvāt šīs attālinātās konsultācijas?

Dalībnieks Nr.2 – Protams, protams!

Dalībnieks Nr.7 – Es arī saku, ka būtu iespējams vairāk, jā.

Nu skaidrs, tad ir jārisina tie jautājumi, kas ir un varbūt arī jāskaidro cilvēkiem, ka nevajag katru reizi redzēt personiski to speciālistu.

Dalībnieks Nr.7 – To personīgo pieejamību jau var nodrošināt arī šādi, jo tas to sajūtu rada, ja tu esi ārstu satīcis klātienē, ja tā ir kvalitatīvā konsultācija, nevis tikai saruna pa telefonu. Es zinu, ka BKUS tā arī bija, ka bija konsultācijas, kur redzēja ārstu, sevišķi Covid laikā.

Tieši tā, to jau var dažādi risināt. Tas būtu labs risinājums, jo cilvēkiem ir svarīgi redzēt ārstu sejā, kad tu izmanto šādu risinājumu, kur tu viņu vari redzēt sejā, vienkārši attālināti. Tagad par konsultācijas ilgumu. Aptauja rāda, ka daudzās iestādēs šis ilgums pēc speciālistu vērtējuma nav atbilstošs. Kādēļ tas tā varētu būt? Ir skaidrs, ka to ietekmē valsts apmaksā, par cik valsts maksā par konkrēto konsultāciju. Vai ir vēl kādi citi iemesli? Kā jūs uz to skatāties, uz šo konsultācijas atbilstību? Kas varētu būt tas, kas varētu palīdzēt samazināt to vizītes laiku? Tur bija dažādi jautājumi, ko cilvēki aptaujā minēja, piemēram, ja būtu vienota sistēma, kur ir apkopota visa informācija par pacientu, e-sistēmas būtu sakārtotākas, ja būtu ārstu palīgi vai māšas, ja būtu labāk sagatavojies pacients. Bija interesantas lietas, kas tika minētas, ja elastīgi piemērotu pakalpojuma sniegšanas laiku dažādām pacientu grupām, kas netiek šobrīd darīts pietiekami. Piemēram, ja cilvēks atnāk atkārtoti izrakstīt recepti, tad tā ir viena lieta, ja tā ir pirmreizējā, tad tas ir kaut kas cits. Kā jūs uz šo skatāties? Vai to varētu plašāk ieviest?

Dalībnieks Nr.2 – Nu bieži vien tas konsultāciju ilgums ir pārāk īss ne jau aiz labas dzīves, bet tāpēc, ka tarifs ir slikts un zems, tad kaut kā mēģina optimizēt, iztikt, tad mēģina ātrāk tos pacientus apskatīt un virzīt. Diemžēl tas ir naudas jautājums. Protams, NVD jau korekti cenšas rēķināt, bet nu preī visam ir nauda sarēķināta, ka tam tarifam ir jābūt tik. Ja tam nav finansējuma, tad no tā nav nekādas jēgas. Protams, pārējais arī, ja tur kaut kas neiet, kaut kāda

sistēma vai kas, tad arī tas ir nelietderīgs laiks, kad ārsts nevar strādāt ar pacientu. Tās lietas, protams, arī ir jārisina.

Cik lielā mērā atšķiras tas laiks dažādās iestādēs?

Dalībnieks Nr.2 – Es nevaru par citiem atbildēt.

Tas ir iestādes rokās, ja viņš pasaka, ka manā iestādēs veltīs divdesmit minūtes?

Dalībnieks Nr.2 – Nu neviens jau tā nesaka. Ārsts jau, cik viņam vajag, tik viņš arī skata.

Dalībnieks Nr.5 – Par tām minūtēm man ir komentārs. Mums tā ir pusstunda Stradiņa slimnīcas poliklīnikā. Tas ir tāds adekvāts laiks. Par to, kas varētu saīsināt šo laiku vai paātrinātu vizītes norisi, mēs varam atgriezties pie tām pašām specializētajām māsām un koordinatoriem. Ja hroniskam pacientam ir bijusi tā vizīte ar māsu, kura viņam iepriekš ir visu pateikusi, ko vajag atkārtot, ko vajag izdarīt, savu konsultāciju sarakstījusi, ka pacients ir atkārtojis to, tur ir tas, tad no ārsta puses visu var krietni ātrāk izdarīt to, kas ir jāmaina, nevis iet cauri visam trijos mēnešos notikušajam. Otrs – tie ir koordinatori. Ja tie ir koordinatori, kas saprot lietas būtību, tad viņi arī varētu veikt šo diferencēšanu, teiksim, pa pacientu grupām. Principā mēs kā pneimonologi, sonogrāfijas neskatāmie poliklīnikas kabinetā, bet ir pacienti, kuriem vajag un tad es palūdzu, lai viņi pierakstās kā pēdējie, tad es zinu, ka man būs laiks aiziet ar viņu uz kabinetu apskatīties. Ja ir koordinatori, kas tās nianšes izprot, tad jau viņi varētu tādām pacientam četrdesmit piecas minūtes ierēķināt.

Cik tas būtu reāli? Tās ārstu specializācijas ir tik dažādas, un ja ir viens koordinatori slimnīcā vai poliklīnikā, kas pa visām jomām, vai tas vispār izdarāms?

Dalībnieks Nr.5 – Es nezinu. Jā, droši vien ļoti sarežģīti, tad tiem ir jābūt specialitāšu koordinatoriem.

Dalībnieks Nr.3 – Tos laikus jau katrai specialitātei ieliek tai tarifā. Mēs kā pacientu organizācijas esam prasījuši NVD, kāpēc ārsti velta tik maz laiku, tad viņi visu vainu novēl uz ārstniecības iestādēm, jo viņi teica, ka savos tarifos paredzot pat stundu viena pacienta apskatei, tad slimnīcas pašas saliekot, ka ir tikai piecpadsmit minūtes. Es nezinu, kuram ir taisnība šajā visā, bet es pieņemu, ka atslēga ir tieši tajos tarifos, kur ierēķina, cik kuram pacientam, ar kādu problēmu būs nepieciešams tas speciālista laiks. Manuprāt, tas ieteikums par medicīnas māsu ir fantastisks, jo viņa tik tiešām var izskaidrot, kā pareizi lietot zāles, vēl visādas lietas, kas būtu pacientam svarīgas, kur ārsts speciālists varētu netērēt savu dārgo laiku. Es vēl gribu pievērst Jūsu uzmanību tam septītajam punktam, jo es esmu dzirdējusi no daudziem ārstiem, ka viņi saka, ka viņiem ir ārkārtīgi daudz dažādu papīru, tad ir tās simts sistēmas, kamēr viņš atver, kamēr viņš atrod, ko viņam vajag – tas paņem laiku. Ir cilvēki, kas sūdzas, ka dakteris vizītes laikā visu laiku skatās monitorā, nevis uz to cilvēku. Vienkārši viņam tur ir visa informācija par to cilvēku. Es pieļauju, ka ar mūsdienīgām sistēmām noteikti varētu kaut kā saregulēt un atrast tādu kompromisu - gan tam ārstam būtu pieejama visa tā informācija, gan arī vizītes laikā viņš var pietiekami daudz acu kontakta veltīt pacientam.

Jā, pazīstama situācija, bet arī saprotami. Es saprotu, ka slimnīcai tarifs ir viens neatkarīgi no tā, vai konsultācija ir piecpadsmit minūtes vai stundu reāli notikusi?

Dalībnieks Nr.3 – To es nemācēšu detaļās pateikt, jo ir sešpadsmit tūkstoši dažādi tarifi. To es nepārzinu, tas nav mans uzdevums, bet tā viņi mēdz teikt, jā, ka ir paredzēts maksimāli daudz laika, ko tas ārsts var veltīt pacientam, tad tālāk tas vienkārši ir naudas jautājums. Protams, jo vairāk pacientu, jo vairāk to manipulāciju kodu var uzrakstīt un saņemt par pakalpojumu sniegšanu. Protams, tas velns jāmeklē detaļās, bet tas nav labi, ne vienai, ne otrai pusei šobrīd,

jo rezultātā jau cieš pacients – ne viņam var veltīt pietiekami daudz laika, ne viņam visu izskaidro. Mums jau arī pacientu tiesību likumā ir paredzēta tā informētā piekrišana, kas nav vienkārši papīrs, ko tev iedod parakstīt. Tur ir reāli jāizskaidro, ko tā terapija nozīmē, ko tev nozīmēs katrs medikaments, ja tu viņu lietosi, kā tas izpaudīsies, ja tu to nelietosi, kā tas izpaudīsies. Tās reizēm ir ļoti intensīvas un garas sarunas. Ne jau visiem cilvēkiem pielec ar pirmo reizi. Dažiem pacientiem varbūt vajag pat divas un trīs reizes izskaidrot, kaut kādas lietas. Attiecīgi tas ietekmē to vizītes garumu.

Sakiet, kas var palīdzēt saprast labāk, cik lielā mērā šobrīd konsultācijas ilgums iestādēs ir fiksēts un cik bieži tomēr ir šī atšķirīgā pieeja, elastīgā pieeja? Vienam varbūt vajag garāku konsultāciju, citam īsāku. Vai arī ir konkrēti, ka kardiologam ir tik un tik pieņemšanas laiks, sonogrāfijai ir tik, un viss, vai arī atkarībā no situācijas?

Dalībnieks Nr.1 – Nu tas ir noteikts NVD tarīfos. Ja būtu kāds dienesta pārstāvis, viņš pateiktu. Tas ir NVD mājaslapā pieejams, tur var redzēt, cik kuram tarīfam ir paredzēts darba laika ilgums. Lielākoties jau ir, tā kā kolēģi teica, ka ārstniecības iestādē katra specialitāte nosaka, piemēram, internās jomas specialitātes, lielākoties viena vizīte būs trīsdesmit minūtes, jo tur ir daudz izlasāmo dokumentu, tur ir daudz skatīšanās ekrānā, kas pacientam nepatīk. Jā, bet, ja ārsts ar to neiepazīsies, tad ārstēšanas nebūs. Savukārt ķirurģiskais profils, kur varbūt ir ātrāka un skaidrāka nokļūšana līdz tam rezultātam, tiem ārstiem ir divdesmit minūtes konsultāciju laiks. Tas ir ļoti atkarīgs no specialitātes. Ko es varu teikt, ka šis jaunais finansēšanas modelis, kurš atsevišķās ārstniecības iestādēs tiek ieviests, ka ārsts arī ambulatori strādā pēc stundu tarifa likmes. Ārstam ir astoņu stundu darba diena, ko ārstniecības iestāde viņam sadala - gan nodaļas darbu, gan uzņemšanas nodaļas darbu, poliklīnikas darbu, tur gan NVD vienam pacientam paredz trīsdesmit minūtes. Tas zelta standarts ir šīs trīsdesmit minūtes. Ilgāk mums par trīsdesmit minūtēm, četrdesmit piecas minūtes pieņem tikai algologi – sāpju ārsti, jo tur ir pavisam gara un dziļa iedziļināšanās. Lielākoties trīsdesmit minūtes, bet ķirurģiskais ir divdesmit minūtes. Tā aptuveni praktiski izskatās.

