



## **METODOLOĢIJA \_ IZPĒTES UN IZVEIDES APRAKSTS**

**pētījumam par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanu un uzlabošanu**

ID Nr. VM NVD 2023/3



Pētījuma pasūtītājs: Nacionālais veselības dienests. Pētījuma ID. Nr. VM NVD 2023/3

Pētījuma veicējs: Latvijas Universitāte

Pētījums pabeigts 2023. gada augustā

© Latvijas Republikas Nacionālais veselības dienests, 2023. gads

Metodoloģijas izstrādē ir tikusi ietverta informācija, kas iegūta no vairākiem gan primāriem, gan sekundāriem informācijas avotiem, tai skaitā no Nacionālā veselības dienesta (NVD), Eiropas savienības statistikas biroja (Eurostat) un Centrālās Statistikas pārvaldes (CSP). Saņemto datu kvalitāte un atbilstība pieņemta kā optimāla, autoriem nepārbaudot datu izcelsmes avotus. Pētījuma ekspertu loku pārstāvēja Latvijas veselības aprūpes sektora, publiskās pārvaldes, akadēmiskās, pilsoniskās un industriālās jomas organizāciju un uzņēmumu vadošie speciālisti. Detalizēts ekspertu un to pārstāvēto organizāciju un uzņēmumu saraksts pieejams Pētījuma pielikumā. Iedzīvotāju anketas respondentu, ekspertu skaits, specializācijas un to pārstāvēto organizāciju izlase atbilst statistiski reprezentablai kopai.

Autori Pētījuma ietvaros uzņemas atbildību par datu kvalitātes novērtēšanu un to izmantošanu analīzē, veicot attiecīgi nepieciešamo datu atlasīšanu un izslēdzot nepietiekamas datu kvalitātes rezultātā iespējamus neatbilstošus novērojumus un datus no analizējamās datu kopas. Veicot saņemto datu kvalitātes pārbaudi, ir konstatēti datu pieejamības ierobežojumi, kas attiecas gan uz ekspertu nepilnīgi aizpildītām anketām, gan statistiski iztrūkstošiem novērojumiem.

Pētījuma izstrādes darba grupa: Vadošais pētnieks - Phd. Soc. sc. cand. Mārtiņš Danusēvičs; Vadošais pētnieks - Dr. soc. sc. asoc. prof. Inta Mieriņa. Eksperti - Dr. Gunta Erbsa-Butkēviča; Phd. geol. cand. Jānis Bikše; Phd. geol. cand. Konrāds Popovs. Pētījuma vadītāja - Mg. sc. oec., L. Brasliņa, Zinātniskie recenzenti: Dr. oec. Anda Batraga, Dr. oec. Daina Šķiltere, Dr. oec. Ģ. Brasliņš. Ziņojuma kontaktpersona: Līga Brasliņa – epasts-[liga.braslina@lu.lv](mailto:liga.braslina@lu.lv) | Tālrunis - +371 26599481.

## SATURA RĀDĪTAJS

<b>IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI, TERMINI UN DEFINĪCIJAS .....</b>	<b>5</b>
<b>IEVADS.....</b>	<b>6</b>
<b>1. SEKUNDĀRĀS AMBULATORĀS APRŪPES DEFINITĪVAIS IETVARS .....</b>	<b>9</b>
1.1. SAVA DEFINĪCIJAS UN NORMATĪVAIS REGULĒJUMS .....	9
1.2. SAVA TAKSONOMIJAS UN DIMENSIJAS .....	10
1.3. SAVA PROCESU UN KVALITĀTES NOVĒRTĒJUMA IETVARS .....	17
<b>2. SEKUNDĀRĀS AMBULATORĀS APRŪPES NOVĒRTĒŠANAS METODOLOĢISKO PIEEJU IZVĒRTĒJUMS .....</b>	<b>19</b>
2.1. KRITĒRIJI VISPĀRĒJAM VESELĪBAS APRŪPES KVALITĀTES UN PIEEJAMĪBAS NOVĒRTĒJUMAM .....	20
2.2. KRITĒRIJI SAVA KVALITĀTES UN PIEEJAMĪBAS NOVĒRTĒJUMAM .....	23
2.3. BŪTISKĀKĀS ATŠKIRĪBAS STARP VISPĀRĒJU VESELĪBAS APRŪPES KVALITĀTES UN PIEEJAMĪBAS UN TIEŠI SEKUNDĀRĀS AMBULATORĀS VESELĪBAS APRŪPES KVALITĀTES UN PIEEJAMĪBAS METODOLOĢISKĀM PIEEJĀM UN NOVĒRTĒJUMIEM.....	25
2.4. IETEKMĒJOŠIE FAKTORI SAVA KVALITĀTES UN PIEEJAMĪBAS NOVĒRTĒJUMAM.....	26
2.5. IZMANTOTĀS METODES UN METODISKĀS PIEEJAS, LAI NOVĒRTĒTU SAVA KVALITĀTI UN PIEEJAMĪBU	29
2.6. SAVA PAŠREIZĒJO LOKĀLO NOVĒRTĒJUMU PIEEJU APSKATS (LATVIJA).....	32
2.7. SAVA STARPTAUTISKO NOVĒRTĒJUMU PIEEJU APSKATS .....	33
2.8. JAUNĀKO ZINĀTNISKO PIEEJU SAVA NOVĒRTĒJUMU IZVĒRTĒJUMS .....	39
<b>3. PĒTĪJUMA KONCEPTUĀLAIS RISINĀJUMS .....</b>	<b>40</b>
3.1. PĒTĪJUMA IESPĒJAMO STRATĒGIJU IZVĒRTĒJUMS .....	40
3.2. GALVENĀS IZVIRZĪTĀS HIPOTĒZES .....	48
3.3. PIEEJAMIE DATU AVOTI UN TO KOMBINĀCIJAS .....	48
3.4. DATU ANALĪZES UN VIZUALIZĀCIJU METODES .....	50
3.5. PIEDĀVĀTĀ KONCEPTUĀLĀ RISINĀJUMA PRIEKŠROCĪBU UN TRŪKUMU NOVĒRTĒJUMS .....	52
<b>4. PĒTĪJUMA METODOLOĢIJAS APRAKSTS.....</b>	<b>54</b>
4.1. PĒTĪJUMA DIZAINS .....	54
4.2. PĒTĪJUMA METODOLOĢISKAIS IETVARS .....	54
4.3. MĒRĶA GRUPU IZLASES PRINCIPI UN APJOMS .....	61
4.4. VEICAMO AKTIVITĀŠU PLĀNS UN SECĪBA.....	67
4.5. PRASĪBAS PĒTNIECĪBAS ĒTIKAS UN FIZISKO PERSONU DATU AIZSARDZĪBAS IEVĒROŠANAI.....	76
4.6. NEPIECIEŠAMĀS PĒTĪJUMA INSTRUMENTĀRIJS .....	76
<b>5. METODOLOĢIJAS APROBĀCIJA.....</b>	<b>82</b>

5.1.	APROBĀCIJA FOKUSGRUPĀ .....	83
5.2.	IEDZĪVOTĀJU ANKETAS APROBĀCIJA.....	86
<b>LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS .....</b>		<b>107</b>
<b>6. PIELIKUMI .....</b>		<b>109</b>
6.1.	PIELIKUMS 1. PLĀNOŠANAS VIENĪBĀ NODROŠINĀMIE VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMI.....	109
6.2.	PIELIKUMS 2. FOKUSGRUPAS DALĪBNIEKU SARAKSTS UN PROTOKOLS .....	110
6.3.	PIELIKUMS 3. IEDZĪVOTĀJU ANKETAS APROBĀCIJAS DETALIZĒTIE REZULTĀTI.....	113
6.4.	PIELIKUMS 4. IEDZĪVOTĀJU ANKETA.....	113
6.5.	PIELIKUMS 5. ORGANIZĀCIJU ANKETA .....	113
6.6.	PIELIKUMS 6. DELFU ANKETA – SOLIS 1 .....	113
6.7.	PIELIKUMS 7. DELFU ANKETA – SOLIS 2.....	113
6.8.	PIELIKUMS 8. PĒTĪJUMA METODOLOĢIJA.....	113

## IZMANTOTIE SAĪSINĀJUMI, TERMINI UN DEFINĪCIJAS

Nr.	Saīsinājums	Paskaidrojums
1.	SAVA	Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe
2.	MK	Ministru Kabinets. Ministru kabineta izdotie likumi un noteikumi
3.	NVD	Nacionālais veselības dienests
4.	PVO	Pasaules veselības organizācija
5.	OECD/ ESAO	Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija
6.	VM	Veselības ministrija
7.	VK	Valsts Kontrole
8.	SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
9.	EQoL	EuroStat dzīves līmeņa kvalitātes indikatori
10.	FGD	Fokusgrupu diskusijas
11.	ATV	Administratīvi teritoriālā vienība
12.	ĢIS	Ģeogrāfiskā informācijas sistēma
13.	Eurostat	Eiropas Savienības statistikas pārvalde
14.	Sekundārā veselības aprūpe <sup>1</sup>	Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona un kas orientēts uz neatliekamu, akūtu vai plānveida veselības aprūpi
15.	Veselības aprūpe <sup>2</sup>	Pasākumu kopums, ko sniedz veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji personas veselības nodrošināšanai, uzturēšanai un atjaunošanai
16.	Primārā veselības aprūpe	Veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ambulatorajā ārstniecības iestādē vai personas dzīvesvietā sniedz primārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji
17.	Terciārā veselības aprūpe <sup>3</sup>	Augsti specializētu veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz viena vai vairākas kādā slimību profilā specializējušās ārstniecības personas ar papildu kvalifikāciju
18.	Pētījums	Pētījums "Metodoloģijas izstrāde pētījumam par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanu un uzlabošanu", ID Nr. VM NVD 2023/3   Veicējs - Latvijas Universitāte

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

<sup>2</sup> turpat

<sup>3</sup> turpat

## IEVADS

Nacionālais veselības dienests (turpmāk – Dienests un/vai Pasūtītājs) īsteno Latvijas Atveseļošanas un noturības mehānisma plāna 4. komponentes "Veselība" 4.3.1.1.i. investīcijas "Atbalsts sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanai un uzlabošanai" projektu.

Investīcijas projekta ietvaros Dienests plāno veikt pētījumu par veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību veselības sistēmas novērtēšanai un uzlabošanai (turpmāk tekstā – Pētījums), izstrādājot kartējumu, kurā iekļautas izmaiņas, ko var radīt administratīvi teritoriālās reformas ietekme.

Projekta ietvaros Dienests sadarbībā ar Latvijas Universitāti veicis Pētījuma **metodoloģijas izstrādi**.

Pētījuma plānotais tvērums ir **sekundārā ambulatorā veselības aprūpe** (turpmāk – SAVA). Veselības aprūpes finansēšanas likumā SAVA ir definēta kā "veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona un kas orientēts uz neatliekamu, akūtu vai plānveida veselības aprūpi".

Pētījumam par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanu un uzlabošanu noteikti sekojoši mērķi:

- konstatēt vājos posmus SAVA pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā;
- novērtēt SAVA kvalitāti un pieejamību un nepieciešamību dažādos griezumos (pēc nodrošināto pakalpojumu apjoma, veida, rindu garuma, teritoriālās pieejamības, sociāli demogrāfiskā profila u.c.);
- veikt SAVA pakalpojumu kartējumu, lai konstatētu izmaiņas, ko rada administratīvi teritoriālā reforma (iedzīvotāju skaita izmaiņas, apdzīvotības blīvums, pārvietošanās ieradumi, mobilitātes izmaiņas u.c.);
- sniegt rekomendācijas SAVA pakalpojuma nodrošināšanas politikas izmaiņām.

