

NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



**EIROPAS SAVIENĪBA**  
Eiropas Sociālais  
fonds

---

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

Eiropas Savienības fondu darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3.specifiskā atbalsta mērķa “Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros īstenotais projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” nodevums  
Nr.12 – **Kapitālieguldījumu plānošana.**

Pasaules Bankas apmaksājami konsultāciju pakalpojumi:  
Atbalsts veselības aprūpes sistēmas stratēģijas izstrādē prioritārajās slimību jomās Latvijā

---

# Pārskats par kapitāla investīciju plānošanu<sup>1</sup>

---

---

<sup>1</sup> Autors: *Sanigest Internacional*.

<b>1. Ievads</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Starptautiskā pieredze kapitāla investīciju plānošanā</b> .....	<b>4</b>
* Veselības ministrijas un Sociālā dienesta uzraudzībā .....	7
2.1 Kapitāla investīciju plānošana nākotnei Groningenā, Nīderlandē .....	7
2.2 Reģionālā kapitāla plānošana Ziemeļīrijā .....	9
2.3 Alžīras modelis: pirmā publiskās-privātās partnerības slimnīca Spānijā .....	13
2.4. Privātā sektora iesaiste kapitāla investīcijās Somijā .....	16
2.8. Uz slimību novēršanu vērsta kapitāla investīciju plānošana: piemērs no insulta aprūpes .....	24
2.9. Kopsavilkums un mācības Latvijai .....	28
<b>3. Latvijas šī brīža kapitāla investīciju plānošanas modeļa izvērtējums</b> .....	<b>30</b>
<b>1. pielikums. Izvērtējama jautājumi</b> .....	<b>36</b>
<b>Atsauces</b> .....	<b>39</b>
1. tabula. Starptautiskajos gadījumos izmantoto kapitāla investīciju sistematizācija .....	7
2. tabula. Pakalpojumi, kas tiek sniegti katrā Ziemeļīrijas integrēto pakalpojumu modeļa līmenī. ....	11
3. tabula. IV kapitāla stratēģijas virzītājspēki saskaņā ar programmām un mērķiem .....	22
4. tabula. Kapitāla investīciju plānošanas brieduma izvērtējums .....	31
5. tabula. Izvērtējuma rezultātu apkopojums .....	34
1. attēls. Pakalpojumu un infrastruktūras sasaiste .....	5
2. attēls. Martini mācību slimnīcas ēku "klasīšu" pieejas skices .....	8
3. attēls. Ziemeļīrijas integrēto pakalpojumu modelis .....	11
4. attēls. Alžīras modelis .....	14
5. attēls. Vajadzības apliecības procesa shēma .....	21
6. attēls. Veselības nozares kapitāla plānošana (VNKP) dinamiskā procesā .....	30
7. attēls. Kapitāla investīciju plānošanas izvērtējuma līmeņi .....	31
8. attēls. Latvijas KIP trūkumu analīze .....	33

## 1. Ievads

---

1. Šajā dokumentā izklāstīts kapitāla investīciju lēmumu pieņemšanas procesa izvērtējums primārajā veselības aprūpē un slimnīcās Latvijā. Tajā iztirzāti vairāki uz Latviju attiecināmi gadījumu apraksti un izmantots ietvars labākās kapitāla investīciju plānošanas prakses izvērtējumam, kas sagatavots saskaņā ar ESAO valstu pārskatu. Šī analīze sagatavota kā daļa no Pasaules Bankas grupas (PBG) apmaksājamo konsultāciju pakalpojumu līguma, kas noslēgts ar Latvijas Nacionālo veselības dienestu (NVD), lai sniegtu "Atbalstu veselības aprūpes sistēmas stratēģijas izstrādē prioritārajās slimību jomās Latvijā".
2. Ikgadējās kapitāla investīcijas Latvijas veselības aprūpes nozarē ir ārkārtīgi ierobežotas, proti, nākamajam ES finansējuma ciklam paredzēti tikai 250 miljoni eiro. Investīcijas aizvadīto desmitgažu laikā bijušas ierobežotas un nav mērķētas uz slimību sloga samazināšanu vai stratēģiski novirzītas, lai veicinātu veselības aprūpes sistēmas mērķu sasniegšanu, piemēram, uzlabotu veselības rādītājus, nodrošinātu finansiālu aizsardzību vai sistēmas spēju reaģēt. Valstij tiecoties nodrošināt pieejamu, taisnīgu un efektīvu veselības aprūpi, nemitīgi tiek izvērtēts jautājums par izmaksu lietderību pat ar esošajiem resursiem.
3. Šajā pārskatā secināts, ka kapitāla investīcijas Latvijā pašreiz nesekmē racionālu pakalpojumu nodrošināšanu un plānošanu. Regulāra kapitāla ieguldījumu plānošana un investīciju piesaiste netiek veikta atbilstoši iedzīvotājiem un vajadzībām. Tā vietā šis process norit saskaņā ar mērķiem, kas saistīti ar gultasvietu skaitu vai pieejamo investīciju budžetu. Pakalpojumu nodrošināšanas sistēma Latvijā ir nelīdzsvaroti strukturēta, un pašreizējā kapitāla investīciju plānošana varētu novest pie pārmērīga steidzami nepieciešamo gultasvietu skaita un ārstniecības iestādēm, kas nav spējīgas samazināt valsts slimību slogu, kurā dominē hroniskās slimības. Šobrīd kapitāla plānošanas stratēģijas par prioritāti izvirza slimnīcu paplašināšanos, pavisam maz uzmanības veltot tam, kā (re)konfigurēt reģionalizētu, uz primāru aprūpi vērstu un integrētu pakalpojumu nodrošināšanas sistēmu. Turklāt strauji mainīgās medicīniskās, farmaceitiskās un komunikāciju tehnoloģijas varētu padarīt šobrīd iecerētās slimnīcas pārmērīgi lielas un novecojušas, iekams būs beidzies to plānotais "izmantojuma" laiks. Latvija var mācīties no starptautiskās pieredzes, kurā šādi izaicinājumi pārvarēti ar stratēģiskāku plānošanu.
4. Tālākais dokuments strukturēts turpinājumā norādītajā veidā. Nākamā sadaļa apraksta un iztirzā septiņus ESAO valstu kapitāla investīciju plānošanas gadījumus, no kuriem var mācīties arī Latvija. Tāpat turpinājumā aprakstīti veicamie soļi uz slimībām vērsta plānošanas izstrādē, kā piemēru izmantojot aprūpi pēc insulta. Trešajā sadaļā izvērtēta Latvijas kapacitāte kapitāla investīciju plānošanā, izmantojot brieduma modeli no pārskata par ESAO valstu pieredzi un informāciju, kas iegūta no dokumentārās analīzes un klātienē intervijām. Pasaules Bankas konsultatīvo pakalpojumu gala nodevums – infrastruktūras un cilvēkresursu plānojuma karte un vispārējais plāns – izvērtēs kapitāla investīciju plānošanas esošo sniegumu atbilstoši neatbilstībām starp vajadzībām un šī brīža investīcijām, kā arī izklāstīs noteiktus politiska līmeņa risinājumus, kas varētu būt noderīgi, lai uzlabotu nākotnes investīcijas saskaņā ar izmaksu lietderības modeli.

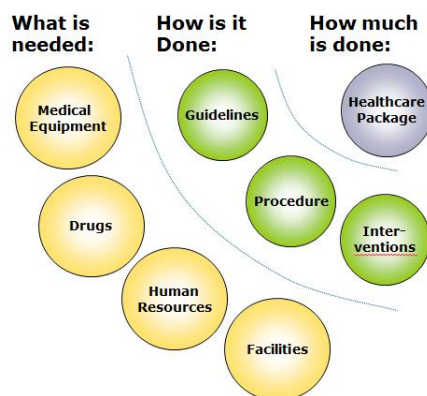
## 2. Starptautiskā pieredze kapitāla investīciju plānošanā

---

5. Daudzas ESAO valstis pēdējās desmitgades laikā ir veikušas pāreju no slimnīcā bāzētas veselības aprūpes uz aprūpi kopienā, un tas sniedz arī būtisku mācību tālākai Latvijas attīstībai. Tika sagatavots pārskats par izmaiņām veselības aprūpes nodrošināšanā un tendencēm kapitāla investīciju plānošanā un investīcijās. 1. attēlā redzams, kā labākā prakse saista pakalpojumu paketi, protokolus vai ierosinātās darbības un to resursu definēšanu, kas nepieciešami pieprasīto pakalpojumu

nodrošināšanai. Šajā pieejā integrē veselības aprūpes vajadzības, sabiedrības slimības profilus, pacientu demogrāfiskos rādītājus, nacionālās klīniskās prakses vadlīnijas, medicīnisko iekārtu pieejamību, tehnoloģiskās prasības un ierobežojumus, kā arī vadības sistēmas kapacitāti. Šī pieeja saista šos parametrus ar resursiem, kas nepieciešami, lai nodrošinātu definētu veselības aprūpes darbību paketi definētas veselības aprūpes paketes ietvaros, piemēram, veselības aprūpes pakalpojumu paketi primārajā veselības aprūpē vai slimnīcās.

### 1. attēls. Pakalpojumu un infrastruktūras sasaiste



Kas ir nepieciešams:	Kā tas ir izdarāms:	Cik daudz ir izdarīts:
Medicīnas ierīces	Vadlīnijas	Veselības aprūpes pakalpojumu grozs
Medikamenti	Procedūras	
Cilvēkresursi	Iejaukšanās/ starpniecība	
Iestādes		

6. Saskaņā ar iepriekšējo vizuālo piemēru par sasaisti starp pakalpojumiem un nepieciešamo infrastruktūru labākā prakse ESAO valstīs strauji attīstās, ņemot vērā turpinājumā uzskaitītos elementus:

- 1) Uz vajadzībām balstīta plānošana, kas saistīta ar noteiktiem veselības aprūpes izaicinājumiem, piemēram, hroniskām slimībām.
- 2) Ilgtermiņa perspektīva – demogrāfiski, epidemioloģiski un pilsētvides attīstības plāni.
- 3) Gultasvietu, tehnoloģiju un iestāžu prasības, kas pamatotas ar noteiktajiem pakalpojumu sniegšanas līmeņiem, uzturēšanās ilgumu un produktivitātes aplēsēm, lai noteiktu nepieciešamo piegādi.
- 4) Galvenā uzmanība pievērsta integrētiem tīkliem, kas nodrošina plašākas sabiedrības pieprasītos pakalpojumus.
- 5) Kapitālizdevumu piešķiršana nomaļākiem apgabaliem, lai panāktu taisnīgu sadali un novērstu norobežotību.
- 6) Telpiskā analīze ar ģeogrāfiskās informācijas sistēmu, lai nodrošinātu taisnīgu pieeju.
- 7) Aizvien lielāks ambulatorās aprūpes īpatsvars, arī primārā veselības aprūpē, ambulatorā ķirurģija un dienas stacionāri.
- 8) Vairāk vispārējo slimnīcu ar mazāku skaitu vienprofila iestāžu, kā arī augstākās kvalitātes centru izveide ar lielu skaitu speciālistu, piemēram, apdegumu centri vai vēža ārstniecības centri. Integrētā perspektīva: ēkas, cilvēki, tehnoloģijas.
- 9) Partnerība ar privāto sektoru, lai sasniegtu veselības aprūpes sistēmas mērķi un novērstu nepieciešamību pēc tālākām publiskajām investīcijām.

- 10) Privātā sektora kapacitāte nodrošināt aprūpi ārpus stacionāra, izmantojot publiskās un privātās partnerības vienošanās.
7. Latvija nav vienīgā valsts, kas tiecas pārveidot kapitāla investīciju stratēģiju no tādas, kas ir orientēta uz slimnīcu infrastruktūru, uz tādu, kas par pamatu izmanto pakalpojumu plānošanu, lai atbildētu uz īstajām sabiedrības vajadzībām. Šādu pāreju ir veikušas vai šobrīd veic vairākas ESAO valstis, un to pieredze sniedz Latvijai svarīgu mācību.
  8. Lai gan ESAO valstis ir dažādas, tās saskaras ar plašu loku vienādu izaicinājumu saistībā ar kapitāla investīcijām veselības aprūpē: demogrāfiskās un epidemioloģiskās pārejas saistībā ar novecojošu sabiedrību, medicīnas tehnoloģiju un farmācijas attīstība, arvien pieaugošas sabiedrības gaidas, grūti novēršamā nevienlīdzība veselības aprūpē un dažos gadījumos arī maz resursu valsts izdevumiem. Saskaņoties ar aizvien pieaugošo spiedienu, kas tiek izdarīts uz veselības aprūpes izdevumiem kā iekšzemes kopproduktu (IKP), arvien vairāk tiek atzīts, ka nepieciešams uzlabot veselības aprūpes sistēmu efektivitāti un iedarbīgumu (ESAO, 2008). Šīs valstis un Latvija saskaras ar izaicinājumu samērot veselības aprūpes vajadzības, valsts un profesionāļu gaidas un pieejamos resursus.
  9. ESAO valstīm un Latvijai jāpatur prātā vēl kāds ievērojams izaicinājums, proti, tas, ka plānošanai, finansēšanai, izstrādei un darbībai nepieciešams ilgs laiks. No lielu slimnīcu koncepta izstrādes līdz nodošanai ekspluatācijā var aizritēt 5 līdz 10 gadi, turklāt vēl vairāki gadi nepieciešami celtniecībai. Tas ietekmē gan slimnīcas ilgtspējību, gan veselības aprūpes pakalpojumu spēju reaģēt uz sabiedrības vajadzībām. Tā kā no nodošanas ekspluatācijā līdz faktiskās darbības uzsākšanai var aizritēt ilgs laiks, daudzas slimnīcas, uzsākot darbību, var vairs neatbilst attiecīgā laika (vai nākotnes) veselības aprūpes prasībām.
  10. Tajā pašā laikā sabiedrības vajadzības nemitīgi mainās. Veselības aprūpes pieprasījums ir ārkārtīgi jutīgs pret jebkādam variācijām slimnīcu plašajā pacientu lokā, ieskaitot demogrāfiskas izmaiņas un migrācijas šablonus. Slimnīcu dinamiskais konteksts rada sarežģījumus izteikt prognozes saistībā gan ar kvantitāti, gan izmantojuma veidu. Turklāt kopš 1970. gadiem ir strauji attīstījušās medicīniskās tehnoloģijas, un tam ir tālejoša ietekme uz klīnisko pakalpojumu pieprasījumu. Lielu izaicinājumu sagādā mērķis panākt, ka šobrīd izstrādātās slimnīcas ir izmantojamas arī nākotnē. Lai gan veselības aprūpe neaprobežojas tikai ar fiziskajām vērtībām, tieši tās ir atspēriena laukums, lai izstrādātu ilgtspējīgus un augstvērtīgus klīniskos pakalpojumus pareizajā laikā un vietā. Līdz ar to slimnīcu plānojumam jābūt pietiekami elastīgam, lai atbilstu jaunākajām prasībām (Rechel un citi, 2009b).
  11. Turpmākajās sadaļās aprakstīti uzskatāmi gadījumi no ESAO valstīm, no kuriem var mācīties arī Latvija. Lai gan šie piemēri tiek atlasīti no valstīm, kurās ir labāk finansēta veselības aprūpes sistēma, tomēr pieredzes un gūtās atziņas var tikt pielāgotas Latvijas kontekstā, jo īpaši no Spānijas, Nīderlandes, un Ziemeļīrijas. Šie gadījumi sniedz dažādas perspektīvas, kā iespējams tikt gala ar iepriekš aprakstītajiem izaicinājumiem. (Piezīme: Eiropas gadījumi ir aizgūti no Rechel un citi (2009), bet pārējie – no citiem resursiem, kas atbilstoši norādīti.)
  12. Šie gadījumi apraksta dažādas pieejas, kā izstrādāt uz pakalpojumiem balstītu investīciju stratēģiju (sākot no elastīgu un pret nākotnes izmaiņām nodrošinātu projektu izmantošanas Nīderlandē līdz reģionālā kapitāla investīciju uzlabošanai Ziemeļīrijā un privātā sektora iesaistīšanai Spānijā, Somijā un Anglijā). Tāpat ietverts gadījuma apraksts, kurā galvenā uzmanība pievērsta tam, kā uz pakalpojumiem vērsta kapitāla investīcijas var atbildēt uz noteiktām vajadzībām saistībā ar slimībām.
  13. Lai gan gadījumi ir dažādi, to vadmotīvi ir saistīti ar to, kā veselības aprūpes pakalpojumu piedāvājums var atbildēt uz sabiedrības vajadzībām. Piemēram, pastāv skaidra tendence izmantot sistēmiskas aprūpes programmas, lai raksturotu nodrošinātos veselības aprūpes pakalpojumus, ieskaitot to saikni ar kapitāla investīcijām un integrāciju tajās. Aprūpes programmas tiecas aprakstīt nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus noteiktiem slimību sindromiem, kur tie būtu jānodrošina. Ideālā gadījumā ietverot izmērāmus sākuma rādītājus un rezultātus. Šīs programmas

nodrošina pamatus, lai pārveidotu demogrāfiskas un epidemioloģiskas tendences par konceptiem, kurus iespējams izmantot veselības kapitāla investīciju plānošanā. Tāpat tās piedāvā veidus, kā iesaistīt ārstus, tajā pašā laikā garantējot sviras ekonomiskajai kontrolei. Veselības aprūpes programmām, visticamāk, būs vislielākā iedarbība uz veselības aprūpes kapitāla investīcijām, kad tās būs piemērotas veselības aprūpei dažādos līmeņos (nevis tikai stacionāros) un kad tās atbalstīs piemērotas resursu sadales sistēmas (Hindle, Dowdeswell un Yasbeck, 2004).