Bet netiek, tā kā diferencēts, ka tam ir pirmā vizīte, tam ir atkārtotā, tam atkal recepte jāizraksta?

Dalībnieks Nr.1 – Ir, ir, piemēram, reto slimību speciālisti, jā. Tiem ir specializēts kabinets, kur mēs esam sadalījuši, kur pirmreizējiem ir stunda, atkārtotajiem trīsdesmit minūtes. Tas ārstniecības iestādēm ir diezgan brīvi noteikts. Kā jau te teica, ārsti strādā savā specialitātē ar labi zināmiem pacientiem, jo mazāks pacientu skaits dienā, tu saņem atalgojumu pēc padarītā darba, jo tev ir mazāks atalgojums. Protams, vai man stundā ir divpadsmit, vai man stundā ir trīs pacienti.

Šobrīd viņš var izvēlēties pieņemt vairāk pacientus?

Dalībnieks Nr.1 – Nu arī kvotas to nosaka tomēr, jo iestādes ir kvotētas. Mēs varam paņemt tikai tik, cik mēs varam saņemt par to no valsts. Ja mēs spēlēsim ilgāk to spēli, tad mums par to nemaksās.

Dalībnieks Nr.5 – Jā, es gribēju piebilst, ka mēs Stradiņa slimnīcas visi internie speciālisti, strādājam pēc jaunā algu modeļa. No vienas puses, manuprāt, tas ir liels plus, jo tas tiešām neliek pasterdināt un stundā paņemt četrus, bet var veltīt katram tam paredzēto laiku - finansiāli tas neko nemaina. No otras puses šajā modelī ir prasības, ka šajā modelī ir iekļauts ambulatorais darbs, bet, vai tā ir pusstunda nedēļā vai puse no nedēļas, nekur nav noteikts. Tas atkal no pieejamības puses nav super veiksmīgi.

Kopumā Jūs atbalstītu elastīgāku laika piemērošanu principā? Varētu, tā kā uz to virzienu vairāk iet?

Dalībnieks Nr.5 – Jā.

Dalībnieks Nr.2 – Nu jā, viss jau nav melns un balts. Arī tas atalgojuma modelis, kas ir Stradiņa slimnīcā, ja maksā pēc padarītā, tad viņš atkal pastimulē efektīvāk strādāt. Ja tas ir fiksēts maksājums, tad viņš ir fiksēts maksājums, tas atkal no godaprāta viss ir atkarīgs. Vēl jau ir tāda nianse, ja par tarifiem runājam, ja šis valsts tarifs nav draudzīgs, tad jau mēs saskaramies, ka nav motivācijas par viņu strādāt. Beigās viss nonāk privātajās ārstniecības iestādēs, vai par maksu slimnīcā tie pakalpojumi nodrošināti.

Dalībnieks Nr.5 – Es gaidīju, kad šis kaut kā tiks pacelts. Man tam ir ļoti labs piemērs. Man ir labs kolēģis, kurš kādas dienas nedēļā strādā mūsu slimnīcā, pārējo laiku reģionālajā slimnīcā, pamatā ambulatori un viņam ir šausmīgi garas rindas. NVD viņu pat proaktīvi uzrunāja, piedāvā viņam papildus kvotas, bet tā lieta ir tāda, ka tā kvota ir tik slikti apmaksāta, ka viņam īsti neinteresē darīt to vairāk un atvērt papildu pieņemšanas. Tas faktors arī ir jāņem vērā.

Nākamais ir par pierakstu organizēšanu, par IT risinājumiem. Iestāžu aptaujā redzam, ka puse iestāžu joprojām izmanto pacientu kartiņas papīra formā. Kas ir tas, kas traucē pārejai uz elektronisko formātu? Es saprotu, ka lielajās slimnīcās tā lieta ir attīstītāka. Kāpēc mēs joprojām staigājam ar kartiņām?

Dalībnieks Nr.2 – Nu nav jau tā, ka visi gribētu ar kartiņām staigāt. Arī šie te **IT risinājumi prasa investīcijas**. Ja valsts slimnīcai nav pieejams šis te finansējums, tad ir jāizdara smagas izvēles, ko darīt – nopirkt ļoti vajadzīgu iekārtu, kas ir nepieciešama akūtās palīdzības sniegšanai, vai ieviest digitālus risinājumus. Protams, šogad ir nauda piešķirta digitalizācijai, bet tās summas nav tādas. Mēs labi zinām, cik izmaksā sistēmu ieviest, tur ir izdevumi visur pretī. Te jau nav runa par kaut kādu nevēlēšanos vai ko, bet tad tam ir arī līdzekļi jāparedz. Vēl jau būtu labi, ja būtu centralizēti valsts līmenī, kur pēc tam var sadarboties slimnīcu starpā, pacientu redzēt, kādi izmeklējumi, visu par viņu. Tas būtu svarīgi.

Es saprotu, ka būtu labi to darīt valsts līmenī, tas palīdzētu apmainīties ar informāciju, kas šobrīd ir problēma. Lai visiem ir vienāda sistēma, nevis katram sava.

Dalībnieks Nr.2 – Jā, jo tā jau no sākta gala ir problēma, katra slimnīca, katrs slīcējs pats par sevi cīnās, kā izdzīvot. Rezultātā, kam ir "Ārsta birojs", kam ir "SmartMedical", vēl kaut kas, BKUS ir sava sistēma uzprogrammēta. Tā mēs te visi dzīvojam.

Kā tādā sistēmā ir iespējama informācijas apmaiņa?

Dalībnieks Nr.5 – Tas arī laiku taupītu. Tad būtu ne tikai skatīšanās ekrānā. Tagad sanāk vēl rakāties pa visu, ko pacients ir atnesis līdzī. Parasti tā ir liela apbružāta papīru čupa, tad tur atkal ir tā otra skatīšanās.

Labi, ja tas pacients pats vismaz ir savācis visus tos dokumentus, un visus tos atnesis.

Dalībnieks Nr.5 – Jā, un bieži pat nav tā.

Dalībnieks Nr.3 – Tā sistēma, kas šobrīd tiek izmantota, viņa katra runā citā IT valodā, viņas nav iespējams savienot. Es saprotu no NVD, ka... (sakarā traucējumi, teikto nevar saprast)

Mēs Jūs slikti dzirdam.

Dalībnieks Nr.3 – Es uzrakstīšu čātā. Tas, ko es saku ir par to, ka datu ezeru, kurā nevar salikt kopā pacienta datus no katras šīs te dažādās sistēmas, kas katrā slimnīcā ir izveidota. Tie ir strukturētie dati. Tur ir otra puse tam visam, tie ārsti neraksta šajās kartiņās datus par pacientiem. Tur ir virkne visādu rīku. Es esmu dzirdējusi no kolēģiem ārzemēs, ka... (sakarā traucējumi, teikto nevar saprast) ...latviešu valoda un angļu valoda, ka šie risinājumi arī mums īsti nav pieejami. Plus ir tad, kad jākodē diagnozes, kādi izmeklējumi, tur atkal ir vairākas datubāzes, kur ir šie precizētie kodi. SSK-10, ORPHA sistēma, tad ir vēl vesela kaudze ar visādām sistēmām, kā ir aprakstīti tie medicīniskie termini. Man šķiet, ka mums ir ļoti daudz cilvēku, kas ir gados, kas neorientējas visos tajos. Piemēram, es redzēju reto slimību reģistrā, ka ir nenormāli daudz gramatikas kļūdu, tāpēc tos datus nevar savietot, tāpēc viņi nesalīmējas kopā. Ir šausmīgi grūti uztaisīt par to cilvēku digitālo dvīni, kur būtu iekļauta visa tā sistēma par viņu. Tie IT risinājumi, ko mēs kā savas jomas speciālisti nevaram uztaisīt, ko IT speciālisti mums nevar uztaisīt, bet mums ir jāatrod tas veids kā savā starpā sadarboties, lai tās sistēmas varētu runāt, un mums būtu ērti viņas izmantot, gan ārstiem, gan slimnīcām, gan mums kā pacientiem. Mums arī ir tiesības redzēt tos datus. Turklāt, ja mums ir pienākums pārbaudīt, vai ārsts ir sarakstījis visu par mums kartiņā, ko mēs viņam esam stāstījuši, tad tai sistēmai ir jābūt pieejamai arī pacientiem. Lai kā tas daudziem nepatīktu.

Jā, plus tas vēl ļautu risināt to situāciju, kad cilvēks ir gājis pie četriem, pieciem dažādiem sonogrāfiem.

Dalībnieks Nr.3 – Ne tikai sonogrāfiem. Es pa saviem četrdesmit gadiem esmu bijusi simts klīnikās, kur katrā ir kāda lapiņa, kur kāds par mani kaut ko ir uzrakstījis. Tad, kad man ir jāsaliek kopā tā bilde dažus gadus vēlāk, tad es pat nezinu, uz kuru klīniku man ir jāiet meklēt. Viņas jau arī kā sēnes aug, tad pazūd, kurā arhīvā tad meklēt savus datus par tiem iepriekšējiem gadiem. Cilvēkiem, kas ir vecāki, tiem tā problēma ir vēl milzīgāka. Protams, ka neviens tos datus nevarēs uztaisīt digitāli.