Plānotais Pētījums nodrošinās iespēju Dienestam un Latvijas Republikas Veselības ministrijai plānot un īstenot jaunu, uzlabotu politiku SAVA pakalpojumu sniegšanā iedzīvotājiem, lemt par jaunu SAVA pakalpojumu finansēšanu no valsts budžeta un plānot pieprasījumam atbilstošu veselības aprūpes cilvēkresursu un tehnoloģiju noslodzi īstermiņā un ilgtermiņā.

Pētījumam par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanu un uzlabošanu noteikti sekojoši galvenie uzdevumi:

1. Sniegt esošās situācijas analīzi, izmantojot sekojošus indikatorus:
  - 1.1. Apkopot un izvērtēt datus un sagatavot situācijas kartējumu par esošo pakalpojumu skaitu uz iedzīvotāju skaitu, izvērtēt esošo speciālistu skaitu, kas nodrošina pakalpojumu, pacientu vai izmeklējumu skaitu uz vienu speciālistu katrā pakalpojumu veidā, salīdzinājumu ar citām valstīm un citiem rādītājiem.
  - 1.2. Novērtēt SAVA pieejamību dažādos griezumos:
    - 1.2.1. pēc nodrošināto pakalpojumu apjoma;
    - 1.2.2. pēc rindu garuma;
    - 1.2.3. pēc SAVA pakalpojumu veidiem<sup>4</sup>;

---

<sup>4</sup> SAVA pakalpojumu veidi atrunāti 2018. gada 28. augusta Ministru kabineta noteikumu Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība" 12.pielikumā.

- 1.2.4. pēc teritoriālās pieejamības;
- 1.2.5. pēc pacientu sociāli demogrāfiskā profila (ienākumiem, vecuma, dzimuma, nodarbošanās, dzīvesvietas un citiem datos atrodamajiem faktoriem).
2. Izstrādāt SAVA pakalpojumu kartējumu, norādot:
  - 2.1. kurus pakalpojumus jāplāno tuvāk pacienta dzīvesvietai;
  - 2.2. kurus pakalpojumus jāplāno reģionālā (plānošanas vienību) līmenī;
  - 2.3. kurus pakalpojumus jāplāno valsts līmenī;
  - 2.4. kādam jābūt pakalpojumu skaitam uz iedzīvotāju skaitu;
  - 2.5. kādam jābūt pacientu un/vai izmeklējumu skaitam uz vienu speciālistu, pakalpojumu apjomam uz apdzīvotības blīvumu un pacientu mobilitātes iespējām.
3. Sniegt SAVA pakalpojumu kvalitātes analīzi<sup>5</sup>, identificējot galvenos iemeslus zemai pakalpojumu kvalitātei un pieejamībai, piemēram:
  - 3.1. finansējuma trūkums;
  - 3.2. resursu trūkums;
  - 3.3. pakalpojumu nelietderīga izmantošana;
  - 3.4. pakalpojuma nepilna noslodze;
  - 3.5. pakalpojuma pārslodze.
4. Sniegt secinājumus par SAVA pakalpojumu pieejamību un kvalitāti.
5. Izstrādāt rekomendācijas politikas izmaiņām par SAVA pakalpojumu.
6. Izmantot dažāda veida analīzes metodes:
  - 6.1. esošu datu, statistikas un pētījumu analīze;
  - 6.2. kvalitatīvās metodes (padziļinātās intervijas, fokusgrupu diskusijas, ekspertu intervijas u.tml.) pacientu, pakalpojumu sniedzēju pieredzes un viedokļu izziņai;
  - 6.3. kvantitatīvās metodes (aptaujas, sekundāro datu analīze, statistiskas dati un citi, kuri var atspoguļot reālistisku situāciju);
  - 6.4. kartējuma izstrāde un vizualizācija.

Pētījuma intervences mērķis ir panākt augstāku SAVA sistēmas lietderību, efektivitāti un ietekmi. Termini lietderība (*effectiveness*), efektivitāte (*efficiency*), ietekme (*impact*) un ilgspēja izvērtējumā tiek lietoti atbilstoši Sociālās un ekonomiskās attīstības izvērtēšanas rokasgrāmatas terminu definīcijai (EVALSED)<sup>6</sup>:

- efektivitāte – vērtēt, vai ar intervenci tiek sasniegti definētie mērķi, kādi ir faktiskie ieguldījumu rezultāti, kādi ir bijuši panākumi un grūtības mērķu sasniegšanā, vai izvēlētie investīciju risinājumi ir bijuši atbilstoši un kāda ir ārējo faktoru ietekme mērķu sasniegšanā;
- lietderība – cik labi tiek mobilizēti resursi mērķu sasniegšanai (ieguldījumi pret faktiskajiem rezultātiem);
- ietekme – kādas ir ieguldījumu izraisītās vai ierosinātās faktiskās pārmaiņas;
- ilgspēja – kāda ir sasniegto rezultātu noturība un saglabāšanās potenciāls.

Lai sasniegtu Pētījuma nospraustos mērķus un uzdevumus tālāk dokumentā sniegta metodoloģija, lai iegūtu statistiski reprezentablu, vērtīgu, sabalansētu un sistēmisku ieskatu par sekundārās ambulatorās veselības

<sup>5</sup> Šeit un turpmāk tiek runāts par veselības aprūpes struktūras kvalitāti un daļēju ārstniecības procesa nodrošinājuma kvalitāti (tas ir, pieejamais ārstniecības personu skaits noteiktā teritorijā, pakalpojuma vizītes laiks, pakalpojuma vizītes sniegšanai nepieciešamie resursi u.c.), nevis ārstniecības (klīnisko) kvalitāti.

<sup>6</sup> [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docgener/evaluation/guide/guide\\_evalsed.pdf](https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/evaluation/guide/guide_evalsed.pdf)

aprūpes kvalitāti un pieejamību un iegūtu holistisku izvērtējumu par nepieciešamajiem uzlabojumiem, ļaujot pieņemt uz pierādījumiem balstītus lēmumus, lai uzlabotu Latvijas sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības.



## 1. SAVA DEFINITĪVAIS IETVARS

### 1.1. SAVA definīcijas un normatīvais regulējums

Zinātniskajā literatūrā un pētījumos par veselības aprūpi tā tiek iedalīta 4 pamata veselības aprūpes grupās – preventīvā, primārā, sekundārā-ambulatorā un ilgtermiņa veselības aprūpe.



Att. 1. Veselības aprūpes pamata grupas.

Izpētes objekts metodoloģijas izstrādei ir sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pieejamības un kvalitātes novērtējums. Latvijas likumdošanā noteikts, ka **sekundārā veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai ārstniecības iestādē sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona un kas orientēts uz neatliekamu, akūtu vai plānveida veselības aprūpi.**<sup>7</sup>

Latvijas likumdošanā sekundārās ambulatorās veselības aprūpes definējums atrodams arī Latvijas Republikas Ārstniecības likuma 54. panta 2. daļā – “Ārstniecības iestādes var būt ambulatoras, kur pacientiem, ja nav nepieciešama ievietošana stacionārā, nodrošina ārstniecības pakalpojumus, un stacionāras, kur pacientiem, kas visu diennakti atrodas pastāvīgā ārstniecības personu aprūpē, sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību, nosaka diagnozi un nodrošina ārstniecības pakalpojumus līdz noteiktas ārstniecības pakāpes sasniegšanai.”

Tā kā metodoloģija objekts ir **sekundārās ambulatorās veselības aprūpe**, attiecīgi pētījuma redzes lokā ir ārstniecības iestādes, kuras sniedz ambulatoros ārstniecības pakalpojumus.

Veselības ministrijas 02.07.2018. darba grupas ziņojumā par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu valsts, pašvaldību un privātajās ārstniecības iestādēs tiek izmantots definējums, ka “**Sekundārā ambulatorā veselības aprūpe – ir veselības aprūpes pakalpojumu kopums, ko personai sniedz kādā slimību profilā specializējusies ārstniecības persona ambulatorajā ārstniecības iestādē, slimnīcas ambulatorajā nodaļā, neatliekamās medicīniskās palīdzības iestādē, ja tajā organizēta ambulatorās palīdzības sniegšana, vai dienas stacionārā.**”

Latvijas Republikas Veselības aprūpes finansēšanas likumā 1. pantā pastāv arī atsauce uz sekundāro aprūpi kā vienu no komponentēm valsts budžeta finansējuma sadalei 5. panta 4. punktā: “Lai nodrošinātu valsts apmaksātu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, pieaugot gadskārtējam valsts budžeta finansējumam veselības aprūpes pakalpojumiem: (..) tas tiek sadalīts neatliekamās medicīniskās palīdzības, primārās, sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumiem (..)”

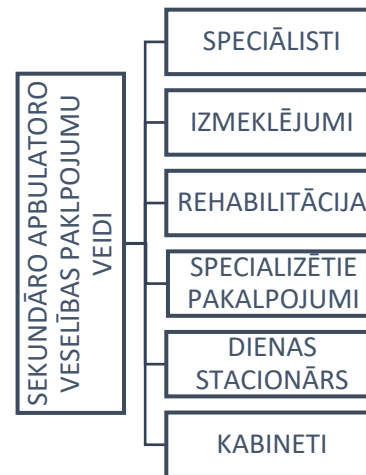
Veselības nozari reglamentējošie akti – Pacientu tiesību likums, Veselības apdrošināšanas iemaksu veikšanas un atmaksāšanas kārtība, Veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datubāzes noteikumi – nesniedz papildus definējošo vai normatīvu regulējumu SAVA kontekstā.

<sup>7</sup> Veselības aprūpes finansēšanas likums, spēkā no 01.01.2018. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/296188-veselibas-aprupes-finansesanas-likums>

## 1.2. SAVA taksonomijas un dimensijas

Pētījuma ietvaros SAVA taksonomijas vērtējumam tiek izmantots Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555 izmantotais iedalījums, kas SAVA pakalpojumus veidus grupē 5 pamata grupās – (1) speciālisti, (2) izmeklējumi, (3) rehabilitācija, (4) specializētie pakalpojumi un (5) dienas stacionārs, kā arī kabineti (6).

SAVA pakalpojumu pamata grupas tiek izdalītas apakš segmentos, kur speciālisti, izmeklējumi, specializētie pakalpojumi, dienas stacionāra pakalpojumi un SAVA pakalpojumu kabineti katrs tiek iedalīti vairākās pamata grupās un apakšgrupās (1. tabula).



Tabula 1. SAVA normatīvās taksonomijas pakalpojumu 5 pamata grupu apakšgrupas un izdalītie kabinetu veidi. Avots: Ministru kabineta noteikumi Nr. 555, Rīgā 2018. gada 28. augustā (prot. Nr. 40 26. §) 5., 10. un 12. pielikums un intervijām ar NVD ekspertiem.

SEKUNDĀRO APBULATORO PAKALPOJUMU VEIDU TAKSONOMIJA <sup>8</sup>					
Pakalpojumu veidi, kas iekļauti Ministru kabineta noteikumos Nr. 555, Rīgā 2018. gada 28. augustā (prot. Nr. 40 26. §) 12. pielikumā.					
N.p.k.	Speciālisti Pakalpojumu veidu grupa – speciālisti	Izmeklējumi	Rehabilitācija	Specializētie pakalpojumi	Dienas stacionāra pakalpojumi*
1.	Alergoģija	Datortomogrāfija	Pieaugušo rehabilitācija	Ambulatorā palīdzība surdoloģijā	
2.	Algoloģija	Doplerogrāfija	Bērnu rehabilitācija	Ģenētisko slimnieku konsultēšana	
3.	Anestezioloģija	Endoskopija	Perinatālā periodā radušos stāvokļu rehabilitācija	HIV līdzestības kabinets <sup>9</sup>	
4.	Arodslimību speciālisti	Kodolmagnētiskās rezonanses izmeklējumi		Konsultācijas saistībā ar nieru transplantāciju	
5.	Dermatoveneroloģija	Mamogrāfija		Medicīniskā apaugļošana	
6.	Endokrinoloģija	Neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi		Metadona aizvietojošā terapija	
7.	Gastroenteroloģija	Osteodensitometrija		Multiplās sklerozes slimnieku konsultēšana un izmeklēšana	
8.	Ginekoloģija	Pozitronu emisijas tomogrāfija ar datortomogrāfiju (PET/DT)		Staru terapija	
9.	Hematoloģija	Radionukleīdā diagnostika		Tiesu psihiatriskā un psiholoģiskā ekspertīze	
10.	Infektoloģija	Rentgenoloģija		Sporta medicīna <sup>10</sup>	

<sup>8</sup> Pakalpojuma veidam saistošie manipulāciju kodi iekļauti Ministru kabineta noteikumi Nr. 555, Rīgā 2018. gada 28. augustā (prot. Nr. 40 26. §) 12. pielikums un 10. pielikums. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/301399-veselibas-aprupes-pakalpojumu-organizšanas-un-samaksas-kartiba>

<sup>9</sup> MK noteikumos divi kabineti - "HIV līdzestības kabinets" un "Metadona aizvietojošā terapija", ir izdalīti un iekļauti pie specializētajiem pakalpojumiem. Tālāk metodoloģijā šie pakalpojumi tiek pievienoti pie SAVA pakalpojumu grupas "Kabineti".