14. Turklāt šie gadījumi iezīmē nepieciešamību pēc visaptverošām kapacitātes plānošanas sistēmām un jauniem slimnīcu kapacitātes pasākumiem, kas neskata tikai gultasvietu skaitu. Lai gan šī pieeja ir novecojusi, daudzās valstīs (gan ESAO, gan ārpus organizācijas) joprojām izmanto gultasvietu skaitu, lai noteiktu slimnīcas kapacitāti. Savukārt citās valstīs meklē rādītājus, kas iegūti no sistēmiskām veselības aprūpes programmām vai kas ir vismaz ciešāk saistīti ar faktisko kapacitāti, nevis tikai gultasvietu skaitu. Piemēram, Coxa slimnīca Somijā tika izveidota, izmantojot veselības aprūpes programmu, kurā īpaša uzmanība pievērsta darba procesa sistematizācijai, kas ļauj pacientiem brīvi pārvietoties sistēmas ietvaros. Taču šī metodoloģija joprojām ir tikai sākumstadijā, tādēļ nepieciešams tālāks darbs, lai izstrādātu uzticamu un pārlicinošu slimnīcu kapacitātes raksturojumu, kas neskata tikai gultasvietu skaitu.
15. Visbeidzot gadījumu apraksti norāda uz nepieciešamību saistīt slimnīcu darbību ar elastīgiem finansēšanas modeļiem. Medicīnas tehnoloģiju un ēku atjaunošanas termiņi kļūst arvien īsāki, un jautājumi par izmantojuma laika efektivitāti un ekonomisko ilgtspējību kļūst arvien svarīgāki. Slimnīcu projekti, kuru ietvaros mēģināts izstrādāt vieglāk pielāgojamas ēkas un pakalpojumus, tiecas izmantot arī vieglāk pielāgojamus kapitāla finansējuma modeļus, piemēram, Privāto finansējuma iniciatīvu (Private Finance Initiative) Anglijā. 1. tabulā sistematizētas aplūkotajos gadījumos izmantotās kapitāla investīciju stratēģijas.

**1. tabula. Starptautiskajos gadījumos izmantoto kapitāla investīciju sistematizācija**

Piemēri	Kapitāla investīciju veids	Reģionāls un/vai nacionāls	Ieviešanas periods	Infrastruktūra un/vai aprīkojums
<i>Martini</i> mācību slimnīca (Groningena, Nīderlande)	Uz pakalpojumiem vērsts	Reģionāls	1991-2008	Infrastruktūra
Ziemeļīrija	Uz pakalpojumiem vērsta pārmaiņas	Reģionāls	2007-2027	Infrastruktūra un aprīkojums
Alžīras modelis (Valensijas apgabals, Spānija)	Uz pakalpojumiem vērsta pārmaiņas	Reģionāls*	1999-2018	Infrastruktūra un aprīkojums
<i>Coxa</i> slimnīca (Somija)	Uz pakalpojumiem vērsts	Reģionāls	1990-2002	Infrastruktūra
Privātā finansējuma iniciatīva (Anglija)	Uz pakalpojumiem vērsta pārmaiņas	Nacionāls	Līdz 30 gadiem	Infrastruktūra
Iekšzemes veselība ( <i>Interior Health</i> ) (Britu Kolumbija, Kanāda)	Uz pakalpojumiem vērsts	Reģionāls	2013-2023	Infrastruktūra un aprīkojums
Vajadzības apliecības ( <i>Certificate of Need</i> ) programma (Meina, ASV)	Uz pakalpojumiem vērsts	Reģionāls	N/A	Infrastruktūra un aprīkojums

Avots: Sanigest Internacional; aizgūts no Ashcroft & Broome 2011, Interior Health 2013 un Rechel un citi 2009b.  
\* Veselības ministrijas un Sociālā dienesta uzraudzībā.

## 2.1 Kapitāla investīciju plānošana nākotnei Groningēnā, Nīderlandē

16. Projektēto slimnīcu ilgtspējībai un atbilstībai ilgtermiņa vajadzībām lielu izaicinājumu met ilgais laiks, kas nepieciešams plānošanai, finansēšanai un būvēšanai. No lielu slimnīcu koncepta izstrādes līdz nodošanai ekspluatācijā var aizritēt 5 līdz 10 gadi, turklāt vēl vairāki gadi nepieciešami celtniecībai. Līdz ar to laikā, kad slimnīca ir gatava uzsākt darbību, tā var vairs neatbilst attiecīgā laika (vai nākotnes) veselības aprūpes prasībām.
17. *Martini* mācību slimnīcu Groningenā Nīderlandē var izmantot par piemēru tam, kā slimnīca var būt elastīga un sagatavoties izmaiņām nākotnē, lai labāk reaģētu uz strauji mainīgajām veselības aprūpes vajadzībām un jauninājumiem pakalpojumu sniegšanā un tehnoloģijās. *Martini* slimnīcas celtniecībā īpaši tika uzsvērtas ēkas pielāgojamība nākotnē, ietverot projektā viegli maināmas īpašības. *Martini* slimnīca tika izveidota 1991. gadā, apvienojot divas vidēja izmēra slimnīcas Groningenā. Pēc daudziem plānošanas un rūpīgas projektēšanas gadiem *Martini* slimnīcas klīniskās, mācību un administratīvās funkcijas tika apvienotas vienā būvobjektā.

### Elastīgs un uz nākotnes vajadzībām vērstis projekts

18. *Martini* mācību slimnīcas pārstrādē ņēma vērā trīs svarīgākos elementus: elastību, loģisku aprūpes procesu sadalījumu un nodrošinājumu pret izmaiņām nākotnē.

#### Elastība

19. *Martini* slimnīcas rekonstrukcijas plānā tika uzsvērtas elastība un pielāgojamība, ļaujot slimnīcai paplašināties (vai sašaurināties), reaģējot uz pacientu mainīgajām vajadzībām un veselības aprūpes straujajām pārmaiņām. Lai padarītu jauno projektu elastīgu, arhitekti aizguva projektēšanas principus no industriālajām celtnēm. Piemēram, 2. attēlā redzama jauno slimnīcas ēku projektā izmantotā "klasišu" pieeja. 2007. gada skicē redzams, kā jaunās ēkas tika novirzītas uz esošās slimnīcas kreiso pusi. Turpmākajās skicēs aplūkojams, kā nākamo desmitgažu laikā šis skatījums attīstīsies, lai optimizētu telpas izmantojumu. Tiklīdz ēkas vairs nebūs izmantojamas, no tām varēs atbrīvoties, izmantojot progresīvu arhitektūras "klasišu" pieeju, un to vietā nepieciešamības gadījumā varēs izveidot jaunas struktūras.

2. attēls. *Martini* mācību slimnīcas ēku "klasišu" pieejas skices



Avots: Rechel et al, 2009b

20. Līdztekus arhitekti darbā izmantoja projektēšanas principus, kas ļautu nākotnē jaunās slimnīcas ēkas pārveidot par birojiem vai dzīvojamām ēkām, ja šīs telpas vairs nebūtu nepieciešamas izmantot slimnīcas vajadzībām. Piemēram, ēkas tika projektētas šaurākas, centrālās tehniskās struktūras un kāpnes/lifti tika izbūvēti starp slimnīcas korpusiem, savukārt kabeļi un cauruļvadi tika apvadīti ēku ārpusē caur izolētām ejām. Līdz ar to iekšējās telpas nākotnē iespējams pielāgot jebkādam izkārtojumam. Tā kā slimnīca ir projektēta īpaši elastīgi vairāk nekā vienā līmenī, sagaidāms, ka tā spēs viegli pielāgoties jebkādam veselības aprūpes pārmaiņām, tādējādi tā ir "nodrošināta pret izmaiņām nākotnē".

#### Loģistika

21. *Martini* slimnīcā tiek izmantots veselības aprūpes modelis, kurā neatliekamā un plānveida veselības aprūpe norit atsevišķi, lai būtu iespējams optimizēt ar šīm funkcijām saistīto loģistiku. Šis koncepts ir iestrādāts jaunajās ēkās, ļaujot tām nodaļām, kas parasti sadarbojas savā starpā, saistīties



horizontālā un/vai vertikālā veidā, novēršot traucējumus (kurus plānveida aprūpei var sagādāt neatliekamā aprūpe) līdz minimumam. Gadījumos, kad nodaļu sadarbība ir īpaši svarīga, vai neplānotas veselības aprūpes situācijās šis koncepts īpaši izpaužas vertikālajos savienojumos (proti, liftu sistēmā) starp neatliekamo aprūpi, sirds slimību nodaļu, augsto tehnoloģiju attēlveidošanu, intensīvo aprūpi, dzemdību palātām, apdegumu nodaļu un operāciju zālēm. Horizontālā līmenī ietverta funkcionāla koherence starp operāciju zāļu kompleksu, intensīvās aprūpes nodaļu un apdegumu nodaļu.

22. Ja neatliekamās palīdzības līmenī šī slimnīca kā vadošo principu izmanto pacientu uzņemšanu, tad plānveida aprūpes gadījumā uzmanība tiek vērsta uz to pacientu skaitu, kas pamet operāciju zāles. Aizvien pieaugot dienas aprūpes gadījumu skaitam, svarīgākais faktors pacientu plūsmai sistēmā ir ātrums, ar kādu pacientu var pārvest no operāciju zāles uz dienas aprūpi, pieļaujot pēc iespējas īsāku uzturēšanos atlabšanas telpās. Tas tiek panākts, fiziski sasaistot atlabšanas telpas un dienas aprūpes nodaļas caur "pārplūdes" zonu. Kad pacientu pieplūde atlabšanas nodaļai palielinās, attiecīgos pakalpojumus sāk sniegt arī pārplūdes zona. Kad dienas laikā atlabšanas nodaļa iztukšojas, bet dienas aprūpes nodaļa kļūst pārpildīta, pārplūdes zona atslogo tās darbību pretējā virzienā.

#### **Nodrošinājums pret izmaiņām nākotnē**

23. Jaunā celtniecības plāna galvenā misija bija piedāvāt jaunu un elastīgu slimnīcu, kas ir "nodrošināta pret izmaiņām nākotnē" un spēj viegli un lēti pielāgoties nākotnes izmaiņām veselības aprūpē. Līdztekus iepriekš aprakstītajiem elastīgajiem projektēšanas principiem nodrošinājums pret izmaiņām nākotnē tika panākts ar standartizācijas palīdzību. Nodaļu standartizācija paredz, ka to funkcionālo izmantojumu nenosaka ne izmēri, ne "piederība" noteiktai nozarei. Līdz ar to nodaļas pašas par sevi kļūst elastīgas: to izmēru un konfigurāciju nosaka skaitliskie rādītāji noteiktā pacientu kategorijā, nevis iepriekš noteikta piederība kādai specialitātei. Standartizācija palīdz panākt to, ka, mainoties vajadzībām, ir salīdzinoši viegli izveidot ambulatoru nodaļu telpās, kas šobrīd tiek izmantotas kā slimnīcas nodaļas, vai arī pārveidot ambulatoro nodaļu par biroju.

## **2.2 Reģionālā kapitāla plānošana Ziemeļīrijā**

---

24. Ziemeļīrijas ambiciozā kapitāla investīciju programma, kura saskaņā ar aplēsēm desmit gadu laikā apgūs £4.5 miljardus (€5 miljardus), lēnām atmet uz slimnīcām orientētu reģionālās plānošanas pieeju un pievēršas integrētiem primārajiem un kopienas veselības aprūpes pakalpojumiem, ietverot pilnu klāstu veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu. Ziemeļīrijas nākotnes veselības aprūpes modelis pievēršas veselības veicināšanai un slimību novēršanai, nodrošinot labāku pieeju diagnostikai un agrīnām veselības aprūpes darbībām attiecīgajā kopienā, proti, tuvāk vietai, kurā cilvēki dzīvo. Modelī īpaši uzsvērta labāka hronisko slimību pārvaldība, uzlabojot dzīves kvalitāti un novēršot lieku stacionēšanu.
25. Svarīgi atzīt, ka, ņemot vērā kapitāla investīciju apmēru, šo modeli varētu būt grūti atkārtot kādā citā vietā. Taču no Ziemeļīrijas pieredzes tik un tā var gūt svarīgas mācības par integrēto kapitāla ieguldījumu plānošanu visos veselības aprūpes līmeņos.

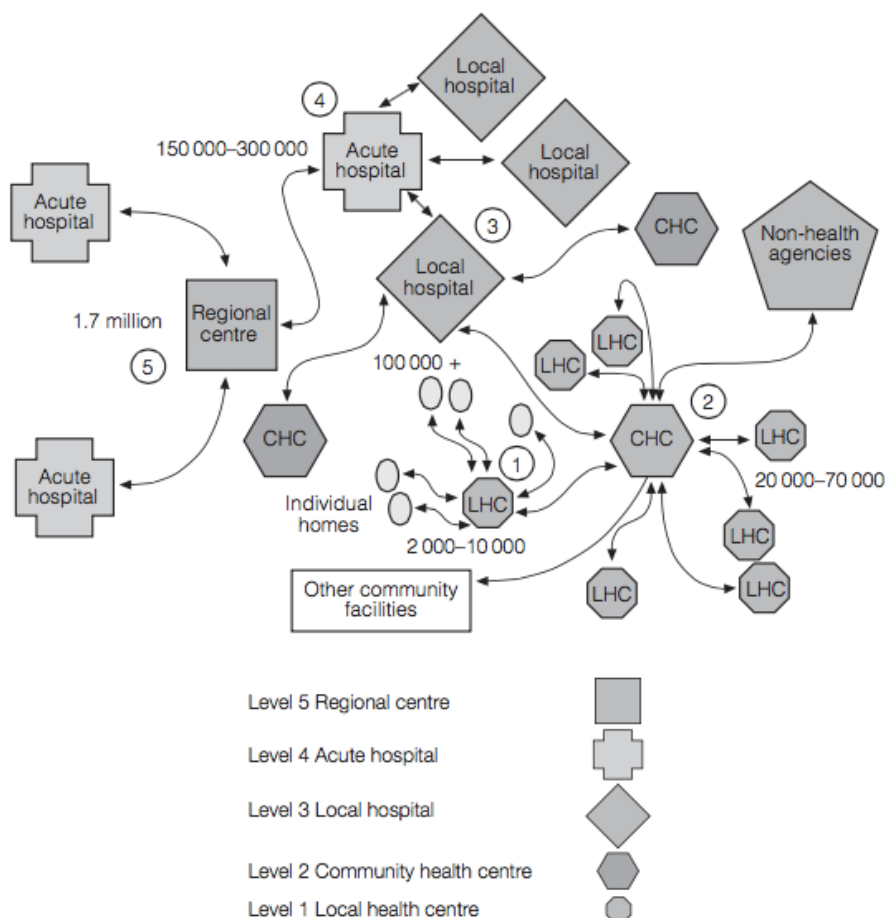
#### ***Uzlaboti publiskie pakalpojumi un kompleksu pakalpojumu koncentrācija***

---

26. Veselības aprūpes kapitāla investīciju reformas, pamatojoties uz nepieciešamību pēc pakalpojumiem, tika aizsāktas 2007. gadā. Pirms 2007. gada kapitāla investīcijas lielākoties tika novirzītas neatliekamās aprūpes sektoram. Jaunais modelis tiecās panākt savienojumu starp iestādēm – no mājas aprūpes līdz pat primārai, kopienas, daļēji neatliekamai/starpposma (*step-down*) un neatliekamai aprūpei –, sniedzot tām visām strukturētu tīklu atbalstu. Jaunajai vienprātībai par pakalpojumu nodrošināšanu bija divas svarīgākās daļas: uzlaboti pakalpojumi kopienā un kompleksu pakalpojumu koncentrācija.

27. Saistībā ar pirmo daļu tika veikta visaptveroša reģionāla plānošana un pieņemts lēmums izveidot 42 jaunus publiskos veselības centrus blīvāk apdzīvotajās vietās visā Ziemeļīrijā. Lai panāktu mērķa otrās daļas īstenošanu, nepieciešama lielāka to pakalpojumu centralizācija (no vietējām vispārēja profila slimnīcām līdz neatliekamās aprūpes centriem vai reģionālajiem augstās kvalitātes centriem), kuriem kompleksā rakstura dēļ nepieciešamas specializētas prasmes un ekspertīze, ko nevar viegli un lēti iegūt vietējās slimnīcās. Izvēloties gala atrašanās vietas šīm slimnīcām, kurās bija paredzēts veikt "neatliekamo aprūpi", tika izvirzīts galvenais kritērijs, kas noteica, ka pacientiem no jebkuras vietas Ziemeļīrijā augstākais vienas stundas laikā jāspēj sasniegt neatliekamās aprūpes iestāde, kurā tiek sniegti visi nelaimes gadījumu un neatliekamās palīdzības pakalpojumi. Šajā centralizācijas procesā mazākas vietējās slimnīcas tiks pārkonfigurētas attiecībā pret klīnisko profilu un nepieciešamajiem pakalpojumiem.
28. Ziemeļīrijas veselības aprūpes sistēmas fiziskā pārprojektēšana ietvers piecus svarīgākos elementus (atrainoti 3. attēlā). Turpinājumā 2. tabulā izklāstīti sagaidāmie pakalpojumi katrā līmenī.
- i. Veselības un sociālās aprūpes trastu (pakalpojumu sniegšanas organizācijas) skaita samazinājums no 17 uz 5 saskaņā ar ģeogrāfiskajām vajadzībām, lai visi trasti sniegtu vietējiem iedzīvotājiem pilnu paketi veselības un sociālo pakalpojumu.
  - ii. Reģionālo centru norīkošana un attīstīšana par vienīgajiem terciāro pakalpojumu sniedzējiem, kas gūs labumu no centralizācijas.
  - iii. Tādu vispārējā profila slimnīcu skaita samazinājums no 18 uz 10, kas sniedz pilnu klāstu neatliekamās aprūpes pakalpojumu.
  - iv. Septiņu (no atlikušajām deviņām) slimnīcu pārveide par neakūtām starpposma (*step-down*) aprūpes iestādēm, kas galveno uzmanību vērš uz vietējiem iedzīvotājiem un spēju sniegt plašu klāstu starpposma aprūpes pakalpojumu.
  - v. 42 jaunu "vienas pieturas" (*one-stop*) publisko veselības centru izveide (bez gultasvietām), kā mērķi izvirzot liekas stacionēšanas novēršanu. Vietējās slimnīcās veicinās ātrāku izrakstīšanos no neatliekamās aprūpes iestādēm un samazinās šī brīža "gultasvietas aizņemšanas" rādītājus starp tiem pacientiem, kuru ārstēšanās stadijai vairāk nepieciešami rehabilitācijas, nevis neatliekamās aprūpes pakalpojumi. Vēl tiks nodrošināta sasaiste starp 42 jaunajiem "vienas pieturas" publiskajiem centriem un 10 neatliekamās aprūpes slimnīcām.

### 3. attēls. Ziemeļīrijas integrēto pakalpojumu modelis



Avots: Techel un citi, 2009b.