Dalībnieks Nr.9 – Es gribu papildināt. Te jau pieminēja šo te **sadarbību starp IT speciālistiem un nozares profesionāļiem**, kas ir apgrūtināta, ja tā var teikt. IT speciālists saprot datu struktūru, dabu, bet profesionāļi saprot slimību dabu un struktūru. Man ir viens piemērs, ka vienā sistēmā lielajā slimnīcā mums ir rehabilitācijas pakalpojums dienas stacionārā, kas ir pats par sevi pakalpojums, kas ietver piecus dažādus profesionāļus, koordinatoru un pacientu. Konkrētā dienā ir piecpadsmit pacienti, tad ir jāsakordinē darbs starp pacientiem un profesionāļiem. Mēs ar to sistēmu, kas mums ir, mēģinājām tikt galā un vienalga beidzās viss ar to, ka vienalga ir kāda vieta, kur viss tiek rakstīts papīra formātā, parasti pacientam, viena un tā pati informācija tiek sinhronizēta kopējā plānā, katra speciālista dienas kārtībā un plānā, kur ir arī citi pieraksti, tad ir pacienta kartiņa, kur viņš zina, cik un kur viņam ir jābūt. Tā sistēma pieļauj viena veida informācijas ielikšanu, un tās pašas informācijas vienības variāciju kaut kādos formātos nepieļauj. Iemesli tur ir daudz un dažādi. Manuprāt, mūsdienās ir absurdi, ka viena un tā pati informācija, vienalga vai tā ir medicīniska, vai statistiska, ir jāievada vairākās vietās. Tas ir tas no kā mums vajadzētu atteikties, kas arī prasa vismaz dubultu darbu. Tā vīzija, kas tad būtu tie daudzie un dažādie risinājumi, cik unikālai ir jābūt tai datu kopai, lai tā kalpotu katra specifiskajām vajadzībām.

Jā, tieši tas arī ir mans nākamais jautājums. Šobrīd mēs redzam, ka liela daļa iestāžu neizmanto nekādus IT risinājumus pacientu plūsmas organizēšanai, pierakstu plānošanā, hronisko pacientu uzraudzībā. Nav jau tā, ka visiem tagad būtu kaut kas jāmaina, daļa iestāžu var par to domāt no baltas lapas. Ko šajā situācijā darīt, kā Jūs to redzat? Ja būtu jārisina, kā risināt? Dot valsts atbalstu un sākam no nulles un ieviešam vienu sistēmu visās iestādēs?

Dalībnieks Nr.1 – Tas ir tas, ko valsts šobrīd ir uzsākusi. E-veselībā valsts jau ir uzsākusi un, manuprāt, pilotē jau slimnīcās stacionāra epikrīzes ieraksta ierakstīšanu vai pareizāk sakot veidošanu e-veselībā, kur visi redz šo sadaļu, kas pacientam ir bijis stacionārā. Mēs Stradiņos šobrīd mēģinām aprobēt jeb pilotēt ambulatorās konsultācijas slēdzienu, kas ir visnotaļ neveiksmīgs E-veselības risinājums, jo viņš ir nepārskatāms. Labā ziņa, ka viņu mums dod testēt un mēs varam paskatīties un savu viedokli izteikt, jo principā tas ir viens risinājums, kā ministrija domā nākotnē šo e-risinājumu labāku veidot, bet cita risinājuma jau nav. Arī citās Eiropas valstīs, piemēram, es tikko runāju ar kolēģiem Nīderlandē, viņiem nav visaptveroša visas valsts e-risinājuma, bet viņiem ir ļoti izteikta tā **reģionalizācija**. Viņi ir liela valsts un viss reģiona universitāšu slimnīcu un nākamā līmeņa slimnīcas ir saslēgtas vienā sistēmā, un viņi redz, ko dara vienā vietā, ko dara otrā vietā, ko ģimenes ārsta praksē. Viņiem ļoti reti pacienti pārbrauc no reģiona uz reģionu. Ja pārbrauc, tad pārsūta tās sistēmas. Tāds rīks mums ir plānots jau cik gadus, kopš E-veselība ir uzsākta, bet individuāli pa slimnīcām, jā mēs varam, bet problēmas rodas tad, ja mēs to savu iekšējo sistēmu kaut vai elektronizējam, tas prasa finanses. Tajā brīdī, ja valsts izdomās citu sistēmu, vai mūsu iekšējā sistēma spēs ar to saslēgties, bet mēs būsīm ieguldījuši lielu naudu, kas beigās nebūs derīga, tāpēc jau slimnīcas ir daļēji nogaidošas. Mēs jau esam diezgan maza valsts, vai mēs tā ieviesīsim atsevišķi pa reģioniem. Mums vajadzētu vienotu valstī, jo iespējams tas ir, jo ministrija un NVD pie tā strādā. Jautājums ir, kad un kādā kvalitātē? Mūs interesē kvalitatīvs produkts.

Kā Jums šķiet, kāpēc tik ilgi to nav izdevies īstenot, ja plāns ir bijis tik sen?

Dalībnieks Nr.1 – Nu, kur tā nauda palikusi?! Nezinu! Neveiksmīgi IT speciālisti, neveiksmīgi menedžeri. Es nezinu, kāpēc mums neizdodas izdarīt. Atbrauc igauņu kolēģi no Ziemeļīgaunijas uz poliklīniku, un man tiešām tajā brīdī sametas kauns, jo viņas grib nofotografēties ar poliklīnikas māsiņām, kas nēsā kartiņas. Viņiem Ziemeļīgaunijā kartiņas vairs nenēsā. Nu tad ir tā, kāpēc mēs nevaram?! Nu nevaram!

Kā Jūs domājat, ja runā par pieraksta sistēmu, pacientu plūsmas organizāciju, apmeklējuma grafiku, norādījumiem, saziņu ar pacientu, kas arī tikai 19% iestāžu notiek pilnībā automatizēti. Piemēram, atzvanu sistēma, bieži vien to dara cilvēks, viņš ņem un zvana, protams, tas to visu padara dārgu, tāpēc daudzi to vispār nedara. Vai valstij vajadzētu ieguldīt un atbalstīt šādu sistēmu ieviešanu? Vai tā ir tā, ko šobrīd cenšas...

Dalībnieks Nr.1 – Arī tas, valsts par to domā. No pirmā jūlija, kas mums pēc būtības ir jādara, mums ir vienoti e-nosūtījumi, no pirmā jūlija mums šis e-nosūtījums ir jāatprečo, ja tā var teikt, jāatzīmē, ka viņš mūsu slimnīcā ir izpildīts un ar šo e-nosūtījumu uz citu slimnīcu vairs pacients aiziet nevarēs, jo viņš būs, tā kā izlietots šis nosūtījums. Nākamais solis, ko NVD domā, arī šo vienoto pieraksta kalendāru. Ja redz, ka pacients ir pierakstījies uz magnētisko rezonansi Austrumu slimnīcā, tad uz tās pašas jomas rezonansi Stradiņos, Liepājas vai kur nu tajā laikā nevar pierakstīties. Īstenībā par to jau domā, tikai tā nelaime, ka mums kaut kā neizdodas.

Dalībnieks Nr.2 – Par tiem nosūtījumiem, ko tikko teica, tas ir svarīgi. Atzvani tas jau vairāk ir tāds individuālais risinājums. Tos robotzvanus ir, kas lieto, ir, kam īsziņas automātiski tiek izsūtītas, to jau var uz dažādām sistēmām uzlikt. Svarīgi ir tieši tas, kas uz pacientiem attiecas, tieši uz to pierakstu.

Dalībnieks Nr.3 – Vīstrakāk ir, kad ārsts izdrukā lapiņu, kur DataMed atrast slēdzienu, bet pašu slēdzienu neizdrukā. Ja būtu visās iestādēs vienāda pakalpojumu kvalitāte un pacienta pieredze, cilvēki neietu visur vienlaicīgi un viena rinda būtu ok. Kamēr tā nav – vienota rinda īsti nav godīgi.

Te faktiski ir runa par finansējumu, un ieviest to, ko NVD jau ir plānojis, par ko ir runāts ilgi un dikti, bet, kas šobrīd vēl nestrādā. Es pareizi saprotu? Protams, darīt to ciešākā sadarbībā ar speciālistiem, jo, kā es saprotu, tās sistēmas ne vienmēr izprot to darba specifiku. Ejam tālāk!

Nosūtījumu izsniegšana. Es jau minēju, ka ir daudz apmeklējumu tikai tāpēc, ka ir nepieciešams nosūtījums. Tas ir tas, par ko mēs pagājušo reizi sākām runāt, vai būtu atbalstāmi, ka nosūtījumus uz valsts speciālistu var izsniegt arī maksas veselības aprūpes speciālists. Es atceros, ka daži te bija pret šo risinājumu. Aptaujā, kad mēs aptaujājām speciālistus, absolūti lielākā daļa uzskata, ka atbalstītu šādu risinājumu. Es saprotu, ka BKUS būs pilotprojekts, viņi skatīsies, kā tur tas viss notiks, bet varbūt Jūs no sava viedokļa uzreiz varat pateikt, kā mazināt tos riskus, ka maksas speciālisti rakstīs pa labi un kreisi?

Dalībnieks Nr.5 – Es domāju, ka tas risks ir, ka būs, kas saņemsies to vienu reizi iztērēt naudu un aiziet visiem citiem, kam nav to astoņdesmit eiro, rindā priekšā. Kā to varētu mazināt?! Es neatceros, tā bija Somija vai Norvēģija, bet, ja pacients netiek pie viņu NVD speciālista, kaut kādā noteiktā laikā - tas bija mēnesis vai divi, tad tur ieslēdzas tā sistēma, ka arī maksas speciālists viņam var rakstīt nosūtījumus tālāk uz valsts apmaksātiem pakalpojumiem. Līdz ar to, kā kontroles mehānisms, es domāju, tas laiks varētu funkcionēt, ja tas tiešām ir speciālists, pie kura nav iespējams tikt, un no viņa vajag tikai nosūtījumu uz magnētisko rezonansi, piemēram. Tas ir tas, kur tas varētu strādāt veiksmīgi.

Dalībnieks Nr.3 – Nosūtījumi arī saskaņā ar pacienta ceļiem, kaut vai speciālists nosūta, ja redz, ka tas atbilst indikācijām.

Tas ir iespējams tikai tad, ja ir, nē, nu ir jau tā vienotā rinda, tikai līdz NVD tā informācija par to rindu nonāk ne uzreiz.

Dalībnieks Nr.5 – Jā, tā šobrīd ir problēma.

Ja būtu uzreiz momentāna informācija par rindu garumu tiešajā laikā pieejama, tad tas būtu iespējams kā risinājums. Ļoti interesanta ideja! Vēl kādam ir kāda doma par šo te maksas speciālistu nosūtījumu izsniegšanu?

(uz jautājumu neviens neatbild)

Jā, jau pagājušo reizi daži te izteica savu pozīciju. Es saprotu. Bieži vien tik tiešām cilvēki netiek un tad ir...

