

NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



**EIROPAS SAVIENĪBA**

Eiropas Sociālais  
fonds

---

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

Eiropas Savienības fondu darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība”  
9.2.3.specifiskā atbalsta mērķa “Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros īstenotā projekta Nr.9.2.3.0/15/I/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” 14.nodevums – Kvalitātes nodrošināšanas pārskats.

# Kvalitātes nodrošināšanas pārskats<sup>1</sup>

---

---

<sup>1</sup> Autors: Elyssa Finkel (efinkel1@worldbank.org)

## Saturs

---

1. Ievads.....	5
2. Kvalitātes nodrošināšanas un aprūpes kvalitātes definīcijas .....	5
3. Konteksts .....	7
4. Analītiskais ietvars .....	12
5. Pārskats par kvalitātes nodrošināšanas sistēmu Latvijā.....	13
A. Kvalitātes nodrošināšanas pārvaldības sistēma .....	13
B. Veselības aprūpes sistēmas ievadparametru kvalitātes nodrošināšana .....	17
C. Veselības aprūpes prakses standarti un vadlīnijas .....	19
D. Aprūpes kvalitātes monitorings un ziņošana .....	20
E. Kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas .....	29
6. Pašreizējās Latvijas kvalitātes vadības sistēmas stiprās puses un potenciālās jomas, kurās nepieciešami uzlabojumi .....	32
A. Kvalitātes nodrošināšanas pārvaldības sistēma .....	32
B. Veselības aprūpes prakses standarti un vadlīnijas .....	34
C. Aprūpes kvalitātes monitorings un ziņošana .....	37
Veselības aprūpes speciālistu darba stundu monitorings .....	39
D. Kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas .....	40
7. Secinājumi .....	43
Atsauces .....	48
1. pielikums. Uz Veselības inspekcijas pārbaudēm attiecināmie tiesību akti.....	49
2. pielikums. ĢĀ snieguma sadalījums, pēc indikatora .....	50

1. tabula: Dzemdies kakla, krūts un kolorektālais vēzis, piecu gadu relatīvais izdzīvošanas rādītājs, 2008.-2013. gads (vai tuvākais periods).....	11
2. tabula: Zīdaiņu, bērnu un mātes mirstība, 2013. (vai tuvākais) gads .....	11
3. tabula: Veselības aprūpes nozares iestāžu kvalitātes nodrošināšanas pienākumi Latvijā .....	14
4. tabula: Ministru kabineta noteikumi, kas attiecas uz kvalitātes nodrošināšanu .....	16
5. tabula: Par ārstniecības personu sertifikāciju atbildīgās asociācijas.....	18
6. tabula: Ārstniecības iestāžu pārbaudes .....	22
7. tabula: Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts finansējuma izlietojuma uzraudzība un pārbaudes.....	22
8. tabula: Informācija par sūdzībām, kas saistītas ar veselības aprūpes kvalitāti .....	23
9. tabula: ĢĀ, kuri sasniedz snieguma rādītāju mērķus, procentuālais īpatsvars, 2014. g. ....	24
10. tabula: ĢĀ sasniegto indikatoru mērķu skaits, 2014. g.....	27
11. tabula: HCQI indikatori, par kuriem ziņo SPKC, 2014. g. ....	28
12. tabula: Iesniegumi Ārstniecības riska fondam un līdz 2015. gada 1. oktobrim pieņemtie lēmumi.....	31
13. tabula: Slimību pārvaldību programmu (SPP) finanšu stimuli Eiropas valstīs .....	42
14. tabula: Kvalitātes nodrošināšanas problēmu, iespējamo risinājumu un veicinošo darbību kopsavilkums .....	44
1. attēls: Astmas un HOPS izraisītas hospitalizācijas rādītāji pieaugušajiem 2013. (vai tuvākajā) gadā.....	8
2. attēls: Diabēta izraisītas hospitalizācijas rādītāji pieaugušajiem 2013. (vai tuvākajā) gadā .....	8
3. attēls: Mirstības rādītājs 30 dienu laikā pēc hospitalizācijas AMI dēļ, balstoties uz hospitalizācijas datiem, 2013. (vai tuvākajā) gadā.....	9
4. attēls: Mirstības rādītājs 30 dienu laikā pēc hospitalizācijas išēmiska insulta dēļ, balstoties uz hospitalizācijas datiem, 2013. (vai tuvākajā) gadā .....	9
5. attēls: Pašnāvību rādītājs pēc hospitalizācijas psihiatriskā traucējuma dēļ periodā no 30 dienām līdz 1 gadam pēc izrakstīšanas, 2012. g. ....	10
6. attēls: Pakalpojumu sniegšanas kvalitātes nodrošināšanas un uzlabošanas cikls .....	13
7. attēls: ĢĀ snieguma sadalījums: 5. indikators.....	25
8. attēls: ĢĀ snieguma sadalījums: 6. indikators.....	26
9. attēls: ĢĀ snieguma sadalījums: 7. indikators.....	26
10. attēls: ĢĀ snieguma sadalījums: 9. indikators.....	27
11. attēls: NICE klīniskās vadlīnijas sirds un asinsvadu slimību riska novērtēšanai.....	36

## 1. Ievads

---

1. Šajā pārskatā ir izvērtētas Latvijā spēkā esošās veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanas un uzlabošanas pamatnostādnes un mehānismi. Konkrētāk, analīzes mērķis ir (i) sniegt pārskatu par pašreizējām Latvijā pieejamajām kvalitātes nodrošināšanas pamatnostādnēm un mehānismiem; (ii) noteikt Latvijas sistēmas stiprās puses un potenciālās jomas, kur nepieciešami uzlabojumi, balstoties uz citās Eiropas valstīs<sup>2</sup> pieejamajām pamatnostādnēm un mehānismiem, un, (iii) balstoties uz iepriekšējo punktu, piedāvāt virkni iespējamo pamatnostādņu. Lai gan pārskata mērķis ir apkopot potenciālās jomas, kurās nepieciešami uzlabojumi, lai izveidotu augsni turpmākajām diskusijām par to, kā nostiprināt Latvijas kvalitātes nodrošināšanas sistēmu, šis pārskats nav paredzēts tam, lai veiktu konkrētu politisku intervenci īstenojamības un konkrētu īstenošanas prasību visaptverošu novērtējumu Latvijas veselības aprūpes nozares kontekstā.

2. Šī analīze tika veikta Pasaules bankas grupas (WBG) līguma par atmaksājamiem analītiskajiem pakalpojumiem, kas noslēgts ar Latvijas Nacionālo veselības dienestu (NVD), ietvaros, un tā mērķis ir sniegt "Atbalstu veselības aprūpes sistēmas stratēģijas izstrādei prioritārajās slimību jomās Latvijā". Analīze balstās uz: a) dokumentu izpēti (piemēram, tiesību akti, iepriekšējie pārskati un pētījumi par aprūpes kvalitāti, vadlīnijas un rokasgrāmatas) un b) intervijām, kuras WBG veica 2015. gada septembrī ar dažādām Latvijas veselības aprūpes nozares ieinteresētajām pusēm. Ieinteresētās puses, kuras tika intervētas, ir: Latvijas Nacionālais veselības dienests (NVD), Veselības inspekcija, Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC), Latvijas Ārstu biedrība un Latvijas Māsu asociācija, slimnīcu vadītāji un pacientu tiesību aizsardzības grupas (vēzis, sirds un asinsvadu slimības un garīgā veselība).

3. Pārskata uzbūve ir šāda: 2. nodaļā ir sniegts īss apkopojums par to, kā definēt kvalitātes nodrošināšanu un aprūpes kvalitāti; 3. nodaļā ir sniegts pārskats par kvalitātes nodrošināšanas kontekstu Latvijā, balstoties uz Latvijas sniegumu dažādos OECD Veselības aprūpes kvalitātes indikatoros; 4. nodaļā ir raksturots analītiskais ietvars, kas tiks izmantots, lai novērtētu kvalitātes nodrošināšanas sistēmu Latvijā; 5. nodaļā ir apkopotas svarīgākās Latvijas kvalitātes nodrošināšanas sistēmas iezīmes; 6. nodaļā ir novērtētas Latvijas kvalitātes nodrošināšanas sistēmas stiprās puses un potenciālās jomas, kurās nepieciešami uzlabojumi, balstoties uz citu Eiropas valstu pieredzi; 7. nodaļa noslēdz pārskatu ar potenciāli veiksmīgiem pamatnostādņu ieteikumiem, kurus varētu īstenot.

## 2. Kvalitātes nodrošināšanas un aprūpes kvalitātes definīcijas

---

4. Pirms mēs raksturojam Latvijā pieejamās kvalitātes nodrošināšanas pamatnostādnes un mehānismus, vispirms ir jāprecizē "kvalitātes nodrošināšanas" un "aprūpes kvalitātes" definīcijas šajā kontekstā. Avediss Donabedians (plaši pazīstams kā kvalitātes nodrošināšanas jēdziena pamatlicējs) definēja kvalitātes nodrošināšanu kā "visas darbības, kas tiek veiktas, lai izveidotu, aizsargātu, veicinātu un uzlabotu veselības aprūpes kvalitāti" (Donabedian, 2003. g.). Lai gan viņš atzina, ka tādi termini, kā *kvalitātes uzlabošana*, *nepārtraukta kvalitātes uzlabošana* vai *kvalitātes vadība* ir piemērotāki, jo neviens faktiski nevar nodrošināt jeb garantēt kvalitāti, viņš tomēr pieturējās pie termina "kvalitātes nodrošināšana", jo tas ir dziļāk iesakņojies un tiek plaši izmantots veselības aprūpes jomā.

---

<sup>2</sup> Analīzē Latvija tiks salīdzināta ar šādām valstīm: Zviedrija, Dānija, Norvēģija, Apvienotā Karaliste un Igaunija.

5. Aprūpes kvalitāte ir sarežģīts jēdziens, kas ir plaši pētīts literatūrā. Dažu pēdējo desmitgažu laikā ir izstrādātas vairākas aprūpes kvalitātes definīcijas, atspoguļojot to, ka trūkst vienprātības par šo jēdzienu un nav vienota konceptuālā ietvara tā novērtēšanai. Vienā no ietekmīgākajām definīcijām, ko piedāvā Amerikas Savienoto Valstu Medicīnas institūts (IOM), aprūpes kvalitāte ir definēta kā “pakāpe, kuru sasniedzot, veselības aprūpes pakalpojumi indivīdiem un iedzīvotājiem palielina vēlamu veselības iznākumu varbūtību un atbilst esošajām profesionālajām zināšanām” (IOM, 1990. g.). Tā kā ir ietverti gan pacienti, gan sabiedrība kopumā, šī definīcija aptver pilnu veselības aprūpes ciklu, sākot ar profilaksi un veicināšanu līdz medicīniskajai, rehabilitācijas un paliatīvajai aprūpei. Tajā tiek likts uzsvars uz “vēlamajiem” veselības iznākumiem, kas atspoguļo pacientu viedokļa un apmierinātības svarīgumu. Vienlaikus tajā ir uzsvērts, ka augsta aprūpes kvalitāte atbilst “pašreizējām profesionālajām zināšanām”, kas atspoguļo nepieciešamību izstrādāt uzlabotus standartus, kuru pamatā ir uz pierādījumiem balstīta medicīna (Legido-Quigley et al. 2008. g.).

6. Daudzi autori, tai skaitā Donabedians, kā arī dažādas organizācijas ir raksturojuši veselības aprūpi, izmantojot vairāku parametru kopumu (Legido-Quigley et al. 2008. g.; Donabedians 2003. g.; Kelley un Hurst 2006. g.). Vairākas OECD valstis ir pielāgojušas šos parametrus, lai izstrādātu savas veselības aprūpes sistēmas snieguma novērtējuma un kvalitātes indikatoru monitoringa sistēmas. Nesen OECD veica šo snieguma novērtējuma un monitoringa sistēmu pārbaudi, lai izmantotu tās sava Veselības aprūpes kvalitātes indikatoru projekta konceptuālā ietvara izstrādē (Kelley un Hurst 2008. g.) Lai gan šo parametru skaits un to definīcijas dažādās valstīs bija atšķirīgas, izplatītākie parametri ietvēra efektivitāti, drošumu, operativitāti jeb orientētību uz pacientiem, pieejamību, vienlīdzību un rezultativitāti.

### 1. logs: Aprūpes kvalitātes parametru definīcijas

**Efektivitāte** “Vēlamu veselības iznākumu sasniegšanas pakāpe, ja tiek pareizi nodrošināti uz pierādījumiem balstīti veselības aprūpes pakalpojumi visiem, kuri no tiem varētu gūt labumu, bet ne tiem, kuri negūtu labumu.”

**Drošums:** “Pakāpe, kādā veselības aprūpes procesi palīdz izvairīties no, novērst un mazināt negatīvus iznākumus vai traumas, kas rodas šo veselības aprūpes procesu rezultātā.”

**Operativitāte jeb orientētība uz pacientiem:** “Pakāpe, kādā sistēma faktiski funkcionē, nostādot pacientu/lietotāju veselības aprūpes nodrošināšanas centrā ... to bieži novērtē kā pacienta veselības aprūpes pieredzi. Aprūpes pieredze attiecas uz aprūpes komunikāciju un izpratni par aprūpi, kam būtu jāraksturo attiecības starp ārstniecības personu un pacientu.”

**Pieejamība:** “Tas, cik viegli ir sasniedzami veselības aprūpes pakalpojumi. Pieejamība var būt fiziska, finansiāla vai psiholoģiska, un ir nepieciešams, lai veselības aprūpes pakalpojumi būtu *a priori* pieejami.”

**Vienlīdzība:** “Pakāpe, kādā sistēma godīgi izturas pret visām iesaistītajām pusēm. Šajā kontekstā vienlīdzība attiecas uz veselības aprūpes un tās labumu sadalījumu sabiedrībā.”

**Rezultatīvitate:** “Optimāla pieejamo resursu izmantošana sistēmas ietvaros, lai sasniegtu maksimālu labumu jeb rezultātus.”

7. Runājot par aprūpes kvalitāti, plašu atsaucību ir guvis Donabedian 1980. gados izstrādātais modelis “struktūra-process-iznākums”. Šis triju elementu kopums atspoguļo informāciju, ko iespējams iegūt, lai novērtētu klīniskās aprūpes kvalitāti (Donabedian, 2003. g.). “Struktūra” atspoguļo apstākļus, kādos tiek sniegta aprūpe, un ietver tādus aspektus, kā telpas un aprīkojums, cilvēkresursi un organizatoriskās īpatnības. “Process” ietver faktiskās klīniskās procedūras un darbības, ko veic medicīnas darbinieki profilaktiskās, diagnostiskās, ārstnieciskās vai rehabilitācijas aprūpes ietvaros. Visbeidzot “iznākums” atspoguļo izmaiņas pacientu vai iedzīvotāju veselības stāvoklī, zināšanās, paradumos vai apmierinātībā šīs aprūpes rezultātā. Šī modeļa trūkums ir tāds, ka tas galvenokārt ir paredzēts, lai novērtētu kvalitāti klīniskajā praksē, kur pastāv iepriekš noteikta mijiedarbība starp dažādiem struktūras, procesa un iznākuma elementiem. Lai gan kopumā tas ir piemērojams šajā kontekstā, tas varētu nebūt piemērots citu darbību, kas varētu ietekmēt aprūpes kvalitāti, novērtēšanai.

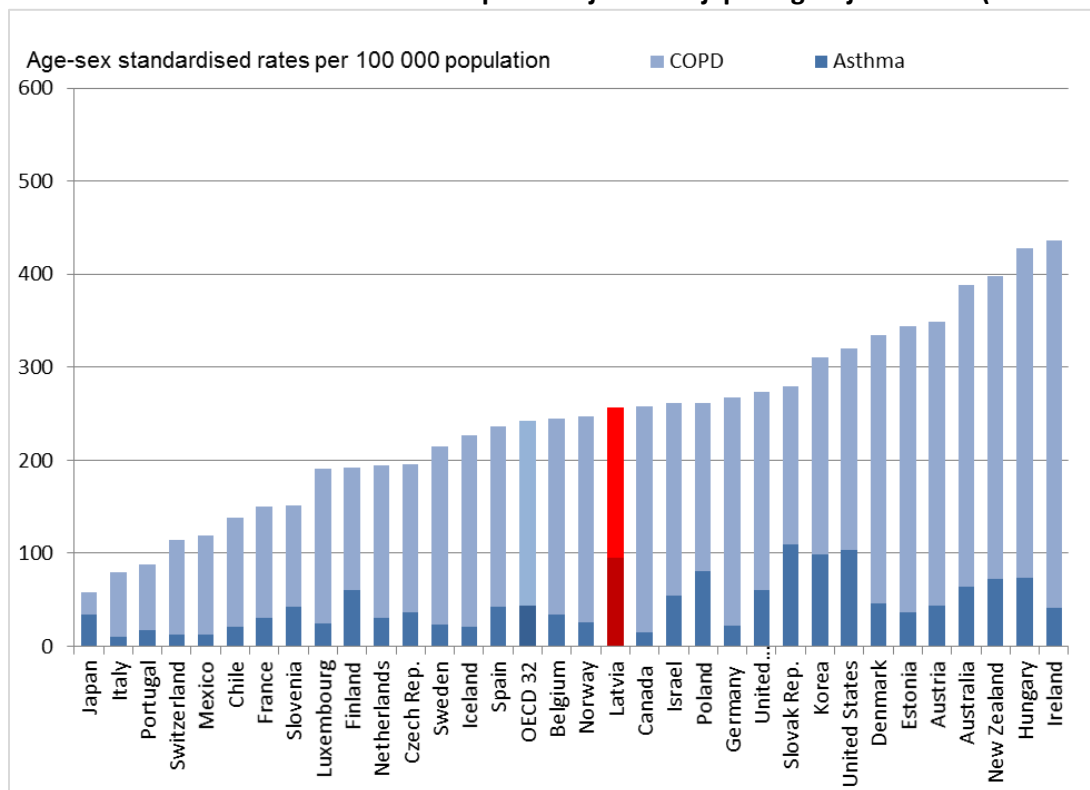
### 3. Konteksts

---

8. Lai gan Latvija vēl nav kļuvusi par OECD dalībvalsti, kam būtu jānotiek 2016. gadā, tā ir sākusi aprēķināt un sniegt ziņas par dažiem OECD veselības aprūpes kvalitātes indikatoriem. Salīdzinājumā ar citām OECD dalībvalstīm Latvijas veselības aprūpes sistēmas sniegums dažos no šiem indikatoriem (piemēram, hospitalizācijas gadījumi) ir viduvējs, savukārt citi indikatori (piemēram, mirstības rādītājs 30 dienu laikā pēc hospitalizācijas AMI dēļ) Latvijā nepārprotami ir vieni no zemākajiem.

9. Hospitalizācijas gadījumi konkrētu slimību, tai skaitā (cita starpā) astmas, HOPS, diabēta un hroniskas sirds mazspējas dēļ, var tikt izmantoti kā primārās aprūpes kvalitātes skaitliskie rādītāji. Lielu daļu aprūpes, kas saistīta ar šo slimību ārstēšanu un komplikāciju novēršanu, var veikt primārās aprūpes līmenī. Tādējādi augsta līmeņa primārajai aprūpei vajadzētu spēt novērst hospitalizācijas gadījumus šādu slimību dēļ. Latvijas kopējie pēc vecuma un dzimuma standartizētie astmas un HOPS izraisītas hospitalizācijas rādītāji ir tuvi OECD vidējiem rādītājiem (1. attēls). Arī diabēta izraisītas hospitalizācijas rādītāji Latvijā ir vidēji augsti (2. attēls). Taču OECD valstu salīdzinošie rādītāji ir jāinterpretē piesardzīgi, jo dažas novērotās hospitalizācijas rādītāju atšķirības var izskaidrot ar virkni faktoru, tai skaitā slimību prevalence, atšķirīga kodu piešķiršanas prakse, piekļuve aprūpei slimnīcā un veselības aprūpes izdevumu līmeņi.

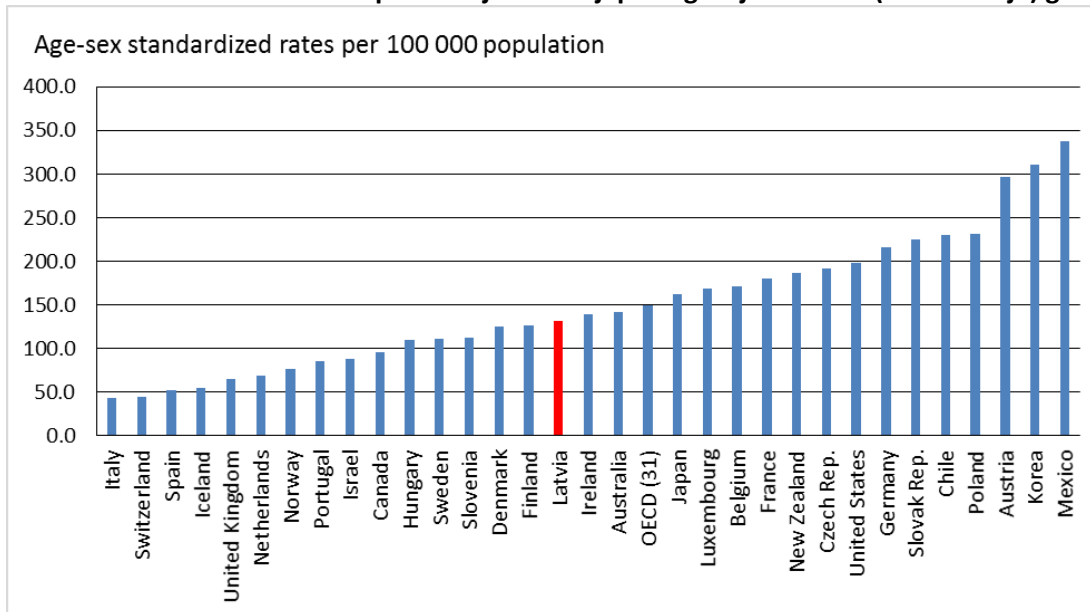
**1. attēls: Astmas un HOPS izraisītas hospitalizācijas rādītāji pieaugušajiem 2013. (vai tuvākajā) gadā**



Avots: OECD Health at a Glance, 2015.

Piezīmes: Dati par Šveici, Čili, Slovākiju, ASV, Jaunzēlandi un Ungāriju atspoguļo 2012. gadu; dati par Japānu, Nīderlandi un Beļģiju – 2011. gadu; visi pārējie dati attiecas uz 2013. gadu.