**2. tabula. Pakalpojumi, kas tiek sniegti katrā Ziemeļīrijas integrēto pakalpojumu modeļa līmenī**

Līmenis	Pakalpojumu klāsts
<p><b>1. līmenis. Vietējie veselības centri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Būvniecības izmaksu apjoms: £1-5 miljoni</li> <li>- 1. līmeņa iestādes bieži tiks ietvertas 2. līmeņa iestādēs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ģimenes ārsti.</li> <li>• Nekompleksās diagnostiskās pārbaudes.</li> <li>• Pamata ārstēšana un medmāsu aprūpe.</li> <li>• Ierobežots skaits ārstniecības terapiju.</li> </ul>
<p><b>2. līmenis. Sabiedrības veselības centri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Būvniecības izmaksu apjoms: £5-15 miljoni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ģimenes ārsta pakalpojumi pēc darba laika beigām.</li> <li>• Ambulatorās klīnikas.</li> <li>• Nelielas procedūras.</li> <li>• Nekompleksa attēlveidošana un diagnostika.</li> <li>• Pakalpojumi bērniem.</li> <li>• Fizioterapija.</li> <li>• Logopēda pakalpojumi.</li> <li>• Podiatrija.</li> <li>• Zobārstniecības pakalpojumi.</li> <li>• Sociālie pakalpojumi.</li> <li>• Garīgās veselības pakalpojumi.</li> <li>• Daudznozaru atbalsta grupas.</li> <li>• Brīvprātīgo sektors.</li> <li>• Publiskās iestādes.</li> <li>• Farmācija.</li> </ul>

Līmenis	Pakalpojumu klāsts
<p><b>3. līmenis. Vietējās slimnīcas</b></p> <p>- Būvniecības izmaksu apjoms: £40-70 miljoni</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steidzamās aprūpes centri (atšķirībā no pilna servisa nelaimes gadījumu un neatliekamās palīdzības centriem).</li> <li>• Ambulatorās aprūpes centrs.</li> <li>• Pilna servisa diagnostika, ieskaitot radioloģijas pakalpojumus.</li> <li>• Dienas procedūras/dienas ķirurģijas nodaļa (3. līmeņa iestādes var dēvēt par “aizsargātiem plānveida aprūpes centriem”).</li> <li>• Starpposma aprūpes, rehabilitācijas un ģimenes ārstu norīkotas gultasvietas.</li> <li>• Garīgās veselības nodaļa.</li> <li>• Atbalsta pakalpojumi</li> </ul>
<p><b>4. līmenis. Neatliekamās aprūpes slimnīcas</b></p> <p>- Būvniecības izmaksu apjoms: £200-300 miljoni</p>	<p>Pilna servisa standarta neatliekamās aprūpes slimnīcu pakalpojumi, ieskaitot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nelaimes gadījumu un neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumi speciālistu vadībā;</li> <li>• kritiskās aprūpes nodaļa;</li> <li>• neatliekamās medicīniskās aprūpes un ķirurģijas nodaļa;</li> <li>• pediatrija;</li> <li>• ambulatorā nodaļa;</li> <li>• radioloģija.</li> </ul>
<p><b>5. līmenis. Reģionālie augstas kvalitātes centri</b></p> <p>- Būvniecības izmaksas var atšķirties.</p> <p>- Lielākoties (bet ne vienmēr) izvietoti līdzās 4. līmeņa neatliekamās aprūpes slimnīcām.</p>	<p>Piemēram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vēža ārstēšanas pakalpojumi;</li> <li>• ortopēdiskie pakalpojumi;</li> <li>• sirds ķirurģija;</li> <li>• neiroķirurģija.</li> </ul>

Avots: Aizgūts no Rechel un citi, 2009b.

29. Šī jaunā aprūpes modeļa galvenais mērķis ir uzlabot sabiedrības piekļuvi augstvērtīgiem un laicīgiem pakalpojumiem. Šis modelis atbalsta 1. un 2. līmeņa iestāžu atrašanos līdzās – it īpaši blīvi apdzīvotās vietās, kur, visticamāk, varētu būt pieņemams noteikts attālums līdz ģimenes ārstam. Ja 3. un/vai 4. līmeņa iestāžu atrašanās vietas izvēlētas dabiskos iedzīvotāju dzīvesvietu centros ar labu piekļuvi sabiedriskajam transportam, pastāv potenciāls labums, izvietojot 1. un 2. līmeņa iestādes līdzās vienu otri, nodrošinot, ka tiek saglabāta to atsevišķā identitāte un organizatoriskā struktūra. Gadījumos, kad ierosināta šāda līdzāspastāvēšana, iegūtais rezultāts tiek dēvēts par “veselības aprūpes ciematu”. Noteiktas atsevišķu iestāžu atrašanās vietas tika izvēlētas saskaņā ar vairākiem svarīgiem faktoriem, tostarp: reģionālās veselības aprūpes stratēģijas pamatprincipiem, pilsētas vai lauku vidi, vietējo iedzīvotāju skaitu, epidemioloģiju, brauciena laikiem un attālumiem, nepieciešamo darbinieku skaitu, nepieciešamo daudzumu speciālistu aprīkojuma, šī brīža iestāžu darba stāvokli un atrašanās vietu, uzlabotu piekļuvi, samazinātu rindā gaidīšanas laiku, mazāku skaitu stacionēšanas gadījumu un finansiālo pieejamību.
30. Līdzīgi *Martini* mācību slimnīcai Nīderlandē, arī Ziemeļrija ir mēģinājusi ietvert jaunajā konfigurācijā elastīgus projekta principus. Piemēram, pāreja no esošajām uz jaunajām būvēm tika veikta ar pakāpenisku celtniecību, kas līdzīga “klasīšu projektēšanas” pieejai. Vēl tika izstrādāta arī “amortizācijas” platība (piemēram, birojs vai izglītošanai paredzētas telpas, kuras var ļoti viegli pārvietot), kas izvietota līdzās kompleksajām telpām, piemēram, intensīvās terapijas nodaļai vai attēlveidošanas kabinetam, kas nākotnē varētu paplašināties, taču to pārvietošana izmaksātu pārāk dārgi. Tāpat izmantota arī standartizācija.

### 2.3 Alžīras modelis: pirmā publiskās-privātās partnerības slimnīca Spānijā

---

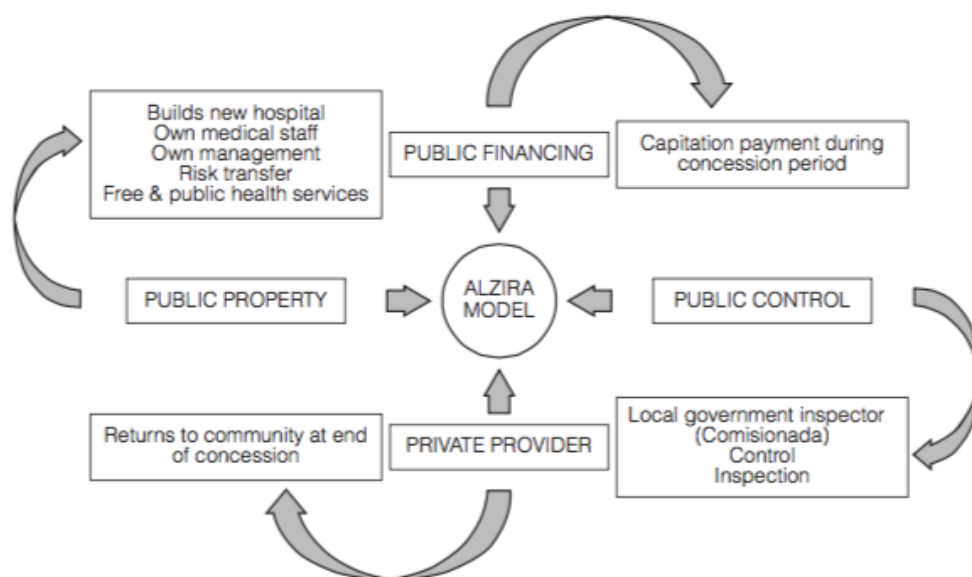
31. Alžīras modelis Valensijas reģionā Spānijā tika aizsākts kā līdz šim neatpūts (*greenfield*) intensīvās aprūpes slimnīcas attīstības projekts, izmantojot publisko-privāto partnerību, taču vēlāk slimnīcas projekts attīstījās, lai piedāvātu reģiona iedzīvotājiem visu līmeņu veselības aprūpi, finansējumā izmantojot kapitācijas naudu. Privātā kapitāla izmantošana nodrošināja interesantu pieeju, lai samazinātu valsts tēriņu slogu un gūtu labumu no privātās pārvaldības un efektivitātes, panākot izmaksu lietderību. Publiskās-privātās partnerības modeļi varētu sniegt Latvijai vērtīgas iespējas, kā izmantot ierobežoto ES un valsts finansējumu nākotnes investīcijām veselības aprūpes nozarē.
32. Spānijā veselības aprūpes pakalpojumi tiek plānoti un sniegti reģionāli, taču tos uzrauga Veselības ministrija un Sociālais dienests. Lai gan 1986. gada Veselības aprūpes likumā kā galvenā prioritāte izvirzīta primārās veselības aprūpes attīstība, veselības aprūpes nozarē valsts līmenī joprojām dominēja slimnīcas. 1991. gadā Aprīļa komisija kritizēja efektivitātes un elastības trūkumu slimnīcu pārvaldībā Spānijas veselības sistēmā un izstrādāja jaunu likumdošanas pamatu privātā sektora iesaistīšanai veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā. Likumdošana atļāva privātajam sektoram sniegt publiskus veselības aprūpes pakalpojumus, taču tā joprojām saglabāja reģionālu kontroli pār veselības aprūpes pasākumu plānošanu.
33. Pēc Aprīļa komisijas sasaukšanas Valensija apsvēra jaunu kapitāla investīciju modeli, lai novērstu nepilnības veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā. Alžīras pilsēta bija viena no retajām kopienām Valensijā, kurai nebija vietējās slimnīcas. Iedzīvotājiem ārstēšanās nolūkos bieži vajadzēja braukt vairāk nekā 40 kilometrus. Lai novērstu šo iztrūkumu, Valensija aicināja pretendētus uzcelt un vadīt jaunu publisko slimnīcu (*Hospital de la Ribera*), izmantojot privāto kapitālu. Piedāvājumi *Hospital de la Ribera* izveidei ietvēra inovatīvu publisko-privāto pieeju, kas ļāva privātiem uzņēmumiem uzņemt atbildību par sabiedrības piekļuvi pilna servisa slimnīcai. Šo modeli pazīst arī ar nosaukumiem "administratīvā koncesija" un "Alžīras modelis".
34. Konkursā par tiesībām izveidot *Hospital de la Ribera* uzvarēja *Union Temporal de Empresas-Ribera* (Uzņēmumu pagaidu apvienība; UPA). Līdz 2009. gadam UPA izveidotā slimnīca apkalpoja lielu skaitu pacientu, proti, teju 245 000 cilvēku. Pēc pirmā administratīvās koncesijas modeļa ieviešanas Valensijā izstrādāti arī citi Alžīras modeļi. Tie kopumā apkalpo teju 20% no Valensijas autonomās kopienas iedzīvotājiem.
35. Sākotnējā stadijā Alžīras modelis paredzēja sniegt slimnīcas pakalpojumus tikai *Hospital de la Ribera*. Taču drīz vien tika atklāts, ka pastāv iespējamās problēmas saistībā ar izmaksu pārslēgšanu starp primāro un sekundāro veselības aprūpi, turklāt bija nepieciešams ņemt vērā sabiedrības vispārējās veselības aprūpes vajadzības. Tajā pašā laikā tika noskaidrots, ka sākotnējam modelim ir sagatavots neatbilstošs budžets un tas saskārās ar finansiālām grūtībām. 2003. gadā tika ieviests jauns organizatoriskais modelis, kura ietvaros uzņēmums uzņēmās atbildību par veselības aprūpi gan primārajā, gan sekundārajā līmenī. Jaunais modelis ļāva Alžīrai neatkārtot kļūdas, kuras 1990. gadu sākumā pieļāva pirmās paaudzes publiskās-privātās partnerības slimnīcas Austrālijā, kuras neguva ienākumus, jo tām nebija iespējas līdzsvarot pakalpojumu sniegšanu slimnīcās un primārās aprūpes līmenī.

#### *Alžīras modeļa pamatprincipi*

---

36. Šis sadaļas turpinājumā izklāstīti Alžīras modeļa (redzams 4. attēlā) pamatprincipi. Alžīras modeļi veido četri pamatprincipi: publiskais finansējums, publiskā kontrole, publiskais īpašums un privātā pārvaldība. Šos Alžīras modeļa pamatprincipus savieno koncepts "nauda seko pacientam", proti, šo modeļi finansē ar kapitācijas naudu (maksājums tiek veikts saskaņā ar uzņemto pacientu skaitu). Līdz ar to slimnīcai ir motivācija nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus, kas apmierina pacientu vajadzības, lai šādi panāktu to uzticību.

4. attēls. Alžīras modelis



Tiek uzcelta jauna slimnīca Pieder medicīnas personāls Pieder menedžments Risku nodošana Bezmaksas un publiski veselības pakalpojumi	Publiskais finansējums	Kapitācijas maksājums konsesijas periodā
Publiskais īpašums	Alžīras modelis	Publiskā kontrole
Atgriežas kopienā konsesijas perioda beigās	Privātais pakalpojumu sniedzējs	Pašvaldības inspektors Kontroles inspektors

Avots: Rechel un citi, 2009b.

### Publiskais finansējums

37. Alžīras modeli finansē vietējā pašpārvalde saskaņā ar kapitācijas naudas izmaksu. Valensijas pašpārvalde maksā ikgadēju fiksētu summu par katru no reģistrētajiem Alžīras teritorijas iedzīvotājiem, kuriem ir elektroniska veselības aprūpes kartīte. Tā kā "nauda seko pacientam", Valensijas pašpārvalde var prognozēt *Hospital de la Ribera* sniegto veselības aprūpes pakalpojumu ikgadējās izmaksas. Savukārt uzņēmumam par to jānodrošina universāla pieeja plašajam piedāvāto pakalpojumu klāstam. Līdz ar to notiek riska pārnese, jo Valensijas pašpārvaldes budžets ir gan prognozējams, gan ierobežots.
38. *Hospital de la Ribera* uzņemas atbildību par veselības aprūpi slimnīcā visiem attiecīgajā teritorijā reģistrētajiem pacientiem, lai arī kur tie saņemtu ārstēšanu. Ja pacienti ārstējas citā slimnīcā, *Hospital de la Ribera* sedz visas izmaksas 100% apmērā saskaņā ar diagnozei piesaistīto grupu (*diagnosis-related group; DRG*). Slimnīcas citos Valensijas reģionos nezaudē naudu, ja vietējie iedzīvotāji dodas ārstēties citviet. Taču slimnīcām, kuras izmanto savu kapacitāti tādu pacientu ārstēšanai, kuri ieradušies no citas vietas, jāņem vērā kāds finansiāls apgrūtinājums, proti, šādos gadījumos slimnīcām tiek atmaksāti tikai 80% izmaksu (saskaņā ar DRG), kas radušies, ārstējot pacientu no cita veselības aprūpes departamenta uzraudzībā esošās teritorijas.

### Publiskā kontrole

39. Alžīras modelis ir publiska-privāta partnerība, kurā saskaņā ar administratīvās konsesijas noteikumiem slimnīcai jāsasniež Valensijas pašpārvaldes noteiktie mērķi. Mērķiem (piemēram,

gaidīšanas laiks rindā vai imunizācijas līmenis) jābūt vismaz tik pat augstiem kā citiem veselības aprūpes departamentiem, kuri uzrauga veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu pārējiem Valensijas iedzīvotājiem. Tā kā “nauda seko pacientam”, slimnīcai ir motivācija uzturēt augstus standartus mērķu sasniegšanā, lai saglabātu pacientu uzticību.

#### Publiskais īpašums

40. Alžīras modeļa ietvaros privātajam uzņēmumam (šajā gadījumā *UTE*) ir jāuztur būves un aprīkojums labā stāvoklī līdz pat koncesijas perioda beigām, kad viss īpašums tiek atgriezts reģionālajai Veselības ministrijai. Koncesijas perioda sākumā telpas, kuras uzņēmumam nodevis veselības departaments, tika auditētas un reģistrētas. Kad telpas tiek nodotas atpakaļ vietējai pašvaldībai koncesijas noslēgumā, tām jābūt vismaz tādā pašā stāvoklī. Pretējā gadījumā uzņēmumam jānodrošina to atbilstība standartiem.
41. Tieši tādēļ *UTE* koncesijas periodā ir veikusi ievērojamas investīcijas *Hospital de la Ribera*. Piemēram, administratīvās koncesijas otrajā termiņā *UTE* izbūvēja jaunu un pilnībā aprīkotu Veselības aprūpes centru (Alžīra II), investējot 6 miljonus eiro. Tāpat tika renovēti citi veselības aprūpes centri un veiktas investīcijas jaunā aprīkojumā.

#### Privātais pakalpojumu sniedzējs/pārvaldība

42. Kā norādīts iepriekš, administratīvās koncesijas periodā *UTE* ir atbildīga par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu Ribera reģionam saskaņā ar ikgadējo budžetu, kas tiek aprēķināts atbilstoši kapitācijas naudas izmaksai. Tāpat kā pārējā Spānijā, veselības aprūpes pakalpojumi ir pieejami bez maksas visiem attiecīgā veselības aprūpes departamenta teritorijas iedzīvotājiem. Uzņēmums ir aizguvis pārvaldības pieeju no privātā sektora, paužot uzskatus, ka veselības aprūpes publiskā pārvaldība Spānijā ir birokrātiska un neefektīva, tādēļ privātuzņēmums var sasniegt labākus rezultātus, izmantojot savu medicīnisko personālu un pārvaldības rīkus.
43. Koncesijas perioda sākumā bija ārkārtīgi svarīgi iegūt pacientu uzticību, tādēļ galvenās Alžīras modeļa stratēģijas bija vērstas uz pacientiem, tostarp:
  - brīva pieeja ārstniecības speciālistiem bez (vismaz sākotnēji) primārās veselības aprūpes līmeņa atļaujas;
  - brīva ārstniecības speciālistu un slimnīcu izvēle;
  - plašāks klāsts ambulatorās un plānveida ķirurģijas laiku;
  - īsākas gaidīšanas rindas.