Dalībnieks Nr.9 – Jā, man arī šķiet, ka tas ir jāņem tādā tiešā sakabē ar tām rindām un prioritātēm, ko pirmīt runāja, jo tas var glābt situāciju ne tikai pašam pacientam, bet visai veselības aprūpes sistēmai. Slogu mazināt ar to, ka cilvēks laicīgi saņem pakalpojumu, sevišķi atsevišķās populācijās, kas arī ar rehabilitāciju saistīta, un tādējādi nenotiek papildu notikumu komplikācijas hospitalizācijas un viss pārējais, kur tas varētu tikt attaisnots. Šeit tā maksas konsultācija varbūt būtu kā risinājums. Pareizi te jau teica, ka tai pašā laikā pastāv diezgan liels risks tam, ka tas cilvēks vienkārši tāpēc, ka viņam ir astoņdesmit eiro, paņem un aizslīd pa priekšu bez vajadzības, tāpēc ir jābūt stingri vai skaidri uzliktiem šiem te uzstādījumiem, nosacījumiem, un tad ir monitorings, audits pēc tam. Kā Jūs teicāt, tad jau redzēs, kā tas pēc tam izskatīsies.

Ir priekšrocības, un ir riski – tas ir skaidrs. Nākamā tēma bija par SAVA pieejamību reģionos. Tur ir arī konkrētas jomas, vismaz speciālistu skatījumā, kas ir īpaši problemātiskas – onkoloģija, staru terapija, sporta medicīna, kas šobrīd ir tikai Rīgā,

pneimologa kabinets, iekšējo slimību un tā tālāk. Mēs jautājām aptaujā, kā pēc speciālistu domām vajadzētu risināt šīs lietas, kas varētu risināt? Bija dažādas lietas, kas tika minētas, protams, kā galvenais – rūpēties par ārsta atalgojumu un motivāciju, sakārtot slodzes, nodrošināt bonusus un tā tālāk, bet es gribēju jautāt Jūsu viedokli, bija dažas interesantas lietas minētas, piemēram, "mērķtiecīgi piesaistīt speciālistus reģioniem", "mazināt birokrātiju, izstrādāt vienotus standartus", "atbalstīt ārstu komandu izbraukumos, kas tiek adekvāti apmaksāti". Mums daudz cilvēki minēja, ka izmanto šos te busiņus, tos izbraukuma busiņus diagnostikai un tā tālāk. Vēl bija minēts "lielāks atbalsts privātpraksēm, elastīgāk izvirzot prasības un kritērijus", "palielināt reģionālo iestāžu kapacitāti, apmācot papildus pakalpojumiem, manipulācijām". Kā Jūs skatāties uz šīm lietām, ko es tagad minēju, ko es te apvilksu esmu, vai tas ir kaut kas tāds, ko Jūs redzat, kas varētu palīdzēt palielināt pieejamību reģionos? Ko no šī Jūs gribētu akcentēt kā īpaši veiksmīgu?

Dalībnieks Nr.5 – Es labprāt izteiktos par **ārstu vai komandu izbraukumiem**. Tas arī ir kaut kas, ko mēs savā starpā esam runājuši. Līdz darīšanai esam tikuši nosacīti. Es pats piekritu pieņemt pāris reizes mēnesī Bauskā, tur pneimonologu nebija līdz šim vispār. Kaut kādu risinājumu mēs tajā visā saredzam. Ja veidojas šīs slimnīcu sadarbības teritorijas, tad mēs varētu plānot, ka kaut kāda daļa no mūsu pieņemšanām tiek realizēta sadarbības teritoriju iestādēs. Tas to pieejamību uzlabotu. Pirmkārt, šeit tās pieņemšanas nav tik noslogotas. Cilvēks ar tādu vienkāršāku lietu nebrauks speciāli uz Rīgu. Tas aizstāj drusku to neesošo informācijas apmaiņu, proti, ja es to pacientu satieku Bauskā un redzu visu, kas viņam ir izdarīts tur, ja es saprotu, ka viņam vajag dienas stacionārā Stradiņos, es neatkārtosu visu pa lieko to, ko viņš jau ir izdarījis, tikai tāpēc, ka man no šejienes tas nav redzams. Šī ir lieta, ko es ļoti stipri sliecos atbalstīt.

Izbraukums no lielajām slimnīcām ārpus?

Dalībnieks Nr.5 – Jā, tas vienādo to aprūpi, ko cilvēks saņem. Ja mēs esam tie paši cilvēki, kas strādā šeit un pieņem kaut kur citur, tad tur nav tik lielas tās atšķirības, kas strādā, jo mēs jau strādājam pēc līdzīgiem standartiem.

Dalībnieks Nr.7 – Ko nozīmē "mērķtiecīgi piesaistīt speciālistus reģioniem"? Visi minētie piemēri ir mērķtiecīgie piesaistīšanas līdzekļi. Kas ar to ir domāts? Kas par to ir atbildīgs, tikai slimnīca vai arī Veselības ministrija ar plānošanas un cilvēkresursiem? Mēs jau te reģionos varam izstiepties un sarauties, mēs visi piedāvājam visu – gan dzīvokļus, gan darba iespējas arī ģimenes locekļiem, izglītības iespējas - tas tik un tā negarantē, ka tas speciālists būs. Šeit **viena pati slimnīca, viena pati pašvaldība šo jautājumu atrisināt nevar**. Mēs katru gadu dodam Veselības ministrijai savas vajadzīgās specialitātes, kuras mums trūkst, kuras mums vajadzēs, bet tas nerezultējas rezidentu skaitā vai tajā, ka tas rezidents nonāk tur, kur viņu gadiem gaida pašvaldībā. Šogad pirmo reizi ir iezīmētas slimnīcām konkrētu rezidentūras specialitātes, redzēsi kā tas būs rezultātā. Šeit to nevar atrisināt viena pašvaldība, te ir jābūt mērķtiecīgai sistēmai. Mums **ir komandu izbraukumi un tas strādā**, tas darbojas, bet mēs runājam mērķtiecīgu, sistemātisku speciālistu piesaisti reģioniem. Tādas šobrīd nav. Mums ir tāda pieredze, ka tas viss ir haotiski, katrs dara, ko var. Kuram vairāk naudas, vairāk ietekmes, tas dabū kādu speciālistu. Kuram vairāk naudas, tas pārpērk.

Kā jūs redzētu no sava viedokļa, kas tad strādātu?

Dalībnieks Nr.7 – Mēs jau saprotam, ka ir nepopulārs šis te viedoklis, ka rezidents stājoties rezidentūrā zina, ka viņš strādās Liepājā, aizvietojojot to speciālistu. Šobrīd ir tas cilvēktiesību karogs pa priekšu, ka nevar cilvēku piespiest kaut kur strādāt. Tajā pašā laikā, ja mēs runājam

par nodrošinājumu reģionos plānveida un mēs tiešām zinām, ka mūsu neonatologs, kurš ies pensijā pēc trīs gadiem, kuru aizvietos tas rezidents, kurš ir uzsācis tagad savu rezidentūru, tad tas kaut ko virzītu. Šobrīd tas tā nav. Nevienam nav garantiju par aizvietošanu. Mēs cenšamies, mēs piesaistām, ko vien varam. Nav tie rezultāti mums slikti kā pilsētai, bet ne par to jau ir stāsts. Stāsts ir par kopējo sistēmu. Katrs cīnās, kā var.

Vajadzētu vairāk virzīt tos rezidentus sistēmiski?

Dalībnieks Nr.7 – Jā. Nu mēs redzam, ka mums vajag aizvietojamus četrdesmit procentus speciālistu tuvāko desmit gadu laikā. Ja mēs zinām, ka Liepājas slimnīcā to vajadzēs, un, ka pretī tur, kaut kas būs.

Dalībnieks Nr.2 – Es arī pārstāvu reģionu. Protams, tie izbraukuma, tas jau ir tāds īstermiņa risinājums. Atsevišķos profilos tas var arī darboties, kas ir specifiski, piemēram, bērnu neirologs divreiz brauc uz Ventspili un ar to ir pilnīgi pietiekami. Mums arī nav vajadzīgs bērnu neirologs Ventspilī uz pilnu slodzi. Viens ārsts atbrauc nevis divdesmit cilvēki darbības vecumā uz Rīgu. Tās jau ir cilvēku dienas beigās, kas ir atņemtas ekonomikai. Runājot par pakalpojumu pieejamību, tas ilgtermiņa risinājums ir tikai speciālistu piesaiste reģionos un tur ir tā, **ka ne slimnīca, ne pašvaldība to nevar viena pati izdarīt** ar kaut kādiem pasākumiem, kas, protams, tiek īstenoti. No valsts puses arī ir jābūt ilgtermiņa plānošanai. Mums arī šogad būs jauni rezidenti, mēs vis kaut ko sakām, kad tu beigsi pēc gadiem četriem, tad tu varēsi darīt to un šito, bet īstenībā katru gadu ir pārsteigumi budžetos un finansējumos. Ir diezgan grūti slimnīcām strādāt, jo mums nav kā Igaunijā vai Lietuvā, vai citās valstīs, kur ir ļoti skaidri noteikts, no kurienes nāk veselības aprūpes finansējums, tur ir kaut kāds nodoklis iezīmēts, tad to trūkstošo piefinansē klāt. Mums ir tāds *gamblings* riktīgs, tā kā pagājušo gadu bija, ka gads sākās, tu vispār domāji, kā tagad izdzīvot. Kādu ilgtermiņa stratēģiju tu vari attīstīt, ja tev ir jānoturas virs ūdens?! Te ir jābūt valsts atbilstoši politikai, kas stimulētu to, ka jaunie ārsti ir motivēti strādāt kādā reģionā.

Tur jau tā neprognozējamība arī. Ja cilvēkam ir jāpārceļas uz citu vietu ar ģimeni, ar bērniem, ir jābūt stabilitātei un kaut kādai skaidrībai. Kā Jūs skatāties uz iespēju palielināt reģionālo iestāžu kapacitāti, apmācot papildus pakalpojumiem tos speciālistus, kas jau ir? Tas kaut ko risinātu?

Dalībnieks Nr.2 – Nē, tas jau.... Ārsti apgūst ļoti labu izglītību Rīgas Stradiņa universitātē un Latvijas Universitātē. Ja viņš atnāk uz reģionu, tad viņš ar savām zināšanām strādā. Tas, kas ir atkarīgs no slimnīcas, nodrošināt labus darba apstākļus, lai viņš var sevi realizēt. Iekārtas, māšas, atbalsta personāls.

Kā ir ar privātajiem situāciju reģionos? Vairāk var vairāk privātos motivēt?

Dalībnieks Nr.7 – Nu, kā Jūs domājat, privātie ārstniecības iestādē vai privātie pakalpojumu sniedzēji?