**2. attēls: Diabēta izraisītas hospitalizācijas rādītāji pieaugušajiem 2013. (vai tuvākajā) gadā**



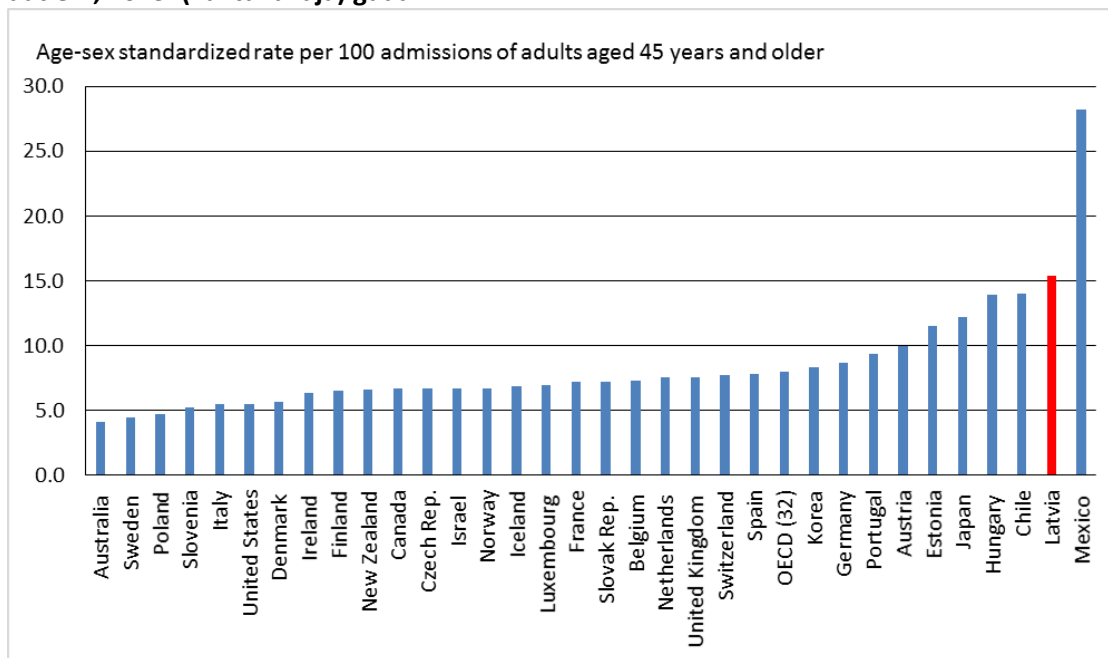
Avots: OECD Health at a Glance, 2015.

Piezīmes: Dati par Šveici, Islandi, Ungāriju, Luksemburgu, Jaunzēlandi, ASV un Slovākiju atspoguļo 2012. gadu; dati par Nīderlandi, Japānu un Beļģiju – 2011. gadu; dati par Čili – 2010. gadu; visi pārējie dati attiecas uz 2013. gadu.



10. Mirstības rādītājs 30 dienu laikā pēc hospitalizācijas AMI vai insulta dēļ, balstoties uz hospitalizācijas datiem, atspoguļo akūtās aprūpes kvalitāti, tai skaitā – savlaicīgu transportēšanu un efektīvu medicīnisko intervenci. Līdztekus aprūpes kvalitātei šos rādītājus var ietekmēt arī pārvešana no vienas slimnīcas uz citu, vidējais hospitalizācijas ilgums un slimības smaguma pakāpe (OECD, 2015. g.). Latvijā ir viens no augstākajiem mirstības rādītājiem 30 dienu laikā pēc hospitalizācijas AMI vai išēmiska insulta dēļ salīdzinājumā ar citām OECD valstīm (3. un 4. attēls).

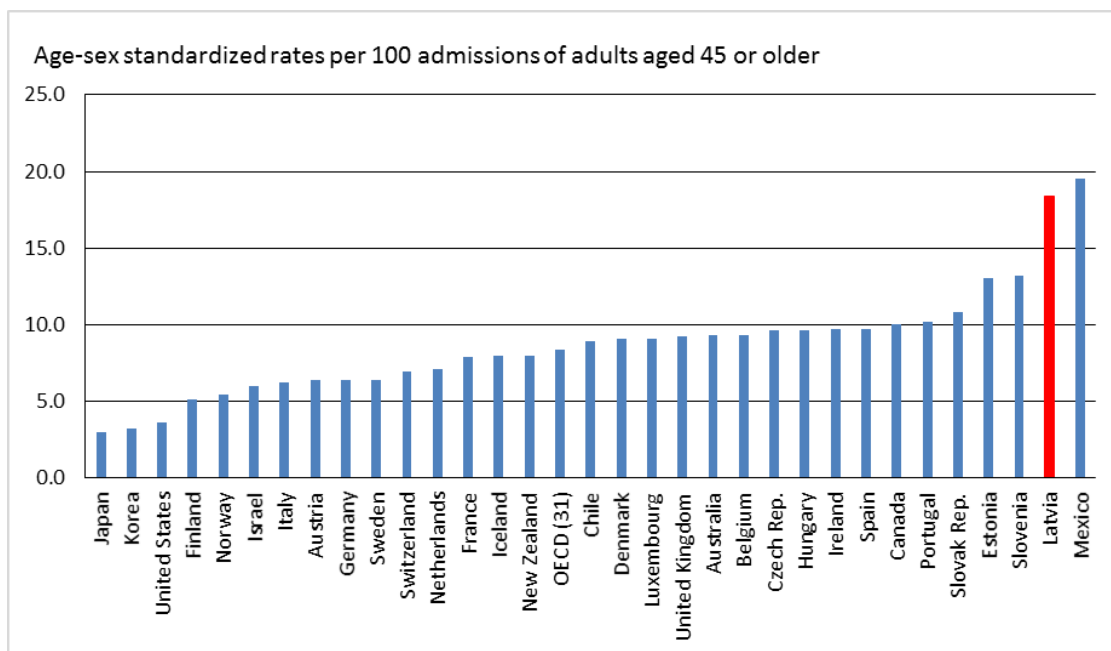
**3. attēls: Mirstības rādītājs 30 dienu laikā pēc hospitalizācijas AMI dēļ, balstoties uz hospitalizācijas datiem, 2013. (vai tuvākajā) gadā**



Avots: OECD Health at a Glance, 2015.

Piezīmes: Dati par Luksemburgu, Slovākiju un Čili atspoguļo 2012. gadu; dati par Nīderlandi un Japānu – 2011. gadu; visi pārējie dati attiecas uz 2013. gadu.

**4. attēls: Mirstības rādītājs 30 dienu laikā pēc hospitalizācijas išēmiska insulta dēļ, balstoties uz hospitalizācijas datiem, 2013. (vai tuvākajā) gadā**

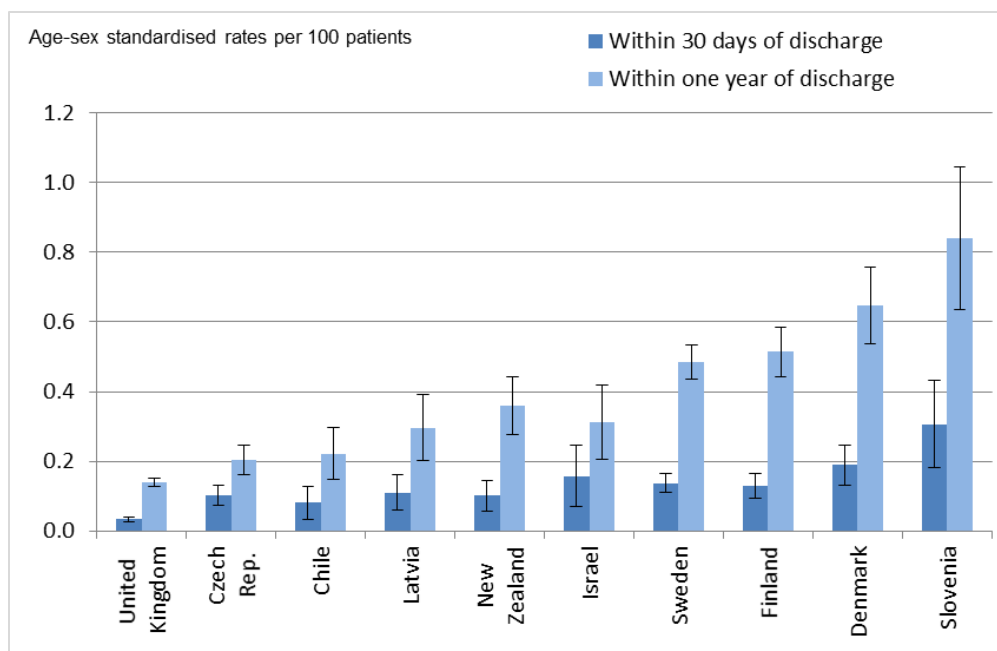


Avots: OECD Health at a Glance, 2015.

Piezīmes: Dati par Luksemburgu, Slovākiju un Čīli atspoguļo 2012. gadu; dati par Nīderlandi un Japānu – 2011. gadu; visi pārējie dati attiecas uz 2013. gadu.

11. Pašnāvību rādītājs pēc hospitalizācijas psihiatrisku traucējumu dēļ parāda garīgās veselības aprūpes kvalitāti ambulatoros apstākļos, kā arī koordinācijas kvalitāti ar stacionārās aprūpes sniedzējiem izrakstīšanas laikā un tūlīt pēc tās, kad pacienti ir pakļauti sevišķi augstam riskam (OECD, 2015. g.). Pieejamie dati liecina, ka Latvijā šis rādītājs ir ceturtais zemākais OECD valstu vidū pēc Apvienotās Karalistes, Čehijas un Čīles (5. attēls).

**5. attēls: Pašnāvību rādītājs pēc hospitalizācijas psihiatriska traucējuma dēļ periodā no 30 dienām līdz 1 gadam pēc izrakstīšanas, 2012. g.**



Avots: OECD Health at a Glance, 2015.

12. Vēža slimnieku izdzīvošanas rādītājs atspoguļo vēža pacientu aprūpes sistēmas kvalitāti, sākot no profilakses un diagnostikas līdz ārstēšanai. Lai gan Latvijā izdzīvošanas rādītāj krūts vēža gadījumā atbilst OECD vidējam rādītājam 85% līmenī, izdzīvošanas rādītāji dzemdes kakla un kolorektālā vēža gadījumā ir zemāki nekā attiecīgie OECD rādītāji (1. tabula). Šo visu trīs onkoloģisko slimību skrīninga rādītāji Latvijā salīdzinājumā ar OECD vidējiem rādītājiem ir samērā zemi.

**1. tabula: Dzemdes kakla, krūts un kolorektālais vēzis, piecu gadu relatīvais izdzīvošanas rādītājs, 2008.-2013. gads (vai tuvākais periods)**

	Latvija (%)	OECD (%)
Dzemdes kakla vēža pacienšu piecu gadu relatīvais izdzīvošanas rādītājs, 2008.-2013. g.	58,5	66,0
Krūts vēža pacienšu piecu gadu relatīvais izdzīvošanas rādītājs, 2008.-2013. g.	84,2	84,9
Kolorektālā vēža pacientu piecu gadu relatīvais izdzīvošanas rādītājs, 2008.-2013. g.	58,3	62,2

Avots: OECD Health at a Glance, 2015.

*Piezīmes:* Visi trīs Latvijas rādītāji atspoguļo 2008.-2013. gadu, taču dažu OECD valstu rādītāji (kas iekļauti vidējā rādītāja aprēķinā) attiecas uz dažādiem periodiem.

13. Visbeidzot, lai gan Latvija nesniedz datus ne par vienu OECD kvalitātes indikatoru, kas raksturo mātes un bērna veselības aprūpi, zīdaiņu, bērnu un mātes mirstības rādītāji Latvijā ir ievērojami augstāki par ES un Ziemeļvalstu vidējiem rādītājiem (2. tabula), kas liecina par augstu iespējamību, ka šajās jomās pastāv aprūpes kvalitātes nepilnības.

**2. tabula: Zīdaiņu, bērnu un mātes mirstība, 2013. (vai tuvākais) gads**

	Latvija	ES	Ziemeļvalstis
Zīdaiņu mirstība uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem	6,28	3,83	2,59
Nāves iespējamība līdz 5 gadu vecumam uz 1000 dzīvi	7,14	4,59	3,09

dzimušiem bērniem			
Mātes mirstība uz 100 000 dzīvi dzimušiem bērniem	24,28	4,99	4,83

Avots: PVO datu bāze "Health for All", 2015. g.

Piezīmes: Ziemeļvalstis ietver Dāniju, Somiju, Islandi, Norvēģiju un Zviedriju un to autonomos reģionus.

Zidaiņu mirstība uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem, gadi: Latvija (2012. g.), ES (2012. g.), Ziemeļvalstis (2013. g.).

Nāves iespējamība līdz 5 gadu vecumam uz 1000 dzīvi dzimušiem bērniem, gadi: Latvija (2012. g.), ES (2012. g.), Ziemeļvalstis (2013. g.).

Mātes mirstība uz 100 000 dzīvi dzimušiem bērniem: Latvija (2013. g.), ES (2013. g.), Ziemeļvalstis (2013. g.).

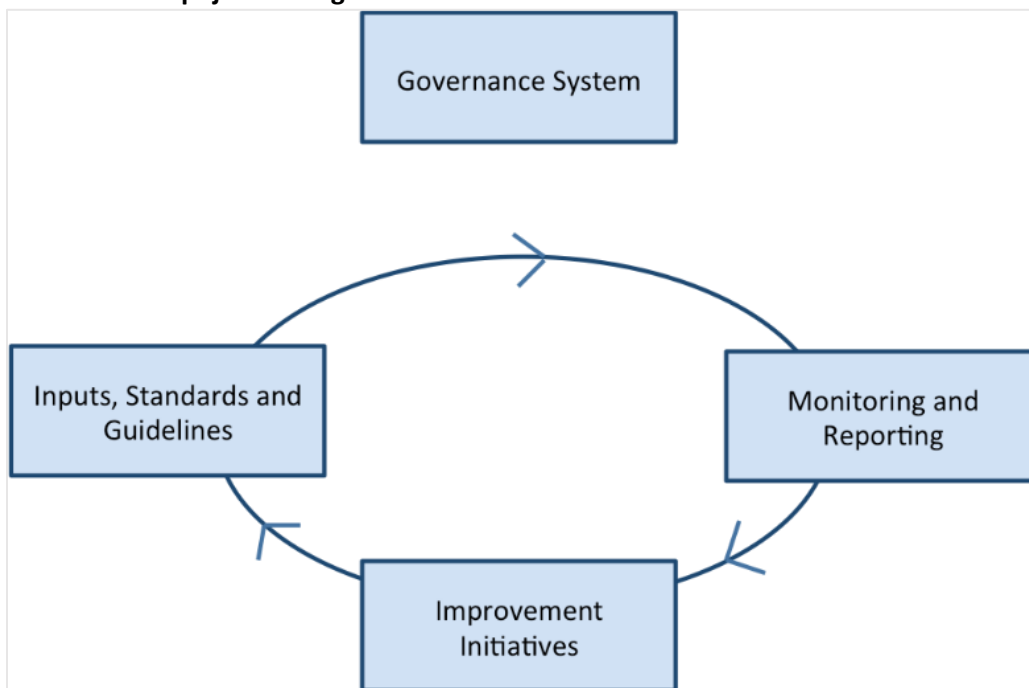
#### 4. Analītiskais ietvars

14. Analītiskais ietvars, kas tiks izmantota Latvijas veselības aprūpes nozares kvalitātes nodrošināšanas sistēmas novērtēšanai, ir balstīts uz citiem OECD un PVO iepriekš izstrādātiem ietvariem (OECD 2014; Shaw & Kalo 2002; Legido-Quigley et al. 2008). Tie palīdz klasificēt kvalitātes nodrošināšanas politikas pamatnostādnes un mehānismus, kā arī parametrus, tādus kā to tips, mērķis un atbilstības prasības (proti, vai tās ir brīvprātīgas, noteiktas tiesiskajos normatīvos vai motivē pēc principa "samaksa par rezultātiem"). Izstrādātais ietvars sastāv no pieciem kvalitātes nodrošināšanas sistēmu pamatkomponentiem, kuriem ir vienlīdz svarīga loma veselības aprūpes kvalitātes uzlabošanā un cikla norises nodrošināšanā (6. attēls). Šie pieci komponenti ir:

- i) kvalitātes nodrošināšanas pārvaldības sistēma;
- ii) veselības aprūpes sistēmas kvalitātes nodrošināšanas ievadparametri;
- iii) veselības aprūpes prakses standarti un vadlīnijas;
- iv) aprūpes kvalitātes monitorings un ziņošana;
- v) kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas.

15. Šī cikla pārvaldības sistēmu veido tiesiskais regulējums un dažādas veselības aprūpes nozares iestādes ar konkrētiem kvalitātes nodrošināšanas pienākumiem. Ciklu aizsāk mehānismi, kas nodrošina veselības aprūpes sistēmas ievadparametru kvalitāti, kā arī saskaņotu standartu un vadlīniju izveidi augstas kvalitātes veselības aprūpes nodrošināšanai. Tam seko monitorings un ziņošanas aktivitātes, lai noteiktu jebkuras veselības aprūpes sistēmas ievadparametru nepilnības un novērtētu atbilstību standartiem un vadlīnijām. Visbeidzot tiek īstenotas mērķtiecīgas uzlabojumu panākšanas iniciatīvas un aktivitātes, lai novērstu jebkuras aprūpes kvalitātes nepilnības, kas tika identificētas monitoringa un ziņošanas posmā un kas varētu palīdzēt mainīt ievadparametrus, standartus un vadlīnijas, tādējādi "noslēdzot kvalitātes cilpu".

## 6. attēls: Pakalpojumu sniegšanas kvalitātes nodrošināšanas un uzlabošanas cikls



Avots: Balstoties uz Shaw & Kalo, 2002. g., un OECD, 2014. g.

## 5. Pārskats par kvalitātes nodrošināšanas sistēmu Latvijā

### A. Kvalitātes nodrošināšanas pārvaldības sistēma

16. Kvalitātes nodrošināšanas pārvaldības sistēmas izstrāde ietver kvalitātes nodrošināšanas aktivitāšu veikšanas un pārraudzības pienākumu uzticēšanu dažādām veselības aprūpes nozares iestādēm. Ideālā gadījumā tas tiktu uzticēts vienai iestādei, piemēram, Veselības ministrijai vai valsts aģentūrai ar aktīvu vadības funkciju, kas spēj noformulēt skaidru un visaptverošu kvalitātes nodrošināšanas redzējumu vai stratēģiju veselības aprūpes nozarē un informēt par to sabiedrību un pakalpojumu sniedzējus un pircējus. Pienākumu sadalei jābalstās uz tiesisko pamatu, kas precizē kvalitātes nodrošināšanas lomas un aktivitāšu prasības starp veselības aprūpes nozares iestādēm.

### *Kvalitātes nodrošināšanas lomas un pienākumi Latvijā*

17. Latvijā ir vairākas iestādes, kas ir atbildīgas par kvalitātes nodrošināšanas aktivitāšu īstenošanu (3. tabula). Veselības ministrija (VM) ir primārā valsts iestāde, kas atbild par veselības aprūpes sistēmas plānošanu un regulēšanu. Šo pilnvaru ietvaros tā atbild par valsts veselības aprūpes pamatnostādņu un tiesību aktu izstrādi, kas nodrošina pamatu veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanai Latvijā. Ministrija arī pakāpeniski pārņēma vadošo lomu kvalitātes nodrošināšanā, pasūtot koncepcijas projektu par vienotas kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi. 2015. gada 28. septembrī Veselības ministrs apstiprināja koncepcijas projekta aprakstu, kas ietvēra galvenos principus un īstenojamās aktivitātes. Nākamgad tiek plānots sākt iepirkuma procedūru, lai izvēlētos uzņēmumu, kas izstrādās šo koncepcijas projektu, noslēdzot galīgo atlasi līdz 2016. gada jūnijam. Šis kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādei tiks piešķirts finansējums no Eiropas Savienības darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” (Groene, 2014. g.).

18. Citas iestādes, kam ir svarīga loma veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšanā Latvijā, ir Veselības inspekcija, Zāļu valsts aģentūra (ZVA) un Nacionālais veselības dienests (NVD). Veselības inspekcija ir aģentūra, kas ir atbildīga par veselības aprūpes iestāžu monitoringu un atbilstības nodrošināšanu pakalpojumu sniegšanas nosacījumiem, kas paredzēti ar NVD noslēgtajos līgumos, kā arī ar obligātajām, VM noteiktajām tiesisko normatīvu prasībām. ZVA kvalitātes nodrošināšanas prasības ietver medicīnas produktu un ierīču novērtēšanu un reģistrēšanu; atļauju izsniegšanu medicīnas produktu un ierīču klīnisko pētījumu veikšanai; farmakovigilances, hemovigilances un medicīnas ierīču vigilances pārraudzību; audu, šūnu un orgānu ieguves un glabāšanas centru, ārstniecības iestāžu asins kabinetu, asins sagatavošanas nodaļu un Valsts Asinsdonoru centra novērtēšanu un uzraudzību un farmācijas uzņēmumu licencēšanu. Turklāt arī NVD – valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu galvenais pircējs – veic dažas kvalitātes nodrošināšanas aktivitātes, tai skaitā klīnisko vadlīniju projektu izvērtēšanas organizēšanu, klīnisko vadlīniju reģistrāciju tiešsaistes datu bāzē, piemaksu nodrošināšanu par kvalitāti primārajā veselības aprūpē un nacionālās sistēmas “E-veselība” izstrādi.

**3. tabula: Veselības aprūpes nozares iestāžu kvalitātes nodrošināšanas pienākumi Latvijā**

iestāde	Kvalitātes nodrošināšanas (KN) pienākumi
<b>Veselības ministrija</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valsts veselības aprūpes politikas un ar aprūpes kvalitāti saistītu tiesības aktu izstrāde</li> </ul>
<b>Veselības inspekcija</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pārbaudes ārstniecības iestādēs</li> <li>• Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts finansējuma izlietojuma uzraudzība un pārbaudes</li> <li>• Veselības aprūpes kvalitātes pārbaudes un kapacitātes pārbaudes (pēc pieprasījuma)</li> <li>• Ārstniecības iestāžu reģistra un Ārstniecības personu un atbalsta personu reģistra uzturēšana</li> <li>• Atbalsts Ārstniecības riska fondam, veicot ekspertīzi un sagatavojot atzinumu</li> <li>• Atbalsts nacionālajam pārrobežu veselības aprūpes kontaktpunktam</li> </ul>
<b>Nacionālais veselības dienests</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ģimenes ārstu kvalitātes programma</li> <li>• Klīnisko vadlīniju projektu izvērtēšanas organizēšana un klīnisko vadlīniju reģistrācija tiešsaistes datu bāzē</li> <li>• Medicīnisko tehnoloģiju izvērtēšana un reģistrācija</li> <li>• Stacionāro un ambulatoro ārstniecības iestāžu snieguma novērtējums</li> <li>• Gaidīšanas sarakstu monitorings</li> <li>• Sistēmas “E-veselība” izstrāde</li> <li>• Farmaceutisko līdzekļu izvērtēšana par iekļaušanu pozitīvo zāļu sarakstā</li> <li>• Ārstniecības riska fonda administrēšana</li> </ul>
<b>Zāļu valsts aģentūra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicīnas produktu un medicīnas ierīču atbilstības novērtējums un reģistrācija; medicīnas produktu kvalitātes ekspertīze</li> <li>• Atļauju izsniegšana medicīnas produktu un medicīnas ierīču klīnisko pētījumu veikšanai un to procedūru uzraudzība</li> <li>• Valsts kompetentā iestāde farmakovigilances, medicīnas</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>ierīču vigilances un hemovigilances veikšanai</li> <li>Audu, šūnu un orgānu ieguves un glabāšanas centru, ārstniecības iestāžu asins kabinetu, asins sagatavošanas nodaļu un Valsts asinsdonoru centra atbilstības novērtējums un uzraudzība</li> <li>Ar farmāciju saistītu aktivitāšu atbilstības novērtējums un īpašu atļauju (licenču) izsniegšana</li> <li>Farmācijas uzņēmumu licencēšana</li> </ul>
Latvijas Ārstu biedrība, Latvijas Māsu asociācija un Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sertifikācija un atkārtota sertifikācija</li> <li>Klīnisko vadlīniju izstrāde</li> </ul>
Latvijas Farmaceitu biedrība	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uztur farmaceitu un farmaceitu asistentu reģistru</li> <li>Sertificē farmaceitu un farmaceitu asistentu profesionālās pieredzes ilgumu</li> <li>Atbalsta farmaceitu un farmaceitu asistentu mūžizglītības procesu</li> </ul>
Slimību profilakses un kontroles centrs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veselību ietekmējošu paradumu monitorings</li> <li>OECD kvalitātes indikatoru monitorings</li> <li>Sabiedrības veselības datu un veselības aprūpes statistiskās informācijas (piemēram, slimību reģistri, nāves cēloņu datu bāze, jaundzimušo reģistrs, valsts statistikas pārskati) ieguve, apkopošana un analīze</li> </ul>
Ārstniecības iestādes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiācijas drošības monitorings</li> <li>Aprīkojuma drošības monitorings</li> <li>Darba drošības monitorings</li> <li>Pacientu drošības monitorings</li> <li>Kvalitātes vadības sistēmas izstrāde</li> <li>Epidemioloģiskās drošības prasību uzraudzība</li> <li>Ziņošana par nevēlamiem notikumiem un sarežģījumiem</li> <li>Farmakovigilances un hemovigilances īstenošana</li> </ul>

### *Tiesiskais pamats*

19. Latvijā ir izstrādāta tiesību aktu sistēma, saskaņā ar kuru tiek īstenotas kvalitātes nodrošināšanas aktivitātes veselības aprūpes nozarē. Ārstniecības likums ir galvenais tiesību akts, kas nosaka dažādu veselības aprūpes nozares iestāžu kvalitātes nodrošināšanas pienākumus, lai panāktu “slimību vai traumu kvalificētu profilaksi un diagnostiku, kā arī kvalificētu pacienta ārstēšanu un rehabilitāciju”. Šajā likumā ir aptvertas vairākas jomas, tai skaitā vispārīgas prasības praktizējošām ārstniecības personām, ārstniecības iestādēm un atbildīgajām sertifikācijas institūcijām; ārstniecības personu tiesības un pienākumi; kā arī pacientu ar psihiskām slimībām tiesības un pienākumi un nosacījumi, saskaņā ar kuriem šādiem pacientiem var tikt veikta psihiatriska ārstēšana bez viņu piekrišanas.