Šīs stratēģijas piesaistīja pacientus arī no citiem veselības aprūpes departamentiem, kuros gaidīšanas rindas bija garākas, taču šo pacientu ārstniecības izmaksas tika nodotas attiecīgajām pašvaldībām (kā jau iepriekš norādīts, tiek segti 80% DRG izmaksu).

#### Alžīras modelis II

---

44. Administratīvās koncesijas otrajā fāzē *UTE* kļuva par integrētu veselības aprūpes organizāciju. Lai to panāktu, bija nepieciešams izstrādāt jaunas darba metodes, ieskaitot integrētus medicīniskos procesus (piemērotāko diagnostikas un ārstniecības virzienu identifikācija), investīcijas papildu diagnostikas rīkos primārajā veselības aprūpē, ko papildināja tieša piekļuve radioloģijai, endoskopijai, pataloģiju pārbaudēm un tā tālāk, kā arī jaunu informācijas sistēmu tīklu izveidi, lai medicīnas speciālisti varētu dalīties ar informāciju (integrēti pacientu medicīniskie reģistri). Kā šeit norādīts, izstrādātas noteiktas stratēģijas, lai panāktu šādu integrāciju.
45. Otrās fāzes investīcijas iekļāva:
  - jauna Veselības aprūpes centra celtniecība un esošo pārveide un atjaunošana;



- jauna Hemodialīzes nodaļa;
- jauna Medicīniskās fizikas gamma kamera.

Tā rezultātā uzņēmums no 2003. līdz 2007. gadam guva vairāk nekā divus miljonus lielu peļņu.

46. Lai gan Alžīras modelis joprojām nav oficiāli izvērtēts, līdz šim pacienti, personāls, centrālā administrācija un privātais konsorcijs (*UTE*) to uzvēruši pozitīvi. Valensijas publiskā administrācija guva labumu no Alžīras modeļa, jo tai nevajadzēja tērēt resursus sākotnējai investīcijai (€68 miljoni), lai uzceltu jaunu slimnīcu. Turklāt, šķiet, “netiešā pārvaldība” noved pie labāka publisko resursu izmantojuma, uzlabotas efektivitātes, lielāka daudzuma darbību, labākas pakalpojumu sniegšanas un lielāka skaita cilvēku, kas ir apmierināti ar valdības rīcību. Taču pēdējo sešu mēnešu laikā pēc vairākām ideoloģiskām debatēm par privāto kapitālu un pārvaldību veselības aprūpē Spānijā valdība ir sākusi atgūt aktīvus, lai pēc tam tos atkal pārvaldītu publiski.

## 2.4. Privātā sektora iesaiste kapitāla investīcijās Somijā

47. *Coxa* slimnīca Somijā ir vēl viens piemērs privātā sektora iesaistei kapitāla investīcijās. *Coxa* slimnīcā daļas pieder gan publiskajam, gan privātajam sektoram, līdz ar to padarot to par publiskās-privātās partnerības piemēru. Lai gan uz *Coxa* slimnīcu attiecas publiskā sektora regulējums un tā cieši sadarbojas ar publisko sektoru, tā arī ir izmantojusi iespēju iesaistīties Eiropas veselības aprūpes tirgū.
48. *Coxa* modelis atšķiras no citiem piemēriem, kur tirgus dalībnieki ir noteikuši pakalpojumu sniedzēju sistēmas un struktūras. Piemēram, turpinājumā aprakstītajā gadījumā no Apvienotās Karalistes sekundārā tirgus līmenī tika piedāvāts slēgt līgumus, taču pircēji izrādīja vien nelielu interesi par veselības aprūpi, tiecoties izmantot maksājumu plūsmu privāto finanšu iniciatīvas līgumu struktūras ietvaros.
49. *Coxa* slimnīcas pieredze ilustrē to, cik svarīgi ir pievērst uzmanību kvalitātei un skaidri definētiem procesiem, kā arī to integrēšanai pacientu plūsmā, nodibinājumu projektēšanā un personāla labklājībā. Privāto finanšu iniciatīvas gadījums Apvienotajā Karalistē liecina, ka situācijā, kad investoriem nav īpašas intereses par veselības aprūpes vērtībām, dominē tikai komerciālās vajadzības.

### *Coxa slimnīcas izveide*

50. Somijas veselības aprūpes sistēma ir ārkārtīgi decentralizēta. Veselības aprūpe tiek organizēta pašvaldību līmenī, savukārt uzraudzību nodrošina provinces, kuras ir atbildīgas par kapitāla investīciju plāniem. *Coxa* locītavu protezēšanas slimnīca ir specializējusies endoprotezēšanas operāciju veikšanā un atrodas Tampere, Pirkamā rajonā. Kad 1990. gadā tika veikts valsts mēroga pētījums, atklājot kvalitātes problēmas endoprotezēšanas operācijās vairākos slimnīcu rajonos, Pirkamā slimnīcu rajons mēģināja centralizēt endoprotezēšanas aprūpi. Pētījumā bija izteikta prognoze, ka laikā no 1990. gadiem līdz 2015. gadam gūžas protezēšanas operāciju skaits dubultosies sabiedrības novecošanas ietekmē. Tas deva *Coxa* slimnīcai iespēju izmantot arvien pieaugošo tirgus pieprasījumu pēc endoprotezēšanas operācijām.
51. Neatkarīgs uzņēmums pēc Pirkamā pasūtījuma pārskatīja *Coxa* slimnīcas iespējas un ierosināja, ka, koncentrējot pakalpojumus un ieviešot jaunus aprūpes modeļus, iespējams ievērojami palielināt kapacitāti, samazināt izmaksas par vienu trešdaļu un uzlabot kvalitāti. Tālākā *Coxa* modeļa attīstība ilustrē svarīgas mācības liela mēroga kapitāla investīciju projektiem. Konceptijas pamatprincipi bija šādi:
- aprūpes virzieni, kas pilnībā pārklāj slimnīcu rajonu;
  - darba procesu sistematizācija;
  - personāla motivēšana, ļaujot darbiniekiem uzņemties atbildību par procesiem;



- racionālas pārvaldības principu ietveršana;
- šo pieeju integrēšana, lai gūtu plaša mēroga priekšrocības.

Tam bija šāda ietekme saistībā ar endoprotezēšanu:

- pakalpojumu pārtraukšana piecās rajona slimnīcās un to koncentrācija jaunajā *Coxa* slimnīcā;
  - integrētu un sistematizētu aprūpes virzienu pieņemšana, iesaistot ģimenes ārstus un citus vietējos ortopēdijas speciālistus aprūpes tīklā, kur *Coxa* slimnīca pievēršas operācijām, kā arī pirmsuzņemšanas un pēcoperācijas rehabilitācijai, kas veikta primārās aprūpes sektorā tuvu pacientu mājvietai;
  - pietiekami efektīvas kvalitātes un izmaksu paketes nodrošināšana, lai iepludinātu finansējumu atpakaļ veselības aprūpes sistēmā izmantošanai citiem mērķiem.
52. Saistībā ar reformēto *Coxa* slimnīcu tika apsvērtas divas iespējas: sabiedrisko pakalpojumu sniedzējs vai kapitālsabiedrība. Priekšroka tika dota otrajam variantam turpinājumā norādīto iemeslu dēļ: (i) *Coxa* strādātu Pirkanmaa slimnīcu rajonā, taču pārdotu pakalpojumus citiem veselības aprūpes rajoniem Somijā vai citviet Eiropā, (ii) kapitālsabiedrības neatkarība ļautu *Coxa* slimnīcai pielāgoties mainīgajiem tirgus apstākļiem un (iii) kapitālsabiedrības statuss ļautu slimnīcai atbrīvoties no publiskas institūcijas neelastības, turklāt tā vairs nebūtu atkarīga no publiskā sektora kapitāla. Tādēļ *Coxa* slimnīca publiskās-privātās partnerības ietvaros kļuva par kapitālsabiedrību. Taču atšķirībā no daudzām citām publiskajām-privātajām partnerībām publiskajam sektoram šajā partnerībā pieder vairākums daļu.

### *Coxa kapitāla investīcijas*

53. Lai gan sākotnēji tika plānots, ka *Coxa* slimnīca nomās telpas no Pirkanmā slimnīcu rajona, vēlāk tika nolemts, ka ilgtermiņā pamatlīdzekļu īpašumtiesības sniegs priekšrocības. Tika izvēlēts kapitāla investīciju virziens, piesakoties uz pilnīgu darbības vietas projektēšanu un izbūvi un piekrītot soda nosacījumiem gadījumā, ja tiktu pārkāpts noteiktais termiņš.
54. *Coxa* komanda vēltīja ievērojamas pūles, lai ietvertu zināšanas par nepieciešamajiem pakalpojumiem projekta risinājumos. Arhitektiem, kuri pieteicās slēgt projektēšanas līgumus, sniedza visu nepieciešamo informāciju par slimnīcas ierosinātajiem (sistematizētajiem) veselības aprūpes virzieniem, uzsverot šī brīža un sagaidāmo pakalpojumu dinamiku. Uzvarošo projektu iesniedza Peka Koivula (*Pekka Koivula*), savukārt būvniecība 2001. gada martā tika uzticēta *Engel Ltd*. Projekts tika īstenots Tamperes Universitātes slimnīcas teritorijā, turklāt tas tika paveikts laikā un saskaņā ar noteiktajām izmaksām. Slimnīca tika atvērta 2002. gada septembrī.
55. Turpinājumā ēkas projektā un konstrukcijā tika integrētas informācijas un komunikācijas tehnoloģijas (IKT) – atšķirībā no daudziem citiem gadījumiem, kad IKT apsvērumi tiek ņemti vērā vēlākā stadijā, radot paredzamas problēmas saistībā ar saderību un efektivitāti. Kopumā *Coxa* slimnīcas galvenās īpašības un tehniskie un finansiālie risinājumi bija šādi:
- jaunās slimnīcas projekta un būvniecības nodrošināšana, izmantojot ārpakalpojumus;
  - minimāla tehnisko prasmju iegūšana ārpakalpojumu ceļā (izņemot projektēšanu, celtniecību un IKT);
  - inovatīvs publiskās-privātās partnerības modelis ar caurredzamām publiskajām-privātajām īpašumtiesībām un līdzsvarotu ietekmi valdes līmenī;
  - komplekss projektēšanas un celtniecības iepirkuma process;
  - arhitektūras koncepts, kas izstrādāts, pamatojoties uz galveno (sistematizēto) darba prakšu pamatiem, lai nodrošinātu dzīves cikla ilgtspējību ar pielāgojamām projekta īpašībām;
  - neatkarīgi iegūts kapitāla finansējums no komerciālas bankas;
  - integrētas IKT sistēmas.

## 2.5. Privāto finanšu iniciatīva Anglijā

---

56. Atšķirībā no citiem gadījumu piemēriem, Anglijas Nacionālais veselības dienests (NVD) jaunu slimnīcu projektu finansēšanā paļaujas tikai uz Privāto finanšu iniciatīvu (PFI). PFI ir mehānisms, kas ļauj AK valdībai izveidot privātās-publikās partnerības, lai finansētu publisko infrastruktūru projektus ar privāto kapitālu. PFI līguma ietvaros publiskā iestāde nodod infrastruktūras aktīva projektēšanu, celtniecību, darbību un finansēšanu privātai organizācijai. Šajā modelī privātā organizācija finansē projektu un uzņemas pilnu atbildību par tā darbību un uzturēšanu. Tāpat PFI raksturo ilgais līguma darbības termiņš (parasti – 30 gadi), lai privātuzņēmums varētu gūt peļņu no veiktajām investīcijām.
57. 1997. gadā tika īstenoti pirmie 14 PFI slimnīcu projekti par aptuveni 1,3 miljardiem mārciņu. Kopš tā laikā NVD ir kļuvis par vadošo PFI flagmani Anglijā, ieviešot plašāko slimnīcu celtniecības programmu NVD vēsturē, proti, no 1997. gada līdz 2008. gada novembrim tika apstiprināti 139 slimnīcu celtniecības projekti.

### *Norfolkas un Norvičas universitāšu slimnīcas*

---

58. Norfolkas un Norvičas universitāšu slimnīcas labi ilustrē PFI projektus. 1990. gadu beigās esošās Norfolkas un Norvičas trasta slimnīcu ēkas bija vecas un nolietotas, turklāt neveikto uzturēšanas darbu izmaksas pārsniedza 20 miljonus mārciņu (21 miljonu eiro). Līdz ar to bija nepieciešams steidzami modernizēt slimnīcas ēkas. Noslēdzis līgumu uz minimālo 34 gadu termiņu, izvēlētais privātuzņēmums izveidoja jaunu slimnīcu ārpus pilsētas iepriekš neapgūtā teritorijā.
59. Tika izmantota salīdzinoši konservatīva stratēģija, lai prognozētu nākotnes sabiedrības vajadzības jaunajā slimnīcā. Sākotnēji tika pieņemts, ka projekta darbības pirmajā fāzē būs novērojams stacionēto pacientu skaita kritums. Šis pieņēmums par rezultatīvo rādītāju izmantoja “nāves un izrakstīšanas”, nevis “pabeigto konsultāciju” gadījumu skaitu, lai gan otrais rādītājs ir izplatītāks, lai prognozētu klīnisko pieprasījumu. Jaunās slimnīcas projekts tika izstrādāts saskaņā ar prognozi par samazināto pieprasījumu atbilstoši uzņemšanas rādītājiem 1994. gadā. Taču sākotnējā būvniecības periodā uzņemšanas rādītāji visās specialitātēs pieauga par 4,1% gadā, turklāt uzņemto dienas aprūpes gadījumu skaits šajā periodā pieauga par 14% gadā. Prognozētais skaits izrakstīto un mirušo pacientu 2003.-2007. gadam tika pārsniegts jau 1996.-1997. gadā. Līdz ar to Norfolkas un Norvičas privātajai-publikajai partnerībai nācās pārskatīt prognozētos klīniskā pieprasījuma rādītājus un palielināt gultasvietu skaitu konkursa fāzē. Taču arī atjaunotie rādītāji bija balstīti uz konservatīvām prognozēm par nākotnes pieprasījumu un paredzēja maksimālo skaitu aizņemto gultasvietu. Tā kā celtniecības fāzes laikā pieprasījums pēc klīniskajiem pakalpojumiem turpināja pieaugt, bija nepieciešams vēl vairāk palielināt kapacitāti. Atkārtoti izmantotās konservatīvās plānošanas stratēģijas nesniedz pārliecību par to, ka jaunās ēkas ir atbilstoši lielas un gana efektīvas izmantošanai nākotnē.
60. Saskaņā ar Norfolkas un Norvičas privāto-publisko partnerību slimnīcas projekts ir ievērojami elastīgāks nekā iepriekšējām slimnīcām. Slimnīca ir projektēta tādā veidā, lai spētu paplašināties un piemēroties vietējās kopienas mainīgajām vajadzībām. Lai panāktu projekta elastību, izmantotas vairākas stratēģijas, arī slimnīcas fiziskā konstrukcija, kas ir izstrādāta ar trim zonām (ambulatorā, stacionārā un diagnostikas/ārstēšanas pakalpojumi). Klīniskie pakalpojumi šķērso šīs zonas, lai fiziski integrētu visas funkcijas noteikta pakalpojuma ietvaros. Turklāt slimnīca ir izstrādāta ar vispārējām nodaļām, kurās var ierīkot teju jebkuru specialitāti. Lielākajai daļai nodaļu ir vienāds izkārtojums, izņemot pediatrijas un dzemdību nodaļu. Tas veicina pārnešanu starp specializētajām nodaļām. Turklāt ēka tika projektēta tā, lai būtu iekšēji pielāgojama un piemērojama vēl tālākam gultasvietu skaita pieaugumam, ambulatorai aprūpei un klīniskā atbalsta pakalpojumiem. Stratēģiski izvietotajām “amortizācijas platībām” vajadzētu atļaut tālāku iekšēju vai ārēju paplašināšanos.
61. Norfolkas un Norvičas publiskā-privātā partnerība ir apsvērusi un noraidījusi vairākas pašsaprotamas modulārās sistēmas, kas izmantotas *Martini* slimnīcā Nīderlandē, piemēram, lielu paneļu ārējās

sienas sistēmu un šķērssienu sistēmu, kuru iespējams viegli demontēt. Lielākā daļa no šīm sistēmām neatbilda izmaksu lietderības principam ēkas izmantošanas laikā. Taču projekts veiksmīgi ietvēra ārkārtīgi viegli atkārtojamas konstrukcijas sistēmas nodaļās, kas padarīja celtniecību efektīvāku. Tika uzskatīts, ka jaunā slimnīca spētu funkcionēt arī tad, ja par 20% samazinātos stacionēto pacientu skaits, jo tādā gadījumā tiktu ierobežoti uzturēšanas pakalpojumi un tiktu izīrētas nevajadzīgās telpas.

### Darbības stadija

62. Taču pēc projekta nodošanas slimnīcas vidē notikušas vairākas izmaiņas. Pirmkārt, pieprasījums pēc klīniskajiem pakalpojumiem attiecīgajā teritorijā pieauga straujāk nekā plānots. Otrkārt, 2004. gada sākumā slimnīca pārtapa par universitātes slimnīcu, jo tika atvērta jauna medicīnas skola. Līdz ar to slimnīcā bija nepieciešamas papildu telpas.
63. Lai gan bija iecerēts izstrādāt viegli pielāgojamu projektu, realitātē elastības iespējas ir ierobežotas, jo slimnīca ir ārkārtīgi noslogota. Telpas tika izstrādātas ar pieņēmumu, ka tiks noslogotas par 80%, taču 2006. gadā bija noslogoti jau vairāk nekā 90% slimnīcas. Kopš slimnīcas darbības uzsākšanas 2001. gadā pieprasījums pēc klīniskajiem pakalpojumiem ir nepārtraukti pieaudzis. Nepārtrauktais klīnisko pakalpojumu pieprasījuma pieaugums ir licis veikt tālāku pielāgošanu un paplašināšanu, kas nebija paredzēta sākotnējā projektā. Nesenais gultasvietu skaita pieaugums liecina, ka prognozētā kapacitātes pārslodze jau ir izsmelta un nākotnē iespējamās vien nedaudzas izmaiņas.
64. Taču saskaņā ar publisko-privāto partnerību nākotnē slimnīca nevis sašaurināsies, bet gan paplašināsies, jo paredzēts, ka pieprasījums pēc intensīvās aprūpes tikai pieaugs. Slimnīcas telpas un infrastruktūru var pielāgot šim pieaugumam, taču saskaņotā kapacitātes pārslodze ir pārsniegta jau tagad, tādēļ nepieciešams izmainīt līgumu, lai ieviestu šādus uzlabojumus.
65. Izmaksu lietderības princips PFI finansētos slimnīcu projektos Anglijā ir interpretēts atbilstoši slimnīcu spējai pielāgoties mainīgajam pieprasījumam pēc klīniskajiem pakalpojumiem. Taču, kā uzskatāmi pierāda Norfolkas un Norvičas gadījums, slimnīcu koncesijā tika izmantotas konservatīvas prognozes par klīnisko pieprasījumu nākotnē. Tas bija nepieciešams, lai slimnīcas šķīstu ienesīgas. Pārpildītas slimnīcas nespēj apmierināt sabiedrības pieprasījumu pēc veselības aprūpes, turklāt tās var vēl vairāk veicināt slimību izplatību.
66. Tirgus testēšanas mehānisms ir noderīgs rīks, lai pielāgotu slimnīcas atbilstoši kvalitātes un minimālajiem standartiem. Taču jāuzsver, ka jau sākotnējā projektā nepieciešams ietvert mehānismus, kas atļauj veikt izmaiņas nākotnē, lai būtu iespējams izvairīties no Norfolkas un Norvičas privātās-publiskās partnerības piedzīvotajiem ierobežojumiem.