<sup>10</sup> MK noteikumos pie kvotētajiem ambulatoriem pakalpojumiem netiek norādīta Sporta medicīna, lai gan sporta ārsts tiek iekļauts pie SAVA speciālistu un attiecināmo aprūpes epizožu tarifiem. Līdz ar to tālāk metodoloģijā un tai saistošajos novērtējumos sporta medicīna tiek iekļauta.

11.	Internā medicīna	Sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi <sup>11</sup>	Pārējie pakalpojumi	
12.	Kardioloģija	Ultrasonogrāfija		
13.	Ķirurģija	Elastogrāfija		
14.	Narkoloģija	Laboratoriskie izmeklējumi <sup>12</sup> Pārējie pakalpojumi		
15.	Nefroloģija			
16.	Neiroloģija			
17.	Oftalmoloģija			
18.	Onkoloģija (ķīmijterapija)			
19.	Otolaringoloģija			
20.	Pediatrija			
21.	Psihiatrija			
22.	Pulmonoloģija			
23.	Pneimatoloģija			
24.	Traumatoloģija, ortopēdija			
25.	Uroloģija			
26.	Skābekļa terapija			
27.	Pārējās specialitātes			
Pakalpojumu veidi - <b>kabineti</b> , kas iekļauti Ministru kabineta noteikumos Nr. 555, Rīgā 2018. gada 28. augustā (prot. Nr. 40 26. §) 10. pielikumā, ja zemsvītras piezīmēs nav norādīts savādāk.				
1.	Diabētiskās pēdas aprūpes kabinets			
2.	Paliatīvās aprūpes kabinets			
3.	Hronisku obstruktīvu plaušu slimību kabinets			
4.	Stomas kabinets			
5.	Dežūrārsta kabinets <sup>13</sup>			
6.	Pediatra kabinets			
7.	Reto slimību kabinets			
8.	Cistiskās fibrozes kabinets			
9.	Psihologa/psihoterapeita kabinets			
9.1.	<i>Bērnu psihiatra kabinets<sup>14</sup></i>			
9.2.	<i>Psihiatra kabinets<sup>15</sup></i>			
10.	Funkcionālo speciālistu kabinets			
11.	Māsas psihiatrijā un narkoloģijā kabinets			
12.	Onkoloģisko pacientu psihoemocionālā atbalsta kabinets			
13.	<i>Metadona terapijas kabinets<sup>16</sup></i>			
14.	Diabēta apmācības kabinets			
15.	Aritmologa kabinets			
16.	Vecmātes kabinets <sup>17</sup>			
17.	Enterālās un parenterālās barošanas pacientu aprūpes kabinets			
18.	<i>HIV līdzestības kabinets<sup>18</sup></i>			
19.	Garastāvokļa traucējumu kabinets bērniem			
20.	Onkoloģisko pacientu koordinators kabinets			
21.	Traheostomētu pacientu aprūpes kabinets			
22.	Pneimatologa kabinets <sup>19</sup>			

<sup>11</sup> Atsevišķi tiek izdalītas vēl divas apakšgrupas- (1) elektrokardiogrāfija; (2) pārējie sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi

<sup>12</sup> Izdalīts, lai ietvertu vispārēju pakalpojuma novērtējumu SAVA kontekstā. Laboratoriskie pakalpojumi ir atsevišķa pakalpojumu grupa.

<sup>13</sup> MK noteikumos tiek norādīts, taču tas attiecināms uz primāro veselības aprūpi un līdz ar to tālāk pētījumā netiek apskatīts.

<sup>14</sup> Izdalīts, balstoties uz intervijām ar NVD ekspertiem.

<sup>15</sup> Izdalīts, balstoties uz intervijām ar NVD ekspertiem.

<sup>16</sup> Izdalīts arī specializētos pakalpojumos.

<sup>17</sup> MK noteikumos tiek norādīts, taču tas attiecināms uz primāro veselības aprūpi un līdz ar to tālāk pētījumā netiek apskatīts.

<sup>18</sup> Izdalīts arī specializētos pakalpojumos.

<sup>19</sup> Nav iekļauts MK noteikumos, bet tiek pievienots sarakstam, balstoties uz faktisko situāciju nozarē un NVD ekspertu rekomendācijām.

23	Steidzamās medicīniskās palīdzības punkts <sup>20</sup>
----	---

\*Dienas stacionāra pakalpojuma veidi ietver 15 pakalpojuma veidus<sup>21</sup>:

- 1) Nieru aizstājterapija,
- 2) Invazīvā kardioloģija,
- 3) Invazīvā radioloģija,
- 4) Ķīmijterapija un hematoloģija,
- 5) Staru terapija,
- 6) Robotizēta stereotaktiskā radioķirurģija,
- 7) Rehabilitācija (2 apakšgrupas - pieaugušo vai bērnu),
- 8) Psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriska profila dienas stacionārā,
- 9) Narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiska profila dienas stacionārā,
- 10) Neuroloģisko un iekšējīgo slimību ārstēšana,
- 11) Hronisko sāpju pacientu ārstēšana,
- 12) Ķirurģiskie pakalpojumi (8 apakš grupas) - (1) oftalmoloģija, (2) uroloģija, (3) gastrointestinālās endoskopijas, (4) ginekoloģija, (5) otolaringoloģija (bērniem un pieaugušiem), (6) traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija, (7) vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi, (8) bērnu ķirurģija;
- 13) Zobārstniecība vispārējā anestēzijā,
- 14) Medicīniskā apaugļošana,
- 15) Izmeklējumi ilgstošajai skābekļa terapijai.

Apkopojot oficiālo normatīvo sadalījumu SAVA pakalpojumu veidiem secināms, ka tā ietver sekojošas SAVA pakalpojumu taksonomiskās grupas un skaitu:

- 1) Specializēto pakalpojumu veidi- *speciālisti*: 27 grupas
- 2) *Izmeklējumu* veidi: 13 grupas un 2 apakšgrupas
- 3) *Rehabilitācijas* pakalpojumu pamata veidi: 3 grupas
- 4) *Specializētie* pakalpojumi: 9+1 grupa (*papildus pievienota "Sporta medicīna"*)
- 5) *Dienas stacionāra* pakalpojumi: 15 grupas un 10 apakšgrupas
- 6) *Kabineti*: 21 grupa (*norādīti ir 23, kur divas grupas – "HIV līdzestības kabinets" un "Metadona terapijas kabinets", pārklājas ar specializēto pakalpojumu veidiem un kur papildus MK noteikumiem pievienots Pneimatologa kabinets un Steidzamās medicīniskās palīdzības punkts* ).

Tabula 1.1. SAVA normatīvās taksonomijas pakalpojumu pamata grupu, apakšgrupu un kabinetu grupu skaits. Avots: Autoru veikts apkopojums, balstoties uz Ministru kabineta noteikumiem Nr. 555, Rīgā 2018. gada 28. augustā (prot. Nr. 40 26. §) 5., 10. un 12. pielikums un intervijām ar NVD ekspertiem.

N.p.k.	SAVA pakalpojumu veidi	Pamata grupu skaits	Apakšgrupu skaits	Kopā
1.	Specializēto pakalpojumu veidi- speciālisti	27	-	27
2.	Izmeklējumi	13	2	15
3.	Rehabilitācija	3	-	3
4.	Specializētie pakalpojumi	10	-	10
5.	Dienas stacionāra pakalpojumi	15	10	25
6.	Kabineti	21	2	23
	Kopā:	<b>89</b>	<b>14</b>	<b>103</b>

Secināms, ka sekundāro ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu (SAVA) taksonomija Latvijā, kas novērtēta šī pētījuma ietvaros, izmantojot Ministru kabineta noteikumus, sastāv no sešām pamata grupām: speciālisti,

<sup>20</sup> Nav iekļauts MK noteikums, bet tiek pievienots sarakstam, balstoties uz faktisko situāciju nozarē un NVD ekspertu rekomendācijām

<sup>21</sup> Atbilstoši Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumiem Nr. 555 (*Pielikums 5, MK 04.04.2023. noteikumu Nr. 161 redakcijā*)

izmeklējumi, rehabilitācija, specializētie pakalpojumi, dienas stacionāra pakalpojumi un kabineti. Šīs grupas tālāk tiek iedalītas vairākās apakšgrupās, lai kategorizētu dažādus piedāvāto pakalpojumu veidus. Apkopojot SAVA pakalpojumu veidu oficiālo normatīvajos aktos noteikto sadalījumu, ir redzams, ka katrā kategorijā ir pieejams daudzveidīgs pakalpojumu klāsts, turklāt klasifikācijā ir dažas pārklāšanās un neatbilstības. Pašreizējā SAVA normatīvā taksonomija identificējama kā fragmentāra un atvērta interpretācijai, kā rezultātā nepieciešams uzsvērt vajadzību pēc noteiktāk definētas normatīvās SAVA taksonomijas, kas būtu nepārprotama visām veselības aprūpes sistēmā iesaistītajām pusēm. Saskaņotāka un precīzāk definēta taksonomija uzlabotu SAVA pakalpojumu izpratni un organizāciju Latvijā, veicinot efektīvāku un lietderīgāku veselības aprūpes sniegšanu.

Attiecībā pret SAVA reģionālo taksonomiju, MK ir noteiktas teritoriālās plānošanas vienības un tajās iekļautās administratīvās teritorijas.<sup>22</sup> Kopā pašlaik tiek izšķirti 5 pamata SAVA teritoriālie reģioni, 32 SAVA pakalpojuma plānošanas vienības un 43 SAVA vienībā ietilpstošās administratīvās teritorijas (2. tabula).

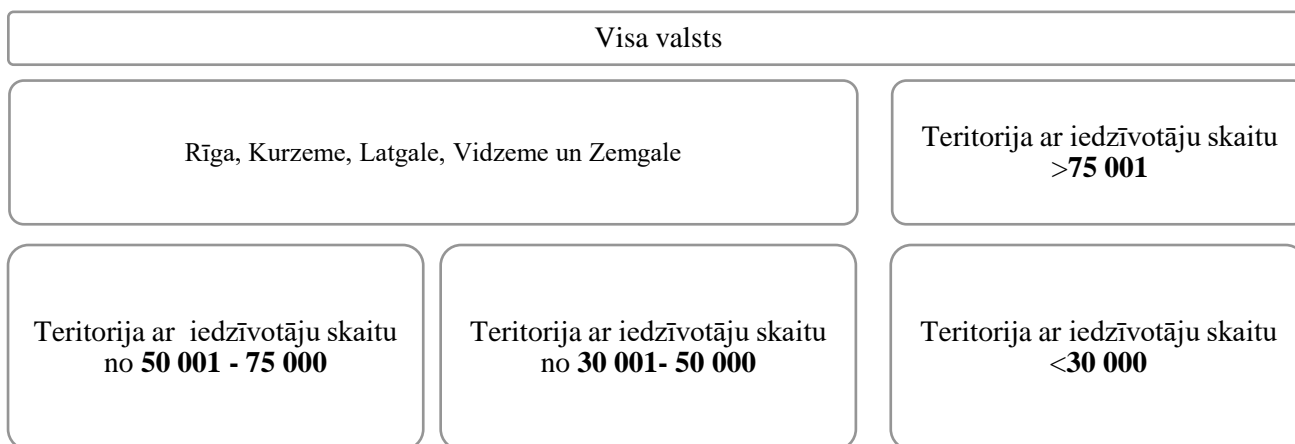
Tabula 2. SAVA pakalpojumu plānošanas teritorijas. Avots: Ministru kabineta noteikumi Nr. 555, Rīgā 2018. gada 28. augustā (prot. Nr. 40 26. §) 12. pielikums.

Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas teritorija	N. p. k.	Veselības aprūpes pakalpojumu <b>plānošanas vienība</b>	N. p. k.	Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienībā ietilpstošās administratīvās teritorijas
Rīga	1.	Rīgas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	1.	Mārupes novads
			2.	Rīga
	2.	Ādažu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	3.	Ādažu novads
			4.	Ropažu novads
			5.	Saulkrastu novads
	3.	Jūrmalas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	6.	Jūrmala
	4.	Ķekavas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	7.	Ķekavas novads
Kurzeme	5.	Olaines veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	8.	Olaines novads
	6.	Salaspils veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	9.	Salaspils novads
	7.	Siguldas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	10.	Siguldas novads
	8.	Kuldīgas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	11.	Kuldīgas novads
	9.	Liepājas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	12.	Liepāja
			13.	Dienvidkurzemes novads
	10.	Saldus veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	14.	Saldus novads
	11.	Talsu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	15.	Talsu novads
	12.	Tukuma veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	16.	Tukuma novads
Latgale	13.	Ventspils veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	17.	Ventspils
			18.	Ventspils novads
	14.	Daugavpils veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	19.	Daugavpils
			20.	Augšdaugavas novads
	15.	Krāslavas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	21.	Krāslavas novads
	16.	Ludzas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	22.	Ludzas novads
	17.	Preiļu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	23.	Līvānu novads
			24.	Preiļu novads

<sup>22</sup> Atbilstoši Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumiem Nr. 555 (Pielikums 5, MK [04.04.2023.](#) noteikumu Nr. 161 redakcijā)

	18	Rēzeknes veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	25	Rēzekne
			26	Rēzeknes novads
Vidzeme	19	Alūksnes veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	27	Alūksnes novads
	20	Balvu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	28	Balvu novads
	21	Cēsu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	29	Cēsu novads
	22	Gulbenes veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	30	Gulbenes novads
	23	Limbažu veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	31	Limbažu novads
	24	Madonas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	32	Madonas novads
			33	Varakļānu novads
	25	Valkas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	34	Smiltenes novads
35			Valkas novads	
26	Valmieras veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	36	Valmieras novads	
Zemgale	27	Aizkraukles veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	37	Aizkraukles novads
	28	Bauskas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	38	Bauskas novads
	29	Dobeles veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	39	Dobeles novads
	30	Jelgavas veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	40	Jelgava
			41	Jelgavas novads
	31	Jēkabpils veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	42	Jēkabpils novads
32	Ogres veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība	43	Ogres novads	

Kopā tiek izšķirti 6 teritoriālās pakalpojumu sniegšanas vienību līmeņi pēc iedzīvotāju skaita tajos (2. attēls).



Att. 2. SAVA minimālo pakalpojumu nodrošināšanai teritoriālās plānošanas vienības pēc iedzīvotāju skaita. Avots: MK noteikumi Nr. 555, Rīgā 2018. gada 28. augustā (prot. Nr. 40 26. §) 12 pielikums. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/301399-veselibas-aprupes-pakalpojumu-organizšanas-un-samaksas-kartiba>

Katrā no sešām teritoriālās pakalpojumu sniegšanas vienībām pēc iedzīvotāju skaita ir noteikti konkrēti tajās obligāti nodrošināmie SAVA pakalpojumi un to veidi. Tālāk tabulu veidā tiek uzskaitīti minimāli nodrošināmie pakalpojumi.

Tabula 3. Teritorijā ar iedzīvotāju skaitu <30 000 obligāti nodrošināmie SAVA pakalpojumi. Avots: SAVA pakalpojumu plānošanas teritorijas. Avots: Ministru kabineta noteikumi Nr. 555.

Teritorija ar iedzīvotāju skaitu <30 000		
N. p. k.	SAVA pakalpojuma grupas	Pakalpojumi
1.	Speciālisti, veselības aprūpes pakalpojumu veidi	Ginekoloģija, ķirurģija, neiroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija, psihiatrija

2.	Izmeklējumu veidi	Elektrokardiogrāfija, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija
3.	Rehabilitācija	-
4.	Dienas stacionāru veidi	Ginekoloģija, vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi
Piezīmes:		Dienas stacionāra pakalpojumus neizvērtē, ja plānošanas vienība robežojas ar Rīgas pilsētu

Tabula 4. Teritorijā ar iedzīvotāju skaitu 30 001-50 000 obligāti nodrošināmie SAVA pakalpojumi. Avots: SAVA pakalpojumu plānošanas teritorijas. Avots: Ministru kabineta noteikumi Nr. 555.

Teritorija ar iedzīvotāju skaitu no 30 001- 50 000		
N. p. k.	SAVA pakalpojuma grupas	Pakalpojumi
1.	Speciālisti, veselības aprūpes pakalpojumu veidi	Anestezioģija, dermatoveneroloģija, endokrinoloģija, ginekoloģija, kardioloģija, ķirurģija, neiroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija, psihiatrija, pulmonoloģija, traumatoloģija, ortopēdija
2.	Izmeklējumu veidi	Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija
3.	Rehabilitācija	Rehabilitācijas pakalpojumi
4.	Dienas stacionāru veidi	Ginekoloģija, neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana, traumatoloģija un ortopēdija, vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi
Piezīmes:		Datortomogrāfijas pakalpojumus neizvērtē, ja plānošanas vienība robežojas ar Rīgas pilsētu

Tabula 5. Teritorijā ar iedzīvotāju skaitu 50 001-75 000 obligāti nodrošināmie SAVA pakalpojumi. Avots: SAVA pakalpojumu plānošanas teritorijas. Avots: Ministru kabineta noteikumi Nr. 555.

Teritorija ar iedzīvotāju skaitu no 50 001 - 75 000		
N. p. k.	SAVA pakalpojuma grupas	Pakalpojumi
1.	Speciālisti, veselības aprūpes pakalpojumu veidi	Anestezioģija, dermatoveneroloģija, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, ginekoloģija, hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets, kardioloģija, ķirurģija, narkoloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija, psihiatrija, pulmonoloģija, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija
2.	Izmeklējumu veidi	Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, endoskopija, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija
3.	Rehabilitācija	Rehabilitācijas pakalpojumi
4.	Dienas stacionāru veidi	Gastrointestinālās endoskopijas, ginekoloģija, neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana, otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem, rehabilitācija, traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija, uroloģija, vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi

Tabula 6. Teritorijā ar iedzīvotāju skaitu >75 001 obligāti nodrošināmie SAVA pakalpojumi. Avots: SAVA pakalpojumu plānošanas teritorijas. Avots: Ministru kabineta noteikumi Nr. 555.

Teritorija ar iedzīvotāju skaitu >75 001		
N. p. k.	SAVA pakalpojuma grupas	Pakalpojumi
1.	Speciālisti, veselības aprūpes pakalpojumu veidi	Anestezioģija, arodslimību speciālisti, bērnu speciālisti, dermatoveneroloģija, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, ginekoloģija, hematoloģija, hronisku obstruktīvu plaušu slimību kabinets, internisti, kardioloģija, ķirurģija, narkoloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, onkoloģija, otolaringoloģija, paliatīvās aprūpes kabinets, psihiatrija, pulmonoloģija, reimatoloģija, stomas kabinets, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija
2.	Izmeklējumu veidi	Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elastogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, endoskopija, neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija
3.	Rehabilitācija	Rehabilitācijas pakalpojumi
4.	Dienas stacionāru veidi	Gastrointestinālās endoskopijas, ginekoloģija, narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā, neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana, oftalmoloģija, otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem, psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā,

		rehabilitācija, traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija, uroloģija, vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi
--	--	--

Tabula 7. Teritorijā – Rīga, Kurzeme, Latgale, Vidzeme un Zemgale (saskaņā ar 2. tabulu) obligāti nodrošināmie SAVA pakalpojumi. Avots: SAVA pakalpojumu plānošanas teritorijas. Avots: Ministru kabineta noteikumi Nr. 555.

Teritorijās - Rīga, Kurzeme, Latgale, Vidzeme un Zemgale		
N. p. k.	SAVA pakalpojuma grupas	Pakalpojumi
1.	Speciālisti, veselības aprūpes pakalpojumu veidi	Alergoloģija, algoloģija, anestezioloģija, arodslimību speciālisti, bērnu speciālisti, dermatoveneroloģija, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, ginekoloģija, hematoloģija, hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets, infektoloģija, internisti, kardioloģija, ķirurģija, narkoloģija, nefroloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, onkoloģija, otolaringoloģija, paliatīvās aprūpes kabinets, pediatrija, psihiatrija, pulmonoloģija, reimatoloģija, stomas kabinets, tiesu psihiatriskās un psiholoģiskās ekspertīzes, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija
2.	Izmeklējumu veidi	Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elastogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, endoskopija, kodolmagnētiskā rezonanse, neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi, mamogrāfija, osteodensitometrija, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija
3.	Rehabilitācija	Rehabilitācijas pakalpojumi
4.	Dienas stacionāru veidi	Gastrointestinālās endoskopijas, ginekoloģija, narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā, neiroloģisko un iekšējgo slimību ārstēšana, nieru aizstājterapija, oftalmoloģija, otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem, psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā, rehabilitācija, traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija, vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi, uroloģija

Tabula 8. Visas valsts teritorijā obligāti nodrošināmie SAVA pakalpojumi. Avots: SAVA pakalpojumu plānošanas teritorijas. Avots: Ministru kabineta noteikumi Nr. 555.

Teritorija – visa valsts		
N. p. k.	SAVA pakalpojuma grupas	Pakalpojumi
1.	Speciālisti, veselības aprūpes pakalpojumu veidi	Alergoloģija, algoloģija, ambulatorā palīdzība surdoloģijā, ambulatori konsultatīvā palīdzība pie nieru transplantācijas, anestezioloģija, arodslimību speciālisti, bērnu speciālisti, dermatoveneroloģija, diabēta apmācības kabinets, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, gastroenteroloģija, ginekoloģija, ģenētisko slimnieku konsultēšana, hematoloģija, HIV līdzestības kabinets, hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets, infektoloģija, internisti, kardioloģija, ķirurģija, medicīniskā apaugļošana, multiplās sklerozes slimnieku konsultēšana un izmeklēšana, narkoloģija, nefroloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, onkoloģija, otolaringoloģija, paliatīvās aprūpes kabinets, pediatrija, psihiatrija, pulmonoloģija, reimatoloģija, reto slimību kabinets, stomas kabinets, tiesu psihiatriskās un psiholoģiskās ekspertīzes, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija, skābekļa terapija un pārējās specialitātes
2.	Izmeklējumu veidi	Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elastogrāfija, endoskopija, laboratoriskie un histoloģiskie izmeklējumi, kodolmagnētiskā rezonanse, mamogrāfija, neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi, osteodensitometrija, pozitronu emisijas tomogrāfija ar datortomogrāfiju, radionukleīdā diagnostika, rentgenoloģija, sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, staru terapija, ultrasonogrāfija
3.	Rehabilitācija	Rehabilitācijas pakalpojumi
4.	Dienas stacionāru veidi	Bērnu ķirurģija, gastrointestinālās endoskopijas, ginekoloģija, hronisko sāpju pacientu ārstēšana, invazīvā kardioloģija, ķīmijterapija, invazīvā radioloģija, narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā, neiroloģisko un iekšējgo slimību ārstēšana, nieru aizstājterapija, oftalmoloģija, otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem, psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā, rehabilitācija, robotizēta stereotaktiskā radioķirurģija, staru terapija, traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija, uroloģija, vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi



MK noteikumos netiek norādīts nepieciešamais speciālistu skaits uz 1000 iedzīvotājiem, kā arī netiek norādīts SAVA pakalpojuma minimālais attālums no iedzīvotāja dzīves vietas.