20. Citi tiesību akti kvalitātes nodrošināšanai ietver (i) Pacientu tiesību likumu, kas aptver tādus jautājumus, kā pacienta tiesības uz informāciju un informētu piekrišanu, kvalitatīva un savlaicīga

ārstēšana, datu aizsardzība un kompensācija par kaitējumu, kas radies ārstēšanas laikā vai tās rezultātā, un (ii) Farmācijas likums, kas nosaka farmācijas jomā strādājošo valsts iestāžu funkcijas un mērķus, kā arī zāļu un farmaceitiskās aprūpes drošības, kvalitātes un efektivitātes prasības.

21. Papildus šiem likumiem dažādas kvalitātes nodrošināšanas programmas un aktivitātes regulē vairāki Ministru kabineta noteikumi (4. tabula).

**4. tabula: Ministru kabineta noteikumi, kas attiecas uz kvalitātes nodrošināšanu**

Kvalitātes nodrošināšanas programma/aktivitāte	Ministru kabineta noteikumi
Ģimenes ārstu kvalitātes programma	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noteikumi Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (pieņemti 2013. gada 17. decembrī)</li> </ul>
Klīnisko vadlīniju izstrāde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noteikumi Nr. 469 "Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas" (pieņemti 2010. gada 25. maijā)</li> </ul>
Ārstniecības iestāžu kvalitātes nodrošināšana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noteikumi Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" (pieņemti 2009. gada 20. janvārī)</li> <li>Noteikumi Nr. 574 "Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē" (pieņemti 2006. gada 11. jūlijā)</li> <li>Noteikumi Nr. 220 "Zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās" (pieņemti 2007. gada 27. martā)</li> <li>Noteikumi Nr. 170 "Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru" (pieņemti 2005. gada 8. martā)</li> <li>Noteikumi Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība" (pieņemti 2013. gada 17. decembrī)</li> <li>Noteikumi Nr. 47 "Farmakovigilances kārtība" (pieņemti 2013. gada 22. janvārī)</li> <li>Noteikumi Nr. 1040 "Kārtība, kādā ārstniecības persona ziņo par vakcinācijas izraisītajām komplikācijām" (pieņemti 2005. gada 27. decembrī)</li> <li>Noteikumi Nr. 1037 "Noteikumi par cilvēka asiņu un asins komponentu savākšanas, testēšanas, apstrādes, uzglabāšanas un izplatīšanas kvalitātes un drošības standartiem un kompensāciju par izdevumiem zaudētā asins apjoma atjaunošanai" (pieņemti 2005. gada 27. decembrī)</li> <li>Noteikumi Nr. 1176 "Cilvēka audu un šūnu izmantošanas kārtība" (pieņemti 2013. gada 22. oktobrī)</li> </ul>
Ārstniecības personu kvalitātes nodrošināšana	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noteikumi Nr. 943 "Ārstniecības personu sertifikācijas kārtība" (pieņemti 2012. gada 18. decembrī)</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noteikumi Nr. 268 “Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu” (pieņemti 2009. gada 24. martā)</li> <li>• Noteikumi Nr. 192 “Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība” (pieņemti 2009. gada 24. februārī)</li> <li>• Noteikumi Nr. 454 “Farmaceitu un farmaceitu asistentu reģistrēšanas kārtība” (pieņemti 2004. gada 27. aprīlī)</li> <li>• Noteikumi Nr. 290 “Farmaceitu profesionālās kvalifikācijas sertifikātu izsniegšanas, pārreģistrēšanas un anulēšanas kārtība” (pieņemti 2010. gada 23. martā)</li> </ul>
<b>Medicīnisko tehnoloģiju kvalitātes nodrošināšana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noteikumi Nr. 891 “Cilvēkiem paredzēto medicīnisko ierīču klīniskās izpētes kārtība” (pieņemti 2010. gada 21. septembrī)</li> <li>• Noteikumi Nr. 468 “Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un jaunu medicīnisko tehnoloģiju ieviešanas kārtība” (pieņemti 2010. gada 28. jūnijā)</li> <li>• Noteikumi Nr. 581 “Medicīnisko ierīču reģistrācijas, atbilstības novērtēšanas, izplatīšanas, ekspluatācijas un tehniskās uzraudzības kārtība” (pieņemti 2005. gada 1. augustā)</li> <li>• Noteikumi Nr. 376 “Zāļu reģistrēšanas kārtība” (izdoti 2006. gada 9. maijā)</li> <li>• Noteikumi Nr. 289 “Noteikumi par zāļu klīniskās izpētes un lietošanas novērojumu veikšanas kārtību, pētāmo zāļu marķēšanu un kārtību, kādā tiek vērtēta zāļu klīniskās izpētes atbilstība labas klīniskās prakses prasībām” (izdoti 2010. gada 23. martā)</li> </ul>

## B. Veselības aprūpes sistēmas ievadparametru kvalitātes nodrošināšana

22. Otrs svarīgs kvalitātes nodrošināšanas sistēmas komponents ietver mehānismus veselības aprūpes sistēmas ievadparametru, tādu kā cilvēkresursi un fiziskā infrastruktūra, kvalitātes nodrošināšanai. Šie mehānismi ietver ārstniecības personu sertifikāciju un reģistrāciju ar periodiskas atkārtotas sertifikācijas prasībām, kā arī ārstniecības iestāžu reģistrāciju. Lai gan ārstniecības iestāžu reģistrāciju un ārstniecības personu sertifikāciju paredz likumdošana, atkārtotu sertifikāciju var veikt brīvprātīgi.

### *Ārstniecības personu sertifikācija, resertifikācija un reģistrācija*

23. Ārstniecības personu sertifikācija un resertifikācija jāveic attiecīgajām profesionālajām asociācijām, kas norādītas Ārstniecības likumā (5. tabula) un kurām pēc saviem ieskatiem ir tiesības apturēt vai atcelt sertifikātus. Latvijā visu ārstniecības personu reģistrāciju Ārstniecības personu reģistrā veic Veselības inspekcija, izņemot farmaceitus un farmaceitu asistentus, kurus reģistrē Latvijas Farmaceitu biedrība. Lai saņemtu sertifikātu, pēc izglītības programmas, kas atbilst tiesiskajos

normatīvos noteiktajām izglītības prasībām, pabeigšanas ārstniecības persona kārto kvalifikācijas eksāmenu un samaksā maksu, lai saņemtu sertifikātu no attiecīgajām asociācijām. Sertifikāti apakšspecialitātēs tiek piešķirti līdzīgā veidā. Farmaceita sertifikāts apstiprina Farmācijas likumā norādīto prasību izpildi un piešķir tiesības vadīt aptieku. Informācija par ārstniecības personas sertifikāciju ir pieejama ārstniecības personu reģistrā (informāciju atjaunina Veselības inspekcija), un informācija par farmaceitu sertifikāciju ir pieejama farmaceitu reģistrā (informāciju atjaunina Farmaceitu biedrība).

#### 5. tabula: Par ārstniecības personu sertifikāciju atbildīgās asociācijas

Veselības aprūpes profesijas	Sertificējošā asociācija
Ārsti un zobārsti	Latvijas Ārstu biedrība
Medmāsas, vecmātes, zobārstniecības māsas, zobu higiēnisti	Latvijas Māsu asociācija
Ārstu asistenti, ģenētiķi, runas terapeiti, psihoterapeiti (bez medicīniskās izglītības), sociālie darbinieki, sabiedrības veselības speciālisti, masieri, funkcionālie speciālisti utt.	Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība
Farmaceiti	Latvijas Farmaceitu biedrība

24. Ārstniecības personu sertifikāta derīguma termiņš ir 5 gadi, un pēc pieciem gadiem ir nepieciešama resertifikācija. Ārstniecības personām, kurām ir nepieciešama resertifikācija, ir jāiesniedz pieteikums un profesionālās darbības pārskats attiecīgajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā atspoguļots sertifikāta derīguma periodā veiktā darba apjoms, intensitāte un kvalitāte. Ārstniecības personām ir arī jāiesniedz sertificējošajā iestādē maksājumu apliecinājoša dokumenta kopija par resertifikācijas procesa apmaksu. Pēc tam sertificējošā iestāde izvērtē pieteikuma iesniedzēja profesionālo un zinātnisko darbību.

25. Sertifikāta derīguma termiņa laikā ārstniecības personām ir arī jāiegūst 250 tālākizglītības punkti *ārsta* un *zobārsta* pamatspecialitātēs, apakšspecialitātēs vai papildspecialitātēs, kā arī *fizioterapeita* pamatspecialitātē. Visām pārējām ārstniecības personām, tai skaitā medicīnas māsām, jāiegūst 150 tālākizglītības punkti pamatspecialitātēs, apakšspecialitātēs un papildspecialitātēs. Medicīnas un diagnostiskajām metodēm ir nepieciešami 100 tālākizglītības punkti. Vismaz 60% punktu jābūt iegūtiem ar zinātniskās un profesionālās darbības, kā arī tālākizglītības palīdzību. Ārsti, zobārsti un fizioterapeiti var iegūt nepieciešamos 250 punktus, lasot lekcijas medicīnas studentiem, piedaloties zinātniskās konferencēs, semināros un apmācībās, publicējot savu pētījumu rezultātus žurnālos vai iesaistoties starptautiskās vai nacionālās padomēs, profesionālās asociācijās, sertifikācijas komisijās vai ziedojumu projektos. Latvijas Ārstu biedrība organizē piecas starpdisciplinārās konferences gadā, kuras ārsti var izmantot punktu iegūšanai. Medicīnas māsas var iegūt 150 punktus, piedaloties dažādās aktivitātēs, tostarp, konferencēs, semināros un apmācībās. Latvijas Ārstu biedrībai, Latvijas Māsu asociācijai vai Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībai ir jāapstiprina apmeklētās konferences, semināri un mācību kursi, norādot punktu skaitu katrai aktivitātei. Ārstniecības persona var arī kārtot resertifikācijas eksāmenu, lai gan 90 procenti ārstu veic resertifikāciju ar punktu sistēmas palīdzību.

26. Pēc izmaiņām specialitāšu klasifikācijā ir specialitātes (tai skaitā pirmsskolas iestāžu un skolu medicīnas māsas), kurās vairs netiek izsniegti jauni sertifikāti (un netiek veikta resertifikācija). Līdz 2016. gada 31. decembrim sertifikāta derīguma periodā ārstniecības personām ir tiesības turpināt savu profesionālo darbību un iegūt sertifikātu citā specialitātē. Sākot ar 2017. gadu, ārstniecības personām nebūs tiesību veikt profesionālu darbību šajās atceltajās specialitātēs. Latvijas Māsu asociāciju sevišķi satrauc situācija ar medicīnas māsām, kuras ir saņēmušas pirmsskolas vai skolas medicīnas māsas

sertifikātu, jo tikai 25 procenti praktizējošo skolas medmāsu ir ieguvušas sertifikātu kādā citā derīgā specialitātē.

27. Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība izsniedz sertifikātus ārstniecības atbalsta personām, piemēram, ģenētiķiem, runas terapeitiem, sociālajiem darbiniekiem, funkcionālajiem speciālistiem un masieriem. Veselības inspekcija reģistrē ārstniecības atbalsta personas Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā. Ārstniecības atbalsta personām, kuras vēlas iegūt sertifikātu, ir jāiesniedz šādi dokumenti Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienībai: izglītības dokumenti, pārskats par profesionālo darbību un apliecinošs dokuments par sertifikācijas procesa apmaksu. Ārstniecības atbalsta personas kārtu sertifikācijas eksāmenu. Resertifikāciju veic Latvijas Ārstniecības personu profesionālo organizāciju savienība, kas izskata ārstniecības personas iesniegto pārskatu par tās profesionālo darbību un kvalifikācijas paaugstināšanas pasākumiem iepriekšējā piecu gadu periodā un apstiprina, ka tie sastāda vismaz 50 stundas gadā. Farmaceiti, kas strādā aptiekās, iziet resertifikāciju, piedaloties tālākizglītības procesā, ko atzinusi Latvijas Farmaceitu biedrība.

### *Ārstniecisko un diagnostisko metožu sertifikācija*

---

28. Latvijas Ārstu biedrība un Latvijas Māsu asociācija arī izsniedz ārstniecisko un diagnostisko metožu sertifikātus. Šis dokuments apliecina attiecīgās ārstniecības personas profesionālo prasmju līmeni un apstiprina, ka tai ir tiesības patstāvīgi piemērot sertifikātā norādīto ārstniecisko vai diagnostisko metodi.

### *Ārstniecības iestāžu reģistrācija*

---

29. Kopš 2009. gada Veselības inspekcija reģistrē visas ārstniecības iestādes, pamatojoties uz atbilstību piemērojamajiem tiesību aktiem. Saskaņā ar Ārstniecības likumu visiem pakalpojumu sniedzējiem neatkarīgi no to juridiskā statusa ir jānodrošina atbilstība prasībām, kas uzskaitītas Latvijas Republikas Ministru kabineta noteikumos Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām". Tas ietver prasības attiecībā uz strukturālām iezīmēm, ārstniecības personu komplektāciju un kvalifikāciju, higiēnu, medicīniskā aprīkojuma un klīnisko procesu kvalitāti. Farmācijas uzņēmumu licences izsniedz un tos reģistrē ZVA.

30. Līdz 2009. gadam visām ārstniecības iestādēm bija jābūt akreditētām saskaņā ar šīm minimālajām prasībām. Tas ir, iestādes varēja lūgt veikt maksas pārbaudi, lai noskaidrotu, vai tās atbilst likumdošanā paredzētajām prasībām, un, ja tās atbilda prasībām, tās saņemtu sertifikātu. Taču kopš 2009. gada akreditācijas sistēma ir atcelta, un atbilstības noteikšana ir iekļauta Veselības inspekcijas uzraudzības funkcijā. Līdz 2014. gadam atbilstība tika noteikta, tikai balstoties uz attiecīgo ārstniecības iestāžu pašatskaitēm, kā arī plānotām, nejausām pārbaudēm, kuras Veselības inspekcija veica pēc reģistrācijas. Šobrīd ārstniecības iestāde tiek iekļauta reģistrā tikai pēc inspektora vizītes, kad inspektors ir pārbaudījis, vai iestāde atbilst visām obligātajām prasībām.

### *C. Veselības aprūpes prakses standarti un vadlīnijas;*

---

31. Veselības aprūpes standarti un vadlīnijas ir labu kvalitātes nodrošināšanas sistēmu pamatprasības. To pamatā parasti ir visaptverošas, uz pierādījumiem balstītas klīniskās vadlīnijas un

klīniskie protokoli, kas kalpo par kvalitātes monitoringa aktivitāšu kritērijiem. Standartizēta medicīnisko tehnoloģiju novērtējuma funkcija un nepārtraukta klīnisko vadlīniju un protokolu atjaunināšana ir svarīgi priekšnoteikumi, lai šie pasākumi atspoguļotu uz pierādījumiem balstītu praksi.

### *Klīniskās vadlīnijas*

---

32. Latvijā šobrīd ir decentralizēta vadlīniju izstrādes sistēma, kuras ietvaros vadlīnijas ir tiesīgas izstrādāt ārstniecības personu profesionālās organizācijas, ārstniecības iestādes un augstākās izglītības iestādes, kas īsteno akadēmiskas un otrā līmeņa profesionālās studiju programmas medicīnā. Daudzas profesionālās organizācijas savās tīmekļa vietnēs publicē vadlīnijas, kuras tās ir vai nu izstrādājušas vai adaptējušas no ārvalstu avotiem. Turklāt kopš 2010. gada šīs ieinteresētās personas var iesniegt vadlīniju projektu NVD, lai reģistrētu to datu bāzē, kas ir pieejama NVD tīmekļa vietnē.

33. NVD reģistrēto klīnisko vadlīniju projekts var būt oriģināls, adaptēts vai tulkots, un tam ir jāatbilst Ministru kabineta noteikumu Nr. 469 "Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas" prasībām. Prasības ietver ieguvumus, blaknes un riskus, kas var rasties, sekojot šīm vadlīnijām, vadlīniju piemērošanas mērķa grupu, norādot diagnozes vai diagnožu grupas atbilstoši SSK-10, un pierādījumu informācijas avotus un atlases kritērijus. Vadlīniju izstrādē izmantoto pierādījumu ticamības pakāpe ir jānorāda atbilstoši četriem līmeņiem (A, B, C vai D), kur A līmenis apzīmē augstu ticamības līmeni jeb pierādījumus, kas iegūti vairākos labas kvalitātes, randomizētos klīniskajos pētījumos, kuros veikta arī meta-analīze, un D līmenis apzīmē pieredzi, kas iegūta vairāku gadījumu novērojumos vai ekspertu vienbalsīgu ieteikumu rezultātā.

34. NVD tīmekļa vietnē pieejamajā datu bāzē šobrīd ir publicētas 27 klīniskās vadlīnijas, no kuriem trīs attiecas uz sirds un asinsvadu slimībām un 12 – uz onkoloģiskām slimībām. Šīs vadlīnijas tika pievienotas gadu gaitā kopš reģistra izveides 2010. gadā, tai skaitā 8 – 2011. gadā, 4 – 2012. gadā, 5 – 2013. gadā, 4 – 2014. gadā un 5 – 2015. gadā. Šobrīd netiek pieprasīta periodiska šo vadlīniju atjaunināšana, un netiek izmantota neviena monitoringa sistēma, lai pārbaudītu, kā tās tiek ievērotas. Kopumā šīs vadlīnijas ir rekomendācijas, kurām var sekot, nevis obligāta, vispārpieņemta pieeja. Tādējādi nav ieviesta neviena sistēma, kas mērītu atbilstību šīm vadlīnijām. Parasti šo vadlīniju izstrādei pieejamais finansējums ir zems.

35. NVD ir atbildīgs arī par Racionālas farmakoterapijas rekomendācijām, kas ir pieejamas NVD tīmekļa vietnē, tā ambulatorai lietošanai paredzēto medicīnas produktu un medicīnas ierīču kompensācijas sistēmas ietvaros.

### *Protokoli vai slimību pārvaldības programmas*

---

36. Latvijā šobrīd nepastāv integrētas aprūpes protokoli vai slimību pārvaldības programmas četrās prioritārajās slimību grupās.

### *D. Aprūpes kvalitātes monitorings un ziņošana*

---

37. Aprūpes kvalitātes monitoringu veic vai nu ārējas struktūrvienības vai paši pakalpojumu sniedzēji. Parasti pakalpojumu sniedzējiem ir jāpiedalās ārējās kvalitātes pārbaudēs (piemēram, revīzijās

vai nejaušās pārbaudēs) un jāveic atsevišķas kvalitātes monitoringa aktivitātes vai nu saskaņā ar tiesību aktiem vai pakalpojumu pircēja līgumiem. Monitoringa ietvaros parasti tiek pārbaudīts, kā tiek ievēroti klīniskās prakses un ārstniecības iestāžu kvalitātes standarti.

### *Veselības inspekcijas veiktais monitorings*

38. Veselības inspekcija ir galvenā iestāde, kas ir atbildīga par veselības aprūpes kvalitātes monitoringu, un tā īsteno trīs plašas monitoringa kategorijas: (i) pārbaudes ārstniecības iestādēs; (ii) veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts finansējuma izlietojuma uzraudzība un pārbaudes un (iii) veselības aprūpes kvalitātes un kapacitātes pārbaudes (pēc pieprasījuma). Papildus aģentūras galvenajam birojam Rīgā Veselības inspekcijai ir četras reģionālās filiāles, kas ir atbildīgas par uzraudzības aktivitāšu veikšanu. Pavisam ir 46 inspektori (3 tehniskās uzraudzības inspektori, 18 inspektori, kas veic ārstniecības iestāžu uzraudzību, 12 inspektori, kas uzrauga atbilstību līgumiem, un 13 ārsti –eksperti, kas veic veselības aprūpes kvalitātes uzraudzību).

### *Pārbaudes ārstniecības iestādēs*

39. Ārstniecības iestādēs veiktajās pārbaudēs tiek noteikta atbilstība dažādiem tiesību aktiem (1. pielikums). Šīs prasības aptver virkni jomu, tai skaitā strukturālas iezīmes, ārstniecības personu komplektāciju un kvalifikāciju, higiēnu, ārstniecības iekārtu un klīnisko procesu kvalitāti. Turklāt Ministru kabineta noteikumu Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām" 17. punktā ir norādīts, ka visām ārstniecības iestādēm ir jāizstrādā un jāīsteno kvalitātes vadības sistēma, kas ietver šādus pasākumus: "regulāra sniegto ārstniecības pakalpojumu kvalitātes kontrole, pacientu sūdzību un ieteikumu izskatīšana, ārstniecības rezultātu analīze un ārstniecības pakalpojumu kvalitātes pilnveidošana."

40. Atbilstība šiem noteikumiem tiek kontrolēta trīs veidos: (i) plānotas, ikgadējas pārbaudes atbilstoši konkrētām prioritātēm (t.i., uzsvars uz specifiska profila iestādēm, specifiska tipa ārstniecības nodaļu vai atbilstība konkrētiem tiesību aktiem); (ii) ārpuskārtas pārbaudes, kas parasti tiek veiktas pēc informācijas vai dokumentu saņemšanas (no plašsaziņas līdzekļiem, iedzīvotājiem, Veselības ministrijas, NVD vai citas iestādes) par konkrētām ārstniecības iestādēm, (iii) priekšlikumu izpildes pārbaudes, lai pārbaudītu atbilstību pēc konkrētu ieteikumu sniegšanas, un (iv) apvienotās pārbaudes. Visu veidu pārbaudžu skaits gadu no gada atšķiras, taču pārsvarā tiek veiktas plānotas pārbaudes (6. tabula). Plānoto kontroles pasākumu prioritātes parasti tiek noteiktas, veicot iepriekšējās pārbaudēs iegūtās informācijas riska analīzi, kā arī izskatot pacientu sūdzības, kas ir ievadītas elektroniskajā sistēmā kopš 2012. gada. Lai gan plānotie kontroles pasākumi tiek veikti katru gadu, netiek pārbaudītas visas iestādes. Iestādes Rīgā, kas sastāda gandrīz pusi no visām iestādēm valstī, tiek pārbaudītas retāk. Vidēji stacionāras iestādes tiek pārbaudītas ik pēc 4-5 gadiem, savukārt, ambulatorās iestādes – ik pēc 6-7 gadiem. Tipiski neatbilstību piemēri ir sanitāri-epidemioloģisko noteikumu pārkāpumi, medicīnisko ierīču pareizas ekspluatācijas un apkopes neievērošana, standartizētas kvalitātes vadības sistēmas un saistīto komponentu neesamība, neatbilstoša ārstniecības dokumentācija un nepietiekama pieejamības nodrošināšana pacientiem ar īpašām vajadzībām.