Nu, privātprakses.

Dalībnieks Nr.7 – Nu ir jau. Mums ir privātie, kas sniedz gan valsts, gan maksas un ir privātie, kas strādā tikai par maksu. Vai maksa risinās pieejamību? Nu noteiktai grupai jā, bet lielāki daļai jau nē.

Dalībnieks Nr.2 – Jā, nu jāsaprot, ka privātais sektors dara to, kas ir izdevīgi, rentabls, bet liela daļa pacientu maksāspēja ir zema, viņiem vienīgā izeja ir slimnīca.

Dalībnieks Nr.7 – Gandrīz visi mūsu slimnīcas ārsti vakaros strādā privāti.

Pie datu analītikas mums parādījās tāda interesanta lieta, ka mēs redzam, ka šis speciālistu skaits uz konkrēto reģionu nav noteikts, cik būtu nepieciešami ķirurgi uz X skaitu iedzīvotāju. Tas, ko mēs šodien sadzirdam no Jums, ka Jūs sūtāt nepieciešamo speciālistu skaitu. Vai Jūs varētu pakomentēt, uz kā Jūs šo skaitu balstāt, vai tas ir kādā plānošanas periodā, Jūs teicāt, ka Jūs redzat, ka trīs, piecu gadu laikā daži speciālisti ies pensijā? Cik lielā mērā ir kādas vadlīnijas, kā Jūs plānojat savos reģionos, neņemot vērā konkrētos gadījumus - tik speciālistu iztrūkums pēc tik gadiem, cik Jums būtu vajadzīgi šie te konkrētie speciālisti?

Dalībnieks Nr.7 – Šo te sūta slimnīca. Ambulatorais sektors to nesūta. Tā kā mēs runājam par ambulatoro, tad tas ir savādāk. Slimnīca sūta katru gadu nepieciešamo speciālistu skaitu. Tie ir redzami NVD mājaslapā, kādas specialitātes vajag. Uz to tiek plānots rezidentu skaits, bet viņš ne vienmēr atbilst tām mūsu reālajām vajadzībām. NVD ir mazliet cita matemātika, kā viņi rēķina, cik ķirurgu, uz cik cilvēku skaitu vajag, viņi mazliet savādāk rēķina. Mēs balstām uz to, cik speciālistu mums ir šobrīd, cik mums vajag, cik būs vajadzīgi nomaīnai tuvāko piecu, desmit gadu laikā, ņemot vērā paaudžu nomaīnu, kas ir nepieciešama. Arī pēc operāciju skaita, cik ir plānots, tad attiecīgi, cik speciālistu mums vajag. Būtībā balstāmies uz to, cik ir šobrīd, cik būs vecuma nomaīnai vajadzīgs un cik pakalpojumu sniegšanai vajag.

Dalībnieks Nr.5 – Laikam tiek plānots, ka metodiskajiem centriem šis būs viens no viņu uzdevumiem. Savā jomā plānot arī cilvēkresursu vajadzības.

Dalībnieks Nr.3 – Pieejamība ir *availability* (vai pakalpojumi vispār ir), *accessability* (pieejamība fiziski – cik tālu jābrauc), *affordability* (cik tas izmaksā), *adequacy* (pakalpojumu kvalitāte un pacientu iesaiste lēmumu pieņemšanā) un *appropriateness* (cik piemērots ir pakalpojumu klāsts konkrētajai vajadzībai).

Kāpēc šis skaitlis mums ir aktuāls tieši šobrīd nevis iepriekš no plānošanas viedokļa, ka ir vajadzīgi šie zināmie rādītāji, lai varētu kaut ko plānot. Kāpēc mēs par to runājam šodien? Varbūt Jums ir bijušas jau šādas diskusijas jau iepriekš savās komandās? Kas ir tas, kas ir mainījies? Kāpēc šāds skaitlis joprojām nav? Ja mēs saprotam, kāpēc mums neiet ar E-veselību, bet, kāpēc mums nav šāda skaitļa līdz šim specialitātēs?

Dalībnieks Nr.7 – Kāda skaitļa? Es nesapratu, kāda skaitļa mums nav!

Cik mums ir nepieciešami sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu, uz konkrēto iedzīvotāju skaitu?

Dalībnieks Nr.7 – Bet NVD jau rēķina matemātiski. NVD varētu nokomentēt.

Mēs ar NVD esam par šo runājuši. Mums būtu interesanti zināt Jūsu viedokli.

Dalībnieks Nr.7 – Mēs rēķinām no savu iestāžu un reģiona aspekta.

Katra iestāde jau var pateikt tikai par sevi. Kopā tas būtu jāsavelk NVD, ne?

Dalībnieks Nr.7 – Veselības ministrijai. NVD - plānošana, politikas ieviešana. Mēs daudz dzirdam par tiem metodiskajiem centriem, kad mums arī reģionālās vizītes bija, es negribu būt nepieklājīga, bet nav tā, ka mēs tikai šobrīd šo problēmu risinām, mēs to darām gadiem, bet mums ir tāda sajūta, ka tagad mums būs metodiskais centrs un viss sakārtoties. Mums jau to visu vajadzēja vakar, aizvakar, nevis rīt un parīt. Tagad jaunie rezidenti pēc pieciem gadiem nāks vairākās nozarēs, bet mums jau deg šobrīd. Tie dati ir sūtīti vienmēr un regulāri, bet viņi nekad nav sapratuši rezidentu skaitu vai konkrēto specialitāti. Tas pats pieminētais neonatologs

gadiem ir bijusi viena specialitāte uz visu valsti, kas, protams, paliek Rīgā. Bet atkal, tas ir stacionārs, ambulatorajai mums nekad nav prasīts, cik speciālistu vajag.

Mēs pārejam pie nākamās tēmas. Par speciālistu trūkumu. Gan iestādes, gan speciālisti izjūt konkrētu speciālistu skaita trūkumu: gastroenterologs, nefrologs, neirologs, kardiologs, urologs, internās medicīnas speciālists, endokrinologs, USG speciālisti u.c. Te viedoklis sakrīt gan speciālistiem, gan iestādēm. Dažas iestādes ļoti izjūt dažu speciālistu trūkumu, bet speciālisti mazāk, piemēram, reimatologi, traumatologi un ortopēdi, hematologi. Speciālisti vairāk nekā iestādes uzskata, ka nepietiek arodslimību speciālistu. Arī paši arodslimību speciālisti uzskata, ka viņu nav pietiekami daudz. 45% iestāžu pilnīgi piekrīt un 29% drīzāk piekrīt, ka iestādē ir nepieciešamais palīgpersonāla skaits, bet paši speciālisti saka, ka viņu jomā šī te palīgpersonāla, mūsu trūkst. Īpaši mūsu trūkst gastroenteroloģijā, ķirurģiskajos pakalpojumos gastrointestinālajā endoskopijā, onkoloģijā, ultrasonogrāfijā, ķirurģijā. Ņemot vērā šo dažādo vērtējumu, kāds ir tas Jūsu vērtējums?

Dalībnieks Nr.3 – Vai māsas ir palīgpersonāls? Viņas neapvainosies?

Dalībnieks Nr.2 – Te trūkst radiologu.

Dalībnieks Nr.7 – Radiologu asistentu arī trūkst, bet domāju, ka katrā reģionā ir atšķirības.

Dalībnieks Nr.3 – Kad es ieraudzīju šo slaidu, es gribēju atzīmēt, ka nav tāds cilvēks, kā reto slimību speciālists. Katrā nozoloģijā, katram ārstam ir jāzina, ka viņa jomā ir retas slimības. Viņš var tajās nespecializēties, bet viņam ir jābūt iespējai zināt, kurš viņa kolēģis vislabāk pārzina konkrēto slimību, ar kuru tas pacients pie viņa ir atnācis. Nav tāda cilvēka, kā reto slimību speciālista, te ir laikam domāts, kas ir reto slimību atbalsta centros, ir psihologs un tā, bet tādas specialitātes nav. (sakarā traucējumi, teikto var saprast daļēji) ...reto slimību tā bija ļoti liela, sarežģīta problēma... tiek nosūtīta pie vienalga kāda speciālista – kardiologa, pulmonologa, vai vienalga kura un tad ir šī te problēma, ka tas cilvēks ir atnācis, bet tas speciālists viņa slimībā neorientējas vispār. Tā vietā, lai to cilvēku aizsūtītu pie kolēģa, kas labāk pārzina to konkrēto saslimšanu, viņš pasaka, ka tas ir sarežģīti. Es zinu, ka viņi uztaisīja pētījumu un mums ir pat vairāk nekā tie astoņi gadi diagnozes noteikšanai, un cilvēki arī starptautiskajā līmenī ļoti maldās pa sistēmu, kamēr viņi atrod to speciālistu, kuram ir konkrētās zināšanas konkrētajā retajā slimībā. Tā ir tā lieta, kas mums ir jālabo, bet tā ir jālabo atsevišķi, jo šis ir tāds slaidis par vispārējo bildi.

Mēs vadāmies pēc tās klasifikācijas. Un klasifikācijā šis reto slimību kabinets.

Dalībnieks Nr.3 – Jā, tie ir tie trīs kabineti, kas ir katrā universitātes klīniskajā slimnīcā. BKUS ir arī koordinācijas centrs. Tie cilvēki, kas tur strādā, pēc profesijas ir internisti un citi, jo nav tāda reto slimību speciālista.

Dalībnieks Nr.5 – Pie šī piebilstot, es arī domāju, ka tie ir domāti tie reto slimību pediatri un reto slimību internisti. Mums ir daktare Poikāne, kurai patiesībā arī vajadzētu būt tai, kura spēj novirzīt pie tā, kurš ir kompetents. Cik tas ļoti strādā, es diemžēl nezinu. Komentējot par to, kāpēc ir tās atšķirības, es domāju, ka primāri iestādes atbild par vakanču aizpildījumu, bet mēs jau runājam par to, ka mēs gribētu šīs specializētās māsas vai koordinatorus, kas spēj ar tiem darbiem palīdzēt, par vēl neizveidotām vakancēm. Tur tā atšķirība varētu būt.