### 1.3. SAVA procesu un kvalitātes novērtējuma ietvars

Pētījumā tiek izmantots jēdziens: *pieejamība*, līdz ar to ir nepieciešams nedefinēt, ko pētnieki uztver kā *pieeju ārstniecības pakalpojumiem* un *pieejamus ārstniecības pakalpojumus*. Pieejamība ir būtiska veselības aprūpes sistēmu darbībai visā pasaulē. Tomēr pieejamība veselības aprūpei joprojām ir sarežģīts jēdziens, par ko liecina šī jēdziena dažādās interpretācijas autoru vidū. Ārstniecības pakalpojumu pieejamība ir būtisks elements veselības aprūpes sistēmas veidošanā. Etimoloģiski *pieejamība* tiek definēta kā veids, kā tuvoties, sasniegt vai iekļūt vietā, tiesības vai iespēja sasniegt, izmantot vai apmeklēt objektu. Veselības aprūpes kontekstā pieejamība ir definēta kā piekļuve pakalpojumam, pakalpojumu sniedzējam vai iestādei, tādējādi kā iespēja vai vieglums, ar kādu patērētāji vai kopienas var izmantot nepieciešamos pakalpojumus atbilstoši savām vajadzībām.

Šī pieejamība var tikt vērtēta no dažādu faktoru skatu punkta. Var tikt izmantoti faktori, kas raksturo pirmo kontaktu ar ārstniecības iestādi. Pieejamību var vērtēt arī sniegto pakalpojumu kontekstā. Alternatīvi var tikt vērtēti arī sniegto pakalpojumu raksturlielumi un veselības aprūpes procesa rādītāji. Nodalāms arī jēdziens par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un to faktisko izmantošanu un pieprasījumu. Tā kā pastāv šie divi pretējie skatu punkti, pieejamību var vērtēt arī kā pieprasījuma un piedāvājuma funkciju.

Pakalpojumu pieejamību var vērtēt no tādu faktoru viedokļa kā atrašanās vieta, izmaksu pieejamība, pakalpojumu atbilstība noteiktiem kvalitātes kritērijiem. No pakalpojumu saņēmēju perspektīvas kā būtiski faktori var būt arī slimību izplatība, izglītības pakāpe, attieksme pret veselības aprūpi, dzīves stils, sociāli demogrāfiskais sadalījums. Veselības aprūpes pieejamību var vērtēt kā attiecības starp teritorijā pieejamo pakalpojumu klāstu un teritorijas iedzīvotāju raksturlielumiem, tai skaitā var tikt ņemti vērā arī traucējošie faktori, kavēkļi, šķēršļi vai grūtības gūt vajadzīgos pakalpojumus. Izmērāmi rādītāji no piedāvājuma puses būtu pakalpojumu cena, pacienta līdzmaksājums, transporta izmaksas, rindu garums, speciālistu veidi un skaits, ārstniecības iestāžu skaits, sniegto pakalpojumu apjoms/skaits, medicīniskā aparātūra/tehnoloģijas (tie arī ir izmērāmi rādītāji). No klienta perspektīvas tie varētu būt sabiedrības sociālie rādītāji, pirktspēja, ienākumu līmenis, rīcībā esošie transportlīdzekļi, sabiedriskā transporta tīkls un tā iespējas un brīvais laiks.

Tabula 9. Pieejamības definīciju apkopojums zinātniskajā literatūrā (Levesque et al., 2013).

Definīcija	Avots
Pieejamība kā funkcionāla saikne starp iedzīvotājiem un medicīnas iestādēm un resursiem, kas atspoguļo šķēršļu, kavēkļu un grūtību vai faktoru atšķirīgo pakāpi, kas veicina veselības aprūpes sniegšanu pacientiem.	Bashur et al., 1971.
Pieejamība, kas ietver pielāgošanās pakāpes jēdzienu starp resursiem un iedzīvotājiem.	Donabedian, 1973.
Pieejamība, kas apvieno resursu un iedzīvotāju atribūtus.	Salkever, 1976.
Izmantošana skatīta kā pacientu īpašību, kā arī pakalpojumu sniedzēja un sistēmas atribūtu produkts.	Dutton, 1986.
Piekļuve kā iedzīvotāju spēja meklēt un saņemt aprūpi. Pieejamība ir pielāgošanās pakāpe starp raksturlielumiem veselības aprūpes resursu un iedzīvotāju aprūpes meklēšanas un saņemšanas procesā.	Frenk, 1992.

Savlaicīga personīgo veselības pakalpojumu izmantošana, lai sasniegtu labākos iespējamus rezultātus.	Margolis et.al., 1995.
Iespēja patērēt veselības preces un pakalpojumus.	Haddad & Mohindra, 2002.
Aptvērums: iespēja saņemt nepieciešamo veselības aprūpi, atkarībā no veselības aprūpes nepieciešamības. Izmantošana: izmantoto veselības aprūpes pakalpojumu un procedūru apjoms.	Shengelia et al., 2003.
Piekļuve tiek uzskatīta par tādu, kas ietver pakalpojumu faktisko izmantošanu. Skaidrs uzsvars tiek likts uz to, lai piekļuves novērtējumā ņemtu vērā gan lietotāju, gan pakalpojumu īpašības. Tiek identificēts lietotāju un pakalpojumu atbilstības jēdziens.	Peters et al. 2008

## 2. SAVA NOVĒRTĒŠANAS METODOLOĢISKO PIEEJU IZVĒRTĒJUMS

SAVA pieejamības novērtēšanas metodikas izstrādes vajadzībām tika veikta gan lokālu, gan starptautisku pētījumu apsekošana. Tika izmantoti publiski pieejami gan zinātniski, gan valstisko un nevalstisko organizāciju materiāli. Literatūras izpētē izmantotas ScienceDirect, Wiley, Springer un citas datu bāzes.

Dažādu pieeju apkopojums ļauj identificēt esošo praksi pētījumos, metodoloģisko pieeju, definitīvo ietvaru un secinājumus par pētījumu metožu priekšrocībām un trūkumiem.

Pašlaik visā ES nav vienotas pieejas veselības aprūpes (turpmāk tekstā arī – VA), tai skaitā SAVA, novērtēšanai. Lielākā daļa metožu koncentrējas uz datiem no neliela skaita dažādu avotu. Tie parasti ir saistīti ar finanšu resursiem (Eurostat), pakalpojumu pieejamību (Eurostat, OECD), veselības aprūpes sistēmas resursiem (Eurostat, OECD, PVO) un VA nodrošinājuma līmeni (Eurostat, OECD, PVO), kā arī valstu ziņotajiem veselības aprūpes akūtajiem vajadzību gadījumiem, galvenokārt neapmierinātībām, kas tiek iegūta, izmantojot ES statistiku par ienākumiem un dzīves apstākļiem (SILC-EU Statistics on Income and Living Conditions) un publicēta Eurostat. Daži rādītāji mēra veselības aprūpes nodrošinājuma līmeni dalībvalstīs, bet citi – to, cik lielā mērā pakalpojumi apmierina indivīdu vajadzības, piemēram, procedūru skaitu vai slimnīcu un dienas stacionāru resursus. Dažus datus var iegūt, izmantojot Eiropas Sociālo Apsekojumu (European Social Survey – ESS), piemēram, subjektīvo labklājību un veselības aprūpes izmantošanu.

Tajā pašā laikā ir daudz iniciatīvu vienotākiem mērījumiem, kas tiek virzīti gan ar starptautisku organizāciju, gan reģionālu pārstāvniecību, gan izpētes organizāciju palīdzību. Piemēram, Londonā bāzētā pētījumu un konsultāciju organizācija ICF 2018. gada veica apjomīgu pētījumu "Ceļā uz taisnīgāku un efektīvāku veselības aprūpes pieejamības novērtēšanu ES", kurā definēja 6 kritērijus veselības aprūpes pakalpojumiem – esamība, pieejamība, savlaicīgums, atbilstība, atļauties spēja, vienlīdzība. Lai tos atlasītu, tika sastādīts saraksts ar esošajiem rādītājiem, kas pieejami, lai novērtētu veselības aprūpes pieejamību dažādās valstīs un reģionos. Galvenie avoti, kas izmantoti to identificēšanā ir bijuši sekojoši – Eurostat, ESAO, PVO, Eiropas Veselības sistēmu un politikas novērošanas centrs (European Observatory on Health Systems and Policies), UNICEF, Eurofound/ Eiropas dzīves kvalitātes apsekojums (EQoL), Eiropas Sadarbība veselības aprūpes optimizācijas jomā (European Collaboration for Healthcare Optimization (ECHO)), Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs (EMCDDA), Eiropas Pacientu forums (EPF), Médecins du Monde (MdM) un citi (QUALICOPC, Eurochip, Neatliekamās palīdzības dienesti, EUHPID, Eurociss, Pomona, EUDIP, CHILD, Enviroment/ Health, IMCA, Manpower, Musculoskeletal, Peristat, Oral Health u.c.), kopā apzinot 1432 rādītājus.

Tabula 10. 6 kritēriji veselības aprūpes pieejamībai un to definīcijas. Avots: ICF Consulting 2018. gada pētījums "Ceļā uz taisnīgāku un efektīvāku veselības aprūpes pieejamības novērtēšanu ES" (angliski – *Towards a fairer and more effective measurement of access to healthcare across the EU*)

1.	<b>Esamība</b>	Vai veselības aprūpes pakalpojums vai produkts ir esošs veselības aprūpes sistēmā?
2.	<b>Pieejamības vieglums un ērtums</b>	Vai veselības aprūpes pakalpojums vai produkts ir viegli un ērti pieejams veselības aprūpes sistēmā?
3.	<b>Savlaicīgums</b>	Vai veselības aprūpes pakalpojums vai produkts veselības aprūpes sistēmā ir pieejams vai sasniedzams atbilstošā laika periodā?
4.	<b>Atbilstošs vajadzībai un iespējams</b>	Vai veselības aprūpes pakalpojums vai produkts ir atbilstīgs vajadzībai un atbilstošs medicīnas un tehnoloģiju attīstībai?

5.	<b>Atļauties spēja</b>	Tas, cik lielā mērā veselības aprūpes pakalpojumu nepieciešamība ietekmē pacienta resursus.
6.	<b>Vienlīdzība un taisnīgums-pakalpojums pieejams visiem</b>	Vai veselības aprūpes pakalpojums vai produkts respektē pacienta/pakalpojuma sniedzēja uzskatus un jutīgumu?

Zinātniskajā literatūrā un pētījumos, visbiežāk minētais kritērijs ir **pieejamība** (tai skaitā skaitliskā uz x iedzīvotājiem, x km<sup>2</sup> teritorijā un citas), sekojot savlaicīgumam, esamībai, atļauties spējai un vienlīdzībai.