41. Sankcijas par tiesību aktu pārkāpumiem svārstās no brīdinājuma izteikšanas un administratīvajiem sodiem saskaņā ar Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodeksu līdz lietas nodošanai tiesībsargājošajām iestādēm vai darbības apturēšanai, ja tiek konstatēts, ka neatbilstība rada ievērojamu

apdraudējumu pacientu veselībai un drošībai. Var tikt veiktas turpmākas pārbaudes, lai pārliecinātos par sniegto rekomendāciju izpildi.

#### 6. tabula: Ārstniecības iestāžu pārbaudes

Gads	Plānota pārbaude	Ārpuskārtas pārbaude	Turpmākas pārbaudes
2012.	465	137	231
2013.	512	158	185
2014.	716	211	205
2015. (pusgada)	420	95	100

Avots: Veselības inspekcija

#### Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts finansējuma izlietojuma pārbaudes

42. Šāda veida pārbaudēs tiek pārbaudīts, cik ilgs laiks paiet līdz aprūpes saņemšanai, kā arī atbilstība starp ārstniecības iestādēm un NVD noslēgto līgumu noteikumiem un tiesību aktiem. Pārbaudes var tikt veiktas uz iekšēju rekomendāciju pamata, kā arī riska analīzes vai ārēju rekomendāciju rezultātā (no NVD, VM, Valsts ieņēmumu dienesta, citām iestādēm, pacientiem vai plašsaziņas līdzekļiem). Katru gadu tiek veiktas aptuveni 250 pārbaudes (7. tabula). 2014. gadā divas trešdaļas no tām tika veiktas ārēju rekomendāciju rezultātā. Visbiežāk novērojami pārkāpumi ir neveikti maksājumi, tiesību aktiem neatbilstošas manipulācijas, maksu pārklāšanās par vienu un to pašu procedūru, iekasējot tās gan no pacienta, gan NVD, un pakalpojumu pieejamības nepilnības (piemēram, garas rindas vai pieprasījums pacientiem apmaksāt pakalpojumus).

43. Ja tiek konstatēts pārkāpums, iestādei tiek izteikts brīdinājums. Nepieciešamības gadījumā sankcijas var ietvert prasību atgriezt naudu pacientiem vai NVD, soda naudas un maksājumu apturēšanu no NVD. Ja pārkāpumi ir vairāki, NVD var tikt lūgts pārtraukt līgumattiecības ar iestādi.

#### 7. tabula: Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts finansējuma izlietojuma uzraudzība un pārbaudes

	2012	2013	2014	2015 (pusgada)
Veselības aprūpes pakalpojumu un valsts finansējuma izlietojuma pārbaudes	277	256	254	153
Pārbaudes, kas veiktas iekšējas riska analīzes rezultātā	126	169	167	53
Pārbaudes, kas veiktas ārējas rekomendācijas rezultātā	151	87	87	100

Avots: Veselības inspekcija

#### Veselības aprūpes kvalitātes uzraudzība un pārbaudes un kapacitātes pārbaudes

44. Veselības aprūpes kvalitātes pārbaudes parasti tiek veiktas, reaģējot uz sūdzībām. Lielākā daļa sūdzību tiek saņemtas no fiziskām un juridiskām personām, tiesībsargājošajām iestādēm, Veselības

ministrijas un ieslodzījumā esošām personām. Šīs pārbaudes veic 13 ārsti-eksperti, ko algo Veselības inspekcija. Šo pārbaužu laikā ārsti analizē pacientu medicīnisko dokumentāciju un nepieciešamības gadījumā var pieprasīt rakstisku paskaidrojumu no pacienta ārstējošā ārsta. Sarežģītākos gadījumos var tikt veiktas padziļinātas pārbaudes, balstoties uz iepriekšējo medicīnisko dokumentāciju un publikācijām medicīniskajā literatūrā par klīnisko vadlīniju un medicīnisko tehnoloģiju izmantošanu. Gadījumos, kad nav nepieciešams veikt padziļinātu pārbaudi un tā netiek veikta, pacientam tiek nosūtīta atbildes vēstule. Lielākā daļa iesniegto sūdzību ir saistīta ar šādām medicīnas jomām: neiroloģija un neiroķirurģija, primārā veselības aprūpe, traumas, ķirurģija, fizioterapija, dzemdniecība un ginekoloģija un zobārstniecība. Kopumā pacienti katru gadu iesniedz aptuveni 1000 sūdzības, no kurām 600 gadījumos ir nepieciešamas padziļinātas pārbaudes, piesaistot ārstu - ekspertu. Kā parādīts zemāk, katru gadu aptuveni 200 sūdzības izrādās pamatotas (8. tabula). Kopš 2013. gada 25. oktobra pacienti var pieprasīt kompensāciju par ārstēšanas laikā radītu kaitējumu no Ārstniecības riska fonda, kura administrēšanu veic NVD (skat. Kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas zemāk).

**8. tabula: Informācija par sūdzībām, kas saistītas ar veselības aprūpes kvalitāti**

Gads	Izskatīto iesniegumu skaits	Pamatoti iesniegumi
2012	993	193 (19%)
2013	1127	207 (18%)
2014	1049	204 (19%)
2015 (pusgada)	432	95 (22%)

Avots: Veselības inspekcija

### *NVD veiktais monitorings*

45. NVD katru mēnesi jāveic gaidīšanas laika monitorings stacionārajā un ambulatorajā aprūpē un jāinformē pacienti, publicējot šo informāciju savā tīmekļa vietnē. Norādītais gaidīšanas laiks ir īsākais gaidīšanas laiks pie konkrētās medicīnas nozares speciālista ārstniecības iestādē, sākot ar mēneša pirmo dienu. Ja ārstniecības iestādē praktizē vairāk nekā viens konkrētās specialitātes ārsts, tiek norādīts tikai īsākais gaidīšanas laiks pie viena no pieejamajiem ārstiem. Tomēr kopumā šķiet, ka informācija par gaidīšanas laiku ir nepilnīga, kas varētu būt skaidrojams ar to, ka NVD paļaujas uz ārstniecības iestāžu ikmēneša brīvprātīgi sniegto informāciju par gaidīšanas laikiem.

46. NVD arī veic stacionāro un ambulatoro iestāžu snieguma monitoringu un katru gadu publicē pārskatus savā tīmekļa vietnē, tai skaitā par izmantojuma tendenci rādītājiem (piemēram, stacionārā pavadītās dienas un vidējais uzturēšanās ilgums slimnīcā, ambulatoro vizīšu īpatsvars pēc diagnožu grupas), mirstības indikatoriem, atkārtotas hospitalizācijas rādītājiem un medicīnisku procedūru laikā izraisītām traumām.

47. Visbeidzot kopš 2005. gada NVD veic primārās aprūpes monitoringu savas obligātās ģimenes ārstu kvalitātes programmas ietvaros. Programmā iekļauto indikatoru skaits un veids laika gaitā ir mainījies. Pašlaik NVD pārbauda 13 indikatorus, no kuriem ir atkarīgi aptuveni 10-15 procenti kapitācijas maksājumu. Šie indikatori aptver tādas jomas, kā regulāras profilaktiskās apskates pieaugušajiem un bērniem, vēža skrīnings, diabēta pacientu monitorings, sirds un asinsvadu slimību riska monitorings un novērtēšana pacientiem ar hipertensiju, astmas pacientu aprūpe, neatliekamās medicīniskās palīdzības

izsaukumu skaita samazināšana pacientiem ar konkrētām diagnozēm un procedūru veikšana savu kompetenču ietvaros un atbilstoši tiesiskajiem normatīviem.

48. 2014. gadā kvalitātes programmā visu gadu piedalījās 1302 ĢĀ, kas sastāda 92-98% no visiem ĢĀ valstī.<sup>3</sup> ĢĀ, kuri 2014. gadā sasniedza katru indikatora mērķi, procentuālais īpatsvars svārstās no tikai 13 procentiem 3. indikatoram (saskaņā ar vakcinācijas kalendāru vakcinēto bērnu procentuālais īpatsvars) līdz 75 procentiem 4. indikatoram (2-18 gadus veco pacientu, kuriem tika veikta ikgadējā profilaktiskā apskate, procentuālais īpatsvars) (9. tabula). 3. indikatora zemo sekmīguma līmeni varētu skaidrot ar to, ka visbiežāk bērni saņem šos pakalpojumus no pediatriem, nevis ģimenes ārstiem. Mazāk kā 20% no ĢĀ ir izpildījuši krūts vēža skrīninga mērķus, veikuši sirds un asinsvadu slimību riska novērtējumu un pneimotahometra mērījumus astmas pacientiem.

**9. tabula: ĢĀ, kuri sasniedz snieguma rādītāju mērķus, procentuālais īpatsvars, 2014. g.**

Snieguma rādītājs	Mērķa diapazons	Mērķi sasniegušo ĢĀ %	Vidējais ĢĀ sniegums
1. No jauna reģistrētu pacientu, kuriem 3 mēnešu laikā kopš reģistrācijas datuma ir veikta vispārēja profilaktiskā apskate, procentuālais īpatsvars	75-90	45	72,5
2. Pieaugušo pacientu, kuriem profilaktiskā apskate veikta reizi gadā, procentuālais īpatsvars	65-75	31	60,5
3. Saskaņā ar vakcinācijas kalendāru vakcinēto bērnu procentuālais īpatsvars	92-98	13	58,2
4. 2-18 gadus veco pacientu, kuriem profilaktiskā apskate veikta reizi gadā, procentuālais īpatsvars	75-95	75	83,3
5. Pacienšu, kurām veikts krūts vēža skrīnings un dzemdes kakla vēža skrīnings, procentuālais īpatsvars	36-50	19	27,3
6. 50-74 gadus vecu pacientu, kuriem veikts kolorektālā vēža skrīnings, procentuālais īpatsvars	8-25	43	5,3
7. 2. tipa cukura diabēta pacientu, kuriem ir noteikts glikohemoglobīns, procentuālais īpatsvars	75-90	40	60,6
8. 2. tipa cukura diabēta pacientu, kuriem ir veikts albuminūrijas izmeklējums, procentuālais īpatsvars	50-75	38	36,6
9. Sirds un asinsvadu slimību riska novērtējums	60-90	17	4,5
10. Arteriālās hipertensijas pacientu, kuriem noteikts zema blīvuma holesterīna līmenis, procentuālais īpatsvars	70-90	24	60,4
11. Astmas pacientu, kuriem ir veikts vismaz viens izelpas maksimālās plūsmas mērījums, procentuālais īpatsvars	75-90	18	41,7

<sup>3</sup> Šajos datu avotos ir sniegta atšķirīga informācija par valstī aktīvi praktizējošo ĢĀ kopskaitu 2014. gadā:

- ĢĀ kapitācijas maksājumu dati: 1369 ĢĀ, kuri saņēma kapitācijas maksājumus 2014. gadā (t.i., kuriem bija noslēgts līgums ar valsti).
- Apdrošināto personu reģistrs: 1349 ĢĀ.
- NVD ambulatorie dati: 1320 ĢĀ, kuri sniedza valsts apmaksātus pakalpojumus.
- Ārstniecības personu reģistrs (Veselības inspekcijas dati): 1411 ĢĀ.

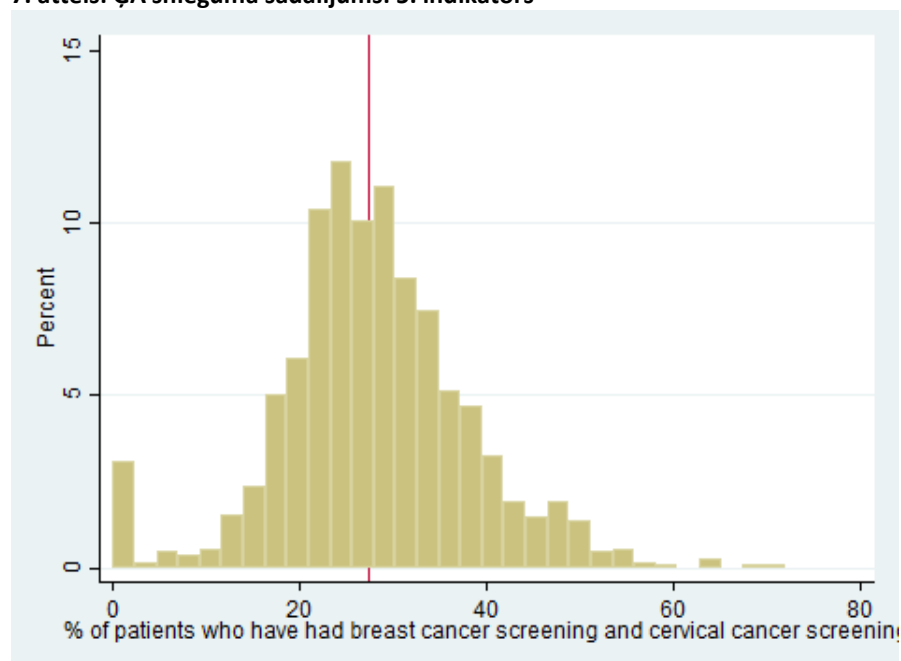


12. NMPD izbraukumi pie pacientiem ar noteiktu diagnozi, ja pacients nav ticis hospitalizēts	110-100	63	84,5
13. ĢĀ sniedz dažāda veida manipulācijas un pakalpojumus	25-50	35	19,1

Avots: Nacionālā veselības dienesta datu bāze par ĢĀ kvalitātes piemaksām

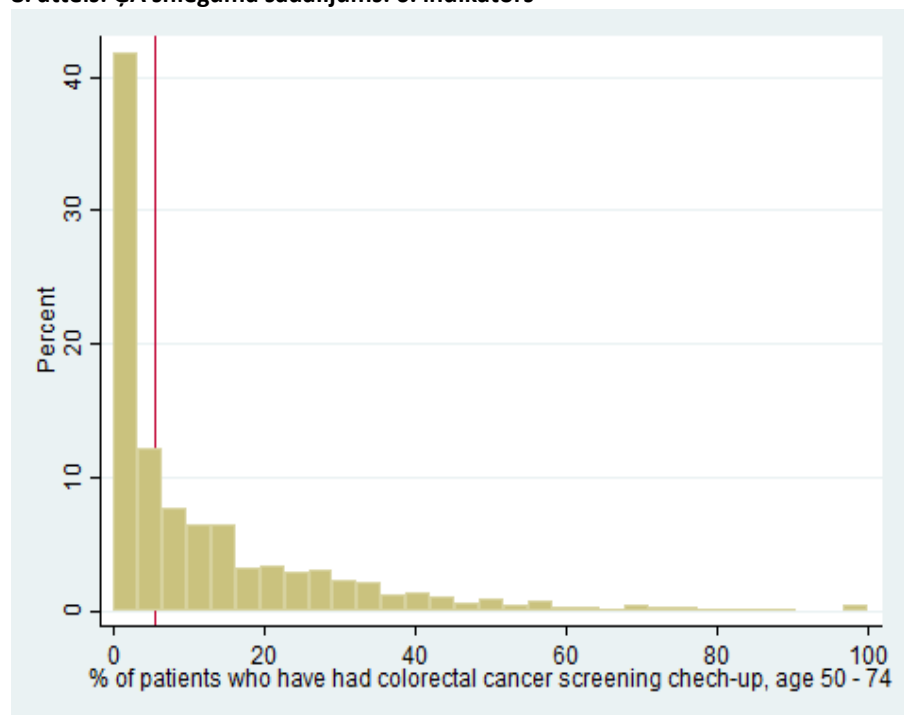
49. ĢĀ snieguma sadalījums katram indikatoram ir parādīts 2. pielikumā. Vēža skrīninga indikatoru (5. un 6. indikators) vidējās vērtības ir samērā zemas: 50 procenti ĢĀ veic krūts vēža vai dzemdes kakla vēža skrīningu 27 procentiem vai mazākam skaitam atbilstošo pacienšu. ĢĀ vidēji veic kolorektālā vēža skrīningu tikai 5% vai mazākam skaitam atbilstošo pacientu.

#### 7. attēls: ĢĀ snieguma sadalījums: 5. indikators



Avots: Nacionālā veselības dienesta datu bāze par ĢĀ kvalitātes piemaksām

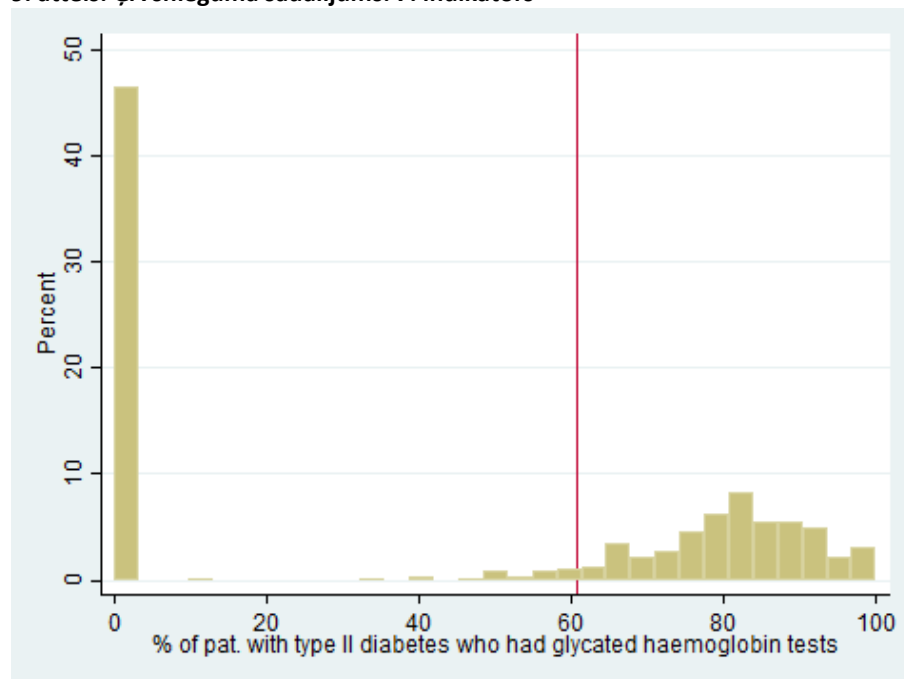
**8. attēls: ĢĀ snieguma sadalījums: 6. indikators**



Avots: Nacionālā veselības dienesta datu bāze par ĢĀ kvalitātes piemaksām

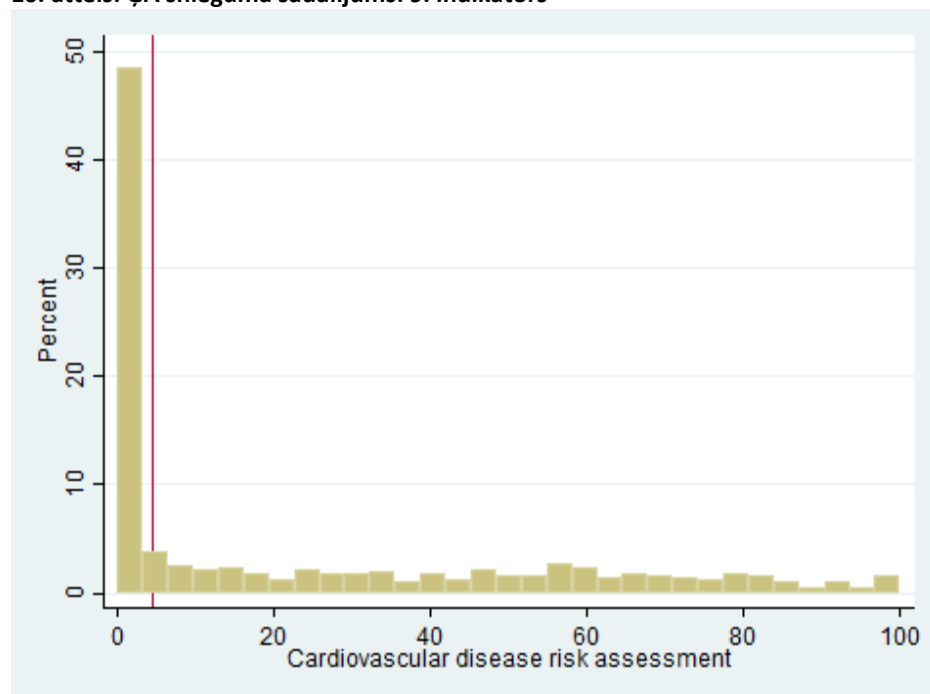
50. Lai gan ĢĀ vidēji nosaka glikohemoglobīnu 60 procentiem savu II. tipa cukura diabēta pacientu, ļoti liela pakalpojumu sniedzēju daļa to nedara gandrīz nemaz. Runājot par sirds un asinsvadu slimību riska novērtēšanu, vidējais izpildes rādītājs ir zems (4,5 procenti pacientu).

**9. attēls: ĢĀ snieguma sadalījums: 7. indikators**



Avots: Nacionālā veselības dienesta datu bāze par ĢĀ kvalitātes piemaksām

10. attēls: ĢĀ snieguma sadalījums: 9. indikators



Avots: Nacionālā veselības dienesta datu bāze par ĢĀ kvalitātes piemaksām

51. Lai gan procentuāli ĢĀ, kuri izpilda visus 13 indikatorus, ir ļoti maz (0,23%), ĢĀ skaits, kuri neizpilda nevienu indikatoru, arī ir zems – aptuveni 2,69% (10. tabula). Kopumā, šķiet, ka ĢĀ ir grūti izpildīt lielāko daļu indikatoru mērķu: gandrīz 50% ĢĀ izpilda tikai 4 vai mazāk indikatorus.

10. tabula: ĢĀ sasniegto indikatoru mērķu skaits, 2014. g.

Sasniegto indikatoru mērķu skaits	ĢĀ skaits	Procenti (%)	Kopā (%)
0	35	2,69	2,69
1	102	7,83	10,52
2	168	12,9	23,43
3	209	16,05	39,48
4	219	16,82	56,3
5	143	10,98	67,28
6	125	9,6	76,88
7	87	6,68	83,56
8	82	6,3	89,86
9	57	4,38	94,24
10	37	2,84	97,08
11	24	1,84	98,92
12	11	0,84	99,77
13	3	0,23	100
<b>Kopā</b>	<b>1302</b>	<b>100</b>	

Avots: Nacionālā veselības dienesta datu bāze par ĢĀ kvalitātes piemaksām

52. Šīs analīzes mērķiem veiktajās personīgajās intervijās atklājās, ka daži ģimenes ārsti nav apmierināti ar kvalitātes programmu, tostarp apgalvojot, ka daudzus indikatoru mērķus ir ļoti grūti sasniegt. Taču izskatās, ka izpildes rādītāji ir ļoti zemi pat ļoti vienkāršiem izmeklējumiem, piemēram, hipertensijas un diabēta gadījumā.