### 2.6. Vajadzības apliecības programma Meinā, Amerikas Savienotajās Valstīs

67. Lai valdības izvērtētu un apstiprinātu jaunus kapitāla investīciju projektus, tām noteikti jāveic priekšizpēte. Meinas Vajadzības apliecības programma (VA) sniedz iespējamā risinājuma piemēru.<sup>2</sup>
68. 1974. gadā federālais Veselības plānošanas resursu attīstības likums pilnvaroja visus 50 štatus izvērtēt vajadzības apliecības un tikai tad dot atļauju turpināt jebkādas veselības aprūpes kapitāla investīciju projektus, piemēram, ēku paplašināšanu un jaunu augstāko tehnoloģiju iekārtu pasūtīšanu. Tas tika darīts ar mērķi ierobežot būvju izmaksas un veicināt koordinētāku veselības aprūpes pakalpojumu plānošanu un strukturēšanu. Lai saņemtu federālo finansējumu, daudzi štati ieviesa VA programmas.
69. Lai gan likums 1987. gadā tika atcelts, vairāki štati saglabāja iesāktās VA programmas. Lai samazinātu izmaksas un nodrošinātu kvalitatīvāku veselības aprūpi, Meinas štats 2002. gadā apstiprināja Vajadzības apliecības likumu. Ar šo likumu štats mēģināja nepieļaut liekus celtniecības gadījumus un

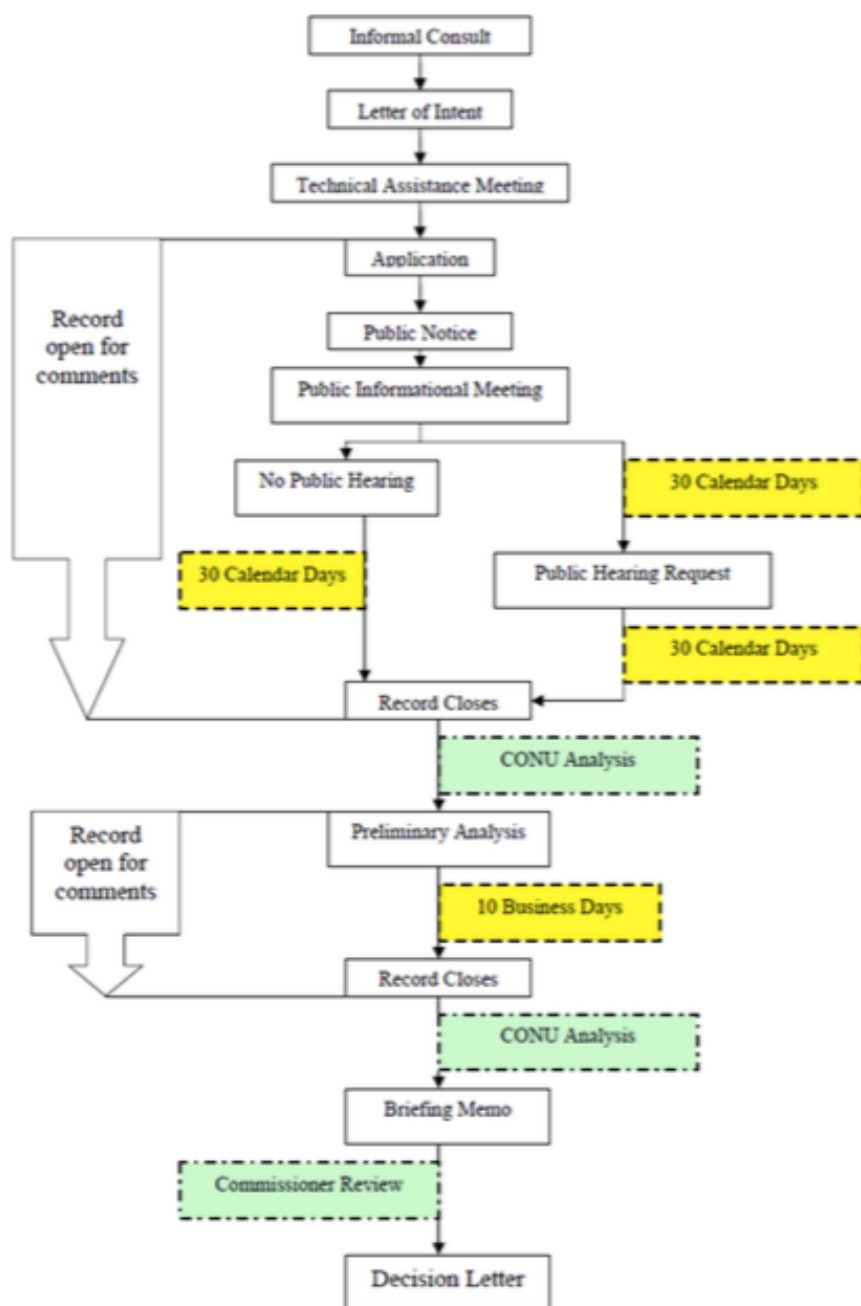
---

<sup>2</sup> Šī gadījuma izpēte aizgūta no Ashcroft (2011).

veselības aprūpes iestāžu pārveidošanu, kā arī novērst veselības aprūpes pakalpojumu dublēšanos. Turpinājumā norādīti Meinas VA programmas pamatprincipi:

- Atbalsts efektīvai veselības aprūpes plānošanai.
  - Atbalsts kvalitatīvai veselības aprūpei, nodrošinot rentablus pakalpojumus.
  - Atbalsts saprātīgam skaitam veselības aprūpes pakalpojumu, nepieļaujot pārmērīgu dublēšanos.
  - Piesardzīga štata finansējuma izmantošana veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā.
  - Sabiedrības līdzdalības nodrošināšana lēmuma pieņemšanā par veselības aprūpes pakalpojumu klāstu, izplatīšanu, kvantitāti, kvalitāti un izmaksām.
  - Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības veicināšana štatā.
  - Atbalsts veselības aprūpes pakalpojumu attīstībai un pieejamībai neatkarīgi no klientu maksātspējas.
  - Tiesību aktu mērķu līdzsvarošana, ciktāl tas iespējams, saistībā ar attiecībām starp konkurenci un regulējumu veselības aprūpes sniegšanā.
  - Primāro un sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu attīstības veicināšana.
70. Programma tiek ieviesta Vajadzības apliecības apvienības (VAA) vadībā, ko veido vadītājs, trīs finanšu analītiķi un administratīvais atbalsta personāls. Lai sadalītu darba slodzi visa gada garumā, VAA apstrādā dažādu projektu pieteikumus saskaņā ar mainīgu grafiku. Lai projekts tiktu apsvērts, VA apliecība jāiesniedz VAA. Pēc pieteikuma saņemšanas tiek nozīmēta publiska apspriešana un izdots publisks paziņojums. Šī procedūras stadija ir īpaši svarīga VA programmas panākumiem. Tā ļauj saņemt tiešu atgriezenisko saiti no sabiedrības par noteiktu projektu, iedzīvotājiem izsakot savas vajadzības un rūpes. Ikvienam Meinas iedzīvotājam ir iespēja sniegt publisku paziņojumu par potenciālu veselības aprūpes kapitāla investīciju projektu.
71. VAA ņem vērā ne vien publiskos paziņojumus, bet arī viedokli, ko paudušas tādas organizācijas kā Meinas Kvalitātes forums, Meinas Slimību kontroles centrs (SKC) un Apdrošināšanas birojs. Konsultējoties ar Meinas SKC, VAA spēj pieņemt informētus lēmumus, pamatojoties uz sabiedrības veselības vajadzībām. Visā procesā VAA lēmumu pieņemšanā ņem vērā vairākus svarīgus faktorus:
- Pieteicējs ir atbilstošs, gatavs un spējīgs sniegt ierosinātos pakalpojumus pienācīgā veselības aprūpes līmenī.
  - Ierosinātie pakalpojumi ir ekonomiski izdevīgi.
  - Sabiedrībai ir nepieciešami ierosinātie pakalpojumi.
  - Ierosinātie pakalpojumi atbilst štata veselības aprūpes iestāžu un resursu procesuālajai un ekonomiskajai attīstībai.
  - Ierosinātie pakalpojumi atbilst štata veselības aprūpes plānam.
  - Ierosinātie pakalpojumi nodrošina augstas kvalitātes rezultātus un neatstāj negatīvu ietekmi uz veselības aprūpi, ko nodrošina esošie pakalpojumu sniedzēji.
  - Ierosinātā iniciatīva nenoved pie nesamērīga pieauguma pakalpojuma izmantojumā.
  - Ierosināto projektu var finansēt Kapitāla investīciju fonda (KIF) ietvaros.
72. Īpaši Meinas VA programma pieprasa, lai pieteicēji pierāda, ka ierosinātā kapitāla investīcija ir paredzēta noteiktu sabiedrības vajadzību apmierināšanai. Un tikai tādā gadījumā investīciju projekts var tikt uzsākts. Tāpat VAA pieprasa no Meinas Kvalitātes foruma un Meinas SKC komentārus par katra projekta ietekmi uz Meinas iedzīvotāju veselību.
- Nākamajā attēlā aplūkojama detalizēta Meinas VA programmas shēma.

5. attēls. Vajadzības apliecības procesa shēma



Avots: Ashcroft, 2011

73. Atšķirībā no kapitāla investīciju projektu procedūras Latvijā, VA programma Meinā pieprasa padziļinātus pierādījumus par kapitāla investīciju projekta potenciālo nozīmību. Vislielākā nozīme tiek piedēvēta tieši sabiedrības veselībai, un VA procedūras ietvaros nav iespējams apstiprināt nevienu kapitāla investīciju projektu, kamēr pieteicējs, SKC un Meinas Kvalitātes forums nav apsvēruši sabiedrības veselības aprūpes vajadzības. Šī rūpīgā pārbaude, visticamāk, mazāk atbilstu lielo slimnīcu interesēm neproporcionālā veidā, pieļaujot kapitāla investīcijas visos veselības aprūpes līmeņos, lai pēc iespējas labāk apmierinātu sabiedrības vajadzības saistībā ar veselības aprūpi.

2.7. Kapitāla investīciju plānošana Britu Kolumbijā, Kanādā, izmantojot galvenos virzītājspēkus

74. 2001. gada Veselības aizsardzības iestāžu likums sniedza lekšzemes veselībai (IV), valsts finansētam veselības pakalpojumu sniedzējam Britu Kolumbijā, Kanādas provincē, tiesības atbalstīt veselības aprūpes pakalpojumus provincē. IV apstiprināja kapitāla investīciju stratēģiju, ar kuru galveno uzmanību pievērta sabiedrības veselības uzlabošanai, izmantojot uz sabiedrības vajadzībām vērstu pieeju. No IV kapitāla investīciju stratēģijas iespējams gūt svarīgas mācības, jo tā tiecas gan ņemt vērā noteiktos plānošanas principus, gan pievērst uzmanību trim galvenajiem virzītājspēkiem – pakalpojumu pieprasījumam, inovācijām un pārmaiņām, kā arī ilgtspējībai –, lai pēc iespējas vairāk atpelnītu investīcijas.
75. IV kapitāla investīciju stratēģija ataino, kā norit pāreja no prognozēto gultasvietu skaita kā veselības aprūpes mēra, lai gan arī šī pieeja joprojām ļauj uz šo mērījumu. Nākamajā tabulā aplūkojams izsmelošs pārskats par IV izmantoto kapitāla investīciju un attiecīgo mērķu virzītājspēkiem.

**3. tabula. IV kapitāla stratēģijas virzītājspēki saskaņā ar programmām un mērķiem**

Virzītājspēks	Investīciju lauks	Mērķi
<b>Pakalpojumu pieprasījums</b>	Neatliekamās veselības aprūpes gultasvietas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Izmantojuma mērķi               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pilsētā 475 dienas uz 1000 iedzīvotājiem.</li> <li>o Laukos 525 dienas uz 1000 iedzīvotājiem.</li> <li>o Nomaļās vietās 575 dienas uz 1000 iedzīvotājiem.</li> </ul> </li> <li>- Mazāk nekā 10% alternatīva līmeņa aprūpes dienu.</li> <li>- Mazāk nekā 95% noslodzes rādītāju (neskaitot jaundzimušos).</li> </ul>
	Mājjvietas/automatizētās dzīves vides gultasvietas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 93 gultasvietas uz 1000 iedzīvotājiem vecuma grupā virs 75 gadiem.</li> <li>- Vairāk nekā 60% klientu saņem pirmo piemēroto mājjvietas gultasvietu 30 dienu laikā.</li> </ul>
	Izmitināšana/aprūpes iespējas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificē kapitāla investīcijas, kas nepieciešamas izmitināšanas atbalstam/aprūpes iespējām īpašām iedzīvotāju grupām.</li> </ul>
	Ķirurģisko pakalpojumu kapacitāte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Samazināt rindā gaidīšanas laiku/sasniegt rindā gaidīšanas mērķus provinces līmenī/nepieļaut provincē sodus saistībā ar rindām.</li> <li>- Mazāk nekā 10% gūžas vai ceļa operāciju pacientu gaida rindā ilgāk nekā 26 nedēļas.</li> <li>- 95% gūžas lūzumi tiek operēti 48 stundu laikā.</li> <li>- Mazāk nekā 10% kataraktas operāciju gaida rindā ilgāk nekā 16 nedēļas.</li> <li>- % plānveida operāciju pabeigti standarta gaidīšanas laika ietvaros.</li> </ul>
	Ārkārtas un traumu pakalpojumi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lielāks skaits Kanādas Sadales un smaguma pakāpes skalas (<i>Triage and Acuity Scale; KTAS</i>) 1., 2. un 3. grupas pacientu, kuri pamet nelaimes gadījumu nodaļu mazāk nekā 4 stundu laikā.</li> <li>- Lielāks skaits KTAS 4. un 5. grupas pacientu, kuri pamet nelaimes gadījumu nodaļu mazāk nekā 2 stundu laikā.</li> <li>- Ja tiek uzskatīts, ka nelaimes gadījumu nodaļas pacients jāuzņem slimnīcā, tas jāpaveic 10 stundu laikā.</li> <li>- Uzlabota piekļuve un pacientu plūsma, pārstrādājot un ieviešot infekciju kontroles rekomendācijas.</li> </ul>

Virzītājspēks	Investīciju lauks	Mērķi
	Intensīvās aprūpes pakalpojumi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificēt kapitāla investīciju prasības atbilstoši Kritiskās aprūpes pētījuma analīzes (2010. gada oktobris) rekomendācijām.</li> </ul>
Inovācijas un pārmaiņas	Uz pierādījumiem balstīta prakse un celtniecības standarti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificēt kapitāla investīciju prasības, kas atbalsta uz pierādījumiem balstītas prakses.</li> <li>- Panākt celtniecības standartu atbilstību CSA Z8000- 11 Kanādas veselības aprūpes iestādēm un Britu Kolumbijas Celtniecības kodeksiem.</li> <li>- Panākt atbilstību attiecināmām celtniecības prasībām, kas noteiktas mājvietas aprūpei/automatizētajai dzīves videi, piemēram, Likumam par aprūpi kopienā un automatizēto dzīves vidi un Noteikumiem par mājvietas aprūpi (2012. gads).</li> </ul>
	Kopienā integrēti veselības aprūpes pakalpojumi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrētas programmas un informācija dažādos aprūpes līmeņos.</li> <li>- Identificēt iespējas novirzīt pacientus no neatliekamas aprūpes uz aprūpi kopienā.</li> <li>- Identificēt iespējas novirzīt pacientus no aprūpes slimnīcā uz ambulatoriem veselības aprūpes pakalpojumiem.</li> <li>- Identificēt piemērotu telpu un tehnoloģiju līdzaspastāvēšanu un konsolidācijas iespējas.</li> </ul>
	Pacientu un informācijas pārnese veselības aprūpes pakalpojumu tīklā	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veicināt ilgtspējību veselības aprūpes pakalpojumiem lauku teritorijās.</li> <li>- Veicināt piekļuvi un pacientu plūsmu.</li> <li>- Panākt mūsdienīgu klīniskās sistēmas funkcionalitāti.</li> <li>- Palielināt televeselības pakalpojumu izmantošanu.</li> </ul>
	Akadēmiskā kapacitāte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificēt un nodrošināt kapitāla investīcijas, kas nepieciešamas atbalstam akadēmiskajām telpām mērķa vietās.</li> </ul>
	Darījumi ar zemes platībām	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zemes platību izvietojumam un iegādei jāsaņem ar nepieciešamību paplašināt sniegtos pakalpojumus.</li> </ul>
Ilgtspējība	Tehnoloģijas un aprīkojums	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investēt diagnostiskajā attēlveidošanā, ķirurģijā, magnētiskās diagnostikas resursos, laboratorijās, iekārtās un atbalsta pakalpojumos, lai panāktu atbilstību veselības aprūpes pakalpojumu plāniem, kas labvēlīgi ietekmē ārstēšanās rezultātus un/vai operācijas.</li> <li>- Investēt tehnoloģiju pārmaiņās, kas labvēlīgi ietekmē ārstēšanās rezultātus un/vai operācijas.</li> </ul>
	Fiksētās kapitāla investīcijas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Īstenot kapitāla investīciju mērķus, pamatojoties uz IV iestāžu fiziskā stāvokļa izvērtējumu.</li> </ul>
	Darbības efektivitāte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificēt kapitāla investīcijas, kas samazina darbības izmaksas un veicina produktivitāti.</li> <li>- Konsolidēt pakalpojumus mērķa teritorijās, lai uzlabotu piekļuvi, veicinātu darbības efektivitāti un nodrošinātu ilgtermiņa telpas risinājumus.</li> </ul>

Avots: Iekšzemes veselība, 2013. gads.