Jā, tas tā varētu būt. Es arī tā domāju. Ejam tālāk! Speciālistu pārslodze. Mēs konstatējam aptaujā, ka lielākā daļa iestāžu speciālistus piesaista uz nepilnu darba laiku. Nereti viņi strādā vairākās darbavietās. Mums bija diezgan šokējoši redzēt, ka 60%

speciālistu ir tik milzīga noslodze. Četrdesmit, piecdesmit stundas nedēļā, bet bija arī tādi, kas atzīmēja vairāk nekā sešdesmit stundas. Tie ir tie, kas te ir uzskaitīti: algologi, anesteziologi, reimatologi, osteodensitometrija, pozitronu emisijas tomogrāfija (PET/DT), radionukleārā diagnostikā, rentgenoloģijā, tiesu psiholoģiskā un psihiatriskā ekspertīzē, bērnu psihiatra kabinetā, garastāvokļu traucējumu kabinetā bērniem. Kā Jūs uz šo lietu vispār skatāties? Vai tas neietekmē kvalitāti? Vai tas neprasa kādu rīcību? Vai te nav vajadzīgi kādi trauksmes zvani, ja cilvēks strādā sešdesmit pluss stundas nedēļā?

Dalībnieks Nr.2 – Nu, jā, tas saskan ar visu to, ko mēs jau te iepriekš diskutējām. Nu es nezinu. Uz nepilnu darba laiku? Es nezinu par citiem, bet mēs mūsu slimnīcā ņemam ar lielāko prieku uz pilnu darbalaiku. Labāk, lai mums ir divi, trīs speciālisti nekā seši, septiņi, kas no kaut kurienes brauc. Protams, ka tas ietekmē šo. Es atļaušos pateikt, ka ne nākamgad, ne aiznākamgad nebūs labāk, jo speciālistu trūkst. Ja kāds voluntāri noteiks, ka drīkst tikai vienu slodzi, kur bija tā ideja, ka māsām pāriet uz to, ka nedrīkst divdesmit četras stundas dežurēt, bet tikai divpadsmit, tad pirmās problēmas Rīgā būs. Tie, kas brauc uz dežūrām uz citām pilsētām, viņi vairs nebrauks. Nu jābūt realīstiem. Viena lieta, protams, gatavot vairāk speciālistu. Manā skatījumā lielākā problēma, akūtākā ir māsām, mūsu palīgiem. Ja mēs paņemam pēc statistikas, tad ārstu skaits valstī kopumā tik ļoti neatšķiras no Eiropas. Vairāk ir tā atšķirība tieši uz māsām. Mums ir jāceļ mūsu profesijas prestižs, arī atbilstoši jāmaksā viņām, tad arī ārstiem būs vieglāk strādāt. Tur, kur ir tā nesabalansētība, kā ir Latvijā ārsti izvietoti uz simt tūkstošiem iedzīvotājiem. Protams, Rīgā tas ārstu skaits ir lielāks, nekā reģionos. Tas nu ir fakts. Par māsām runājot, es saprotu, ka tikai Rīgā tā ir lielāka problēma, nekā reģionos – apgriezta tā situācija. Vēl viena lieta, kas ir, kas noteikti ir jādara, protams, tie ir politiski lēmumi, bet slimnīcu tīkls ir jākārt. Faktiski tas ierobežotais resurss, kas mums ir, viņš ir atbilstoši jākoncentrē slimnīcās pa līmeņiem. Kaut kur jau tie nepopulārie lēmumi, kādā pašvaldībā ir jāpieņem un jāslēdz. Kāda runa var iet par kvalitāti, ja dzemdību nodaļā divu dienu laikā ir vienas dzemdības. Ja ginekologa darba laikā neviens bērniņš nepiedzimst, tad tā nav efektīva resursu izmantošana. Tas ir tikai tāds piemērs.

Dalībnieks Nr.3 – Nu, bet ķirurgs nedrīkstētu strādāt divdesmit četras un četrdesmit astoņas stundas no vietas, lai cik neaizstājams viņš ir!

Dalībnieks Nr.7 – Jā, es par to nepilno darba slodzi, ja mēs runājam par ambulatoro aprūpi, tad tā ir realitāte daudzās poliklīnikās, daudzos veselības aprūpes centros. Kā jau es minēju pa dienu tas ārsts ir pamatdarbā un savās brīvajā dienā, vakaros ir uz nepilnu slodzi sniedz pakalpojumu. Arī atbilstoši kvotām, ko mēs jau te minējām. Mēs daudzviet ambulatorajā sektorā pilnu slodzi nemaz nevaram nodrošināt, jo kvota ir tāda, kāda viņa ir. Ja mēs gribam tikt uz valsts apmaksātajiem pakalpojumiem, tad sanāk tikai tā. Tas ir saistīts ar šo mums piešķirto valsts samaksāto līdzekļu skalu.

Ar to cilvēkresursu problēmu kopumā runājot, te daudzi spriež arī par šiem speciālistiem, kas aizbrauc uz ārzemēm, tai skaitā māsas. Te ir visādas domas skanējušas par to, ja ir iegūta izglītība par valsts līdzekļiem, tad viņiem obligāti būtu jānostrādā Latvijā tik un tik. Kādi būtu tie risinājumi? Kas būtu jādara, lai jaunieši vairāk mācītos šo specialitāti? Kas ir jādara, lai viņi neaizbrauktu projām? Tas ir tikai atalgojuma jautājums, vai lomu nospēlē arī tā nesakārtotība, nedrošība?

Dalībnieks Nr.5 – Jā, protams, atalgojums ir viena liela daļa – tas ir visiem skaidrs. Bet Jūs ļoti pareizi pateicāt – tā nesakārtotība, es pat gribētu atsaukties uz to, ko te jau runāja, ka pilnu slodzi par kvotām nevar nodrošināt. Tas jau ir tas, kāpēc, lai es ietu uz to pilsētu dzīvot, ja man tur nebūs pilnas slodzes darba, kamēr tai pilsētā patiesībā to speciālistu vajag. Ko mēs jauno ārstu lokā esam identificējuši, ka daudz kur tā ir darba kultūra, ka tā vide ir tāda, ka tu droši

vien gribi pavadīt minimālās stundas tur, pēc iespējas ātrāk pazust. Par to es reiz netīšām dzirdēju atbildi, ka esot mileniāļi, kas negribot strādāt. Mana atbilde – nu, jā, varbūt, bet tas ir mūsu resurss, kāds viņš mums ir. Ir jāatrod veids kā to izmantot, jo nebūs tā, ka nākamā gada izlaidums būs savā domāšanā tāds, kā cilvēkiem pirms divdesmit gadiem. Tur ir kultūras un saskarsmes jautājums.

Dalībnieks Nr.3 – Speciālistiem, ir jābrauc uz ārzemēm celt kvalifikāciju un paplašināt pieredzi, vajag palīdzēt viņiem ar motivāciju atgriezties. Un tas nozīmē arī to, ko viņi tagad stāsta par mobingu un bosingu augstskolā un slimnīcās rezidentūras laikā (ne tikai par valodas jautājumiem) – tāpat darba vides kvalitāte.

Cik liela problēma ir rezidentūras nepietiekamība? Tas ir milzīgs punkts, vai tāds maziņš?

Dalībnieks Nr.5 – Ar katru gadu, man liekas, ir nedaudz labāk. Tā starpība starp absolventu skaitu un rezidentūras vietu skaitu mazinās, bet viņa joprojām ir. Es domāju, ka iepriekš kolēģi to atzīmēja, ka ne reizi nav to specialitāšu vietu bijis tik, cik ir iesūtīts, kā indikatīvi vajadzīgs.

Dalībnieks Nr.2 – Par rezidentūras vietām. Tas, ka tagad budžeta vietu skaits palielinās, tas ir fakts un tas ir labi. Ir pozitīvi, ka Latvijas Universitāte to nedara pagaidām, bet vismaz Rīgas Stradiņa universitāte ir izveidojusi klīniskās bāzes arī ārpus Rīgas. Ir jau jāsaprot, ka ir arī kapacitāte, kur rezidents apgūst savu izglītību, slimnīcās strādājot. Ja nu visus grib apmācīt Rīgas dzemdību namā, Stradiņos un RAKUS, tad ir kaut kāds limits tam. Tagad rezidentu ciklu iziet arī Liepājā, Ventspilī, Daugavpilī, Valmierā, arī mazajās slimnīcās. Tas arī ir veids kā kapacitāti palielināt, jo Rīgā arī ir savi limiti.

Atalgojuma jautājums, es tā saprotu, ka ir kā primārais, bet ir arī daudzi citi. Pareizi es sapratu? Atalgojums ir primārais, vai primārais ir darba vide? Tās ir saistītas lietas.

Dalībnieks Nr.5 – Tas ir saistīts, bet atkal atalgojumam paaugstinoties, kas pēdējos gados ir noticis, tie pārējie faktori kļūst nozīmīgāki, protams.

To atalgojuma jautājumu jau arī nolasa kā attieksmes jautājumu. Ejam tālāk! Finansējuma nepietiekamība. Kam tieši visvairāk trūkst finansējuma? Ja veselības aprūpei tiktu piešķirti papildus simts miljoni, tad kur tos vajadzētu izlietot? Tas būtu speciālistu algām, māsu un palīgpersonāla algām, medikamentu kompensācijai, papildus izmeklējumiem, iekārtām, kvotu palielināšanai, tarifu palielināšanai? Kāds ir jūsu skatījums?

Dalībnieks Nr.3 – Varat maksāt miljonu, bet, ja darba vide degradē un izdedzina, tas ir tā vērts?

Dalībnieks Nr.9 – Arī varbūt nepopulārs viedoklis, bet varbūt saistīts ar to, ko te jau minēja gan par mobingu, gan par bosingu, gan par darba vidi, bet no otras puses ir tāda vispārējā sajūta, ka mēs ejam lozungos, ka atalgojums, vide un tai pašā laikā pakalpojuma pieejamība, bet mēs kā nozare esam, tā kā lūdzēji, ka mums vajag, lai mēs varētu ārstēt kvalitatīvi. Tas nav veselības aprūpes profesionāļu primārās interesēs, bet valsts primārajās interesēs šos te līdzekļus koordinēt un saprast, kurās vietās tiešām fiziski pietrūkst, balsīt to uz datiem. Ja man iedotu simts miljonus es neticu, ka es tam visus simts miljonus iztērētu, bet pirmais, kam es šo naudu tērētu, būtu tāda pamatīga, vispārēja stratēģija par to kā izanalizēt, pamatot. Pasaulē ir pierādījumi gan veidi kā to dara, un ietekmi uz sabiedrības veselību logu, tālāku invaliditāti, papildus veselības aprūpes pakalpojumiem tām grupām, kur gadījumā viņi pakalpojumus nesaņem. Tad ir tie, kas paši ir proaktīvi, viņiem ir kaut kādā veidā tas, kas rehabilitācijā arī diezgan labi redzams - viņi grib pašdisciplīnu norakstīt uz valsts pakalpojumiem un pieprasa

viņu. Tam varbūt būtu jānovirza, kaut kādā veidā diezgan pamatīgs un koordinēts resurss, lai mums būtu nevis uz viedokli, bet uz kārtīgiem datiem, kuri tiek dzirdēti un analizēti balstīti lēmumi un vajadzības.