### SPKC veiktais monitorings

53. SPKC ir galvenā iestāde, kas ir atbildīga par iedzīvotāju veselības monitoringu. Katru gadu tas ievāc datus no pašvaldībām, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un apsekojumiem un publicē statistikas gada grāmatu par veselības statistiku attiecībā uz vairāk nekā 800 indikatoriem, tai skaitā saslimstības un mirstības datus. Tas apkopo datus no pakalpojumu sniedzējiem vairākiem reģistriem, tai skaitā par vēzi, tuberkulozi, diabētu, garīgajiem traucējumiem, narkotiku lietošanu, arodslimībām, traumām, iedzimtām pataloģijām, izkaisīto sklerozi, HIV/AIDS, infekcijas slimībām, nāves cēloņiem, dzimšanu un informāciju valsts genoma reģistram. Šajos reģistros ir ietverta informācija par incidenci un prevalenci un noteiktām hroniskām slimībām, kā arī par slimību pārvaldības indikatoriem (piemēram, HBA1C līmenis un ķermeņa masas indekss diabēta pacientiem).

54. Turklāt SPKC veic Latvijas pieaugušo iedzīvotāju (15-64 gadi) veselību ietekmējošo paradumu pētījumu, kas ietver pacientu sniegtus indikatorus par aprūpes kvalitāti. Šie indikatori atspoguļo labas klīniskās prakses līmeni (piemēram, pēdējie asinsspiediena, cukura līmeņa un holesterīna līmeņa testi pieaugušajiem), gaidīšanas laiku aprūpes saņemšanai, kā arī pacientu apmierinātību ar ģimenes ārstu sniegto aprūpi un informāciju (2. logs).

#### **2. logs. Ar kvalitāti saistītu tēmu piemēri no Latvijas pieaugušo iedzīvotāju veselību ietekmējošo paradumu pētījuma:**

- Vispārējā apmierinātība ar ģimenes ārstu
- Ģimenes ārsta laipnības un izpalīdzīguma, komunikabilitātes un kompetences vērtējums
- Varbūtība, ka ģimenes ārsts tiksies ar pacientu norādītajā laikā
- Ģimenes ārsta apmeklējumu laika ērtums
- Gaidīšanas laiks, kas pārsniedz 1 nedēļu, lai saņemtu aprūpi ģimenes ārsta kabinetā, ārsta-speciālista kabinetā vai slimnīcā, un šis parādības atkārtošanās biežums pēdējo 12 mēnešu laikā
- Apmierinātība ar ģimenes ārsta sniegto informāciju par pacienta slimības diagnozi, iespējamajām sekām un komplikācijām, ārstēšanas plānu, alternatīvām ārstēšanas metodēm un izrakstīto zāļu vai ārstēšanas metožu blaknēm.
- Apmierinātība ar ģimenes ārsta sniegto informāciju par valsts apmaksāto medicīnas pakalpojumu pieejamību citās ārstniecības iestādēs, nepieciešamību un iespējām saņemt profilaktiskās potes un valsts apmaksātas zāles un par apmaksas procedūru.
- Cik bieži jāsaskaras ar grūtībām saņemt no ģimenes ārsta nosūtījumu pie speciālista
- Cik bieži rodas sarežģījumi, kas saistīti ar zāļu receptes saņemšanu no ģimenes ārsta (tai skaitā valsts apmaksātām zālēm)

55. Turklāt, lai gan Latvija nav OECD dalībvalsts, SPKC aprēķina un ziņo par dažādiem indikatoriem, kas iekļauti OECD Projektā par veselības aprūpes kvalitātes indikatoriem (HCQI) (11. tabula).

#### **11. tabula: HCQI indikatori, par kuriem ziņo SPKC, 2014. g.**

Nosaukums

Mērvienība

Uz pacientu balstīta mirstība AMI un insulta rezultātā 30 dienu laikā (slimnīcā un ārpus slimnīcas)	Pēc vecuma (dzimuma) standartizēts rādītājs uz 100 pacientiem, kas ir vismaz 45 gadus veci
Uz hospitalizāciju balstīta mirstība AMI un insulta rezultātā 30 dienu laikā slimnīcā	Pēc vecuma (dzimuma) standartizēts rādītājs uz 100 pacientiem, kas ir vismaz 45 gadus veci
Mirstība pašnāvības rezultātā 30 dienu līdz 1 gada periodā pēc izrakstīšanas pacientiem, kam diagnosticēti garīgi traucējumi	Pēc vecuma (dzimuma) standartizēts rādītājs uz 100 pacientiem
Piecu gadu relatīvie izdzīvošanas rādītāji krūts, dzemdes kakla un kolorektālā vēža pacientiem	Pēc vecuma standartizēts izdzīvošanas rādītājs (%)
Hospitalizācijas rādītājs astmas, HOPS un diabēta pacientiem bez komplikācijām	Pēc vecuma (dzimuma) standartizēts rādītājs uz 100 000 iedzīvotājiem

### *Pakalpojumu sniedzēju veikts monitorings*

56. Izņemot dažas jomas (radiācijas drošums, darba drošība un medicīniskā aprīkojuma drošums), informācija par aprūpes kvalitātes monitoringu, ko veic pakalpojumu sniedzēji, lielākoties netiek sniegta. Ārstniecības iestādēm ir jāizstrādā kvalitātes vadības sistēma, kas ietver vismaz šādus pasākumus: (i) regulāra sniegto ārstniecības pakalpojumu kvalitātes kontrole; (ii) pacientu sūdzību un ieteikumu izskatīšana; (iii) ārstniecības rezultātu analīze un (iv) ārstniecības pakalpojumu kvalitātes pilnveidošana. Bez tam pakalpojumu sniedzējiem arī ir jāizstrādā pārvaldības programmas pacientiem ar retām un sarežģītām slimībām. Lai gan Veselības inspekcija pārbauda atbilstību šai juridiskajai prasībai, ārstniecības iestādēs šīs aktivitātes netiek standartizētas un informācija par tām netiek ievākta regulāri. Pirmā, kas veica pētījumu par pakalpojumu sniedzēju kvalitātes vadības sistēmām 2012. gadā, bija VM, lai gan iegūtā informācija ir jāatjaunina.

57. Ārstniecības iestādēm ir jāveic nevēlamu notikumu un sarežģītu komplikāciju monitorings, kā arī jāīsteno farmakovigilance un hemovigilance. Taču tikai dažas iestādes ir ieviesušas nevēlamu notikumu nenosodošas ziņošanas un apmācību sistēmu, un nav izveidota nevēlamu notikumu monitoringa sistēma valsts līmenī. Turklāt saskaņā ar noteikumiem ārstniecības iestādēm ir jāveic ar veselības aprūpi saistītu infekciju monitorings atbilstoši sanitāri higiēniskajām un sanitāri pretepidēmiskajām normām, lai gan nav izstrādāta šo infekciju valsts monitoringa sistēma. Taču dažas akūtās aprūpes slimnīcas brīvprātīgi piedalās Eiropas Slimību profilakses un kontroles centra (ECDC) pirmajā punkta prevalences pētījumā par veselības aprūpē iegūtu infekciju izplatību un antimikrobiālo līdzekļu izmantošanu (2011.-2012. g.). Otrs ECDC pētījums tiks veikts 2016. gadā.

### *E. Kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas*

58. Kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas var ietvert nacionālās pamatnostādnes un programmas, kā arī veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju īstenotās iniciatīvas. Daži kvalitātes uzlabošanas iniciatīvu piemēri valsts līmenī ietver pakalpojumu sniedzēju organizāciju akreditāciju, veselības aprūpes tehnoloģiju novērtējumus, pacientu tiesību aizsardzības un veicināšanas organizāciju izveidi (piemēram, ombuda birojs, pacientu tiesību aizsardzības grupas) un e-veselības sistēmu un principa “samaksa par rezultātiem” izmantošanu. Pakalpojumu sniedzēju kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas var ietvert personāla apmācību, pārbaudes veidlapu izmantošanu un pacientu izrakstīšanas plānošanu slimnīcās.

#### Akreditācija

59. Nacionāla ārstniecības iestāžu akreditācijas sistēma, ko pārvalda atsevišķa aģentūra, tika atcelta 2009. gadā tās radītā augstā administratīvā sloga dēļ. Šobrīd Veselības inspekcija novērtē atbilstību minimālajām, tiesību aktos norādītajām prasībām.

60. Lai gan tas nav oficiālas akreditācijas programmas aizstājējs, Latvijas Kvalitātes biedrība un Latvijas Veselības ekonomikas asociācija katru gadu rīko konkursu "Kvalitātes Balva", kurā var piedalīties ārstniecības iestādes vai to nodaļas. Par piedalīšanos konkursā tiek iekasēta dalības maksa, taču iestādes/to nodaļas var saņemt ārēju novērtējumu un apmācību.

#### Medicīnisko tehnoloģiju novērtējums

61. NVD atbild par medicīnisku tehnoloģiju, kas tiks finansētas no valsts budžeta, novērtēšanu un apstiprināšanu. Kad farmaceitiski produkti un medicīniskas ierīces ir reģistrētas Zāļu valsts aģentūrā<sup>4</sup>, attiecīgie ražošanas uzņēmumi var iesniegt pieteikumu par iekļaušanu NVD ambulatorai ārstēšanai paredzēto, kompensējamo medicīnisko produktu un medicīnisko ierīču pozitīvajā sarakstā. Šajos pieteikumos jābūt iekļautai informācijai par kritērijiem, tai skaitā slimību slogu, terapeitisko vērtību, ietekmi uz veselības aprūpes budžetu un – farmaceitisko līdzekļu gadījumā – lietderības novērtējumiem, kas veikti saskaņā ar Ministru kabineta 2006.gada 31.oktobra noteikumu Nr. 899 "Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība" 3. pielikumu "Zāļu ekonomiskās novērtēšanas vadlīnijas". NVD izvērtē katru pieteikumu no šādiem aspektiem: drošums, potenciālā ietekme, rezultativitāte un lietošanas ekonomiskais pamatojums. Pozitīvajā sarakstā ir iekļauti vairāk kā 1000 farmaceitiskie produkti, kā arī ierobežots skaits medicīnisko ierīču, un šis saraksts tiek pārskatīts četras reizes gadā. NVD periodiski veic savus lietderības izvērtējumus, lai gan pārsvarā tas notiek ārēji un tos pirms pieteikuma iesniegšanas veic farmaceitiskie vai mārketinga uzņēmumi.

#### Līgumsaistības un samaksa par kvalitāti

62. Līdztekus ģimenes ārstu kvalitātes programmai nav neviena cita līgumsaistību vai samaksas mehānisma, kas sekmētu kvalitātes uzlabošanu.

#### Pacientu tiesību aizsardzība un veicināšana

63. Kopš 2013. gada 25. oktobra pacienti var pieprasīt kompensāciju par ārstēšanas laikā radītu kaitējumu no Ārstniecības riska fonda, kura administrēšanu veic NVD. Šī fonda mērķis ir sniegt pacientiem iespēju aizsargāt savas tiesības un saņemt kompensācijas ātrāk nekā ar tiesu sistēmas starpniecību. Savukārt ārstniecības personām ir iespēja aizsargāt sevi no riskiem, kas ir saistīti ar viņu profesionālo darbību un tās sekām. Iemaksas šajā fondā sedz valsts, piemērojot tarifus tām ārstniecības iestādēm, kuras ir noslēgušas līgumus ar NVD.

---

<sup>4</sup> Zāļu valsts aģentūra (ZVA) uztur apstiprināto zāļu un medicīnisko ierīču reģistru un atbild par šo produktu kvalitātes, drošuma un efektivitātes izvērtēšanu. Taču tika nolemts farmaceitisko produktu un medicīnisko ierīču kvalitātes nodrošināšanas mehānismu izvērtēšanu neiekļaut pašreizējā pētījuma aptvērumā šī procesa sarežģītības dēļ.

64. Riska fondā iesniegto iesniegumu izvērtēšanas principus un kārtību nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi". Gadījumos, kad iesniegums par pacientam nodarītu kaitējumu ir pamatots veselības aprūpes kvalitātes pārbaudēs, inspektors sniedz inspekcijai kopsavilkumu, kā arī iesniedz NVD kaitējuma procentuālo aplēsi. Balstoties uz šo informāciju, NVD lemj, vai pacientam ir tiesības saņemt kompensāciju no fonda.

65. Pacienti ir jāiesniedz iesniegums fondā ne vēlāk kā 24 mēnešu laikā pēc kaitējuma konstatēšanas un ne vēlāk kā 36 mēnešu laikā pēc kaitējuma rašanās datuma. Pacienti ir jāsaņem lēmums 6 mēnešu laikā pēc iesnieguma iesniegšanas, un gadījumos, kad ir jāpieprasa papildu informācija, izvērtēšanas periods var tikt pagarināts līdz 12 mēnešiem no iesnieguma iesniegšanas datuma.

66. Kopš riska fonda darbības uzsākšanas 2013. gadā iesniegumu skaits arvien pieaug, jo ir palielinājusies pacientu informētība par iespēju pieprasītu kompensāciju ar riska fonda starpniecību (9. tabula). Visbiežāk iesniegumi ir tikuši iesniegti saistībā ar traumatoloģiju, neiroloģiju, ginekoloģiju un dzemdību palīdzību. Kopējā no fonda izmaksātā summa 2015. gada oktobrī bija 647 673,23 EUR. Lielākā kompensācija vienam pacientam bija 106 717,23 EUR.

**12. tabula: Iesniegumi Ārstniecības riska fondam un līdz 2015. gada 1. oktobrim pieņemtie lēmumi**

	Saņemti iesniegumi	Pieņemti pozitīvie lēmumi	Pieņemtie negatīvie lēmumi	Atteikums veikt pārbaudi gadījumos, kas neietilpst Ārstniecības riska fonda kompetencē <sup>5</sup>
2013. gads (no 25. oktobra)	1	0	0	0
2014. gada 1. puse	40	0	0	3
2014. gada 2. puse	54	3	21	7
2015. gada 1. puse	82	21	15	8
2015. gada 2. puses 3 mēneši (jūlijs līdz septembris)	45	15	13	4
<b>KOPĀ:</b>	<b>222</b>	<b>39</b>	<b>49</b>	<b>22</b>

Avots: Nacionālais veselības dienests

67. Turklāt Latvijā aktīvi darbojas arī vairākas pacientu tiesību aizsardzības grupas, kā arī Tiesībsarga birojs. Šīs grupas darbojas kā pacientu interešu aizstāvji un rīko informatīvas kampaņas par konkrētu slimību pareizu profilaksi un ārstēšanu, kā arī par efektīvām pacientu un pakalpojumu sniedzēju komunikācijas prasmēm, lai uzlabotu klīniskās saskarsmes kvalitāti. Taču šīm tiesību aizsardzības grupām pieejamais finansējums ir ierobežots, kas samazina šo aktivitāšu potenciālo iedarbības diapazonu.

<sup>5</sup> Atteikuma iemesli ietver: iesniegumus ar kaitējuma datumu pirms 2013. gada 25. oktobra; sūdzības iesniedzējus, kuri nevar uzrādīt mantojuma apliecību; iesniegumus, kas saskaņā ar tiesību aktiem neattiecas uz riska fondu, un kļūdas iesniegumus, kas neļauj ierosināt administratīvu lietu.

Tiesībsarga galvenā loma ir pieņemt pacientu sūdzības un darboties kā pacientu interešu aizstāvim pārrunās gan ar pakalpojumu sniedzējiem, gan Veselības inspekciju.

#### Nacionālās sistēmas "E-veselība" izstrāde

68. NVD vada nacionālās sistēmas "E-veselība" izstrādi Latvijā. Šīs sistēmas mērķi ir labāka piekļuve veselības aprūpes informācijai un efektīvāka tās izmantošana gan no pacientu, gan pakalpojumu sniedzēju puses, kas uzlabotu kvalitāti un pacientu tiesību ievērošanu. Portāls "E-veselība" ļaus pacientiem piekļūt savai medicīniskajai dokumentācijai, lai palielinātu viņu iesaistīšanos veselības aprūpes sistēmā. Nākotnē šī sistēma būs arī galvenais valsts iedzīvotāju veselības statistikas, tostarp slimību reģistru, informācijas un datu avots. Moduļi, kas šobrīd tiek izstrādāti darbības uzsākšanai 2016. gada sākumā, ir medicīniskā dokumentācija un receptes elektroniskā formātā. No 2016. gada 1. decembra e-recepšu un slimību lapu sistēmu izmantošana būs obligāta.

#### Mātes mirstības konfidenciālās analīzes ekspertu komiteja

69. Latvijā ir Mātes mirstības konfidenciālās analīzes ekspertu komiteja (Veselības ministrijas 2012. gada 10. oktobra rīkojums Nr. 110), kuras darbību nosaka Veselības ministrijas iekšējie noteikumi Nr. 6 "Mātes mirstības konfidenciālās analīzes ekspertu komitejas nolikums" (2012. gada 5. septembris) un kura veic mātes mirstības gadījumu konfidenciālo analīzi. Konstatētās nepilnības tiek apspriestas Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas sanāksmēs.

#### Pakalpojumu sniedzēju kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas

70. Lai gan saskaņā ar tiesību aktiem pakalpojumu sniedzējiem ir jāuztur kvalitātes vadības sistēma, nav skaidrs, cik lielā mērā pakalpojumu sniedzēju līmenī tiek īstenotas kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas.

## 6. Pašreizējās Latvijas kvalitātes vadības sistēmas stiprās puses un potenciālās jomas, kurās nepieciešami uzlabojumi

---

71. Kā liecina iepriekšējā nodaļa, Latvijā ir vairāki struktūrelementi pilnvērtīgas kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izveidei. Sevišķi spēcīgs komponents ir ievadparametru kvalitātes nodrošināšana, kur Latvija ir ieviesusi vairākas kvalitātes nodrošināšanas pamatnostādnes un mehānismus. Piemēram, ir ieviesta obligāta atkārtotas sertifikācijas sistēma ārstniecības personām, lai nodrošinātu kvalifikācijas aktualitāti, kā arī sistēma regulāru pārbaudīšanu veikšanai ārstniecības iestādēs, lai pārbaudītu atbilstību tiesību aktiem un noteikumiem un izskatītu pacientu sūdzības. Runājot par citiem komponentiem, Latvija ir arī sākusi oficiāli reģistrēt klīniskās vadlīnijas valsts līmenī ar NVD starpniecību, SPKC regulāri apkopo veselības datus reģistros, un primārajā aprūpē ir ieviesta kvalitātes piemaksu programma, kas balstīta uz 13 kvalitātes indikatoriem. Visbeidzot, lai gan tā vēl nav ieviesta, tiek izstrādāta nacionālā sistēma "E-veselība", un Veselības ministrija ir pasūtījusi koncepcijas projektu par vienotu kvalitātes nodrošināšanas sistēmu Latvijā. Lai gan esošajiem politikas pasākumiem un praktiskajai darbībai ir pozitīva ietekme, pamatnostādņu un prakses esamība, šajās un arī citās jomās var būt nepieciešami uzlabojumi, par ko sekos sīkāks izklāsts turpmāk tekstā.

### A. Kvalitātes nodrošināšanas pārvaldības sistēma

---



72. Šobrīd nav skaidras un visaptverošas kvalitātes nodrošināšanas stratēģijas veselības aprūpes jomā Latvijā, kas atspoguļo spēcīgas līderības trūkumu šajā jautājumā ministrijas līmenī. Skaidra stratēģija radītu nepieciešamos priekšnoteikumus detalizētu rīcības plānu izstrādei kvalitātes jomā, kā arī dažādu veselības aprūpes nozaru īstenoto kvalitātes nodrošināšanas aktivitāšu labākai koordinācijai un novērtēšanai atbilstoši konkrētiem mērķiem un uzdevumiem. Vairākas Eiropas valstis ir izstrādājušas nacionālās stratēģijas kvalitātes jomā. Piemēram, Norvēģijā 1995. gadā tika izstrādāta nacionālā stratēģiskā programma kvalitātes uzlabošanai, un jaunāka nacionālā kvalitātes uzlabošanas stratēģija veselības aprūpes un sociālo pakalpojumu jomā tika izstrādāta 2005.-2015. gadam. Līdzīgi Dānijā nacionālā stratēģija kvalitātes jomā pirmoreiz tika izstrādāta 1993. gadā un tika pārskatīta 2002. gadā. Abās šajās valstīs reģionālās valdības (un Norvēģijā pat pašvaldības) atbild arī par savu kvalitātes stratēģiju izstrādi attiecībā uz to sniegtajiem veselības aprūpes pakalpojumiem tādās jomās, kā standartu izstrāde, uzraudzība un atbalsts.

73. Vadošās lomas uzticēšana Veselības ministrijai kvalitātes nodrošināšanas stratēģijas izstrādē un tās īstenošanas pārraudzībā būs svarīgi priekšnoteikumi pārskatbildības nodrošināšanai par šo kvalitātes standartu ievērošanu, kā arī turpmāku kvalitātes uzlabošanas iniciatīvu izstrādes atbalstam Latvijā. Latvijas Veselības ministrija sper pirmo soli šajā virzienā, pasūtot vienotas nacionālās kvalitātes nodrošināšanas sistēmas koncepcijas izstrādi. Kvalitātes nodrošināšanas stratēģijas izstrāde, visticamāk, ietvers ieinteresēto pušu sasaukšanu, lai vienotos par kvalitātes nodrošināšanas stiprināšanas prioritātēm, sistemātiskus pārskatus par pierādījumiem, uz kuriem tiks balstīti pamatnostādņu risinājumi šo prioritāšu īstenošanai, un risinājumu īstenojamības novērtēšanu, ņemot vērā pašreizējās spējas un resursus izmaiņu īstenošanai.

74. Saskaņā ar PVO "Praktisko rokasgrāmatu par kvalitātes un drošuma stratēģiju izstrādi veselības aprūpes sistēmas ietvaros" stratēģijai ir augstākas izredzes būt sekmīgai, ja (i) to izstrādā, pamatojoties gan uz pētījumu datiem, gan svarīgāko ieinteresēto pušu viedokļiem, lai nodrošinātu atbilstību un pieņemamību vietējai situācijai, un (ii) to īsteno pa posmiem, ņemot vērā pieejamos resursus un attiecīgās valsts zināšanas un pieredzi kvalitātes jomā (PVO, 2008. g.). Rokasgrāmata arī piedāvā uz kritēriju kopumu balstītu indeksu stratēģijas sekmīguma novērtēšanai (parādīts 3. logā zemāk). Turklāt ir ieteikts izstrādāt kvalitātes nodrošināšanas sistēmu pa posmiem, pakāpeniski palielinot intervenču sarežģītību un aptvērumu atkarībā no tā, kā palielinās valsts kvalitātes nodrošināšanas kapacitāte (PVO, 2008. g.).

### 3. logs. PVO kvalitātes un drošuma stratēģijas sekmīguma indekss

**Politiski pamatota:** stratēģijas izstrādes un īstenošanas procesā tiek iesaistītas ieinteresētās puses, iekļaujot to dažādos pienesumus kopējā mērķī (dažādu ieinteresēto pušu iesaiste). Norises gaitā notiek izpēte un tiek vākti pierādījumi, kā arī notiek diskusijas, lai samazinātu pretrunas starp politisko īstenojamību un izpētes konstatējumiem. Tiek aprēķināti un uzskaitīti stratēģijas izdevumi un ietaupījumi un tiek piešķirts konkrēts budžets, kura izpilde tiek uzraudzīta.

*Punktu aprēķināšanas sistēma: Neatbilst nemaz = 0. Pilnībā atbilst = 5.*

**Resursefektīva:** cik lielā mērā stratēģija ir nodrošinājusi papildu resursus ar kvalitāti saistītas kompetences izveidei, laiku personālam kvalitātes uzlabošanai un finansējumu izmaiņu īstenošanai.