76. Iekšzemes veselība izmanto šos galvenos virzītājspēkus ilgtermiņa stratēģiskajai plānošanai (5-10 gadi), kā arī taktiskajai plānošanai (3-5 gadi) un ikgadējai projektu plānošanai. Turklāt galvenie virzītājspēki un mērķi tiek izmantoti, lai sakārtotu kapitāla prasības prioritārā secībā. Līdz ar to šie plānošanas principi tiek izmantoti kā pamata uzstādījumi vai noteikumi plānošanas lēmumu pieņemšanai. Izmantojot šādus galvenos virzītājspēkus un mērķus, IV un citi veselības aprūpes apgabali, kas vēlas plānot pakalpojumus šādā veidā, var pārslēgties no gultasvietu skaita izmantošanas par vienīgo mērauklu, ar kuru noteikt pieprasījumu un kapacitāti.

## 2.8. Uz slimību novēršanu vērsta kapitāla investīciju plānošana: piemērs no insulta aprūpes

77. Tāpat kā Latvijā, arī citās ESAO valstīs insults ievērojami palielina slimību slogu. Iekams apspriežam resursus, kas nepieciešami, lai uzlabotu insulta profilaksi un pacientu aprūpi, jānorāda, ka turpinājumā iztirzājam divus insulta veidus: hemorāģisko un išēmisko.
78. Lielākā daļa insulta gadījumu ir išēmiskie, savukārt hemorāģiskais insults sastopams 20% no visiem insulta gadījumiem, taču mirstība, piedzīvojot hemorāģisko insultu, novērojama līdz pat 50% gadījumu. Šo insulta veidu gadījumā paaugstināts asinsspiediens ir ievērojams riska faktors. Noskaidrots, ka Rietumeiropā līdz pat 30% hemorāģisko insultu novērojami starp paaugstināta asinsspiediena pacientiem un varētu tikt novērsti ar hipertensijas ārstēšanas palīdzību (Woo un citi, 2004).
79. Lielākā daļa insultu ir išēmiska rakstura, un šīs veselības problēmas izraisa asins plātnišu trombi (asins recekļi) un/vai aterosklerotiskās plāksnītes. Šis cēloņa mehānisms daudzos būtiskos veidos raksturo arī koronāro artēriju slimību un perifēro artēriju slimību, uzsverot, ka aterotromboze rada išēmijas risku smadzeņu un asinsrites sistēmas slimību pacientiem. Noteikts, ka līdz pat 80% išēmiskā insulta iespējams novērst ar šobrīd pieejamo asinsspiediena un holesterīna ārstēšanu, kā arī terapiju trombu novēršanai (Kirschner un citi, 2005).
80. Savienotajās Valstīs veiktā pētījumā tika noteikts išēmiskā un hemorāģiskā insulta risks saistībā ar nekontrolētu asinsspiedienu (definēts kā diastoliskais asinsspiediens >90 mm Hg vai sistoliskais asinsspiediens >140 mm Hg). Tika aprēķināts to insulta gadījumu skaits, ko iespējams skaidrot ar nekontrolētu asinsspiedienu starp hipertensijas pacientiem (Klungel un citi, 2000). Noskaidrots, ka asinsspiedienu nekontrolēja 78% gadījumu ar išēmisko insultu un 85% gadījumu ar hemorāģisko insultu (salīdzinājumā ar 65% kontroles pacientu). Kad pētījums bija pielāgots kļūdu novēršanai, nekontrolēts asinsspiediens starp ārstētajiem hipertensijas pacientiem tika mēreni saistīts ar hemorāģisko insultu (risika attiecība=1,5 [95% CI, 1,2 līdz 1,9]) un izteikti saistīts ar hemorāģisko insultu (risika attiecība=3.0 [95% CI, 1,7 līdz 5,4]). Šajā pētījumā atklāts, ka teju 30% išēmiskā insulta gadījumu un teju 60% hemorāģiskā insulta gadījumu starp ārstētajiem hipertensijas pacientiem iespējams skaidrot ar nekontrolētu asinsspiedienu. Kopumā vairāk nekā 30% abu insultu veidu tika skaidroti ar nekontrolētu asinsspiedienu. Līdz ar to pierādījumi ierosina, ka ievērojamu daļu insultu gadījumu starp ārstētajiem hipertensijas pacientiem var novērst, pareizi kontrolējot asinsspiedienu.
81. Pamatojoties uz šiem pierādījumiem, var secināt, ka insulta incidence sabiedrībā pozitīvi korelē ar iepriekš pastāvošu un neārstētu risku, piemēram, nekontrolēta asinsspiediena, izplatību. Novēršamus riska faktoros, piemēram, paaugstinātu asinsspiedienu, smēķēšanu un nepareizu ēdienkarti, var apkarot ar īpašu aprūpi un ārstēšanu, šādi cerot samazināt insulta iespējamību (Goldstein un citi, 2006).

### *Resursu plānošana aprūpei insulta gadījumā*

82. Nosakot patieso skaitu nepieciešamo gultu insulta pacientu aprūpei, galvenokārt jāņem vērā ārstēšanās pieejamība un profilakse. Atbilde uz šo jautājumu ir atkarīga no tā, vai riska pacienti ir iepriekš identificēti un ārstēti saistībā ar novēršamajiem riskiem. Līdz ar to svarīgākais ir saprast, cik lielā mērā ir identificēti un diagnosticēti pacienti ar izteiktiem insulta riskiem, kā arī cik daudzos



gadījumos uzsākta ārstniecība (hipertensijas). Uz šiem jautājumiem jāatbild, iekams var pieņemt lēmumu par to, cik daudz insulta gultasvietu un datortomogrāfiju nepieciešams, lai diagnosticētu un ārstētu insultu noteiktā iedzīvotāju grupā.

83. Iekams iespējams ierosināt racionālu nepieciešamo resursu sadali un daudzumu, nepieciešams izvērtēt šī brīža gadījumu skaitu, hospitalizāciju un lietu pārvaldības šablonus (ieskaitot tūlītējas akūtas stadijas un nosūtījumus) šī brīža situācijā Latvijā. Sākumā nepieciešams optimizēt pieejamo resursu izmantojumu un pielietojumu. Analīze par šī brīža pacientu plūsmu un atbilstību uz pierādījumiem balstītiem klīniskajiem protokoliem procedūrās un aprīkojumā, kas izmantots diagnostikā, aprūpē, rehabilitācijā un sekundārajā profilaksē, sniegs informāciju par iespējam optimizēt šobrīd pieejamos resursus. Tāpat šāda analīze nodrošinās ziņas par veicamajām investīcijām, kā arī prakses reorganizāciju un izmaiņām. Šāda analīze, piemēram, palīdzēs skatīt problēmu, identificējot riska grupas pacientus un uzsākot veselības problēmu novēršanu, kā arī uzlabojot agrīno diagnostiku un aprūpes kvalitāti pacientiem ar insultu.
84. Lai uzlabotu aprūpi insulta ārstēšanā, resursu plānošana jāveic saskaņā ar dabisko progresiju no paaugstināta asinsspiediena uz insultu. Plānojot resursus, jāveic šādas darbības:
- Jāidentificē nediagnosticēto hipertensijas gadījumu skaits sabiedrībā saskaņā ar iedzīvotāju vecumu un dzimumu (gadījumu kontroles pētījums).
  - Jāidentificē nediagnosticēto ātriju fibrilācijas gadījumu skaits sabiedrībā (gadījumu kontroles pētījums).
  - Jānosaka, cik daudz insulta pacientu pirms slimības iestāšanās jau veikuši paaugstināta asinsspiediena ārstēšanu vai cik daudzos gadījumos pastāvējuši citi riski.
  - Jānosaka, cik daudziem insulta pacientiem pirms slimības iestāšanās ticis reģistrēts asinsspiediena rādījums.
  - Jāveic kartēšana par to, kur insulta gadījumi tiek pārvaldīti, un jāsagatavo laika grafiks, nosakot laiku no insulta līdz diagnozei un aktīvai aprūpei.
  - Jāveic novērtējums, ja primārās veselības aprūpes speciālists vai ambulatorais personāls atpazīst insulta pamata simptomus un pazīmes (Romberga tests utt.).
  - Jāveic kartēšana par esošo aprīkojumu saskaņā ar uzskaitījumu un par tā izmantojumu, kā norādīts vadlīnijās par uz pierādījumiem balstītu diagnostiku un ārstēšanu.
  - Jāveic situācijas pārskats saskaņā ar gadījumu ziņojumiem, aplūkojot tajā pieejamos resursus, kā arī jāveic analīze par šī brīža diagnostikas un ārstēšanas praksēm.
  - Jāveicina pakalpojumu sadale pirmsinsulta riska gadījumu identificēšanai un aprūpei.
  - Jāveicina pakalpojumu sadale insulta diagnozei, aprūpei un rehabilitācijai.
  - Jāattīsta investīciju plāni, kā arī slimnīcas un pirmsstacionēšanās pakalpojumu reorganizācija, lai panāktu to, ka pakalpojumi atbilst labākajai praksei insulta novēršanā un aprūpē.

### *Trūkumu analīze*

---

85. Iekams var sagatavot plānu uzlabotai insulta aprūpei reģionālā līmenī, nepieciešams kartēt esošos trūkumus. Visām trūkumu analīzēm jāsaturs sistemātisks reprezentatīvā parauga izvērtējums par pacientu gadījumu datiem, ilustrējot patiesu esošo gadījumu pārvaldību un plūsmu salīdzinājumā ar procedūrām, kas tiek rekomendētas vadlīnijās un protokolos par uz pierādījumiem balstītu klīnisko praksi. Pamatojoties uz trūkumu analīzi un resursu izmantojuma kartēšanu, iespējams izstrādāt stratēģiju efektīvas insulta aprūpes uzlabojumiem atbilstoši esošajiem resursiem un iepriekš trūkumu analīzē identificētajiem investīciju objektiem.

86. Trūkumu kartēšana jāskā ar primārās profilakses izvērtēšanu saistībā ar pirmsinsulta ārstēšanu un riska faktoriem. Šīs analīzes dati tiks izmantoti, lai plānotu labāku gadījumu identifikācijas pieeju un primāro profilaksi riska grupas pacientiem. Šai kartēšanai galvenokārt jāpievēršas paaugstināta asinsspiediena un aritmijas riskiem, kā arī ar tiem saistītai insulta novēršanai, izmantojot uzlabotas primārās profilakses prakses.
87. Trūkumu kartēšanā jāskata trūkumi starp to, kas ir definēts uz pierādījumiem balstītas ārstniecības protokolos, un esošajiem resursiem/aprikojumu, kā arī cilvēkresursu prasmēm pārvaldīt reālus insulta gadījumus. Nepieciešams kartēt dažādu līmeņu trūkumus: 1) pirmsstacionēšanās; 2) pēc uzņemšanas slimnīcā; 3) neatliekamās aprūpes līmenis insulta pārvaldībā; 4) tūlītējā neatliekamā aprūpe; 5) rehabilitācija.
88. Izmantojot trūkumu kartēšanu, iespējams identificēt prioritātes pakāpeniskām kapitāla investīcijām un ieguldījumiem cilvēkresursu kompetences vairošanā, lai uzlabotu insulta diagnostiku, aprūpi un ārstēšanu. Kartēšanā jāietver resursu izvērtējums saistībā ar slimnīcas komplicētības līmeni un nepieciešamās komplicētības līmeni diagnostiskajās un ārstnieciskajās procedūrās, saskaņojot to ar racionālu pakalpojumu līmeņa konfigurāciju.

### *Divvirzienu pieeja*

---

89. A virziens: līdztekus akūta insulta diagnostikas un ārstniecības izvērtējumam svarīgi analizēt arī primārās aprūpes diagnostiku un riska grupas pacientu ilgtermiņa ārstēšanu. Esošās prakses nepieciešams arī salīdzināt ar uz pierādījumiem balstītām vadlīnijām insulta diagnostikā un aprūpē. Analīzē jāskata pacienti ar paaugstinātu asinsspiedienu, aritmiju, diabētu vai citiem metaboliskajiem riska faktoriem. Šīs pieejas loģika balstās uz to, ka uzlabota riska gadījumu identifikācija primārās aprūpes ietvaros ļauj īstenot uz pierādījumiem balstītu risku pārvaldību, efektīvi samazinot insulta izplatību.
90. B virziens: ārstējot pacientus ar akūtu insultu, nepieciešama intensīva aprūpe, lai novērstu mirstību. Intensīvās aprūpes atbalsta sistēma ir atkarīga no pieejamajiem diagnostiskajiem resursiem un medicīnas speciālistiem ar augstvērtīgām zināšanām, turklāt šiem faktoriem jābūt pieejamiem saprātīgas darba slodzes apstākļos. Ja pieejama datortomogrāfija, išēmiskā insulta gadījumos, iespējams, ieteicams piemērot starptautisko trombolīzes praksi. Lai uzlabotu insulta aprūpi, noteikti nepieciešams pārskatīt arī pieejamo aprikojumu mākslīgajai elpināšanai, nemitīgai elektrokardiogrammai un pulsa oksimetrijai.

### *Resursu kartēšanas pamatojums*

---

91. Lai nāktu klajā ar attiecināmiem skaidrojumiem un izstrādātu pamatojumu pareizai rīcībai, nepieciešams diagnosticēt un pēc tam ar atbilstošu aprikojumu uzraudzīt intensīvas stadijas akūta insulta aprūpes gadījumus pacientiem ar mēreniem līdz smagiem insulta bojājumu rādītājiem. Turklāt insulta pacientus nepieciešams nosūtīt uz centriem, kuros jākoncentrē arī resursi, ar pietiekamu gadījumu noslodzi, lai uzturētu personāla prasmes un kompetenci turpinājumā izmantoto metožu pielietošanā:

- datortomogrāfija;
- nemitīga elektrokardiogramma 2-3 dienas;
- laboratorijas testi, piemēram, D-dimērs, APTL u.c.;
- skābekļa piesātināšana;
- droša asinsspiediena uzraudzība;
- droša temperatūras kontrole pirmo 24 stundu laikā;
- droša asins glikozes līmeņa kontrole; periodiski, bet pietiekami bieži.

Insulta pacientu aprūpe ir atkarīga arī no tā, vai ir pieejamas īpašas "insulta gultasvietas", kas ļauj paaugstināt galvas un ķermeņa augšdaļas novietojumu, un resursi vieglai hiperventilācijai pacientiem ar smadzeņu tūsku.

92. Lai nepieļautu kļūdas, piemēram, neveiktu strauju hipertensijas ārstēšanu akūta insulta pacientiem, īpaši svarīgs ir arī augsti kvalificēts slimnīcas personāls. Iepriekš norādītā ir izplatīta kļūda daudzās veselības aprūpes sistēmās, jo šāda pieeja tikai vēl vairāk palielina insulta risku. Pierādīts, ka aktīva insulta stadijā nedrīkst cīnīties pret hipertensiju ar ierastajām metodēm. Šāda informētība ir atkarīga no augsti kvalificēta personāla un nemitīgas zināšanu un kompetenču pilnveides, strādājot ar attiecīgo pacientu noslodzi un izejot apmācības. Insulta gadījumus nevajadzētu nosūtīt uz dažādām vietām; tā vietā tos jāgrupē vienuviet, lai panāktu resursu un prasmju koncentrēšanos. Šādu koncentrēšanos padara iespējamu veselības aprūpes tehnoloģiju jauninājumi, piemēram, telemedicīna.
93. Lai insulta gadījumus varētu pienācīgi aprūpēt, nepieciešams koncentrēt arī vajadzīgo aprīkojumu. Ārstējot akūta insulta pacientus, prioritārais mērķis ir profilakse pret komplikāciju risku, piemēram, dziļo vēnu trombozi un plaušu emboliju. Šim mērķim nepieciešams veikt adekvātu laboratorisku diagnostiku, piemēram, ar D-dimēru. Līdz ar to insulta pacientus ieteicams ārstēt augsti kvalificētās slimnīcās ar pieeju mūsdienīgiem laboratoriskajiem diagnostikas resursiem.
94. Pēdējo desmitgažu laikā ieviesta arī trombolīze, taču hemorāģiskā insulta pacientu ārstēšanā, protams, nevajadzētu izmantot antikoagulantus un trombolītiskos līdzekļus. Līdz ar to katra gadījumā sākumstadijā ārkārtīgi svarīgi atšķirt hemorāģisko insultu no išēmiskā, tādēļ nosūtītos pacientus vēlams koncentrēt slimnīcās, kurās 24 stundas diennaktī pieejama datortomogrāfija.
95. Lai labi aprūpētu insulta pacientus, noteikti jāspēj uzraudzīt arī heparīna iedarbība, mērot asins APTL. Tas ir vēl viens iemesls, kādēļ insulta pacientus jānosūta uz slimnīcām ar adekvātiem laboratoriskajiem resursiem.
96. Līdz ar to nepieciešams analizēt insulta pacientu slimības vēstures un reģistrus, lai identificētu un noskaidrotu, kādi uzlabojumi jāveic insulta gadījumu diagnostikā un aprūpē. To visu var paveikt arī Latvijā.