Dalībnieks Nr.3 – Pilnīgi atbalstu šo viedokli. HTA un vērtībā balstīta veselības aprūpe.

Skaidrs. Nē, nu daļēji jau arī šis mūsu lielais darbs, ko mēs veicam, es ceru, ka palīdzēs šajā. Protams, ir jau arī citas metodes, un dziļāka analīze ir vajadzīga. Kā citi uz šo skatās, ja Jums būtu šie simts miljoni, kam primāri tos dot?

Dalībnieks Nr.8 – Es laikam piekrītu, ko te jau teica. Mēs tā kā tādā tirdziņā, ka tagad iesim un dalīsim tos simt miljonus. Tas ir tas, kas kādreiz notiek, ka naudu saņem tie, kas var skaidrāk nopamatot savu vajadzību, kuriem skaļāka balss vai labāka aizmugure viņam, ja. Es domāju, ka tam ir jābūt ļoti pārdomātam, turklāt stratēģiski, jo mēs jau varam tos simt miljonus iztērēt vienreiz, mēs jau nezinām, vai viņi būs vēl kādreiz tādi. Tam būtu jābūt ar ilgtermiņa skatu, ka mēs zinām, kurp mēs virzāmies, nevis tagad mēs lāpīsim caurumu un turpināsim slīkt.

Lielā mērā jau tā finansēšana ir bijusi balstīta uz caurumu lāpīšanu pēdējos gados. Kur šobrīd ir tas lielākais caurums, ko Jūs redzat? Ja notiek caurumu lāpīšana, kas ir tas kritiskākais? Pagājušajā reizē teicāt, ka kvotas.

Dalībnieks Nr.3 – Un redz kur esam – ar sliktākajiem veselības rādītājiem Eiropā!

Dalībnieks Nr.7 – Nē, es tikai gribēju teikt par to analīzi. Es pilnībā piekrītu. Man ir jautājums, vai mums būtu izpratne par patieso pieprasījumu, jo maksas medicīnu jau mums neviens tā ļoti neuzskaita, neanalizē - tie dati jau īsti valstij nav jāatdod. Kas notiek ar šo maksas pakalpojuma sadaļu? Vai patieso pieprasījumu ambulatorajā sektorā, nu mēs tā piemētam, ka mums pietrūkst, bet vai tas pieprasījums patiesībā līdz tam NVD aiziet, cik faktiski garas rindas veidojas? NVD saņem pārstrādes, mēs tūlīt pārstrādes pārtrauksim, neriskējot ar to, ka iestāde iedzīvojas zaudējumos, cik faktiski paliek aiz rindas, šie dati? Līdz lēmuma pieņemējiem visticamāk tas neaiziet. Varbūt mani palabojiet, ja es nepareizi domāju, bet visticamāk, ka nē.

Dalībnieks Nr.1 – Liels paldies, kolēģi, par diskusiju. Man diemžēl ir jāatslēdzas.

(Dalībnieks Nr.1 pamet diskusiju)

Dalībnieks Nr.2 – Man ir refleksija uz to, ko Jūs teicāt, ka kvotas ir problēma. Protams, ja runājam no pakalpojuma pieejamības, tad kvotas ir viena no problēmām. Problēma jau ir tā, ka jāmaksā pakalpojuma sniedzējiem tik, cik tas maksā, jo mums te bija pēdējos gados, par cik bija problēmas ar ārstu algām, tad cēla tarifā visu laiku ārsta algu, bet visam jau cenas pieauga – ēdināšanai, elektrībai, uzturēšanai un tā tālāk. Tas viss faktiski uz slimnīcu rēķina, uz pakalpojumu sniedzēja rēķina. Nevar tā vienkārši piešķirt papildus kvotas. Mēs jau iepriekš par to daudz runājām, ka ir korekti jāsamaksā, tam tarifam ir jābūt korektam, tur ir visām komponentēm jābūt paredzētām un jāmaksā tik, cik viss maksā.

Tad ir vēl tāds jautājums par netaisnīgu finansējuma sadali. Anketā bija tāds jautājums, vai cilvēki uzskata, ka ir taisnīga finansējuma sadale. Ir grupas, kas uzskata, ka nav, visvairāk satrauc: nefrologs, nieru aizstājterapija, neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana dienas stacionārā, kodolmagnētiskās rezonanses izmeklējumi, laboratoriskie izmeklējumi, invazīvā kardioloģija, staru terapija, izmeklējumi ilgstošai skābekļa terapijai. Varat pakomentēt, kas tur ir tik negodīgs tajā sadalē?

Dalībnieks Nr.3 – Kā, citiem dod vairāk?

Dalībnieks Nr.7 – Man ir jautājums, ko jums nozīmē "netaisnīga", tā kā par maz maksā, par maz piešķir kvotu?

Tas ir tas, ko es Jums gribēju jautāt, jo šis formulējums bija ļoti vispārīgs, vai ir taisnīga šī finansējuma sadale? Kas ir tās lietas, kas tur varētu slēpties zem tā?

Dalībnieks Nr.2 – Es pieļauju, ka tur varētu būt vairāki aspekti. Viens ir tāds, ka kāds varētu teikt, ka, ja salīdzina pēc iedzīvotāju skaita, kā sadalās šīs te kvotas valstī, tas ir viens. Otrs, ņemot vērā, ka finansējums ir ierobežots, tad ir virkne tarifu, kur ir arī valsts tarifi labi, ar kuriem labprāt strādā. Ir atsevišķi tarifi, kas nav pārskatīti gadiem, un viņi ir neizdevīgi. Tur ir netaisnīgi. Ir kāda asociācija, kas ir aktīvāka, viņiem ir izdevies šos jautājumus sakārtot, bet ir citas jomas, kur šie tarifi ir bēdīgi joprojām. Tā zināmā mērā ir netaisnība.

Nu vērsīsim uzmanību uz šo arī pētījumā.

Dalībnieks Nr.5 – Patiesībā es gribēju teikt aptuveni to pašu, bet varbūt ilustrēt ar piemēru. Mans piemērs ir par algām, bet tas pats jau attiecas uz tarifiem un pakalpojuma apmaksu kopumā. Mums ir šis vienotais algas modelis, kur tiek apmaksāta stunda un ir vienalga, kā tu šo stundu pavadi, tātad mēs varam strādāt poliklīnikā, darboties ar saviem intensīvās terapijas pacientiem, nodaļas pacientiem. Tikmēr specialitātes, kam tāda nav, kur tiek maksāts par absolūti katru kustību, no tā kā viņi savu kustēšanos dienas laikā pavada un sakodē, ir atkarīgs tas, cik un kā tas beigās tiek apmaksāts. Tur ir milzīga atšķirības starp specialitātēm, kā kura asociācija ir panākusi šos te kodus un tarifus, līdz ar to tas attiecas, cik saņem par pašu pakalpojuma veikšanu pati iestāde un cik pēc tam no tā saņem speciālists.

Vai ārsta atalgojums ir atkarīgs arī no tiem, ja kāds neierodas un neatceļ vizīti?

Dalībnieks Nr.5 – Tas atkal ir atkarīgs no modeļa. Man privāti tas diez ko nesatrauc, jo es esmu savā poliklīnikā un man patiesībā ir vienalga, vai neatnāk neviens vai atnāk pilnīgi visi.

Ārstam vienalga samaksā?

Dalībnieks Nr.5 – Man ir vienalga. Tiem, kam nav šis jaunais algas modelis, tiem, kam maksā par faktu, viņiem, kā reiz tas ir ļoti svarīgi. Tā atkal ir nevienlīdzība. Man varbūt rūp pēc būtības, kāpēc ir gara rinda, bet cilvēki nenāk, bet no finansiālās puses man būtu vienalga, vai kāds nāk vai nenāk. Kamēr citam, kam nav šis jaunais algu modelis, tas ir ļoti svarīgi, vai tie cilvēki atnāk vai neatnāk.

Tas sanāk tā, ja cilvēks neatnāk, tad finansiāli cieš ārsts, ja viņam nav tas Jūsu algu modelis?

Dalībnieks Nr.5 – Jā, arī.

Nākotnes vīzija! Valsts politika kopumā. Kas ir bijis neapmierinoši valsts politikā? Jūs likāt, kā piemēru Vācijas modeli, Igaunijas modeli, Skandināvijas modeli. Ko Jūs vēlētos savādāk? Kas ir tik labs citu valstu modeļos?

Dalībnieks Nr.3 – Mans obligātais citāts šajā sakarā ir tas, ka mums ir jāiekļauj pacients visos lēmumu pieņemšanas posmos. Te ir tas, ka starp ārstu un pacientu savā starpā izdiskutē pilnīgi visu, kas attiecas uz konkrētā pacienta ārstēšanu. Savukārt augstākā līmenī, kur mēs strādājam, tā ir ministrija, visās iesaistītās pusēs jāiekļauj pacientu pārstāvis, jo nevar uztaisīt pakalpojumus un politiku tādu, kas būs iedzīvotājiem, ja iedzīvotāji netiek iesaistīti šajos procesos. Tāpēc mēs te nenogurstoši piedalāmies, lai stiprinātu šo te dialogu ar pacientiem. 10% piekritu par ilgtspējību un ilgtermiņu. Mums tādas nav. Dato balstīti lēmumi, vērtība

balstīta veselības aprūpē, reformu izvērtēšana pēc fakta, nevis, lai sanāc skaists PR un tamlīdzīgi.

Dalībnieks Nr.5 – Ne tieši par sistēmu, bet saistīti – Igaunijā pārceļšanās atbalsts mediķim pārceļoties uz reģionu - četrdesmit pieci tūkstoši eiro. Latvijā maksimāli – sešpadsmit tūkstoši.