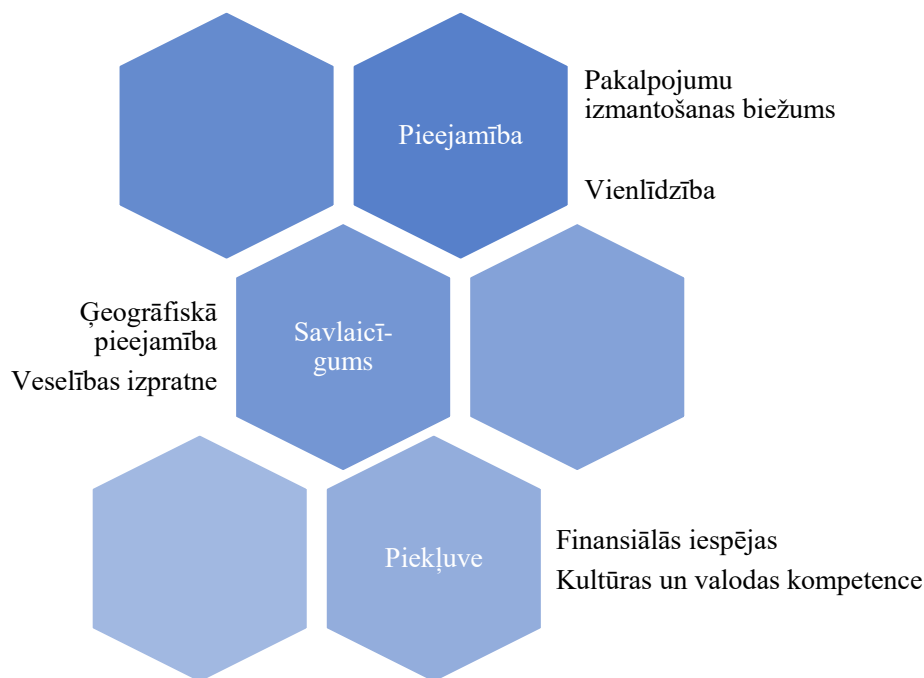
Lai rastu maksimāli pilnīgu pārskatu par pieejamiem SAVA novērtējumiem, zinātniskās literatūras un citu pētījumu analīze tika strukturēta ap sekojošiem pamata jautājumiem:

1. Kādi **kritēriji** tiek izmantoti, lai novērtētu **vispārēji veselības aprūpes kvalitāti** un pieejamību?
2. Kādi **kritēriji** tiek izmantoti, lai novērtētu **tieši sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti** un pieejamību?
3. Kādas ir būtiskākās atšķirības starp **vispārēju veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības un tieši sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtējumu**? Kuriem aspektiem sekundārās ambulatorās veselības jomā nepieciešams piešķirt padziļinātu uzmanību pieejamības un kvalitātes kontekstā?
4. Kādi ir **sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības ietekmējošie faktori**?
5. Kādas metodes un metodiskās pieejas tiek izmantotas, lai novērtētu **sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību**?
6. Kādi ir **sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtējuma pašreizējo metožu ierobežojumi**?
7. Kādas ir ieinteresēto pušu cerības attiecībā uz to, **kādam būtu jābūt** sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātei un pieejamībai?
8. Vai ir kādi ieteikumi sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtējuma metožu maiņai?

Tālāk detalizēti apskatītas jomas, uz kurām tikuši attiecināti uzdotie jautājumi.

## 2.1. Kritēriji vispārējam veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtējumam

Tika identificēti **8 pamata kritēriji**, kas visbiežāk tiek izmantoti pētījumos un zinātniskajā literatūrā, lai novērtētu un analizētu **kopējo veselības aprūpi valstī vai reģionā**, kuras daļa ir SAVA pakalpojumi (3. attēls). Pētījuma autori, vērtējot SAVA pakalpojumu kvalitātes un pieejamības kritērijus, tos analizēja kontekstā ar kopējiem veselības aprūpes kritērijiem, lai metodoloģijas izstrādē sasniegtu nepieciešamo fokusu un sašaurinājumu.



Att. 3. Pamata kritēriji, kas visbiežāk tiek izmantoti pētījumos un zinātniskajā literatūrā, lai novērtētu un analizētu kopējo veselības aprūpi valstī vai reģionā, kuras daļa ir SAVA pakalpojumi.

- 1. Pakalpojumu izmantošana biežums** Kritērijs, kas izteikti bieži atrodams zinātniskajā literatūrā un pētījumos par veselības aprūpes novērtējumu. Identificēti 4 pamata parametri pakalpojuma biežuma novērtēšanai – veids, vieta, mērķis un laika intervāls, kas nepieciešams iedzīvotājam<sup>23</sup>. Pakalpojumu izmantošanas biežums un pieejamība ir cieši savstarpēji saistīti, identificējot, ka tie, kuriem ir visvieglākā piekļuve veselības aprūpes pakalpojumiem, to arī izmanto visvairāk, jo viņiem ir mazāk šķēršļu, kas jāpārvar.<sup>24</sup>
- 2. Pieejamība** Kā jau minēts, šis kritērijs ir viens no pamata novērtējuma indikatoriem veselības aprūpes pakalpojumu novērtējumam. Šis kritērijs identificē veselības aprūpes pakalpojumu un resursu esamību un sadalījumu noteiktā apgabalā.<sup>25</sup> Tajā ņemti vērā tādi faktori kā veselības aprūpes iestāžu un speciālistu (slimnīcu, klīniku, veselības centru) skaits, veselības aprūpes sniedzēju blīvums un dažāda veida pakalpojumu pieejamība (sekundārā aprūpe, speciālā aprūpe, primārā aprūpe, neatliekamā palīdzība)<sup>26</sup>.
- 3. Ģeogrāfiskā pieejamība** Ģeogrāfiskā pieejamība ir vērsta uz veselības aprūpes pakalpojumu tuvumu indivīdiem vai kopienām. Tajā tiek ņemti vērā tādi faktori kā ceļojuma laiks, attālums, transporta iespējas un veselības aprūpes pakalpojumu klātbūtne lauku vai nepietiekami apkalpotos

<sup>23</sup> Levesque, J.F., Harris, M.F. and Russell, G., 2013. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, pp.1-9.

<sup>24</sup> Field, K.S. and Briggs, D.J., 2001. Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care. *Health & social care in the community*, 9(5), pp.294-308.

<sup>25</sup> Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S. and Verrept, H., 2019. Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC health services research*, 19(1), pp.1-14.

<sup>26</sup> Buzza, C., Ono, S.S., Turvey, C., Wittrock, S., Noble, M., Reddy, G., Kaboli, P.J. and Reisinger, H.S., 2011. Distance is relative: unpacking a principal barrier in rural healthcare. *Journal of general internal medicine*, 26, pp.648-654.

apgabalos.<sup>27</sup> Tā mērķis ir novērtēt, vai veselības aprūpes pakalpojumi ir fiziski pieejami iedzīvotājiem.

4. **Savlaicīgums** Savlaicīgums attiecas uz spēju savlaicīgi saņemt veselības aprūpes pakalpojumus. Tas ietver tādus faktorus kā gaidīšanas laiks uz tikšanos, gaidīšanas saraksti procedūrām vai operācijām un iespēja ātri piekļūt neatliekamai palīdzībai. Savlaicīgums ir ļoti svarīgs, lai nodrošinātu laicīgu diagnostiku, ārstēšanu un profilaktisko aprūpi.<sup>28 29 30</sup>
5. **Finansiālās iespējas** Kritērijs novērtē veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības finansiālo aspektu. Tajā tiek ņemti vērā tādi faktori kā veselības aprūpes izmaksas, veselības apdrošināšanas segums, pašmaksājumi (piemēram, līdzmaksājumi, pašrisks) un veselības aprūpes finansiālais slogs personām un ģimenēm.<sup>31</sup> Pieejamība ir būtisks faktors, kas var kavēt vai atvieglot piekļuvi aprūpei.<sup>32 33</sup>
6. **Kultūras un valodu kompetence** Kultūras un valodu kompetence ir vērsta uz veselības aprūpes sniedzēju spēju efektīvi sazināties un nodrošināt kultūras ziņā jutīgu aprūpi dažādām iedzīvotāju grupām. Tajā tiek ņemti vērā tādi faktori kā valodas barjeras, kultūras uzskati un prakse, kā arī tulku vai bilingvālo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pieejamība.<sup>34 35 36</sup> Tā mērķis ir nodrošināt, lai veselības aprūpes pakalpojumi būtu pieejami un piemēroti personām no dažādām kultūras un valodas vidēm.
7. **Veselības izpratne un prasme** Veselības prasme attiecas uz indivīdu spēju iegūt, saprast un izmantot informāciju par veselību, lai pieņemtu apzinātus lēmumus par savu veselības stāvokli. Tajā tiek ņemti vērā tādi faktori kā lasītprasmes līmenis, veselības izglītības programmas, skaidra veselības informācijas komunikācija un resursu pieejamība, kas atbalsta veselības prasmi. Veselības prasme ir būtiska, lai indivīdi varētu orientēties veselības aprūpes sistēmā un aktīvi piedalīties savā aprūpē.<sup>37 38 39</sup>

<sup>27</sup> Fortney, J., Rost, K. and Warren, J., 2000. Comparing alternative methods of measuring geographic access to health services. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 1, pp.173-184.

<sup>28</sup> Penchansky, R. and Thomas, J.W., 1981. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, pp.127-140.

<sup>29</sup> Mathews, M., Ryan, D. and Bulman, D., 2015. What does satisfaction with wait times mean to cancer patients?. *BMC cancer*, 15, pp.1-7.

<sup>30</sup> Leddy, K.M., Kaldenberg, D.O. and Becker, B.W., 2003. Timeliness in ambulatory care treatment: an examination of patient satisfaction and wait times in medical practices and outpatient test and treatment facilities. *The Journal of ambulatory care management*, 26(2), pp.138-149.

<sup>31</sup> Xu, W.Y., Retchin, S.M., Seiber, E.E. and Li, Y., 2019. Income-based disparities in financial burdens of medical spending under the Affordable Care Act in families with individuals having chronic conditions. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 56, p.0046958019871815.

<sup>32</sup> Gaffney, A. and McCormick, D., 2017. The Affordable Care Act: implications for health-care equity. *The Lancet*, 389(10077), pp.1442-1452.

<sup>33</sup> Zafar, S.Y. and Peppercorn, J.M., 2017. Patient financial assistance programs: a path to affordability or a barrier to accessible cancer care?. *Journal of Clinical Oncology*, 35(19), p.2113.

<sup>34</sup> Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., Fielding, J.E., Normand, J. and Task Force on Community Preventive Services, 2003. Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American journal of preventive medicine*, 24(3), pp.68-79.

<sup>35</sup> Haywood, S.H., Goode, T., Gao, Y., Smith, K., Bronheim, S., Flocke, S.A. and Zyzanski, S., 2014. Psychometric evaluation of a cultural competency assessment instrument for health professionals. *Medical care*, 52(2), p.e7.

<sup>36</sup> Goode, T.D., Dunne, M.C. and Bronheim, S., 2006. *The evidence base for cultural and linguistic competency in health care*. New York, NY: Commonwealth Fund.

<sup>37</sup> Zarcadoolas, C., Pleasant, A. and Greer, D.S., 2006. *Advancing health literacy: A framework for understanding and action* (Vol. 17). John Wiley & Sons.

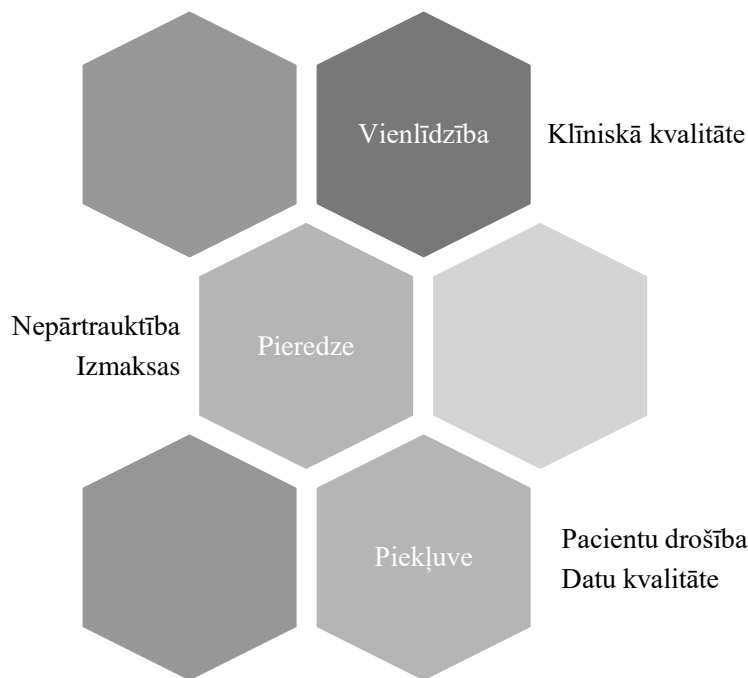
<sup>38</sup> Koh, H.K., Brach, C., Harris, L.M. and Parchman, M.L., 2013. A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health affairs*, 32(2), pp.357-367.