*Punktu aprēķināšanas sistēma: Neatbilst nemaz = 0. Pilnībā atbilst = 5.*

**Institucionalizēta:** stratēģija ir dzīvotspējīga neskatoties uz atsevišķiem iebildumiem, jo tā ir izveidota kā valsts pamatnostādne, visu organizāciju pamatpolitika, un tai ir sava struktūra un īstenošanas process ar skaidru pienākumu sadalījumu, ziņošanas sistēmu un pārskatatbildību. Tā arī aktīvi veido kvalitātes un drošuma kultūru.

*Punktu aprēķināšanas sistēma: Neatbilst nemaz = 0. Pilnībā atbilst = 5.*

**Sistēmiska:** stratēģijā tiek ņemts vērā pakalpojumu sistēmiskais raksturs (pacientus ietekmējošie iznākumi ir atkarīgi no elementu savstarpējās mijiedarbības: izmaiņas vienā elementā rada grūti paredzamas sekas). Pirms izmaiņas tiek ieviestas un izplatītas, mazā mērogā tiek īstenota testēšana un pilotprogrammas.

*Punktu aprēķināšanas sistēma: Neatbilst nemaz = 0. Pilnībā atbilst = 5.*

**Daudzlīmeņu un daudzkomponentu:** stratēģijā ir skaidri formulēta katra rīcība katrā sistēmas līmenī, kā arī šķēršļu novēršanas un atbalsta rīcības, kuras augstākais līmenis īsteno, lai izveidotu labvēlīgāku vidi zemākajam līmenim.

*Punktu aprēķināšanas sistēma: Neatbilst nemaz = 0. Pilnībā atbilst = 5.*

**Sistemātiska:** stratēģija nodrošina atzītu kvalitātes instrumentu un metožu, tādu kā PDCA vai RCA, izmantošanu, lai garantētu kvalitātes uzlabošanā ieguldītā darba lietderību.

*Punktu aprēķināšanas sistēma: Neatbilst nemaz = 0. Pilnībā atbilst = 5.*

**Balstīta uz izpēti un pierādījumiem:** stratēģijā tiek izmantota un noteiktos posmos pieprasīta izpēte par lietderību, dati par vietējām problēmām un atgriezeniskās saites pasākumi izmaiņu lietderības novērtēšanai uzlabojumu procesā.

*Punktu aprēķināšanas sistēma: Neatbilst nemaz = 0. Pilnībā atbilst = 5.*

Maz ticams, ka stratēģijas, kuras iegūst mazāk par 40% no kopējā punktu skaita, būs sekmīgas. Stratēģijas sekmīgumu var paaugstināt, strādājot pie jomām, kurās rezultāts bija zems, un izvēloties darbības, kas varētu uzlabot rezultātu.

**Avots:** Praktiska rokasgrāmata par kvalitātes un drošuma stratēģiju izstrādi veselības aprūpes sistēmas ietvaros (PVO, 2008. g.).

## B. Veselības aprūpes prakses standarti un vadlīnijas

### *Klīniskās vadlīnijas*

75. Lai gan atsevišķas profesionālās asociācijas izstrādā un publicē vadlīnijas, nav skaidrs, cik lielā mērā tās Latvijā tiek izmantotas. Kopš 2010. gada NVD ir reģistrējis 27 vadlīnijas, kas varētu liecināt, ka MK noteikumu prasībām atbilstošajām organizācijām un iestādēm trūkst kapacitātes, lai izstrādātu un iesniegtu vadlīnijas reģistrēšanai NVD. Bez skaidriem vadlīniju tēmu, pierādījumu atlases, rekomendāciju formulēšanas un esošo vadlīniju atjaunināšanas atlases kritērijiem un standartizētām metodēm profesionālo asociāciju izstrādāto vadlīniju kvalitāte var ievērojami atšķirties, un pastāv arī risks, ka tiks piedāvātas pretrunīgas rekomendācijas. Lai izvērtētu Latvijā izstrādāto vadlīnijas (kuras reģistrējis NVD vai kas publicētas profesionālo asociāciju tīmekļa vietnēs) kvalitāti, var tikt izmantots Klīnisko vadlīniju kvalitātes novērtēšanas instruments (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)). Šis instruments ļauj novērtēt vadlīnijas, balstoties uz 23 kritērijiem 6 jomās: aptvērums un mērķis,

ieinteresēto pušu iesaiste, metodoloģiskā precizitāte, izklāsta skaidrība, pielietojamība un redakcionālā neatkarība (Bero et al., 2013. g.).

76. Lai palīdzētu standartizēt vadlīniju izstrādes procesu Latvijā, varētu izveidot resursu rokasgrāmatu par vadlīniju izstrādi un adaptāciju (pārsniedzot noteikumos izvirzītos kritērijus), konsultējoties ar dažādām veselības nozares ieinteresētajām pusēm un starptautiskajiem ekspertiem. Igaunijas Vadlīniju izstrādes rokasgrāmata (Pasaules Veselības organizācija, 2011. g.), PVO Vadlīniju izstrādes rokasgrāmata (2014. g.), kā arī NICE pagaidu metodiskās rekomendācijas veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai var tikt izmantotas kā piemēri līdzīga resursa izstrādei Latvijā. Līdzīgi Igaunijas pieredzei šajā rokasgrāmatā varētu arī sniegt norādījumus par īstenošanas plāna izstrādi, kā arī indikatorus un mehānismus (piemēram, klīniskais audits) sasniegto rezultātu pārraudzībai, kā arī norādījumus par to, kad un kā atjaunināt vadlīnijas.

77. Pretstatā tādām valstīm, kā Zviedrija un Apvienotā Karaliste, kuras izstrādā vadlīnijas ar daudznozaru vienprātības procedūras starpniecību, paļaujoties uz sistemātiskām pierādījumu pārbaudēm, tai skaitā oficiāliem tehnoloģiskā novērtējuma pētījumiem par rentabilitāti, Latvijai varētu būt grūti izstrādāt nacionālās vadlīnijas “no nulles” ierobežotu laika, kompetences un/vai finanšu resursu dēļ. Šādās situācijās daudz praktiskāks risinājums varētu būt galvenokārt balstīt vadlīniju izstrādi uz esošo vadlīniju pārstrādātiem izdevumiem un rekomendācijām un tikai atsevišķos gadījumos izstrādāt vadlīnijas no jauna (Bero et al., 2013. g.). Piemēram, Igaunija, kas mazā iedzīvotāju skaita dēļ saskaras ar ierobežotu tehnisko un cilvēkresursu kapacitāti sistemātisku pārskatu veikšanai vadlīniju izstrādes kontekstā, savā Vadlīniju izstrādes rokasgrāmatā ir ieviesusi norādījumus no starptautiskiem avotiem par esošo vadlīniju apzināšanu, izvērtēšanu un adaptēšanu.


78. Igaunijas rokasgrāmata piedāvā ieteicamo avotu hierarhisku sadalījumu, piešķirot augstāko prioritāti klīniskajām vadlīnijām, kuras ir izstrādājušas neatkarīgas valsts iestādes, piemēram, Nacionālais Veselības aizsardzības un klīniskās izcilības institūts (NICE) Apvienotajā Karalistē, balstoties uz sistemātiskām pārbaudēm vai pārredzamiem pierādījumu kopsavilkumiem (Bero et al., 2013. g.). NICE ir plaši pazīstams ar vairāk kā 200 kvalitatīvu, uz pierādījumiem balstītu klīnisko un sabiedrības veselības aizsardzības vadlīniju dokumentu, kas ir publiski pieejamas institūta tīmekļa vietnē, izstrādi. NICE vadlīnijas ir sevišķi noderīgas tādēļ, ka tās ir izklāstītas lietotājam ļoti viegli uztveramā formā (gan rokasgrāmatas, gan lēmumu pieņemšanas protokola formātos), ko var viegli iekļaut e-veselības lēmumu pieņemšanas atbalsta sistēmās (11. attēls). Citi vispāratzīti avoti ir Skotijas Starpuniversitāšu klīnisko vadlīniju izstrādes tīkls (SIGN), Veselības aprūpes pētniecības un kvalitātes novērtēšanas aģentūra (AHRQ ASV), Vadlīniju izstrādes padomdevēja komiteja (GAC Kanādā), Austrālijas Nacionālā veselības aizsardzības un medicīniskās pētniecības padome (NHMRC) un Jaunzēlandes vadlīniju izstrādes grupa (Attia, 2013. g.).

79. Var būt nepieciešami papildu resursi – gan finanšu, gan cilvēkresursi, lai nostiprinātu esošo vadlīniju kvalitātes izvērtēšanas pieejamo kapacitāti, kā arī izstrādātu jaunas vadlīnijas nākotnē. Šie resursi varētu tikt izmantoti, lai atbalstītu pašreizējo vadlīniju izstrādātāju (profesionālo asociāciju, medicīniskās izglītības iestāžu utt.) darba programmu paplašināšanas centienus. Taču, lai vēl lielākā mērā optimizētu vadlīniju izstrādes procesu, ieguldījumi varētu tikt novirzīti arī valsts koordinatora posteņa izveidei. Šim koordinatoram būtu jāpārtrauga jaunu klīnisko vadlīniju izstrādei un izvērtēšanai izveidoto ekspertu darba grupu aktivitātes. Šādu koordinatoru piemēri citās valstīs ir: Igaunijas Veselības apdrošināšanas fonds Igaunijā, Nacionālā Veselības aizsardzības un labklājības padome Zviedrijā un NICE Apvienotajā Karalistē.

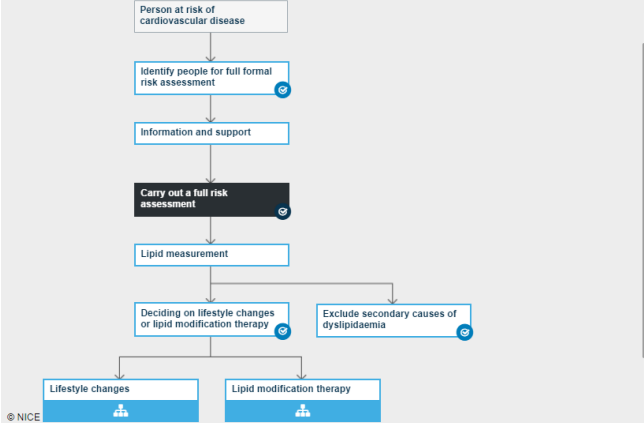
## 11. attēls: NICE klīniskās vadlīnijas sirds un asinsvadu slimību riska novērtēšanai

**NICE** National Institute for Health and Care Excellence

NICE Pathways | NICE Guidance | Standards and indicators | Evidence services | Sign in

Search NICE Pathways...  Leave feedback | Recently viewed | Browse pathways

### Identification and assessment of cardiovascular disease risk



Carry out a full risk assessment

Be aware that all cardiovascular disease risk assessment tools can provide only an approximate value for cardiovascular disease risk. Interpretation of cardiovascular disease risk scores should always reflect informed clinical judgement.

Complete as many fields of the risk assessment tool as possible.

When using the risk score to inform drug treatment decisions, particularly if it is near to the threshold for treatment, take into account other factors that:

- may predispose the person to premature cardiovascular disease and
- may not be included in calculated risk scores.

Recognise that standard cardiovascular disease risk scores will underestimate risk in people who have additional risk because of underlying medical conditions or treatments. These groups include:

- people treated for HIV
- people with serious mental health problems
- people taking medicines that can cause dyslipidaemia such as antipsychotic medication, corticosteroids or immunosuppressant drugs
- people with autoimmune disorders such as systemic lupus erythematosus, and other systemic inflammatory disorders.

Recognise that cardiovascular disease risk will be underestimated in people who are already taking

### Protokoli un slimību pārvaldības programmas

80. Latvijā šobrīd nav veikti nekādi pasākumi, lai izstrādātu integrētus aprūpes protokolus vai slimību pārvaldības programmas, kas varētu uzlabot konkrētu hronisku slimību pacientu aprūpes koordināciju un nepārtrauktību. Gan veselības aprūpes protokoli, gan slimību pārvaldības programmas ietver ne tikai diagnozes uzstādīšanas un pacientu aprūpes klīniskos aspektus (atbilstoši klīniskajām vadlīnijām), bet arī kvalitatīvas aprūpes nodrošināšanas organizatorisko procesu. Integrētajos veselības aprūpes protokolos ir uzskaitīti visi soļi, kas jāiziet pacientiem ar konkrētu slimību veselības aprūpes sistēmas ietvaros, kā arī dažādas intervences, kas viņiem būtu jāsaņem katrā posmā (Calvan et al. 2011. g.). Tajos arī sniegta informācija par izmaksām, optimālāko aprūpes kontekstu konkrētu pakalpojumu sniegšanai un nepieciešamajiem atbalsta pakalpojumiem un struktūrām, kam būtu jābūt pieejamām. Lai gan slimību pārvaldības programmu definīcijas ievērojami atšķiras, tās parasti ietver (i) integrētu pieeju konkrētas slimības pacientu aprūpei visiem pakalpojumu sniedzējiem, tai skaitā ārstiem, slimnīcām, laboratorijām un aptiekām, (ii) pacientu izglītošanu un (iii) pacienta ārstēšanas rezultātu monitoringu, lai savlaicīgi konstatētu iespējamās komplikācijas (Nolte et al., 2014. g.).

81. Piemēram, Dānijā pacientu veselības aprūpes protokoli ir izstrādāti valsts līmenī vēža un sirds slimību jomās un reģionālā līmenī – psihiatrijas jomā, kas aptver gan organizatoriskos, gan klīniskos diagnostikas un ārstēšanas standartus (OECD, 2013. g.). Vēža un sirds slimību ārstēšanas protokolu mērķis bija samazināt apstrādes laiku (tostarp nosūtījumiem nepieciešamo laiku), lai nodrošinātu ātrāku diagnosticēšanu un ārstēšanas uzsākšanu.

82. Dānijā ir arī ieviestas slimību pārvaldības programmas hroniskai obstruktīvai plaušu slimībai (HOPS), diabētam, sirds slimībām un muskuļu un skeleta slimībām, kas raksturo šo slimību pārvaldības saskaņotos starpdisciplināros un starpnozaru procesus. Šo programmu finansējumu nodrošina Veselības ministrija, sadalot to starp pašvaldībām un reģioniem, kas īsteno programmas. Programmu darbībai metodisko palīdzību sniedz arī Dānijas Veselības aizsardzības un zāļu aģentūra – Dānijas augstākā veselības aprūpes un zāļu normatīvā regulējuma iestāde – tādās jomās, kā hronisku slimību pārvaldības

vispārīgie modeļi, rekomendācijas par pacientu pašārstēšanās izmantošanu un pacientu izglītošanas programmu kvalitātes nodrošināšana.

83. Integrētu veselības aprūpes protokolu un slimību pārvaldības programmu izstrāde Latvijā varētu sekmēt ievērojamu aprūpes kvalitātes uzlabošanu prioritārajās slimību jomās. Turpmākās vadlīnijas, veselības aprūpes protokolus un slimību pārvaldības programmas ideālā gadījumā vajadzētu izstrādāt kopā, lai nodrošinātu visaptverošu pieeju katras slimības aprūpes uzlabošanai.

### C. Aprūpes kvalitātes monitorings un ziņošana

---

#### *Kvalitātes indikatoru monitorings*

---

84. Izņemot OECD veselības aprūpes kvalitātes indikatorus un indikatorus, kuru monitorings tiek veikts ģimenes ārstu kvalitātes programmas ietvaros, Latvijā ļoti reti tiek veikts regulārs kvalitātes monitorings un ziņošana. Kvalitātes indikatori var tikt izmantoti salīdzinošai novērtēšanai gan starp ārstniecības iestādēm, gan starptautiskā līmenī, kas, savukārt, rada priekšnoteikumus atbilstoša pašnovērtējuma veikšanai un kvalitātes uzlabošanas iniciatīvu uzsākšanai.

85. Daudzas Eiropas valstis ir definējušas kvalitātes indikatoru datu kopas kā kvalitātes un snieguma objektīvas mērauklas veselības aprūpes sistēmā. Piemēram, Zviedrijā ir vairāki valsts veselības aprūpes kvalitātes reģistri, kas satur datus par veselības aprūpes iznākumiem un dažādu slimību ārstēšanu. Reģistri satur vairāk nekā 800 kvalitātes indikatoru, kas atspoguļo pakalpojumu sniedzēju sniegumu, balstoties uz klīnisko vadlīniju rekomendācijām. Šo indikatoru ziņošana ir brīvprātīga, taču dažreiz apgabalu padomes vai citas aģentūras izmanto finanšu stimulus, lai sekmētu augstu ziņošanas aktivitāti. Gada pārskats par šiem indikatoriem nodrošina pārskatāmu salīdzinošo informāciju par reģionu, apgabalu padomju un pakalpojumu nodrošinātāju sniegumu, kas palīdz veicināt diskusiju sabiedrībā par veselības aprūpes kvalitāti un rezultativitāti, kā arī sniedz atbalstu vietējiem un reģionālajiem kvalitātes uzlabošanas centieniem. Šie indikatori tiek izmantoti arī konkrētu aprūpes jomu novērtēšanai valsts mērogā, sniedzot konkrētas rekomendācijas par pasākumiem, kas būtu jāīsteno, lai uzlabotu kvalitāti (OECD, 2013. g.).

86. Dānijā tika īstenots Nacionālais indikatoru projekts (NIP) kā visām slimnīcām obligāta pēc konkrētām slimībām klasificēta kvalitātes novērtēšanas sistēma. Tiek izmantotas arī vairāk nekā 60 nacionālās klīniskās datu bāzes, kas sniedz informāciju par aprūpes kvalitāti profilakses, diagnostikas, ārstēšanas un rehabilitācijas jomās. Veselības aprūpes speciālisti izstrādā un uztur indikatorus katrai datu bāzei saskaņā ar starptautiskajā literatūrā noteiktajiem standartiem. Visas šīs datu bāzes publicē gada pārskatus, un dati no daudziem reģistriem tiek katru mēnesi nosūtīti uz reģionālajām tiešsaistes informācijas sistēmām, kas ir pieejamas reģionu klīniskajiem speciālistiem, administratoriem, vadošajām amatpersonām un politiķiem (OECD, 2013. g.).

87. Ņemot vērā, ka SPKC pārvalda vairākus ar slimībām un veselības aprūpi saistītus reģistrus, kā arī reizi divos gados ziņo par dažiem OECD kvalitātes indikatoriem, tas varētu kalpot par labu pamatu kvalitātes indikatoru monitoringa programmas uzsākšanai Latvijā, koncentrējoties uz dažām prioritārajām slimībām. Varētu būt nepieciešami finanšu stimuli, lai motivētu pakalpojumu sniedzējus aktīvāk veikt ziņošanu. Tā kā nacionālās indikatoru programmas parasti ir izplatītākas un efektīvākas

valstīs ar attīstītām nacionālo datu sistēmām, Latvijas nacionālās “E-veselības” sistēmas turpmākajā izstrādē varētu ietvert moduļus, kas veicinātu šo indikatoru datu vākšanu.

#### *Līdzbiedru pārbaudes/klīniskais audits*

---

88. Papildus nacionālo indikatoru monitoringam vairākas valstis ir izmantojušas līdzbiedru pārbaudes vai klīniskos auditus (ko veic ārstniecības speciālisti), lai novērtētu atbilstību kvalitātes standartiem (Legido-Quigley et al., 2008. g.). Šo pārbaūžu gaitā parasti pārbaudes veicējs sniedz atsauksmes par līdzbiedra sniegumu un norāda uz jomām, kurās ir nepieciešami uzlabojumi. Piemēram, Igaunijā Nacionālais veselības apdrošināšanas fonds veic piecus klīniskos auditus gadā par atlasītām tēmām. Audits parasti ilgst līdz vienam gadam, kura laikā norīkotu un algotu auditoru komanda (medicīnas speciālisti) izvērtē pakalpojumu sniedzēju izlases grupas sniegumu atlasītajām tēmām atbilstošajās jomās saskaņā ar noteiktajiem standartiem. Izmantotās metodes ietver medicīniskās dokumentācijas analīzi, novērojumus un pacientu intervijas vai aptaujas. Audita rezultāti tiek paziņoti visiem dalībniekiem, un kopš 2013. gada pakalpojumu sniedzējiem saskaņā ar līgumu ir jāizstrādā uzlabojumu īstenošanas plāni, balstoties uz audita rezultātiem. Apvienotajā Karalistē līdzdalība ikgadējās līdzbiedru pārbaudēs sāk kļūt par priekšnoteikumu prakses licences saglabāšanai (Legido-Quigley et al., 2008. g.). Ja ir pieejams atbilstošs finansējums, klīniskā audita programma varētu tikt organizēta nacionālā līmenī vai nu ar NVD vai Veselības inspekcijas starpniecību.

#### *Ziņošana par nevēlamām notikumiem un apmācību sistēma*

---

89. Latvijā varētu nostiprināt nevēlamu notikumu, potenciāli bīstamu situāciju un drošuma apdraudējumu monitoringu. Dažas slimnīcas ir izveidojušas nevēlamu notikumu ziņošanas sistēmas, taču nav skaidrs, cik lielā mērā šīs sistēmas tiek izmantotas, lai atbalstītu kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas. Nevēlamu notikumu ziņošanas un apmācību sistēmas tiek arvien biežāk izmantotas daudzās Eiropas valstīs, jo tās tiek uzskatītas par drošas prakses un drošuma kultūras saglabāšanas stūrakmeni veselības aprūpes organizācijās. Piemēram, Dānijā kopš 2004. gada veselības aprūpes nozarē darbojas nacionālā nevēlamu notikumu nenosodošas ziņošanas sistēma. Šī sistēma aptver visus veselības aprūpes sistēmas līmeņus, un tās ietvaros visiem veselības aprūpes speciālistiem ir jāziņo par jebkuru nevēlamu, ar pacientu aprūpi saistītu notikumu, ar kuru viņi ir saskārušies. Ziņojumi tiek analizēti reģionālā vai pašvaldību līmenī un pārsūtīti Nacionālajai Pacientu tiesību aizsardzības un sūdzību aģentūrai. Šī aģentūra konsultē ieinteresētās puses un nacionālā līmenī atbalsta apmācību iniciatīvas, balstoties uz nevēlamo notikumu ziņojumiem. Svarīgi, lai veselības aprūpes speciālisti, kuri ziņo par šādiem notikumiem, tiktu aizsargāti no darba devēju īstenojamām represīvām darbībām, valsts veselības aprūpes varas iestāžu kontroles darbībām vai tiesu piemērotas kriminālatbildības.

90. Būs jānovērtē nacionālās ziņošanas un apmācību sistēmas ieviešanas īstenojamība Latvijā. PVO ir izstrādājusi ziņošanas un apmācību sistēmu vadlīniju projektu, kura mērķis ir veicināt ziņošanas sistēmu, kas var uzlabot pacientu drošību, uzlabošanu vai izstrādi (PVO, 2005. g.). Taču šajā vadlīniju dokumentā ir izteikts brīdinājums, ka, pirms valsts izlemj izveidot nacionālu ziņošanas un apmācību sistēmu, tai ir rūpīgi jāizvērtē sekojošie aspekti: (i) kādi ir sistēmas mērķi; (ii) vai ir iespējams attīstīt ziņojumu apstrādes reaģētspēju, un (iii) kādi resursi būs nepieciešami. Būtībā ir vairāki faktori, kas mazina pat visattīstītāko ziņošanas un apmācību sistēmu efektivitāti, tai skaitā bailes no represīvām darbībām un izpratnes trūkums par to, kas būtu jāziņo, kā ziņojumi tiks analizēti un kā tie gala rezultātā palīdzēs uzlabot pacientu drošību (Mahajan, 2010. g.). Lielākās barjeras klīnisko speciālistu iesaistei ziņošanā ir sistemātiskas ziņojumu analīzes un tiešas atgriezeniskās saites nodrošināšanas trūkums.