Dalībnieks Nr.2 – Tas ir neapmierinoši. Tas ir tad, kad nav šīs pēctecības un kaut kādu ilgtermiņa risinājumu. Mainās ministri, iepriekšējā reforma nav pabeigta jau nākamā tiek sākota. Runājot par šo trīs valstu modeļiem, es par katru kaut ko varētu pateikt. Vācijas modelī man patīk, ka tur faktiski diezgan labi darbojas tas, ka rezidentus gatavo atbilstoši pieprasījumam, kur ir slimnīcās vietas, balstoties arī uz to, tad ir garantēts darbs. Ārstiem Igaunijā ir sakārtots tieši tas finansējuma modelis. Nav noslēpums, ka Igaunijā budžets ir apmēram tikpat liels, cik Latvijā, bet tikai iedzīvotāju skaits ir par trešdaļu mazāks, tad var viegli izrēķināt, cik tērē uz vienu iedzīvotāju. Viņiem nodokļos jau ir iezīmēta tā nauda no sociālā nodokļa, nevis tā kā mums, ka aiziet lielā katlā, kur tur kaut ko pārdala pēc tam, bet tur ir iezīmēts tieši veselības aprūpei, aug inflācija, aug IKP, aug budžets, automātiski aug finansējums uz veselības aprūpi. Latvijā tā nav. Skandināvijas valstīs ir labi, piemēram, Zviedrijā ir noteikts, ka katram iedzīvotājam tāds pakalpojums pienākas mēneša laikā, tāds divu mēnešu laikā. Ja nevar tuvākajā slimnīcā nodrošināt, tad ir pienākums nodrošināt citā vietā. Es zinu, ka kardiologijā aizsūta pat uz Dāniju izoperēt, ja kaut ko nevar uz vietas izoperēt. Tur cilvēki droši jūtas.

Mēs par šito runājām, ka Latvijā būtu vajadzīgs līdzīgi darīt, kā ir Skandināvijā.

Dalībnieks Nr.2 – Nu tas jau ir komplekss, tai skaitā naudas jautājums, resursu jautājums un tamlīdzīgi.

Tas ir tas, ko Jūs par Igaunijas modeli teicāt – sasaistīt to ar konkrētu sociālo budžetu, tādu Jūs vēlētos redzēt Latvijā?

Dalībnieks Nr.2 – Protams, jā, jo tas kaut kādu stabilitāti vismaz radītu tiem, kas veselības aprūpē darbojas. Tagad tā sistēma nav laba, kā līdz šim ir bijis – visiem gada sākumā iedod maz naudas, visi zina, ka būs tā nauda, tad kaut kāds salavecis ar maisu atnāk vasaras vidū, tad pēc kaut kādiem sev saprotamiem principiem iedod.

Bet atkal par to Vāciju Jūs minējāt interesanti par tiem rezidentiem, vai tad pie mums neņem vērā to pieprasījumu?

Dalībnieks Nr.2 – Līdz šim neņēma īpaši.

Dalībnieks Nr.5 – Vācijā to nedara centralizēti. Katra slimnīca pieņem rezidentu darbā, būtībā audzina viņu sev, ja viņiem ir tāda vajadzība.

Dalībnieks Nr.2 – Jā.

Pie mums arī kaut ko tādu varētu?

Dalībnieks Nr.5 – Par to katru reizi, kad ir runa, tad paceļas jautājums, vai vajag tās universitātes iesaistīt vai nē. Galu galā parasti tas secinājums ir, ka tas bardaks, iespējams, būtu lielāks, ja viņas atkristu vismaz sākumā, nu tās universitātes.

Dalībnieks Nr.2 – Jā, tas nav tik vienkāršs jautājums.

Dalībnieks Nr.3 – Vēl par to, ko minēju iepriekš, ka, lai saņemtu valsts apmaksātus pakalpojumus, pacientam jāveic laicīgi visi obligātie izmeklējumi (skrīningi un tamlīdzīgi).

Dalībnieks Nr.9 – Es varu papildināt un pabalstīt visu iepriekš minēto, gan par ilgtermiņu, gan ilgtspējību, kas ir kopīga vīzija gan veselības aprūpes līmenī, bet cita starpā arī pēctecība un pacienta virzība pēctecīga pa šo te viņa ceļu slimībā, kas manā skatījumā šobrīd ir sadrumstalota. Viņš jau jebkurā brīdī var izkrist no sistēmas, un kaut ko nesaņemt rindas dēļ vai tamlīdzīgi. "Pēctecība" būtu tas mans atslēgas vārds, ko varētu tam pielikt vēl klāt.

Man ļoti patīk, ka mums jau diskusijā iezīmējas tās galvenās lietas un tie galvenie problēmpunkti. Ar skatu uz nākotni. Būtībā mēs jau visu laiku par to esam runājuši, kādas pārmaiņas būtu nepieciešamas īstenot dažādu gadu tvērumā? Mēs jau runājam par šīm lietām visas diskusijas garumā, varbūt ir vēl kādas lietas, ko jūs gribētu akcentēt, kā pēdējo, noslēdzot mūsu diskusiju? Ko būtu jāmaina trīs, piecu, septiņu, desmit gadu perspektīvā?

(uz jautājumu neviens neatbild)

Par to pēctecību runājam. Vai ir jau viss daudz maz izrunāts? Tas, ko izrunājam, tas arī ir?

Dalībnieks Nr.3 – Es tikai gribētu pateikt, ka tie ieteikumi, kas šodien izskanēja, ir ārkārtīgi labi, bet man liekas, ka mums lielākā problēma, kāpēc mēs netiekam uz priekšu, ka mēs visu laiku skatāmies, man liekas, ka šodien te kāds to arī teica, par to, ka katrs slīcējs glābj pats sevi. Mums nav tāds sistēmisks skatījums, kā mums visiem kopā ietekmēt valsti. Man liekas, ka tas ir tas lielākais – attieksmes maiņa savā ziņā, kultūras maiņa, lai mēs visi kopīgi varētu atrast tos risinājumus, kas mums der visiem. Ne jau mēs, pacienti esam pret kādu no Jums, bet tāpat kā Jūs gribam, lai Jums ir labi darba apstākļi, lai visi saņem atbilstošu atalgojumu, lai mēs visi laicīgi tiekam uz kvalitatīviem izmeklējumiem. Attiecīgi es zinu, ka tā ir nereālā misija, es jau desmit gadus cenšos to panākt, bet man īsti nesanāk. Ja to varētu vismaz nākamajos desmit gados, tad tas būtu fantastiski.

Mums vēl ir divas minūtes. Pavisam īsi jautājumi, ja drīkstam. Viens ir par zāļu pieejamību, par medikamentu pieejamību. Mums parādījās tāda lieta, ka pēc statistikas datiem, ka Latvijā ģenērisko zāļu pieejamība it kā nemaz nav tik slikta, bet viņas izmanto daudz, daudz mazāk nekā tās izmanto ārzemēs. Īpaši tā problēma izcēlās kardioloģijā, ka ļoti maz izmanto tos medikamentus izrakstītos. Vai Jums ir ideja, kāpēc tas tā varētu būt? No tā arī var būt atkarīgi slikti rezultāti. Vai tā ir zema pacienta līdzestība?

Dalībnieks Nr.3 – Es esmu dzirdējusi no kolēģiem tieši tajās organizācijās, ka tur tik tiešām ir tā, ka tur tās aktīvās vielas, ģenēriķis nozīmē, ka viņam ir tā pati aktīvā viela, kas ir oriģinālajam preparātam, bet tās nesējvielas var būt citas. Bieži vien cilvēkiem dēļ tām kombinācijām patiešām varētu būt nedaudz savādāki tie rezultāti no ārstēšanas, nekā ar to oriģinālo preparātu. Turklāt, ja katru mēnesi mainās tas preparāts, kurš tad ir tas diferences medikaments, kurš tad ir vislētākais. Tiem cilvēkiem, kas ir gados, ja viņiem ir vienas krāsas tabletiņa kādu laiku, kad viņiem nomaina iepakojumu, viņi vairs neko nesaprot. Tas nav par racionālu zāļu lietošanu. Es personīgi esmu par **personalizēto ārstēšanu**, ka katram pacientam piemeklē labāko risinājumu, kas atbilst viņa farmakodinamiskajiem rādītājiem. Droši vien ir milzīgas diskusijas par to, kāpēc ārsti tā dara, bet es zinu, ka ārstiem arī ir pienākums izrakstīt lētāko, to, kas tajā brīdī ir pieejams. Tai problēmai arī ir daudz un dažādas šķautnes.

Dalībnieks Nr.5 – Pneimonoloģijā inhalatoriem ir vēl sarežģītāk – tās pašas vielas ir cita veida ierīce, bet pacients apmācīts konkrētās ierīces lietošanā.

Vai, runājot par pakalpojumiem, es varu runāt arī par valsts un maksas pakalpojumiem? Tas jēdziens “maksas pakalpojumi” būs skaidrs, par ko es runāju? Vai “privāti apmaksāti pakalpojumi”? Kā labāk?

(uz jautājumu neviens neatbild)

Liels paldies par līdzdalību. Mēs nepazūdam, mēs dosim *feedback* par to, kas galā būs sanācis. Pētījums ir ļoti apjomīgs. Tur ir gan sekundārie dati, gan iedzīvotāji, gan speciālisti, gan iestādes. Mēs ļoti, ļoti ceram, un no savas puses pēc vislabākās sirdsapziņas, cik nu precīzi mēs varam atspoguļot to situāciju, lai mēs panāktu, tomēr to, ka situācija uzlabojas.

Dalībnieks Nr.8 – Par to jautājumu, par maksas pakalpojumiem. Iepriekšējā diskusijā jau to norādīja, ka pakalpojumi vienmēr maksā. Iespējams, korektāk būtu to norādīt, ka tas ir pacienta maksājums, kas ir privāti maksāti līdzekļi.

“Privāti apmaksāts pakalpojums”?

Dalībnieks Nr.8 – Nu, jā, ja jūs tur par maksas pakalpojumiem runāsit. Vai arī nodefinējiet, kas ir tie maksas pakalpojumi, ka tie ir tie pakalpojumi, par kuriem pacients pats maksā.

Jā, Jums taisnība. Ja lieto, ka tas nav maksas pakalpojums, tad liekas, ka tas ir bezmaksas.

Dalībnieks Nr.7 – Valsts apmaksāts pakalpojums un maksas pakalpojums. Tāpat jau nav bezmaksas veselības aprūpes jebkurā gadījumā, vai to valsts apmaksā, vai pats. Tā ir tautā iegājies, tā visi runā.

Jā, iegājies. Galvenais, lai tas *notation* neradītu kaut ko tādu, ka ir arī bezmaksas. Liels paldies par skaidrojumu. Ja pēkšņi idejas rodas, tad varat atsūtīt tuvāko dienu laikā, ja pēkšņi atceras, ko neesat pateikuši svarīgu. Paliekam saziņā, paliekam kontaktā, tad mēs noteikti dosim ziņu par rezultātu, kas būs. Jauku dienu!

Diskusijas beigas.