<sup>39</sup> Adams, R.J., 2010. Improving health outcomes with better patient understanding and education. *Risk management and healthcare policy*, pp.61-72.

8. **Taisnīgums un vienlīdzība** Taisnīgums un vienlīdzība ir būtisks kritērijs, lai novērtētu piekļuvi veselības aprūpei. Tā koncentrējas uz piekļuves atšķirību noteikšanu un novēršanu, pamatojoties uz tādiem faktoriem kā rase, etniskā piederība, sociālekonomiskais statuss, dzimums, vecums vai invaliditāte.<sup>40 41</sup> Tās mērķis ir nodrošināt, ka veselības aprūpes pakalpojumi ir ne tikai pieejami, bet arī pieejami visām personām bez diskriminācijas vai nelabvēlīgiem apstākļiem.<sup>42</sup>

## 2.2. Kritēriji SAVA kvalitātes un pieejamības novērtējumam

Lai novērtētu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību, parasti tiek izmantoti **8 pamata kritēriji**, kas visbiežāk tiek izmantoti pētījumos un zinātniskajā literatūrā. Šie kritēriji palīdz novērtēt SAVA aprūpes pakalpojumu spektru maksimāli visaptverošā amplitūdā ietverot **efektivitāti, lietderīgumu, drošību, orientāciju uz pacientu un vienlīdzību** (4. attēls).



Att. 4. Pamata kritēriji, kas visbiežāk tiek izmantoti pētījumos un zinātniskajā literatūrā, lai novērtētu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību.

1. **Klīniskās kvalitātes pasākumi** Klīniskie kvalitātes pasākumi un rādītāji identificē veselības aprūpes intervences un rezultātu efektivitāti. Šie indikatori ietver tādus rādītājus kā mirstības rādītāji, slimībai raksturīgi izdzīvošanas rādītāji, komplikāciju biežums, klīnisko vadlīniju

<sup>40</sup> Braveman, P. and Gruskin, S., 2003. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), pp.254-258.

<sup>41</sup> Braveman, P.A., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L.N., Manderscheid, R. and Troutman, A., 2011. Health disparities and health equity: the issue is justice. *American journal of public health*, 101(S1), pp.S149-S155.

<sup>42</sup> Glover, R.E., van Schalkwyk, M.C., Akl, E.A., Kristjansson, E., Lotfi, T., Petkovic, J., Petticrew, M.P., Pottie, K., Tugwell, P. and Welch, V., 2020. A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions. *Journal of clinical epidemiology*, 128, pp.35-48.

ievērošana un pacientu ziņotie rezultāti.<sup>43</sup> Tie sniedz ieskatu par sniegtās aprūpes kvalitāti un ietekmi uz pacientu veselības rezultātiem. Neapšaubāmi, ka visplašākajā mērogā, šie rādītāji atspoguļo visas veselības sistēmas efektivitāti, taču atsevišķās korelācijās un greizumos pret SAVA pakalpojumu sniedzējiem, tie var identificēt novirzes no kopējās normas.<sup>44 45</sup>

2. **Pacientu drošības rādītāji** Pacientu drošības rādītāji novērtē SAVA sniegto pakalpojumu drošību, mērot rezultātu ar veselības aprūpi saistītu infekciju, medikamentu kļūdu, ķirurģisku komplikāciju un citu novēršamu kaitējumu biežumu. Šie rādītāji ir vērsti uz iespējamo risku identificēšanu un novēršanu un pacientu drošības prakses uzlabošanu.<sup>46 47</sup>
3. **Piekļuve pakalpojumiem** Piekļuve SAVA pakalpojumiem tiek novērtēta, novērtējot tādas faktorus kā gaidīšanas laiks uz tikšanos, konsultācijām, diagnostikas pārbaudēm un ķirurģiskām procedūrām.<sup>48</sup> Tiek ņemta vērā arī ģeogrāfiskā pieejamība un šķēršļi, kas var ierobežot piekļuvi.<sup>49</sup>
4. **Nepārtrauktība un savienojamība** Aprūpes kritēriju nepārtrauktība novērtē SAVA pakalpojumu koordināciju un integrāciju starp dažādiem pakalpojumu sniedzējiem un vidēm. Tas ietver saziņas un informācijas nodošanas novērtēšanu starp primāro un sekundāro aprūpi, turpmāko aprūpi pēc sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas un pāreju pārvaldību starp dažādiem aprūpes līmeņiem.<sup>50 51</sup>
5. **Pacientu pieredze un apmierinātība** Pacientu pieredzes un apmierinātības rādītāji novērtē pacientu perspektīvas par saņemto aprūpi. Šie kritēriji ņem vērā tādas aspektus kā saziņa ar veselības aprūpes sniedzējiem, iesaistīšanās lēmumu pieņemšanā, preferenču ievērošana, aprūpes koordinēšana, piekļuve informācijai un vispārēja apmierinātība ar veselības aprūpes pieredzi.<sup>52 53</sup>
6. **Vienlīdzība** Taisnīguma kritēriji ir vērsti uz to, lai novērtētu, vai SAVA pakalpojumi tiek nodrošināti vienlīdzīgi visām personām neatkarīgi no viņu izcelsmes vai stāvokļa sabiedrībā.<sup>54</sup> Tas ietver piekļuves, izmantošanas, rezultātu un pacientu pieredzes

<sup>43</sup> Cinaroglu, S. and Baser, O., 2018. Understanding the relationship between effectiveness and outcome indicators to improve quality in healthcare. *Total Quality Management & Business Excellence*, 29(11-12), pp.1294-1311.

<sup>44</sup> Dy, S.M., Pfoh, E.R., Salive, M.E. and Boyd, C.M., 2013. Health-related quality of life and functional status quality indicators for older persons with multiple chronic conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(12), pp.2120-2127.

<sup>45</sup> Sekhon, M., Cartwright, M. and Francis, J.J., 2017. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC health services research*, 17(1), pp.1-13

<sup>46</sup> Gallagher, A.G. and O'Sullivan, G.C., 2011. Fundamentals of surgical simulation: principles and practice. *Springer Science & Business Media*.

<sup>47</sup> Cohen, M.D. and Hilligoss, P.B., 2009. *Handoffs in hospitals: a review of the literature on information exchange while transferring patient responsibility or control*.

<sup>48</sup> Ventola, C.L., 2014. Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(5), p.356.

<sup>49</sup> Seidel, J.E., Beck, C.A., Pocobelli, G., Lemaire, J.B., Bugar, J.M., Quan, H. and Ghali, W.A., 2006. Location of residence associated with the likelihood of patient visit to the preoperative assessment clinic. *BMC health services research*, 6(1), pp.1-9.

<sup>50</sup> American Occupational Therapy Association, 2020. *Occupational therapy practice framework: Domain et process*.

<sup>51</sup> Sava, S., 2012. *Needs analysis and programme planning in adult education* (p. 163). Verlag Barbara Budrich.

<sup>52</sup> Altin, S.V. and Stock, S., 2016. The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC health services research*, 16(1), pp.1-10.

<sup>53</sup> Stewart, A.L., Nápoles-Springer, A. and Pérez-Stable, E.J., 1999. Interpersonal processes of care in diverse populations. *The Milbank Quarterly*, 77(3), pp.305-339.

<sup>54</sup> Starfield, B. and Shi, L., 2004. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics*, 113(Supplement\_4), pp.1493-1498.



atšķirību novērtēšanu, pamatojoties uz tādiem faktoriem kā rase, etniskā, reliģiskā piederība, sociāli ekonomiskais statuss, dzimums, vecums, invaliditāte, u.c.<sup>55</sup>

7. **Izmaksu lietderība un efektivitāte** Izmaksu lietderības un efektivitātes kritēriji novērtē sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu ekonomiskos aspektus. Šie pasākumi novērtē intervences izmaksas, resursu izmantošanu, slimnīcas uzturēšanās ilgumu, atpakaļ uzņemšanas rādītājus un sniegtās aprūpes kopējo vērtību.<sup>56</sup> Tie palīdz novērtēt, vai resursi tiek izmantoti efektīvi, lai sasniegtu optimālus rezultātus.<sup>57</sup>
8. **Veselības informācijas sistēmas un datu kvalitāte** Veselības informācijas sistēmu, elektronisko veselības karšu un datu infrastruktūras kvalitātei un pieejamībai ir būtiska nozīme SAVA novērtēšanā. Kritēriji, kas saistīti ar datu precizitāti, pilnīgumu, drošību un savietojamību, nodrošina uzticamu un stabilu informāciju lēmumu pieņemšanai, uzraudzībai un kvalitātes uzlabošanas pasākumiem.<sup>58 59</sup>

Kā norāda citu pētījumu par SAVA nodrošināšanu analīze, šie kritēriji, izmantoti katrs atsevišķi un holistiski kopējiem novērtējumiem, sniedz padziļinātu ieskatu un izvērtējumu SAVA pakalpojumu kvalitātes un pieejamības izvērtējumam. Tie palīdz identificēt jomas, kurās jāveic uzlabojumi.

### 2.3. **Būtiskākās atšķirības starp** vispārēju veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības un tieši sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības metodoloģiskām pieejām un novērtējumiem

Secināms, ka kritēriji, ko izmanto, lai novērtētu sekundārās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību, bieži ir līdzīgi tiem, ko izmanto, lai novērtētu veselības aprūpi kopumā. Tomēr tika identificētas dažas būtiskas atšķirības. Tālāk ir norādītas galvenās atšķirības starp SAVA un vispārējās veselības aprūpes novērtēšanas kritērijiem ar mērķi metodoloģijas izstrādē maksimāli koncentrēties fokusēti uz sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pieejamību.

**Specializācija un ekspertīze:** SAVA novērtēšanas kritēriji ir īpaši vērsti uz specializētajiem pakalpojumiem, ko sniedz medicīnas speciālisti un iestādes. Šie kritēriji novērtē tādus faktoros kā klīniskie rezultāti, pacientu drošība specializētās procedūrās un specializētas ārstēšanas pieejamība. Turpretim, novērtējot veselības aprūpi kopumā, kritēriji ietvert plašāku pakalpojumu klāstu, tostarp, kā jau norādīts, primāro aprūpi, profilaktisko aprūpi un sabiedrības veselības pasākumus.

**Nosūtīšana un koordinācija.** SAVA aprūpes novērtēšanā nozīmīgs uzsvars tiek likts uz nosūtīšanas procesu starp primārās un sekundārās aprūpes sniedzējiem un aprūpes koordināciju dažādās veselības aprūpes iestādēs. Kritēriji novērtē tādus aspektus kā nosūtīšanas efektivitāte, saziņa starp pakalpojumu sniedzējiem un aprūpes

<sup>55</sup> Daniels, N., 1982. Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, pp.51-81.

<sup>56</sup> Brown, C.A., Belfield, C.R. and Field, S.J., 2002. Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of the evidence. *Bmj*, 324(7338), pp.652-655.

<sup>57</sup> Perleth, M., Jakubowski, E. and Busse, R., 2001. What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health policy*, 56(3), pp.235-250.

<sup>58</sup> Häyriäinen, K., Saranto, K. and Nykänen, P., 2008. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. *International journal of medical informatics*, 77(5), pp.291-304.