91. Scenārijos, kur trūkst resursu ziņošanas sistēmām nepieciešamās infrastruktūras un/vai ziņojumu analizēšanas kapacitātes, atgriezeniskās saites nodrošināšanas un drošuma uzlabošanas iniciatīvu pārraudzības izveidei, PVO vadlīnijās ir ieteiktas lētākas, alternatīvas informācijas vākšanas metodes par potenciāliem, nevēlamiem notikumiem, potenciāli bīstamām situācijām vai drošuma apdraudējumiem. Nacionālā līmenī alternatīvas varētu ietvert sūdzības par neatbilstošu praksi, uzraudzību un regulāru datu vākšanu. Pakalpojumu sniedzēju līmenī alternatīvas varētu ietvert drošības apgaitas, fokusa grupas, mērķtiecīgas pārbaudes, kļūdu veidu un seku analīzi un skrīningu. Drošības apgaitas laikā augstāka līmeņa vadītāji apmeklē tiešo personālu dažādās nodaļās un iztaujā par konkrētiem nevēlamiem notikumiem, potenciāli bīstamām situācijām un drošuma apdraudējumiem. Augstākā līmeņa vadītāji nosaka problēmu prioritātes un sadarbībā ar klīniskajiem speciālistiem izstrādā risinājumus, par kuriem tiek informēts personāls. Fokusa grupas ir noteiktas tematikas diskusijas ar personālu vai pacientiem un ģimenes locekļiem, kur atvērtā mācību vidē viņi var dalīties savā pieredzē un paust savas bažas par kvalitāti un drošumu attiecīgajā organizācijā. Mērķtiecīgas pārbaudes ir medicīniskās dokumentācijas pārbaudes ar uzsvaru uz noteiktiem notikumu veidiem (piemēram, zāļu lietošanas blaknes). Kļūdu veidu un seku analīze ir plaši izmantots instruments sistēmas procesu vājo vietu noteikšanai, izvērtējot risku jeb “kļūdu veidus” un iespējamās “sekas”, lai noteiktu turpmākās darbības prioritātes. Visbeidzot skrīnings ir iespējamo nevēlamo notikumu retrospektīvas identificēšanas metode, izskatot standarta datus un meklējot izplatītus “ierosinātājus” jeb specifiskus nosacījumus, kas var izraisīt nevēlamu notikumu (PVO, 2005. g.).

#### Veselības aprūpes speciālistu darba stundu monitorings

92. Sarunās ar Latvijas ārstniecības iestāžu vadītājiem tika noskaidrots, ka nav sistēmas, kas nodrošinātu veselības aprūpes speciālistu darba stundu monitoringu dažādās ārstniecības iestādēs un darbinieku apriti starp dažādām iestādēm. Tā rezultātā vadītāji riskē, ka grafikā bez atpūtas perioda tiks iekļauti darbinieki, kuri ir pārsnieguši ieteicamo darba stundu skaitu (norādīts ES Darba laika direktīvā<sup>6</sup>), apdraudot pacientu drošību. Saimnieciskajai vienībai (piemēram, slimnīcai vai citai organizācijai) vajadzētu veikt darbinieku darba stundu monitoringu atalgojuma uzskaites mērķiem, ko var izmantot katra darbinieka darba stundu skaita aprēķināšanai. Strādājošo darba stundu monitoringu var veikt arī, izmantojot visaptverošu, datorizētu veselības aprūpes personāla informācijas sistēmu, kurā būs katra darbinieka dokumentācija, tostarp unikāls identifikators (piemēram, sociālās apdrošināšanas numurs vai reģistrācijas numurs), kas ļaus sekot katra darbinieka aktivitātēm sistēmā. PVO neseno publicēja ieteicamo “minimālo datu kopu” šādām veselības aprūpes personāla informācijas sistēmām. Informāciju no šiem avotiem var apkopot, iegūstot nacionāla mēroga datus.<sup>7</sup>

93. Citās valstīs par ES Darba laika direktīvas ievērošanu nacionālā līmenī parasti atbild Nodarbinātības ministrija. Tas paver sadarbības iespēju šajā jautājumā starp Latvijas Republikas

<sup>6</sup> Saskaņā ar ES Darba laika direktīvu (2003/88/EK) ES dalībvalstīm ir jāgarantē visiem darba ņēmējiem šādas tiesības: (i) ierobežots darba stundu skaits nedēļā, kas, ieskaitot virsstundas, vidēji nedrīkst pārsniegt 48 stundas; (ii) tiesības uz obligātu nepārtrauktu 11 stundu atpūtas laiku katrā 24 stundu laikposmā; (iii) ja darbdiena ir garāka nekā sešas stundas, katram darba ņēmējam ir tiesības uz pārtraukumu atpūtai; (iv) minimālais iknedēļas atpūtas periods vismaz 24 stundas pēc kārtas katram 7 dienu periodam papildus ikdienas 11 stundu atpūtai; (v) apmaksāts, ikgadējs, vismaz 4 nedēļas ilgs atvaļinājums gadā un (vi) papildu aizsardzība par nakts darbu (piemēram, vidējais darba stundu skaits nedrīkst pārsniegt 8 stundas 24 stundu periodā, nakts darba ņēmēji nedrīkst veikt smagu vai bīstamu darbu ilgāk par 8 stundām 24 stundu periodā utt.).

<sup>7</sup> Darba ņēmēju darba stundu monitorings katrā iestādē un dažādās iestādēs arī palīdzētu iegūt datus par pilna laika ekvivalenta darbiniekiem, kas ir svarīga informācija cilvēkresursu un kapitālieguldījumu plānošanā un šobrīd Latvijā nav pieejama.

Veselības un Labklājības ministrijām. NVD var arī izvirzīt savos līgumos prasību pakalpojumu sniedzējiem ziņot par visu personāla locekļu pastāvīgajām darba stundām.

#### D. Kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas

---

94. Latvijai vajadzētu paplašināt kvalitātes uzlabošanas iniciatīvu klāstu nacionālā līmenī. Tās varētu būt nacionālas akreditācijas programmas izstrāde vai līdzdalības veicināšana starptautiskā akreditācijas programmā, medicīnisko tehnoloģiju novērtējumu (HTA) veikšanas kapacitātes stiprināšana, kā arī jaunu un uzlabotu finanšu un līgumsaistību mehānismu ieviešana, lai uzlabotu kvalitāti. Turklāt kvalitātes uzlabojumus pakalpojumu sniedzēju līmenī varētu atbalstīt, izstrādājot nacionālus zināšanu un praktisko norādījumu resursu centrus un sniedzot tehnisku palīdzību iespējamo intervenču veikšanā.

#### Akreditācija

---

95. Akreditācija ir plaši atzīta kā svarīgs mehānisms, kas apliecina iestāžu atbilstību noteiktam kvalitātes standartam. Dažās valstīs gan patērētāji, gan veselības aprūpes finansētāji izmanto to kā tirgus signālu, pieņemot lēmumu par to, vai izmantot konkrētās ārstniecības iestādes pakalpojumus un slēgt ar to līgumu. Akreditācija bieži tiek jaukta ar licencēšanu, kas ir obligāts process, kurā ir jāpiedalās visām ārstniecības iestādēm, ja tās vēlas sniegt savus pakalpojumus. Licencēšanas ietvaros inspektori pārbauda iestāžu atbilstību obligātajām infrastruktūras un ievadparametru prasībām. Savukārt, akreditācijas programmas parasti ir brīvprātīgas, līdzbiedri pārbauda atbilstību optimālajiem procesa un iznākuma standartiem, un uzsvars ir uz izglītību, pašattīstību, labāku sniegumu un riska mazināšanu (Shaw un Kalo, 2002. g.).

96. Lielāko daļu akreditācijas programmu Eiropā daļēji vai pilnībā finansē un tieši pārvalda valdība, lai gan atsevišķas sen iedibinātas programmas ir neatkarīgas (Spānija un Apvienotā Karalistē) (Shaw un Kalo, 2002. g.). Piemēram, Dānijā kopš 2005. gada ir ieviesta labi pārdomāta akreditācijas sistēma ar nosaukumu "Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)", ko pārvalda Dānijas Veselības aizsardzības kvalitātes un akreditācijas institūts (IKAS) un kas ir ieviesta visās valsts slimnīcās, aptiekās un pirmās palīdzības punktos. Šī sistēma ietver ne tikai struktūru un procesus raksturojošos indikatorus, bet arī ar konkrētas slimības raksturojošos indikatorus. DDKM sistēma šobrīd balstās uz 104 kopējiem slimību standartiem un ietver 455 indikatorus. Igaunijā Ģimenes ārstu asociācija ir izveidojusi komiteju, kas īsteno ikgadēju, brīvprātīgu akreditācijas sistēmu. Ir pieejamas arī vairākas starptautiskas akreditācijas programmas, tostarp "Joint Commission International", "Accreditation Canada" un Austrālijas Starptautisko veselības aprūpes standartu padome.

97. Lai gan Latvijā Veselības inspekcija veic pārbaudes saskaņā ar obligātajām tiesiski normatīvajām prasībām ārstniecības iestāžu reģistrācijas procesa ietvaros, līdzdalība akreditācijas programmā (vai nu valsts vai starptautiskā) ļautu ārstniecības iestādēm sasniegt daudz augstākus kvalitātes standartus. Ja būtu iespējams nodrošināt atbilstīgus finanšu un cilvēkresursus, varētu izveidot nacionālu akreditācijas programmu (piemēram, Veselības inspekcijas paspārnē). Var būt nepieciešami arī finanšu stimuli, lai sekmētu ārstniecības iestāžu līdzdalību šādā nacionālā programmā vai arī starptautiskā programmā (piemēram, "JCI International").

#### Medicīnisko tehnoloģiju novērtējums

---

98. Medicīnisko tehnoloģiju novērtējumi (HTA) ir visaptveroši, sistemātiski medicīnisko tehnoloģiju (tostarp zāļu, medicīnisko ierīču, vakcīnu, procedūru un sistēmu) īpašību un ietekmes novērtējumi. Šie



novērtējumi ir svarīgi uz pierādījumiem balstītu standartu un pamatnostādņu izstrādē. Piemēram, Zviedrijas Veselības aprūpes tehnoloģiju novērtēšanas padome – neatkarīga valsts iestāde, kas valdības uzdevumā vērtē veselības aprūpes intervences, veic regulārus HTA novērtējumus, uz kuriem tiek balstīts medicīnisko ierīču un zāļu izmantošanas kvalitātes, klīnisko vadlīniju izstrādes un veselības aprūpes prioritāšu monitorings. Līdzīgi arī Norvēģijā, Apvienotajā Karalistē un Igaunijā ir iestādes, kas atbild par regulāru HTA novērtējumu veikšanu. Gan Norvēģijas Veselības pakalpojumu zināšanu centrs Norvēģijā, gan NICE Apvienotajā Karalistē ir neatkarīgas iestādes, kas atbild par HTA novērtējumu veikšanu. Igaunijā Medicīnisko tehnoloģiju novērtēšanas centrs tika izveidots Sabiedrības veselības departamenta paspārnē Tartu Universitātē, un tajā strādā aptuveni 8-10 pētnieki. 2012.-2015. gadā šis centrs saņēma finansējumu no Eiropas Reģionālās attīstības fonda, un no 2015. gada jūlija finansējumu nodrošināja Igaunijas Sociālo lietu ministrija (Tartu Universitāte, Sabiedrības veselības departaments, 2015. g.).

99. Ņemot vērā NVD ierobežoto kapacitāti HTA novērtējumu veikšanai, tos galvenokārt veic farmācijas un mārketinga uzņēmumi. Lai palielinātu motivāciju veikt šādus novērtējumus, Latvijas interesēs būtu attīstīt HTA novērtējumu veikšanas kapacitāti valsts līmenī vai nu NVD ietvaros vai kā atsevišķu iestādi, kuras pamatuzdevums ir HTA novērtējumi.

#### *Līgumsaistības un samaksa par kvalitāti*

100. Līgumsaistību un samaksas mehānismus varētu izmantot kvalitātes uzlabošanai Latvijas četrās prioritārajās slimību jomās (sirds un asinsvadu slimības, vēzis, garīgā veselība un mātes un bērna veselība). Piemēram, finanšu stimuli varētu tikt izmantoti līdzdalības paaugstināšanai slimību pārvaldības programmās vai augstas kvalitātes aprūpes apbalvošanai gan primārās, gan specializētās aprūpes līmenī. Dānijā ģimenes ārstiem, kuri piedalījās 2. tipa cukura diabēta pārvaldības programmās, tika piedāvāti €1000, kas paredzēti, lai segtu starpnozaru darba izdevumus (piemēram, pacientu nosūtīšana uz profilaktisko terapiju un atbilstošas turpmākās pārbaudes pēc hospitalizācijas) (Wadmann, 2009. g.). Citas Rietumeiropas valstis savās slimību pārvaldības programmās piedāvā līdzīgus finanšu stimulus pacienta, pakalpojumu sniedzēja un finansētāja/maksātāja līmenī (13. tabula). Finanšu stimuli tiek izmantoti arī sodīšanai par nekvalitatīvu aprūpi. Piemēram, Vācijā un Apvienotajā Karalistē maksājumi par atkārtotas hospitalizācijas gadījumiem noteiktā laika periodā var tikt atteikti.

101. Tāpat kā Latvijā, arī Apvienotajā Karalistē un Igaunijā ir kvalitātes piemaksu programmas, kuru mērķis ir apbalvot ģimenes ārstus par noteiktu kvalitātes indikatoru sasniegšanu. Tomēr, ņemot vērā dažu indikatoru sliktos rādītājus Latvijā, varbūt vajadzētu pārskatīt šīs programmas uzbūvi, tostarp mērķa indikatoru piemērotību un atbalsta nodrošināšanu ĢĀ mērķu sasniegšanai. Izvēlētajiem indikatoriem jānodrošina praktiski mērķi, kas jāsasniedz ģimenes ārstiem un kas atbilst uz pierādījumiem balstītām klīniskajām vadlīnijām (piemēram, ieteicamās ikgadējās pārbaudes diabēta un hipertensijas pacientiem). Piemēram, Igaunijas kvalitātes piemaksu programmā ir 40 indikatori, kas ietver slimību profilaksi, hronisku slimību pārvaldību un citas jomas, savukārt Anglijas Kvalitātes un iznākumu programmā ir vairāk nekā 80 indikatori, kas aptver gan klīnisko, gan sabiedrības veselības sfēru. Turklāt varētu būt nepieciešams notestēt kvalitātes programmā plānotās izmaiņas, piemēram, piemaksa tikai kā prēmija vai mainīgs lielums, kas atkarīgs no ārsta kapitācijas budžeta.

102. Līgumos starp maksātājiem un pakalpojumu sniedzējiem varētu ietvert konkrētas, ar kvalitāti saistītas prasības. Piemēram, Igaunijā veselības apdrošināšanas fonda līgumos ar pakalpojumu sniedzējiem ir iekļauta prasība par kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi. Kvalitātes mērķus var izvirzīt arī ekonomiska rakstura līgumos starp valsts iestādēm, reģionālajām pašvaldībām un vietējām pašvaldībām. Dānijā reģionālajām un vietējām pašvaldībām izvirzītie kvalitātes mērķi ietver par 10%

samazināt slimnīcu standartizētos mirstības rādītājus un par 20% samazināt pacientiem radītā kaitējuma īpatsvaru trīs gadu periodā. Zviedrijā valdība piešķir papildu līdzekļus reģionālajām un apgabalu padomēm, lai veicinātu atbilstības nodrošināšanu vadlīnijām un apbalvotu drošu aprūpi.

**13. tabula: Slimību pārvaldību programmu (SPP) finanšu stimuli Eiropas valstīs**

Valsts	Pacientu līmenis	Pakalpojumu sniedzēja līmenis	Finansētāja/maksātāja līmenis
Austrija		<ul style="list-style-type: none"> <li>€53 sākotnēji + €25 katru ceturksni par pacienta iekļaušanu SPP</li> </ul>	
Francija	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zemāks līdzmaksājums, ja pacients tiek iekļauts SPP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>€40 gadā par pacienta iekļaušanu SPP</li> </ul>	
Vācija	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zemāks līdzmaksājums, ja pacients tiek iekļauts SPP</li> <li>Papildu pakalpojumi (piemēram, pašpalīdzības apmācība) tiek kompensēti tikai tad, ja pacienti piedalās SPP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>€75 vienam pacientam gadā par koordinācijas izdevumiem</li> <li>Papildu samaksa par konkrētām slimībām veltītām izglītības programmām SPP ietvaros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>€153 gadā par vienu SPP iekļaut pacientu koordinācijas izdevumiem</li> </ul>

Avots: Exploring Payment Schemes to Promote Integrated Chronic Care in Europe (Tsiachristas et al. 2013)

### *Atbalsts kvalitātes uzlabošanai pakalpojumu sniedzēju līmenī*

103. Papildus datiem un informācijai par pakalpojumu nodrošinātāju sniegumu, kā arī līgumsaistību un finanšu stimuliem, var būt nepieciešams papildu atbalsts kvalitātes uzlabošanas veicināšanai pakalpojumu sniedzēju līmenī. Parasti tiek izveidots nacionāls resursu centrs kvalitātes un/vai drošuma jomās, kas sniedz veselības aprūpes organizācijām piekļuvi valsts un starptautiskai pieredzei, metodēm, datiem un literatūras avotiem, kā arī organizē to izplatīšanu. Šie centri kļūst par praktisku norādījumu un tehniskās palīdzības zināšanu bāzi, kas palīdz īstenot kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas. Piemēram, Dānijas Pacientu drošības biedrība ir bezpeļņas organizācija, kura gādā par to, lai pacientu drošības aspekts tiktu iekļauts visos Dānijas veselības aprūpes sistēmā pieņemtajos lēmumos. Šīs NVO galvenie darbības virzieni ir: zināšanu un iniciatīvu vākšana, izplatīšana un attīstīšana, likumdevēju un ieinteresēto pušu konsultēšana, pētniecisko vizīšu un konferenču organizēšana, drošas darbības standartu ieteikšana, kampaņu organizēšana un interešu aizstāvība, vienprātības panākšana un projektu ierosināšana. Līdzīgi Norvēģijas Veselības aprūpes pakalpojumu zināšanu centrs, kurš saņem finansējumu no valdības, bet darbojas neatkarīgi, atbalsta kvalitāti veselības aprūpes pakalpojumos, apkopojot pētījumus, popularizējot pētījumu rezultātu izmantošanu, veicinot kvalitātes uzlabošanu, nosakot pakalpojumu kvalitāti un strādājot pie pacientu drošības uzlabošanas (OECD, 2014. g.). Arī ASV ir izveidots resursu centrs ar nosaukumu "Choosing Wisely" dialoga veicināšanai starp pakalpojumu sniedzējiem un pacientiem par to, kā izvēlēties kvalitatīvu un drošu aprūpi. Centrs nodrošina materiālus, tostarp informāciju par specifiskām pārbaudēm un procedūrām un to piemērotību dažādās situācijās, kā

arī komunikācijas apmācības modulū, kas palīdz pakalpojumu sniedzējiem runāt ar pacientiem par šiem jautājumiem.

104. Latvijā varētu izveidot līdzīgu resursu centru vai nu kādā no pastāvošajām institūcijām vai izveidot jaunu. Taču, lai varētu atbalstīt pakalpojumu sniedzēju kvalitātes uzlabošanas centienus, ir svarīgi, lai viņiem būtu nepieciešamā kapacitāte kvalitātes uzlabošanas aktivitāšu veikšanai. Tādējādi pakalpojumu sniedzējiem būs vajadzīgi papildu resursi, tai skaitā cilvēkresursi.

## 7. Secinājumi

---

105. Lai gan nav universāla labas kvalitātes nodrošināšanas sistēmas modeļa, taču ir kopīgi elementi, kuru nozīmīgums ir pierādījies dažādu attīstīto valstu nacionālajās stratēģijās, pamatnostādnēs un iniciatīvās (Shaw un Kalo, 2002. g.). Tomēr pierādījumi par daudzu šo elementu nozīmīgumu ir ierobežoti un pamatnostādnes un mehānismus, kas darbojas atsevišķās sistēmās, ne vienmēr var tieši piemērot citās. Lai gan šajā pārskatā ir raksturoti dažādi instrumenti un procesi, kas ir pieejami citās valstīs un varētu uzlabot aprūpes kvalitāti, vispiemērotākos risinājumus Latvijas situācijā noteiks ieinteresēto pušu prioritātes un resursu un kapacitātes ierobežojumi.

106. Kā liecina šis pārskats, Latvijas kvalitātes nodrošināšanas sistēmai ir vairākas stiprās puses, kas ir galvenokārt saistītas ar veselības aprūpes sistēmas ievadparametru (ārstniecības personas, ārstniecības iestādes, zāles un medicīniskās ierīces) kvalitātes nodrošināšanu. Atsaucoties uz Donabediana aprūpes kvalitātes novērtēšanas sistēmu “struktūra-process-iznākums”, Latvijas kvalitātes nodrošināšanas sistēma pārsvarā ir vērsta uz veselības aprūpes *strukturālo* elementu (t.i. cilvēkresursu, telpu un aprīkojuma) monitoringu un uzlabošanu, bet mazāk pasākumu ir vērsti uz veselības aprūpes klīniskajiem un organizatoriskajiem *procesi*, kā arī pacientu un iedzīvotāju ārstēšanas *iznākumu*. Tādēļ Latvijas turpmākajai kvalitātes nodrošināšanas stratēģijai vajadzētu būt vērstai uz divu pārējo jomu stiprināšanu. Tabulā zemāk ir sniegts pārskatā identificēto problēmu ieteicamo risinājumu kopsavilkums. Tā kā daudzas šīs rekomendācijas ir saistītas ar jaunu procesu, tādu kā klīniskie protokoli vai sistemātisks kvalitātes monitorings, izstrādi, īstenošana visticamāk prasīs gan sākotnējus ieguldījumus izstrādes posmā, gan papildu resursus nākotnē šo aktivitāšu integrēšanai Latvijas veselības aprūpes sistēmas ikdienas darbībā. Te ir runa par jaunām aktivitātēm, kuras visticamāk nevarēs pievienot pašreizējiem personāla profiliem veselības aprūpes administratīvajā sistēmā.

107. Jebkuras kvalitātes nodrošināšanas sekmīgums ir lielā mērā atkarīgs no kvalitātes kultūras radīšanas visos veselības aprūpes nozares līmeņos. Arī daudzos pētījumos ir secināts, ka uzvedības aspektiem (kultūra, attieksme, profesionālā sagatavotība un cilvēkresursu pārvaldība) kvalitātes uzlabošanas iniciatīvu īstenošanā ir lielāka nozīme nekā tehniskiem risinājumiem (Shaw un Kalo, 2002. g.). Lai attīstītu šādu kvalitātes kultūru, medicīniskajā izglītībā jāiekļauj vismaz kvalitātes nodrošināšanas un uzlabošanas pamatkurss pirmsdiploma, specialitātes apmācības un tālākizglītības līmeņos, kā arī neklīniskā personāla (piemēram, informātikas speciālistu, administratoru utt.) apmācībā. Ja organizācijā būs vairāk personāla, kurš ir pilnībā informēts par kvalitātes nodrošināšanas praksi un uzticas tai, pastāv lielāka iespējamība, ka kvalitātes kultūra mainīsies no “reaktīvas”, kas reaģē uz problēmām to rašanās brīdī, uz “proaktīvu”, kas nepārtraukti cenšas identificēt un novērst riskus un rīcības modeļus, kas vēlāk varētu radīt kvalitātes problēmas.