### *Veselības aprūpes principu plānošana akūta insulta ārstēšanai ESAO valstīs*

---

97. ESAO valstīs valda izteikta vienprātība par uz pierādījumiem balstītas ārstniecības piemērošanu veselības aprūpes plānošanā. Līdz ar to nemitīgs klīnisko pētījumu process un sistēmiska pētījumu izvērtēšana ļauj atkārtoti izvērtēt noteiktu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Šīs metodes un pieejas nodrošina labākos un drošākos iznākumus un rezultātus, izmantojot pieejamo budžeta ietvaru saistībā ar medikamentiem, veselības aprūpes sistēmas konfigurāciju un pacientu plūsmas modeļiem. Uz pierādījumiem balstītas ārstniecības un veselības ekonomikas izvērtējumu kopā bieži dēvē par medicīnas tehnoloģiju izvērtējumu (MTI).
98. Šo procesu var ilustrēt ar insulta ārstēšanas attīstību dažu pēdējo gadu laikā. Šobrīd izmantotā uz pierādījumiem balstītā prakse akūta insulta aprūpē definē primārās veselības aprūpes nozīmi, identificējot primārās un sekundārās profilakses riskus, lai novērstu atkārtota insulta risku. Tāpat šajā pieejā īpaša uzmanība pievērsta būtiskajām diagnostikas un ārstēšanas metodēm, lai nodrošinātu aprūpi akūta insulta stadijā, proti, garantētu ātru piekļuvi svarīgajām diagnostikas procedūrām un aprīkojumam, kā arī ātri nodrošinātu trombolīzi pacientiem ar išēmisko insultu. Īpaši svarīgs veselības aprūpes sistēmas plānošanas un investīciju mērķis ir panākt to, ka šie būtiskie pakalpojumi tiek sniegti iepriekš noteiktā 4,5 līdz 5 stundu laikā pēc insulta iestāšanās.
99. Saskaņā ar vienošanos starp ESAO valstīm prasības un standarti veselības aprūpes sistēmai lielākoties saturiski ir līdzīgi, taču vērojamas atšķirīgas pieejas. Piemēram, veselības aprūpes sistēmās, kas piemērotas ģeogrāfiski izklīdētās sabiedrībās, uzsvērtas pieejamības prasības vai maksimālais pieļaujamais attālums līdz tuvākajai akūta insulta nodaļai. Veselības aprūpes sistēmas, kas īpaši cenšas uzlabot insulta aprūpes kvalitāti un procedūras standartus, visticamāk, izstrādās vairāk soļu neatliekamās aprūpes nodrošināšanai. Daudzās veselības aprūpes sistēmās ar lielākiem resursiem uzmanība var tikt vērsta uz to nodaļu akreditēšanu, kas sniedz pietiekamu daudzumu insulta aprūpes pakalpojumu (aprūpēto gadījumu skaits), lai apliecinātu insulta speciālistu statusu. Gandrīz visos reģionos ieviesti detalizēti insulta pakalpojumu auditi, ko izmanto par pamatu, lai

plānotu uzlabojumus, investīcijas un izmaiņas veselības aprūpes sistēmas organizācijā, šādi panākot atbilstību prasībām, kas noteiktas uz pierādījumiem balstītas ārstniecības protokola vadlīnijās.

100. Lai gan pastāv plaša vienprātība par nepieciešamās aprūpes sastāvu un procedūrām, dažādas veselības aprūpes sistēmas ir izstrādājušas atšķirīgus modeļus pakalpojumu sniegšanai. Veselības aprūpes sistēmas, kurās vidējais slimnīcu izmērs ir salīdzinoši lielāks, piemēram, Nīderlandē un Zviedrijā, bieži piedāvā akūta insulta aprūpi uz vietas lielākajā daļā slimnīcu, kurās aprūpē akūtus gadījumus un izmanto pašu attēlveidošanas aprīkojumu un personālu. Turpretī veselības aprūpes sistēmās, kas piemērotas izkaisītākai sabiedrībai, piemēram, Ontārio, Kanādā, akūta insulta aprūpe tiek organizēta tīkla veidā ar norīkoti centriem, kas nodrošina aprūpi sadarbībā ar nelielu skaitu papildu institūciju, kurās ar telemedicīnas speciālista palīdzību sniedz pieeju trombolīzei. Piemēram, Ārkanzasā, ASV insulta aprūpe tiek organizēta tīkla ietvaros, kur neliels skaits centrālo institūciju sniedz teleatbalstu liela skaita mazāku institūciju insulta gadījumā. Austrālijas gadījumā veselības aprūpes sistēmā nepieciešams centralizēt akūta insulta aprūpes pakalpojumus. Šobrīd pastāv ārkārtīgi daudz institūciju, kas piedāvā aprūpi akūta insulta gadījumā, taču tās uzskata par otrā līmeņa iestādēm, kurās nonāk pārāk maz insulta gadījumu, lai attiecīgās nodaļas spētu uzturēt kvalitatīvai insulta aprūpei nepieciešamo prasmju līmeni. Vācijas slimnīcās insulta aprūpe notiek vairākos līmeņos, un daudzās valstīs akūta insulta aprūpes pakalpojumi tiek sniegti "daudzpakāpju" sistēmas ietvaros.
101. Ievērojot principus, kas noteikti uz pierādījumiem balstītas ārstniecības klīniskajos protokolos un vadlīnijās, daudzās ESAO valstīs oficiāli ir izstrādātas aptverošas un specializētas insulta aprūpes nodaļas. Šīs nodaļas parasti ir izplānotas un apgādātas ar resursiem, lai nodrošinātu pakalpojumus plašai kopienai ar aptuveni vienu miljonu iedzīvotāju. Pēc aprūpes akūtajā stadijā (2-3 nedēļas) daudzās veselības aprūpes sistēmās, arī Ārkanzasā, Ontārio, Nīderlandē un Vācijā, tiek izmantots rehabilitācijas centru tīkls, kas sniedz pakalpojumus pēc akūta insulta pārdzīvošanas. Dažkārt šie centri pastāv līdzās neatliekamās aprūpes slimnīcām, taču bieži tie darbojas kā pilnībā nodalītas un specializētas vienības.

## 2.9. Kopsavilkums un mācības Latvijai

---

102. Šajā sadaļā izskatītie gadījumi uzskatāmi ilustrē vairākas pieejas, kā veikt uz pakalpojumiem balstītu kapitāla plānošanu. No tiem iespējams gūt vairākas mācības, lai palīdzētu Latvijai šajā pārejā.
103. Visos gadījumos apliecināts, cik svarīgi plānošanu veikt saskaņā ar kopienas veselības aprūpes vajadzībām, taču lielākā daļa kapitāla investīciju joprojām norit, par pamatu izmantojot infrastruktūru. Arī Latvijā saskaras ar ESAO valstu lielākajiem izaicinājumiem saistībā ar kapitāla investīcijām veselības aprūpē: demogrāfiskās un epidemioloģiskās pārmaiņas, kas saistītas ar sabiedrības novecošanu; jauninājumi medicīnas tehnoloģijās un farmācijā; sabiedrības informētības veicināšana; grūti novēršama nevienlīdzība veselības aprūpē; arvien lielāks spiediens par veselības aprūpes tēriņiem.
104. Gadījumi apskati sniedz plašu klāstu stratēģiju, kā pārvarēt šos izaicinājumus:
  - *Martini* mācību slimnīca Nīderlandē – elastīgs projekts un nodrošinājums pret izmaiņām nākotnē, lai ēkas varētu pielāgot atbilstoši sabiedrības vajadzībām.
  - Ziemeļīrija – integrēti veselības un sociālie pakalpojumi, kas ļauj veicināt primārās veselības aprūpes pakalpojumus kopienā un koncentrēt kompleksus pakalpojumus.
  - Alžīras modelis Spānijā – privātā sektora iesaistīšana un kapitācijas naudas izmantošana, lai panāktu efektīvu reakciju uz sabiedrības vajadzībām.
  - *Coxa* slimnīca Somijā – neatkarīga uzņēmuma izveidošana, kas atsaucas uz sabiedrības veselības aprūpes vajadzībām un izmanto tirgus attīstību.
  - Privāto finanšu iniciatīva Anglijā – brīdinājums par konservatīvām nākotnes vajadzību aplēsēm.

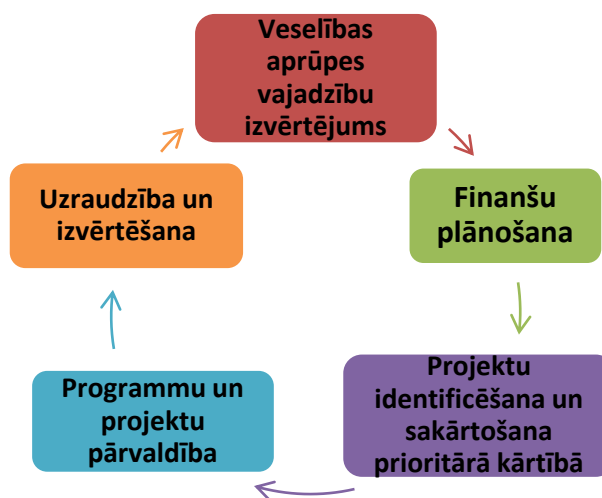
- Vajadzības apliecība, Amerikas Savienotās Valstis – unikāla “sarkanās gaismas” pieeja, lai izvērtētu iespējamību un vajadzību.
- Iekšzemes veselība Kanādā – pāreja no gultasvietu skaita kā nepieciešamo pakalpojumu mērvienības uz galvenajiem virzītājspēkiem un mērķiem.
- Uz slimību novēršanu vērsta kapitāla investīcijas – padziļināta resursu plānošana un trūkumu analīze, lai salāgotu sniegtos pakalpojumus ar vajadzībām un potenciāli samazinātu slimību izplatību.

105. Tālākā sadaļa sniedz izvērtējumu par Latvijas kapitāla investīciju plānošanas šī brīža stāvokli, piemērojot brieduma modeļa pieeju, lai identificētu uz pakalpojumiem vērsta kapitāla investīciju plānošanas procesa svarīgākās sastāvdaļas.

### 3. Latvijas šī brīža kapitāla investīciju plānošanas modeļa izvērtējums

106. Lai Latvijā izstrādātu un ieviestu jaunu kapitāla investīciju plānošanas (KIP) modeli, nepieciešams izstrādāt jaunas stratēģijas un rīkus, lai investīcijas tiktu veiktas saskaņā ar racionālu kapitāla sadales stratēģiju, kas ir pamatota ar vajadzībām. Jaunā KIP tiktu veikta saskaņā ar kārtību, kas līdzinās nākamajā attēlā redzamajai. Sākumā jāveic veselības aprūpes vajadzību izvērtējums, ņemot vērā sabiedrības pieprasītos veselības aprūpes pakalpojumus un pieejamos resursus šo pakalpojumu nodrošināšanai. Pēc tam jāveic detalizēta finanšu plānošana, projektu identificēšana un sakārtošana prioritārā kārtībā, kā arī projektu pārvaldība un izvērtējums. Šāds pilnīgs cikls nepieciešams, lai panāktu izmaksu lietderību, izmantojot publiskās investīcijas.

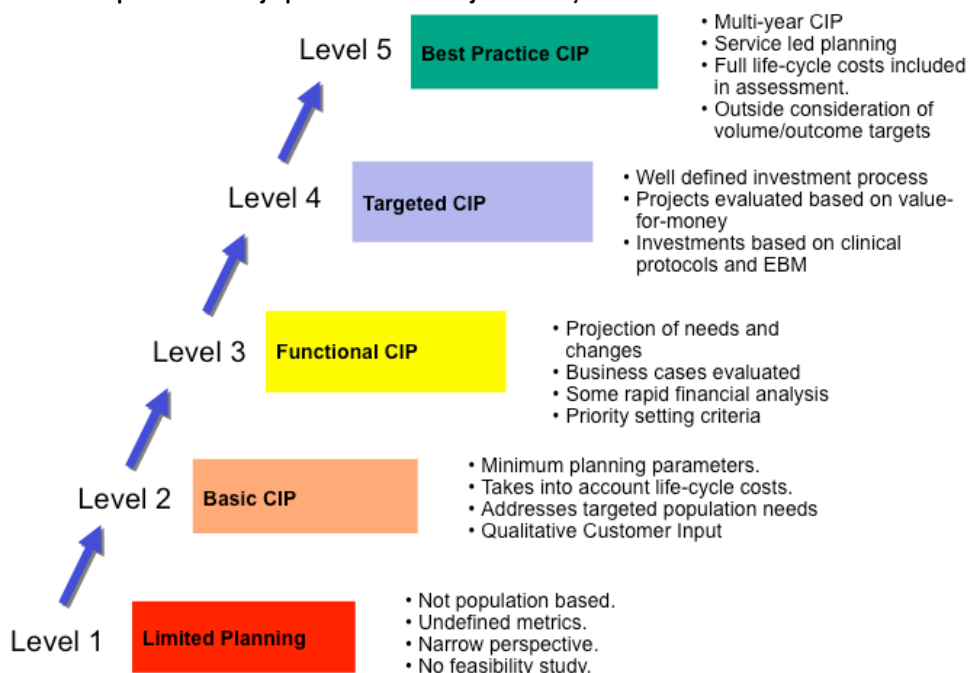
6. attēls. Veselības nozares kapitāla plānošana (VNKP) dinamiskā procesā



Avots: Sanigest Internacional.

107. ESAO valstu gadījumu piemēri no iepriekšējās nodaļas un nepieciešamība pēc plānošanas modeļa, kas būtu balstīts uz pakalpojumiem, ir ietverta *Excel* izklājlapā, lai izvērtētu Latvijā izmantotās prakses salīdzinājumā ar starptautiskajiem standartiem. 1. pielikumā ietverts pilns prakšu saraksts. Pēc tam darbība šo prakšu kontekstā tika izmantota, lai izvērtētu šī brīža kapitāla investīciju plānošanas funkciju, piemērojot brieduma modeļa pieeju, kurā galvenās sastāvdaļas ir sarindotas atbilstoši savai pozīcijai piecu punktu skalā. Piecu punktu skala atbilst brieduma modeļos parasti izvērtētajiem pieciem līmeņiem (apkopoti 7. attēlā un 4. tabulā): (1) pamatzināšanas, bet ierobežots pielietojums; (2) dažkārt tiek apsvērti nepieciešamie pamata aspekti; (3) galvenās procedūras ir definētas, taču ne vienmēr tiek izmantotas; (4) procedūras tiek ievērotas un gandrīz pabeigtas; (5) izpildes laikā tiek apsvērta un optimizēta lielākā daļa galveno elementu.

7. attēls. Kapitāla investīciju plānošanas izvērtējuma līmeņi



5.līmenis	Labās prakses kapitāla investīciju plānošanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Daudzgadīga kapitāla investīciju plānošana</li> <li>• Plānošana balstīta uz pakalpojumiem</li> <li>• Iekļautas novērtējumā pilnas dzīves cikla izmaksas.</li> <li>• Mērķa apjomam/iznākumam ārējā novērtēšana.</li> </ul>
4.līmenis	Mērķa auditorijas kapitāla investīciju plānošanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labi definēts investīciju process.</li> <li>• Projekti tiek novērtēti balstoties uz funkcionalitāti.</li> <li>• Investīcijas balstītas uz klīniskajiem protokoliem un EBM.</li> </ul>
3.līmenis	Funkcionālā kapitāla investīciju plānošanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiek plānotas vajadzības un izmaiņas.</li> <li>• Biznesa gadījumi tiek izvērtēti.</li> <li>• Atsevišķa ātra finanšu analīze.</li> <li>• Prioritāri tiek noteikti kritēriji.</li> </ul>
2.līmenis	Pamata kapitāla investīciju plānošanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimāli plānošanas kritēriji.</li> <li>• Ņem vērā dzīves cikla izmaksas.</li> <li>• Pievērš uzmanību mērķa grupu vajadzību risināšanai.</li> <li>• Kvalitatīva pakalpojuma saņēmēja iesaiste.</li> </ul>
1.līmenis	Ierobežota plānošana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nav uz populāciju balstīts.</li> <li>• Nenoteikta metodoloģija.</li> <li>• Šaura pieeja.</li> <li>• Nav priekšizpēte.</li> </ul>

4. tabula. Kapitāla investīciju plānošanas brieduma izvērtējums

Lauks	1. līmenis	2. līmenis	3. līmenis	4. līmenis	5. līmenis
<b>Pārvaldība un politika</b>	Nav skaidras saiknes starp veselības politikas mērķiem un mandāta	Maz indikāciju, ka veselības aprūpes politika atbilst	Skaidra saikne starp galvenajiem veselības aprūpes politikas	Pierādījumi par pastāvīgu veselības ietekmes un	Pierādīta gatavība nodrošināt tiešu veselības aprūpes politikas, vietu

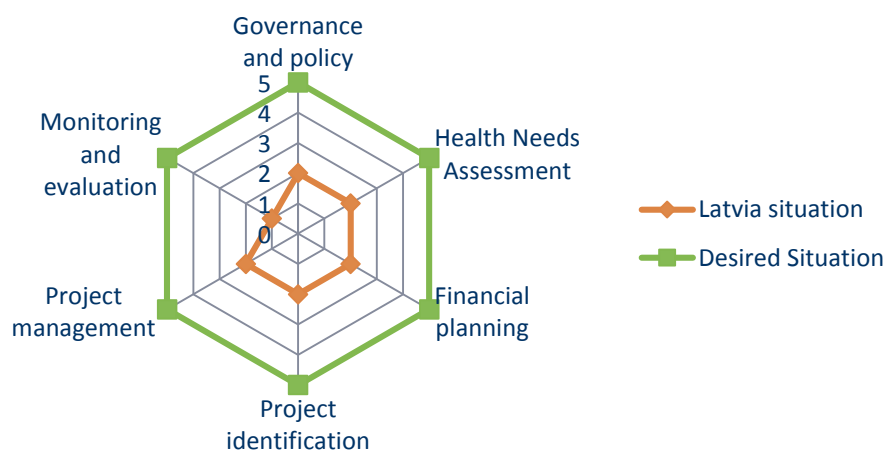
	izmantot uz vajadzībām balstītu pieeju.	sabiedrības vajadzībām.	mērķiem un investīciju prioritātēm.	investīciju apsvēršanu.	prioritāšu un ziņojumu rezultātu caurredzamību.
<b>Veselības aprūpes vajadzību izvērtējums</b>	Ļoti maz liecību par investīciju plānošanu, kas būtu vērsta uz veselības aprūpes vajadzībām.	Maz liecību par to, ka investīciju plānošanā ņem vērā sabiedrības vajadzības un pakalpojumu rezultātus.	Skaidra saikne starp prioritārajām veselības aprūpes vajadzībām un investīciju prioritātēm.	Pierādījumi par to, ka pastāvīgi tiek ņemtas vērā veselības aprūpes vajadzības un investīcijas.	Pierādīta gatavība veikt investīcijas saskaņā ar veselības aprūpes vajadzībām un mērījumi par ienākumiem no ieguldījumiem.
<b>Finanšu pārvaldība</b>	Nav skaidras procedūras, lai aprēķinātu un izvērtētu investīcijas.	Ieviests ierobežots skaits procedūru, lai sagatavotu investīciju budžetu un veiktu finanšu pārvaldību.	Ieviestas pamata procedūras, lai plānotu, izvērtētu un pārvaldītu finanšu investīcijas.	Pierādījumi par pastāvīgu finanšu pārvaldības līmeni kapitāla investīciju projektiem.	Pierādīta gatavība ievērot augstākā līmeņa caurredzamību un objektīvs lēmumu pieņemšanas process kapitāla investīciju projektos.
<b>Projektu identifikācija</b>	Nav skaidru kritēriju investīciju izvērtēšanai, nav priekšizpētes ziņojumu.	Ierobežota pieeja standartizētām procedūrām, lai pieņemtu caurredzamus lēmumus par investīciju prioritātēm.	Lēmumi par investīcijām gandrīz vienmēr tiek pieņemti saskaņā ar skaidriem kritērijiem, taču pastāv minimāls izvērtējums par ieņēmumiem no ieguldījumiem.	Pierādījumi par to, ka pastāvīgi tiek piemēroti investīciju noteikumi un attīstītas metodes saistībā ar ieņēmumiem no ieguldījumiem.	Pierādīta gatavība nodrošināt pienācīgu izmaksu lietderības izvērtējumu visos investīciju lēmumos.
<b>Projektu pārvaldība</b>	Nav ieviestas politikas, kurā būtu izklāstīta projektu pārvaldības pieeja investīciju projektiem.	Ierobežots projektu pārvaldības rīku un pieeju pielietojums.	Sporādisks projektu pārvaldības pieeju un rīku pielietojums. Nav standartizētas ziņošanas vai vadlīniju.	Pierādījumi par pastāvīgu projektu pārvaldības rīku un publicēto vadlīniju piemērošanu.	Pierādīta gatavība piemērot projektu pārvaldības rīkus visiem investīciju projektiem, kā arī izstrādāto standartu ievērošana.