**14. tabula: Kvalitātes nodrošināšanas problēmu, iespējamo risinājumu un veicinošo darbību kopsavilkums**

Komponents	Problēma	Iespējamais(-ie) risinājums(-i)	Veicinošā darbība
Kvalitātes nodrošināšanas pārvaldības sistēma	Nav nacionālās kvalitātes nodrošināšanas stratēģijas	Izstrādāt kvalitātes nodrošināšanas stratēģiju saskaņā ar pašreizējām prioritātēm un izmaiņu un resursu kapacitāti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistemātiski analizēt pierādījumus, kas pamato prioritātēm atbilstošus politikas risinājumus</li> <li>2. Novērtēt risinājumu īstenojamību, ņemot vērā doto kapacitāti un resursus pārmaiņu īstenošanai</li> <li>3. Sasaukt ieinteresētās puses, lai vienotos par kvalitātes nodrošināšanas nostiprināšanas prioritātēm Latvijā</li> </ol>
Veselības aprūpes prakses standarti un vadlīnijas	Trūkst NVD reģistrētu klīnisko vadlīniju	Nodrošināt kapacitāti un resursus vadlīniju izstrādei	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Novērtēt, vai iespējams palielināt kapacitāti un resursus vadlīniju izstrādei</li> </ol>
	Nav standartizēta klīnisko vadlīniju izstrādes/adaptēšanas procesa	Izstrādāt klīnisko vadlīniju izstrādes/adaptēšanas rokasgrāmatu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iepazīties ar starptautisko rokasgrāmatu piemēriem (Igaunija, PVO)</li> <li>2. Sasaukt ieinteresētās puses un starptautiskos ekspertus, lai vienotos par atbilstošu vadlīniju izstrādes procesu Latvijā</li> <li>3. Izmēģināt un izvērtēt rokasgrāmatā ieteikto procesu un pirms laišanas klajā veikt nepieciešamās korekcijas</li> </ol>
	Nav integrētu aprūpes protokolu un slimību pārvaldības programmu	Izstrādāt integrētus aprūpes protokolus un slimību pārvaldības programmas prioritārajām slimību jomām	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iepazīties ar integrētu aprūpes protokolu piemēriem un pierādījumiem starptautiskajā praksē</li> <li>2. Sasaukt ieinteresētās puses, lai vienotos par protokolu un slimību pārvaldības programmu uzbūvi</li> <li>3. Izmēģināt un izvērtēt protokolus un slimību pārvaldības programmas prioritārajām slimību jomām</li> </ol>
Aprūpes kvalitātes monitorings un ziņošana	Netiek veikts kvalitātes indikatoru monitorings	Izstrādāt kvalitātes indikatorus prioritārajām slimību jomām dažādos līmeņos (no valsts līdz institucionālajam)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iepazīties ar starptautiskajā praksē izmantotajiem indikatoriem</li> <li>2. Iepazīties ar pieejamajām vadlīnijām prioritārajās slimību jomās</li> <li>3. Sasaukt ieinteresētās puses, lai vienotos par kvalitātes indikatoriem, kas tiks uzraudzīti, un monitoringa procesu</li> <li>4. Izmēģināt un izvērtēt indikatoru monitoringu dažās slimību grupās</li> <li>5. Integrēt šo indikatoru monitoringu turpmākajā</li> </ol>

			nacionālās "E-veselības" sistēmas izstrādes procesā
Nav līdzbiedru pārbaūžu/klīniskā audita sistēmu, lai novērtētu atbilstību vadlīnijām	Regulāri veikt klīnisko auditu prioritārajās slimību jomās, lai novērtētu atbilstību standartiem un vadlīnijām		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Iepazīties ar pieejamiem piemēriem un pierādījumiem (piemēram, Igaunijas Klīniskā audita rokasgrāmata)</li> <li>2. Sasaukt ieinteresētās puses, lai vienotos par audita procesu</li> <li>3. Izmēģināt un izvērtēt audita procesu atsevišķiem vadlīniju projektiem prioritārajās slimību jomās</li> </ol>
Nav nevēlamu notikumu ziņošanas un apmācību sistēmas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ieviest nevēlamu notikumu nacionālo ziņošanas un apmācību sistēmu</li> <li>2. Turpināt īstenot zemāku izmaksu opcijas (uzraudzība un sūdzību par neatbilstošu praksi analīze) valsts līmenī, vienlaikus veicinot un atbalstot alternatīvu opciju izmantošanu pakalpojumu sniedzēju līmenī (drošības apgaitas, fokusa grupas utt.)</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Veikt kapacitātes un resursu novērtējumu nacionālas ziņošanas un apmācību sistēmas īstenošanai</li> <li>2. Sasaukt ieinteresētās puses un starptautiskos ekspertus, lai vienotos par atbilstošu uzbūvi</li> <li>3. Veikt iespējamo zemāku izmaksu papildopciju novērtējumu</li> </ol>
Netiek veikts veselības aprūpes speciālistu darba stundu monitoringa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sadarboties ar Labklājības ministriju veselības aprūpes speciālistu darba stundu monitoringa jomā</li> <li>2. Iekļaut ar NVD noslēgtajos līgumos prasību pakalpojumu sniedzējiem ziņot par darba ņēmēju pastāvīgajām darba stundām</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Novērtēt pašreizējo darba ņēmēju darba laika monitoringa īpatsvaru pakalpojumu sniedzēju līmenī</li> <li>2. Vienoties par minimālu datu kopu un laika intervāliem, kuros būs jāziņo par darba stundām</li> <li>3. Novērtēt plašākas darbaspēka informācijas sistēmas ieviešanas īstenojamību</li> </ol>

Kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas	Nav akreditācijas sistēmas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Izstrādāt nacionālo akreditācijas programmu</li> <li>2. Sekmēt līdzdalību starptautiskās akreditācijas programmās (piemēram, "JCI International")</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sadarbībā ar ieinteresētajām pusēm novērtēt nacionālas akreditācijas programmas ieviešanas īstenojamību Latvijā</li> <li>2. Izstrādāt akreditācijas standartus un procesu, balstoties uz starptautisku programmu analīzi un konsultējoties ar attiecīgajām ieinteresētajām pusēm un ekspertiem</li> <li>3. Apzināt iespējamus brīvprātīgos vai piedāvāt stimulus līdzdalībai starptautiskā akreditācijas programmā</li> </ol>
	Nav medicīnisko tehnoloģiju novērtējuma (HTA) programmas	Izveidot kapacitāti HTA novērtējumu veikšanai	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Novērtēt resursu un kapacitātes vajadzības nacionālas medicīnisko tehnoloģiju novērtēšanas programmas izstrādei (vai nu NVD ietvaros vai kā atsevišķu iestādi)</li> <li>2. Identificēt iespējamās iestādes, kas varētu veikt nacionālos medicīnisko tehnoloģiju novērtējumus (universitātes vai citas neatkarīgas iestādes, valdības aģentūras)</li> </ol>
	Nav līgumsaistību mehānismu un ierobežoti maksājumi par kvalitāti	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pārskatīt ģimenes ārstu kvalitātes programmas uzbūvi, lai nodrošinātu mērķu īstenojamību un atbilstību klīniskajām vadlīnijām</li> <li>2. Ieviest jaunus līgumattiecību un samaksas mehānismus, lai veicinātu kvalitātes standartu un kvalitātes uzlabošanas pasākumu ievērošanu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Izmēģināt un izvērtēt pakalpojumu sniedzēju piemaksu programmu variantus, tai skaitā, vai piemaksa ir strukturēta tikai kā prēmija vai mainīgs algas komponents</li> <li>2. Identificēt kvalitātes aspektus, kurus NVD vai neatkarīga organizācija var viegli izmērīt un kurus var izmantot kā pamatu līgumsaistību un eksperimentālā pilotpētījumā (t.i. randomizētā pētījumā), lai pārbaudītu kvalitātes kritēriju efektivitāti</li> </ol>
	Netiek nodrošināts atbalsts pakalpojumu sniedzēju kvalitātes uzlabošanas centieniem	Izveidot nacionālo resursu centru, kura uzdevums ir konsultēt un atbalstīt pakalpojumu sniedzēju kvalitātes uzlabošanas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Novērtēt resursu un kapacitātes vajadzības nacionālā resursu centra izveidei (pastāvošas iestādes ietvaros vai jaundibināta iestāde)</li> <li>2. Veikt fokusa grupu izpēti ar ārstu līdzdalību, lai identificētu atbalsta jomas un izstrādātu atbilstošus</li> </ol>

		iniciatīvas	darbības virzienus
--	--	-------------	--------------------

- Attia, A. (2013). Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. *Middle East Fertility Society Journal*, 18(2), pp.123-126.
- Bero, L., Hill, S., Habicht, J., Mathiesen, M. and Starkopf, J. (2013). The updated clinical guideline sdevelopment process in Estonia is an efficient method for developing evidence-based guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66(2), pp.132-139.
- Calvan, O., Dash, P., Drouin, J., Fountaine, T. and Riahi, F. (2011). *Using Care Pathways to Improve Health Systems*. Health International. Mckinsey&Company.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.
- Legido-Quigley, H. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union*. Copenhagen: World Health Organization.
- Nolte, E. and Knai, C. (2014). *Assessing chronic disease management in European health systems: country reports*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- OECD (2013). *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013*. (2013. g.) OECD Publishing, Paris.
- OECD (2014). *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014*. (2014. g.) OECD Publishing, Paris.
- OECD (2013). *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013*. (2013. g.) OECD Publishing, Paris.
- Shaw, C. and Kalo, I. (2002). *A background for national quality policies in health systems*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Tsiachristas, A., Dikkers, C., Boland, M. and Rutten-van Molken, M. (2013). Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe. *Health Policy*, 113(3), pp.296-304.
- University of Tartu Department of Public Health (2015). *Health Technology Assessment in Estonia*. [online] Available at: <http://www.arth.ut.ee/en/hta/health-technology-assessment-estonia> [Accessed 5 Dec. 2015].
- Wadmann, S., Strandberg-Larsen, M. and Vragbaek, K. (2015). Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care*, 9, pp.1-14.
- World Health Organization, (2011). *Estonian Handbook for Guidelines Development*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization, (2014). *WHO Handbook for Guideline Development*. Geneva: WHO Press.



## 1. pielikums. Uz Veselības inspekcijas pārbaudēm attiecināmie tiesību akti

---

### Likumi:

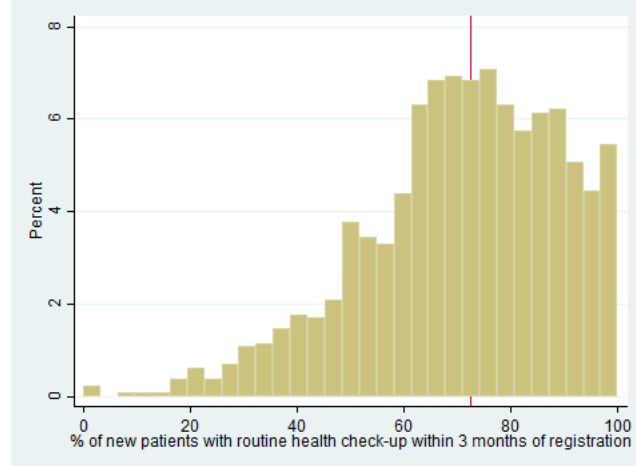
- Ārstniecības likums
- Pacientu tiesību likums
- Epidemioloģiskās drošības likums
- Farmācijas likums
- Seksuālās un reproduktīvās veselības likums
- Likums "Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā"
- Fizisko personu datu aizsardzības likums
- Latvijas Administratīvo pārkāpumu kodekss
- Administratīvā procesa likums

### Ministru kabineta noteikumi:

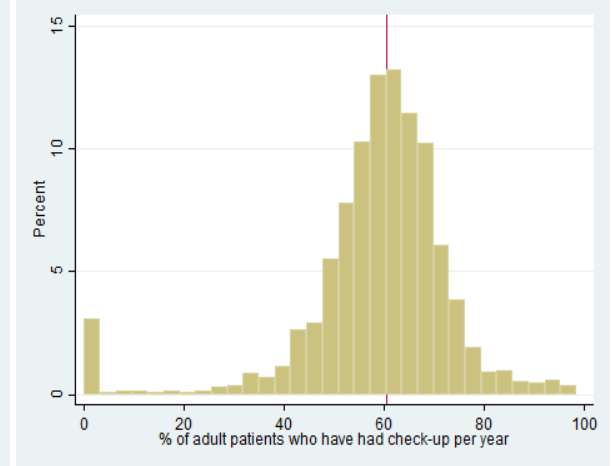
- Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumi Nr. 60 "Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām"
- Ministru kabineta 2005. gada 8. marta noteikumi Nr. 170 "Noteikumi par ārstniecības iestāžu reģistru"
- Ministru kabineta 2009. gada 24. februāra noteikumi Nr. 192 "Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība"
- Ministru kabineta 2006. gada 11. jūlijā noteikumi Nr. 574 "Noteikumi par higiēniskā un pretepidēmiskā režīma pamatprasībām ārstniecības iestādē"
- Ministru kabineta 2005. gada 2. augusta noteikumi Nr. 581 "Medicīnisko ierīču reģistrācijas, atbilstības novērtēšanas, izplatīšanas, ekspluatācijas un tehniskās uzraudzības kārtība"
- Ministru kabineta 2007. gada 27. marta noteikumi Nr. 220 "Zāļu iegādes, uzglabāšanas, izlietošanas, uzskaites un iznīcināšanas kārtība ārstniecības iestādēs un sociālās aprūpes institūcijās"
- Ministru kabineta 2000. gada 26. septembra noteikumi Nr. 330 "Vakcinācijas noteikumi"
- Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumi Nr. 1529 "Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība"
- Ministru kabineta 2009. gada 24. marta noteikumi Nr. 268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu"
- Ministru kabineta 2006. gada 4. aprīļa noteikumi Nr. 265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība"
- Ministru kabineta 2005. gada 28. jūnija noteikumi Nr. 468 "Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un jaunu medicīnisko tehnoloģiju ieviešanas kārtība"
- Ministru kabineta 2006. gada 25. jūlija noteikumi Nr. 611 "Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība"
- Ministru kabineta 2013. gada 5. novembra noteikumi Nr. 1268 "Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi"

2. pielikums. ĢĀ snieguma sadalījums, pēc indikatora.

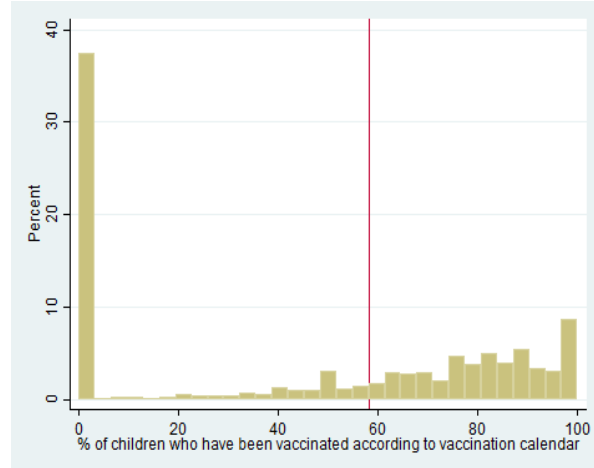
1. indikators



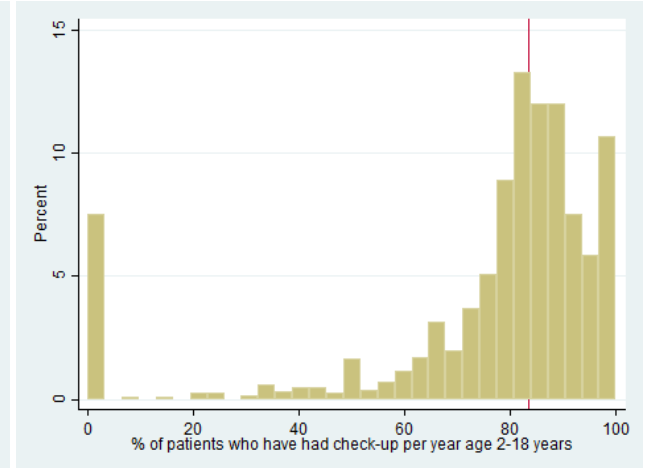
2. indikators



3. indikators

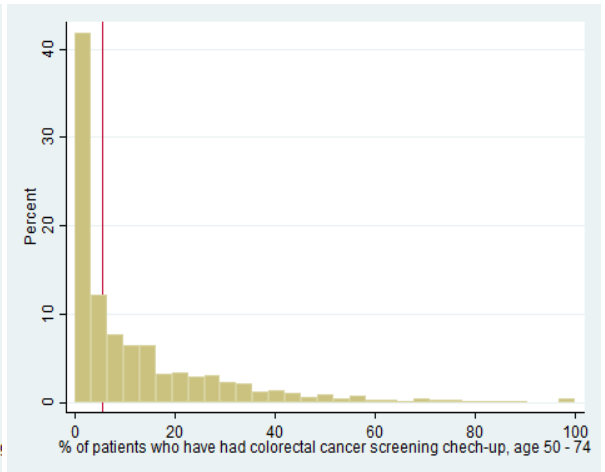
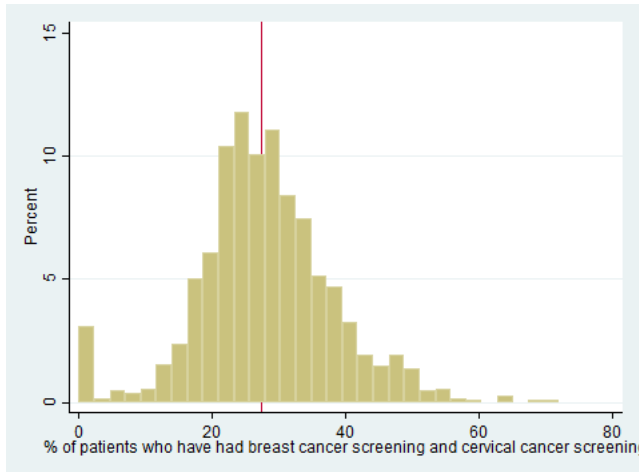


4. indikators

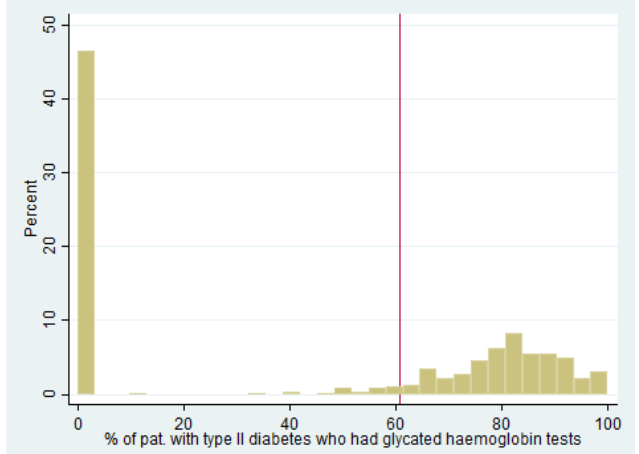


5. indikators

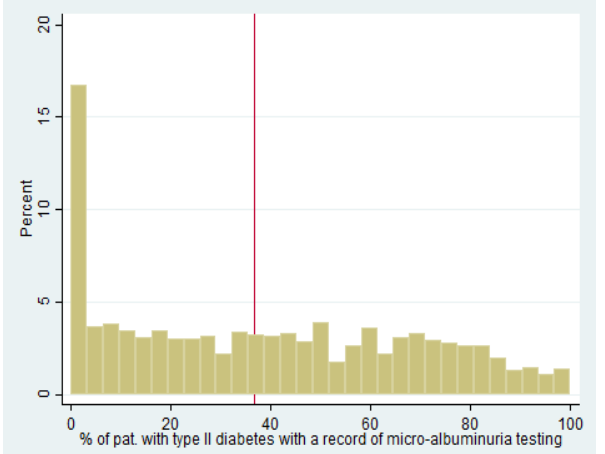
6. indikators



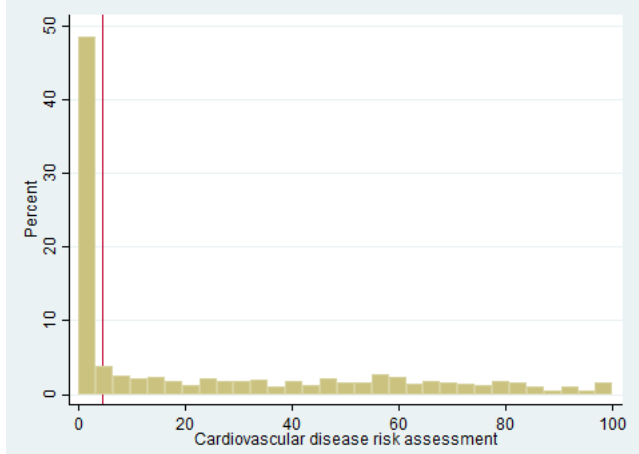
7. indikator



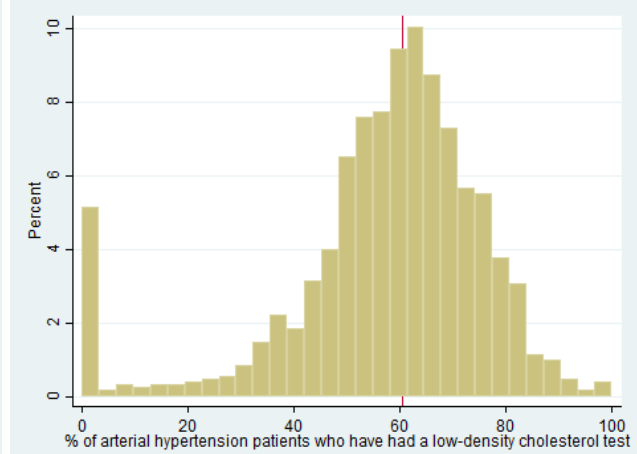
8. indikator



9. indikator

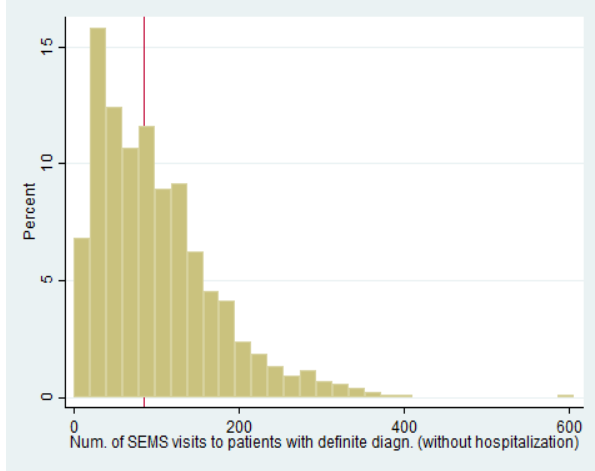
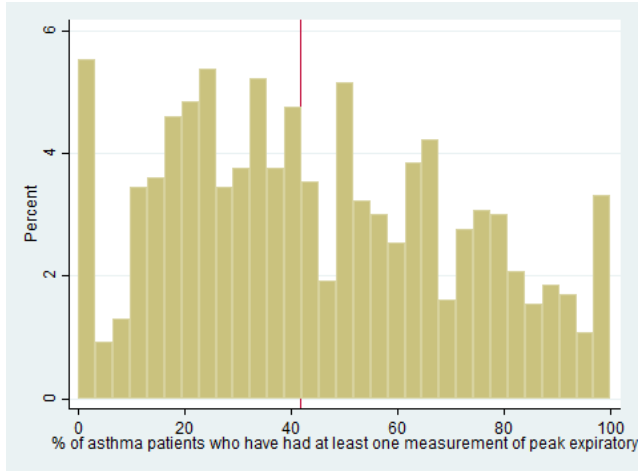


10. indikator



11. indikator

12. indikator



13. indikator