<b>Uzraudzība un izvērtējums</b>	Kapitāla investīciju plānošanā nav definētu uzraudzības un izvērtējuma pieeju.	Ierobežots daudzums pierādījumu, ka izpildei nodotajiem projektiem tiek piemērota uzraudzības un izvērtējuma sistēma.	Izstrādātas uzraudzības un izvērtējuma vadlīnijas, un lielākajai daļai investīciju projektu ieviesti starposmi.	Pierādījumi par pastāvīgu uzraudzības un izvērtējuma vadlīniju izmantošanu un ziņošanu par projekta progresu.	Pierādīta gatavība izmantot uzraudzības un izvērtējuma sistēmu, caurredzama ziņošana un liecības par atgriezeniskās saites saņemšanu.
----------------------------------	--	---	---	---	---

108. Visos šajos laukos tika skatīti vairāki izvērtēšanas kritēriji, lai noteiktu Latvijas kapitāla investīciju plānošanas modeļa brieduma pakāpi. Tas darīts saskaņā ar standarta pieeju kapacitātes izvērtējumam organizācijās, izmantojot pieaugošu sarežģītības pakāpi procesā, kas atspoguļots augstāka līmeņa vērtējumā. Izvērtējums sagatavots, par pamatu izmantojot vairākas intervijas Rīgā 2015. gada septembrī, dokumentu pārskatu un klātienes apmeklējumus.
109. Ir svarīgi atzīmēt, ka vērtējums ir autora viedoklis. Veselības ministrija un Nacionālais veselības dienests var izmantot 1.pielikuma jautājumus un 4.tabulas kritērijus, lai veiktu savu pašnovērtējumu, jo tie ir procesi un darbības, no kurām veidojas nobrieduša veselības aprūpes sistēma, plānojot kapitālieguldījumus.
110. Nākamajā attēlā atainota trūkumu analīze par atšķirībām starp esošo un vēlamo situāciju. Situācijas izvērtējums ir balstīts uz katra aplūkotā lauka vērtējumu un īpašajiem parametriem, kas būtu jāiekļauj katrā laukā. Latvijas gadījums atbilst stadijai starp 1. un 2. līmeni, jo ieviestas tikai pamata procedūras, lai identificētu investīciju projektus, kā arī uzraudzītu un izvērtētu tos. Pastāv būtiskas iespējas uzlabot šīs procedūras.

8. attēls. Latvijas KIP trūkumu analīze



Monitorings un novērtēšana	Pārvaldība un rīcībpolitika	Veselības vajadzību novērtējums	Latvijas situācija
Projektu vadība	Projektu identificēšana	Finanšu plānošana	Vēlamā situācija

110. Trūkumu analīzes radara veida grafikā redzama izvērtētā darbība visos galvenajos laukos. Kopumā brieduma rādītājs ir 1.88 no iespējamiem 5 punktiem nevainojama rezultāta gadījumā. Šo līmeni var uzskatīt par KIP sistēmas sākumstadiju, jo pagaidām trūkst jebkādu standartu, saiknes ar pakalpojumu plānošanu un vajadzību izvērtējuma, turklāt nepieciešams arī veicināt caurredzamību saistībā ar investīciju lēmumu pieņemšanas kritērijiem. Zemākie rādītāji uzrādīti uzraudzības un izvērtējuma laukā, kur šobrīd tiek ievērotas vien nedaudzas procedūras robustai uzraudzībai un izvērtējumam, turklāt nav nekādas saiknes starp investīcijām un uzlabojumiem veselības aprūpes sistēmas mērķos, piemēram, veselības rādītājos, finanšu aizsardzībā vai pakalpojumu atbilstībā. Nedaudz augstāki vērtējumi sniegti par projektu pārvaldību un finanšu plānošanu, jo vismaz tiek ievērotas ES procedūras, kas sniedz noteiktus ietvara elementus, kuri nepieciešami visaptverošai KIP sistēmai.
111. Turpinājumā sniegts apkopojums par galvenajām problēmām katrā laukā saskaņā ar izvērtējumu.

#### 5. tabula. Izvērtējuma rezultātu apkopojums

Lauks	Galvenās problēmas
<b>Pārvaldība un politika</b>	Iepriekš nav bijusi tieša saikne starp veselības aprūpes vajadzībām, iecerētajām rezultātu izmaiņām un investīciju plānošanu. Tāpat nav bijusi skaidra politika, kurā būtu izklāstītas attiecības starp KIP un galvenajiem pakalpojumiem, un veselības rādītāju mērķiem.
<b>Veselības aprūpes vajadzību izvērtējums</b>	Šī brīža KIP sistēma adekvāti neizvērtē aktuālās veselības aprūpes vajadzības saskaņā ar reģiona un galvenajiem indikatoriem, piemēram, nenodrošinātajām vajadzībām, finanšu pieejamību un pieeju galvenajiem ieguldījumiem, kas varētu veicināt veselības rādītājus.
<b>Finanšu pārvaldība</b>	Šī brīža KIP sistēmā nepietiekama uzmanība veltīta vairākiem galvenajiem aspektiem, piemēram, uzņēmējdarbības gadījumiem, priekšizpētes ziņojumiem, ienākumiem no ieguldījumiem un detalizētai finanšu plānošanai.
<b>Projektu identifikācija</b>	Nav adekvāta mehānisma, lai sakārtotu investīcijas prioritārā kārtībā un panāktu līdzsvaru starp investīcijām.
<b>Projektu pārvaldība</b>	Izstrādāta ierobežota projektu pārvaldības procedūra.
<b>Uzraudzība un izvērtējums</b>	Projektu uzraudzība un izvērtējums norit ar ierobežotu tvērumu un pastāv tikai daži rīki, ar kuru palīdzību iespējams izsekot investīciju ietekmi un sekas uz investīciju lēmumiem nākotnē.

#### 4. Nobeigums

112. Kapitālieguldījumu plānošanas process tiek vērtēts kā salīdzinoši nenobriedis. Veselības ministrija pati nevar veikt analīzi, kas nepieciešama infrastruktūras kartēšanai un ģenerālpilna izstrādei. Tas, ka tai nav pieeja jaunākajai un atjaunotajai informācijai, kas ir saistīta ar galvenajām medicīniskajām iekārtām un renovāciju valstij piederošajās slimnīcās, liecina, ka ir iespējami būtiski uzlabojumi.
113. Gadījumi, kuri apskatīti pētījumā, piedāvā dažādus risinājumus, lai uzlabotu plānošanu, kas varētu būt piemēroti Latvijā, piemēram, nodrošinājums pret izmaiņām nākotnē būvniecības jomā,

vai nepieciešamības sertifikāts, jaunu investīciju projektos. Ģenerālplānā norādītās metodes nodrošina pamatu, lai noteiktu veselības aprūpes vajadzības un nepilnības, kā arī pārpalikumu cilvēkresursos, aprīkojumā un infrastruktūrā. Turpmāk Veselības ministrija un Nacionālais veselības dienests varētu izmantot līdzīgu pieeju plānošanā. Vēl viena rekomendācija, kas jau vairākkārtīgi tika uzsvērtā arī citos Pasaules Bankas nodevumos, uzsvēr papildus reformu nepieciešamību, kas turpmāk palīdzētu investīciju plānošanas procesā, piemēram, attīstīt klīniskās un organizatoriskās vadlīnijas un stiprināt veselības vadības informācijas sistēmas. Nākotnē investīcijas veselības aprūpē noteiks iedzīvotāju medicīniskās vajadzības, un Veselības ministrijai būtu pietiekami daudz informācijas gan no pacientiem, gan veselības aprūpes profesionāļiem, lai noteiktu, kuri ieguldījumi Latvijā radītu vislielāko vērtību pret izlietotajām finansēm.

## 1. pielikums. Izvērtējama jautājumi

Lauks	Jautājumi	Šī brīža situācija (1=pamata informācija, 2=bieži ievēroti, 3=būtiskākais definētai procedūrai, 4=normāla prakse, 5=optimāla prakse)	Iecerētā situācija vienmēr vērtēta ar 5
<b>Pārvaldība un politika</b>	Infrastrukturā projekti attīstīti saskaņā ar stratēģiskajiem veselības aprūpes mērķiem?	1	5
	Veselības politikas mērķu ietekme uz lēmumiem par kapitāla investīcijām?	2	5
	<b>Kopā</b>	3	10
<b>Veselības aprūpes vajadzību izvērtējums</b>	Kapitāla plānošanas pamatā tiek izmantotas sabiedrības veselības aprūpes vajadzības?	1	5
	Sabiedrības vajadzības definētas kā kombinācija: (1=gultasvietu skaits uz iedzīvotāju daudzumu; 2=pakalpojumu rezultatīvie rādītāji (esošie un prognozētie); 3=veselības problēmas (esošas un prognozētās), 0=nav skaidri definēts?	1	5
	Vai šie tiešie rādītāji vai reprezentatīvās prognozes tiek izmantotas, lai noteiktu veselības aprūpes vajadzības? (1=slimnīcā pavadīto dienu skaits; 2=hospitalizācijas; 3=esošo pakalpojumu līmeņi; 4=pakalpojumu izmantošanas rādītāji; 5=slimību izplatība/sastopamība, 6=sabiedrības prognozes.)	2	5
	Pacientu noslodze ietekmē pamata kritērijus un normas lēmumu pieņemšanā par kapitāla izmaksām?	1	5
	Sabiedrības veselības aprūpes vajadzības tiek apsvērtas atsevišķi kā daļa no kapitāla investīciju plānošanas procesa?	1	5
	Esošais infrastruktūras stāvoklis tiek apsvērts kā daļa no plānošanas procesa?	1	5
	Pieejama informācija, lai noteiktu vajadzības saistībā ar ēkas uzturēšanu un pārbūvi, nošķirot to no jaunām investīcijām?	1	5
	Tiek sagatavotas sabiedrības prognozes par vismaz 10 gadiem, lai apsvērtu ilgtermiņa demogrāfiskās izmaiņas KIP?	1	5
	Pieprasījuma prognozes par vismaz 10 gadiem ir daļa no KIP procesa?	1	5
	Klīniskās kārtības vai protokoli ir daļa no KIP projekcijām nākotnē?	1	5
	<b>Kopā</b>	11	50
<b>Finanšu plānošana</b>	Tiek dokumentēts oficiāls kapitāla investīciju plānošanas process?	1	5
	Kapitāla budžets tiek sadalīts starp jaunām investīcijām un pārbūvi?	2	5

Lauks	Jautājumi	Šī brīža situācija (1=pamata informācija, 2=bieži ievēroti, 3=būtiskākais definētai procedūrai, 4=normāla prakse, 5=optimāla prakse)	Iecerētā situācija vienmēr vērtēta ar 5
	Ir izstrādāts kapitāla budžets, kas saista sabiedrības vajadzības ar resursu sadali?	1	5
	Izstrādāts kapitāla budžets vairākiem gadiem?	4	5
	Budžeta izstrādē tiek izmantoti standartizēti parametri, piemēram, cena par m <sup>2</sup> izbūvi?	1	5
	Priekšizpētes ziņojumos tiek apsvērtas iestādes izmantošanas cikla izmaksas?	1	5
	Priekšizpētes ziņojumos tiek apsvērti ieņēmumi nākotnē vai finansējuma sadale katrai iestādei kā daļa no ienākumiem no ieguldījumiem?	1	5
	KIP procesā tiek iesaistīti visi valdības līmeņi?	1	5
	Kapitāla plānošanas process ietver noteikta līmeņa rādītājus par ienākumiem no ieguldījumiem, piemēram, atmaksas, pašreizējo neto vērtību, diskontēto naudas plūsmu utt.?	1	5
<b>Kopā</b>		13	45
<b>Projektu identificēšana</b>	Kapitāla investīciju projekti vienmēr uzsākti ar uzņēmējdarbību?	1	5
	Visām lielajām investīcijām tiek sagatavoti priekšizpētes ziņojumi, apsverot arī ienākumus no ieguldījumiem?	1	5
	Projekti tiek izvērtēti saskaņā ar trūkumu analīzi par atšķirībām starp vajadzībām un esošajiem resursiem?	1	5
	Pastāv apstiprinātas vadlīnijas par jaunu investīciju projektu plānošanu?	1	5
	Pastāv īpaši kritēriji, lai izvērtētu konkurējošās investīcijas?	2	5
	Investīciju lēmumu kritēriji ir publiski pieejami?	1	5
	Investīciju lēmumi prioritāros projektos tiek darīti zināmi sabiedrībai caurredzamā procesā?	1	5
	Izmaksu lietderības principu uzskata par daļu no projekta izvērtēšanas procesa?	1	5
	Tiek īstenota projekta risku stratifikācija?	1	5
<b>Kopā</b>		10	45
	Katram investīciju projektam tiek piemērota projektu pārvaldības pieeja, piemēram, projektu pārvaldības institucionalizācija?	1	5
<b>Projektu pārvaldība</b>	Izstrādāta detalizēta informācija saistībā ar komunikāciju starp galvenajām iesaistītajām pusēm ar sanāksmēm, kurās tiek sniegta informācija par notikumu attīstību?	2	5
	Pastāv skaidri definēts process, lai uzraudzītu kvalitātes kontroli un izpildi atbilstoši iepriekš noteiktiem standartiem?	2	5

Lauks	Jautājumi	Šī brīža situācija (1=pamata informācija, 2=bieži ievēroti, 3=būtiskākais definētai procedūrai, 4=normāla prakse, 5=optimāla prakse)	Iecerētā situācija vienmēr vērtēta ar 5
	Pastāv skaidra atbildība, kuru par investīciju projektu uzņemas individuāla persona vai komanda?	2	5
	Noteikti sodi par nespēju iekļauties grafikā vai nodrošināt sagaidāmos rezultātus?	1	5
<b>Kopā</b>		8	25
<b>Uzraudzība un izvērtējums</b>	Kapitāla investīciju projektu uzraudzībai un izvērtēšanai noteikti skaidri starpposmu rezultāti?	1	5
	Vismaz reizi ceturksnī tiek sagatavoti ziņojumi par katras investīcijas attīstību?	1	5
	Vai pastāv IT sistēma, lai sekmētu uzraudzību un izvērtējumu?	1	5
	Vai uzraudzības un izvērtējuma ziņojumi tiek apspriesti ar galvenajām iesaistītajām pusēm?	1	5
	Vai pastāv atgriezeniskās saites cilpa, lai uzraudzības un izvērtējuma rezultātus ietvertu atpakaļ kapitāla plānošanas procesos nākotnē?	1	5
<b>Kopā</b>		5	25

Ashcroft, B. & Broome, A. (2011). Certificate of Need: Process Appears Clear, Consistent and Transparent. *Paper 26*. Main State Legislature: Office of Program Evaluation and Government Accountability.

Goldstein, L.B., Adams, R., Alberts, M.J., Appel, L.J., Brass, L.M., Bushnell, C.D. (2006). Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council. *Stroke* 113(24), 873-923.

Hindle D, Dowdeswell B, Yasbeck A-M (2004). Report of a survey of clinical pathways and strategic asset planning in 17 EU countries. Utrecht: Netherlands Board for Hospital Facilities.

Interior Health. (2013). Interior Capital Health Strategy 2013-2023.

Kirschner, H.S., Biller, J. & Callahan, A.S. (2005). Long-term Therapy to Prevent Stroke. *Stroke Journal of the American Board of Family Medicine* 18(6), 528-540.

Klunzel, O.H., Kaplan, R.C., Heckbert, S.R., Smith, N.L., Lemaitre, R.N., Longstreth, W.T., Leufkens, H.G., de Boer, A. & Psaty, B.M. (2000). Control of blood pressure and risk of stroke among pharmacologically treated hypertensive patients. *Stroke*, 31(2), 420-424.

OECD (2008). Annual report 2008. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Rechel, B., Wright, S., & Edwards, N. (2009a). Investing in hospitals of the future. *Observatory Studies Series No. 16*. World Health Organization, on behalf of the European Conservatory on Health Systems and Policies: Copenhagen, Denmark.

Rechel, B., Erskine, J., Dowdeswell, B., Wright, S. & McKee, M. (2009b). Capital Investment for Health: Case studies from Europe. *Observatory Studies Series No. 18*. World Health Organization, on behalf of the European Conservatory on Health Systems and Policies: Copenhagen, Denmark.

Woo, D., Haverbusch, M., Sekar, P., Kissela, B., Khoury, J., Schneider, A., ... Broderick, J. (2004). Effect of untreated hypertension on hemorrhagic stroke. *Stroke* 35(7), 1703-1708.