<sup>59</sup> Nguyen, L., Bellucci, E. and Nguyen, L.T., 2014. Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. *International journal of medical informatics*, 83(11), pp.779-796.

nepārtrauktība. Turpretim, novērtējot veselības aprūpi kopumā, tā ietver plašāku apsvērumu par aprūpes koordināciju dažādos aprūpes līmeņos, tostarp pāreju starp primāro, sekundāro un terciāro aprūpi.

**Piekluve specializētiem pakalpojumiem:** SAVA pakalpojumu kritēriji ir vērsti uz specializēto pakalpojumu pieejamību un savlaicīgumu, piemēram, konsultācijām ar speciālistiem, diagnostikas testiem un ķirurģiskām procedūrām. Šie kritēriji novērtē gaidīšanas laiku, ģeogrāfisko pieejamību un šķēršļus, kas raksturīgi piekļuvei specializētai aprūpei.

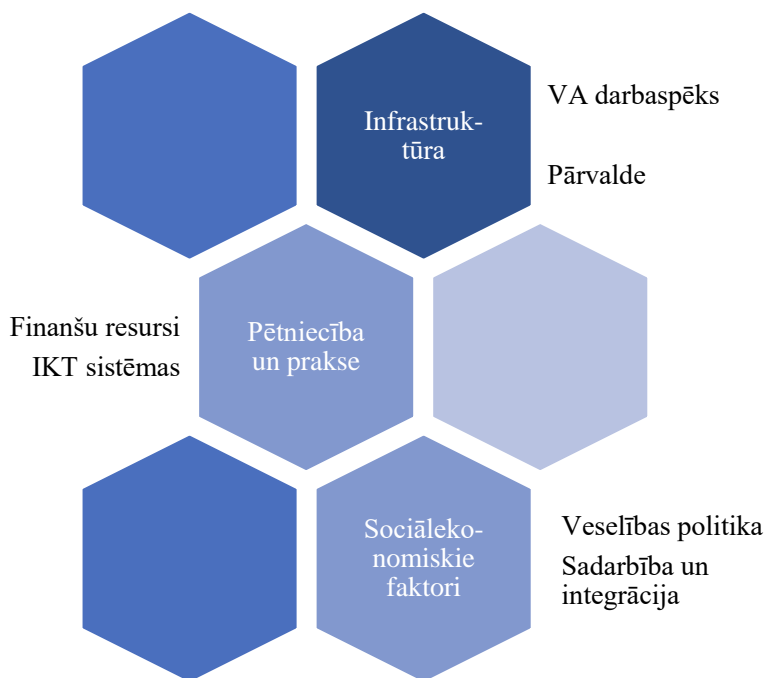
**Pacientu pieredze specializētā aprūpē:** kritēriji pacientu pieredzes novērtēšanai sekundārās ambulatorās veselības aprūpes iestādēs uzsver tādu aspektus kā saziņa ar speciālistiem, iesaistīšanās lēmumu pieņemšanā un aprūpes koordinēšana specializētās ārstēšanās ietvaros. Šie kritēriji atpazīst unikālo dinamiku un mijiedarbību, kas notiek tieši specializētās aprūpes iestādēs. Turpretim veselības aprūpes novērtējums kopumā ietver plašāku pacientu pieredzes novērtēšanu dažādās veselības aprūpes jomās.

**Vienlīdzība un atšķirības specializētajā aprūpē:** kritēriji vienlīdzības un atšķirību novērtēšanai sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē īpaši analizē specializēto pakalpojumu pieejamības, izmantošanas un rezultātu atšķirības. Šie kritēriji ņem vērā tādu faktoros kā atšķirības specializētās aprūpes pieejamības ziņā, pamatojoties uz etnisko piederību (piemēram romi, imigrantu tautības, u.c.), sociālekonomisko stāvokli un citām demogrāfiskajām iezīmēm. Veselības aprūpes novērtējums kopumā ietver plašāku apsvērumu par vienlīdzību un atšķirībām visā veselības aprūpes kopumā, ietverot primāro aprūpi, profilaktisko aprūpi un citus veselības aprūpes pakalpojumus.

Lai gan pastāv īpašas atšķirības uzsvārā, ir svarīgi atzīmēt, ka esošajos pētījumos sekundārās ambulatorās veselības aprūpes novērtējums bieži ir iekļauts plašākā veselības aprūpes kopuma novērtējumā. Ierasti sekundārās veselības aprūpes novērtēšanai izmantotie kritēriji ir daļa no visaptveroša novērtējuma, kura mērķis ir izprast veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, pieejamību un vienlīdzību dažādos aprūpes līmeņos.

#### 2.4. Ietekmējošie faktori SAVA kvalitātes un pieejamības novērtējumam

Pētījumos un zinātniskajos rakstos tiek norādīts arvien neizpētītais nezināmais lauks sekundārās ambulatorās veselības aprūpē, ko tieši vai netieši ietekmē dažādi faktori. Lai metodoloģijas izstrādē maksimāli pilnīgi noteiktu būtiskos kritērijus un pārliecinātos, ka identificētie kritēriji tos noklāj, tika apskatīti un izvērtēti citos pētījumos un zinātniskajā literatūrā identificētie **SAVA kvalitāti un pieejamību ietekmējošie faktori** (5. attēls).



Att. 5. Ietekmējošie faktori SAVA kvalitātes un pieejamības novērtējumam.

- 1. Veselības aprūpes darbaspēks** Veselības aprūpes speciālistu, tostarp medicīnas speciālistu, ķirurgu, māsu un saistīto veselības aprūpes speciālistu, pieejamība un zināšanas ir viena no galvenajām komponentēm SAVA kvalitātē un pieejamībai.<sup>60</sup> Tādi faktori kā darbaspēka trūkums, speciālistu nepareizas noslodzes sadale un izaicinājumi darba pieņemšanā un saglabāšanā<sup>61</sup> var ietekmēt spēju sniegt augstas kvalitātes SAVA pakalpojumus.
- 2. Veselības aprūpes infrastruktūra** Veselības aprūpes iestāžu un infrastruktūras pieejamība un kvalitāte, tostarp slimnīcas, klīnikas, diagnostikas centri un specializētie ārstniecības centri, tieši ietekmē SAVA pieejamību un kvalitāti. Nepietiekama infrastruktūra, neatbilstošs aprīkojums un novecojušas tehnoloģijas var nozīmīgi ierobežot specializēto pakalpojumu pieejamību un sniegšanu.<sup>62</sup>
- 3. Finanšu resursi** Kvalitatīvu SAVA pakalpojumu sniegšanai ir nepieciešami atbilstoši finanšu resursi. Finansējums veselības aprūpes sistēmām, tostarp atmaksas mehānismi, veselības apdrošināšanas segums un valsts budžeti, tieši ietekmē resursu pieejamību personālam, infrastruktūrai, tehnoloģijām un notiekošajām kvalitātes un pieejamības uzlabošanas iniciatīvām.<sup>63</sup>

<sup>60</sup> Newell, J.M. and MacNeil, G.A., 2011. A comparative analysis of burnout and professional quality of life in clinical mental health providers and health care administrators. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26(1), pp.25-43.

<sup>61</sup> Van Mol, M.M., Kompanje, E.J., Benoit, D.D., Bakker, J. and Nijkamp, M.D., 2015. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS one*, 10(8), p.e0136955.

<sup>62</sup> Leslie, H.H., Sun, Z. and Kruk, M.E., 2017. Association between infrastructure and observed quality of care in 4 healthcare services: a cross-sectional study of 4,300 facilities in 8 countries. *PLoS medicine*, 14(12), p.e1002464.

<sup>63</sup> Fainman, E.Z. and Kucukyazici, B., 2020. Design of financial incentives and payment schemes in healthcare systems: A review. *Socio-Economic Planning Sciences*, 72, p.100901.

4. **Veselības IKT sistēmas** Spēcīgas veselības IKT sistēmas, tostarp elektroniskās veselības kartes un sadarboties spējīgas datu sistēmas, ir ļoti svarīgas SAVA kvalitātes un pieejamības nodrošināšanai. Efektīva informācijas apmaiņa, precīza dokumentācija un piekļuve pacientu ierakstiem ir pamata atbalsts koordinētu un netraucētu SAVA pakalpojumu sniegšanai.<sup>64</sup>
5. **Pētniecība un uz pierādījumiem balstīta prakse** Uz pierādījumiem balstītas prakses integrācija SAVA aprūpē ir ļoti svarīga kvalitātes un pieejamības saglabāšanai un uzlabošanai. Atjaunināto klīnisko vadlīniju, protokolu un labākās prakses pieejamība nodrošina, ka iedzīvotāji saņem SAVA aprūpi, pamatojoties uz jaunākajiem pierādījumiem, un veicina labākus pacientu rezultātus.<sup>65 66</sup>
6. **Veselības politikas sistēmas** Efektīvas veselības politikas, noteikumu un pārvaldības sistēmu klātbūtne palīdz veidot SAVA kvalitāti un pieejamību. Politika, kas saistīta ar aprūpes standartiem, kvalitātes uzlabošanas iniciatīvām, pacientu drošību un veselības aprūpes akreditāciju, var nozīmīgi veicināt un nodrošināt augstas kvalitātes sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus.<sup>67 68</sup>
7. **Sadarbība un integrācija** Sadarbības attiecības un efektīva koordinācija starp primārās un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes sniedzējiem ir ļoti svarīgas kvalitatīvas un pieejamas aprūpes nodrošināšanai. Maksimāli efektīvi nosūtīšanas procesi, aprūpes koordinācijas procesi un veiksmīga saziņa starp pakalpojumu sniedzējiem palīdz uzlabot pacientu rezultātus un apmierinātību.<sup>69</sup>
8. **Pacientu iesaistīšana un pilnvarošana** Pacientu iesaistīšana viņu veselības aprūpes lēmumu pieņemšanā, piekļuves nodrošināšana informācijai un kopīgu lēmumu pieņemšanas veicināšana ir būtiska, lai nodrošinātu uz pacientu vērstu un kvalitatīvu SAVA. Pacientu iespējas aktīvi piedalīties viņu aprūpē nodrošina labāku ārstēšanas ievērošanu un uzlabotus veselības rezultātus.<sup>70 71</sup>
9. **Veselības sistēmas pārvaldība** Efektīvas pārvaldības struktūras, uzraudzības mehānismi un darbības novērtēšanas sistēmas veicina SAVA vispārējās kvalitātes un pieejamības uzlabošanu. Causpīdīgums, trauksmes celšanas iniciatīvas, skaidras atbildības

<sup>64</sup> Sheikh, A., Cornford, T., Barber, N., Avery, A., Takian, A., Lichtner, V., Petrakaki, D., Crowe, S., Marsden, K., Robertson, A. and Morrison, Z., 2011. Implementation and adoption of nationwide electronic health records in secondary care in England: final qualitative results from prospective national evaluation in "early adopter" hospitals. *Bmj*, 343.

<sup>65</sup> Zigan, K., Macfarlane, F. and Desombre, T., 2010. Knowledge management in secondary care: a case study. *Knowledge and Process Management*, 17(3), pp.118-127.

<sup>66</sup> Kvamme, O.J., Olesen, F. and Samuelsson, M., 2001. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP). *BMJ Quality & Safety*, 10(1), pp.33-39.

<sup>67</sup> Mosadeghrad, A.M., 2014. Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*, 3(2), p.77.

<sup>68</sup> Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst, J. and Klazinga, N.S., 2006. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl\_1), pp.5-13.

<sup>69</sup> Nicholson, C., Jackson, C. and Marley, J., 2013. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world—results of a systematic review. *BMC health services research*, 13(1), pp.1-12.

<sup>70</sup> World Health Organization, 2016. *Patient engagement*.

<sup>71</sup> Castro, E.M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W. and Van Hecke, A., 2016. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), pp.1923-1939.

un kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas veicina nepārtrauktu SAVA pakalpojumu uzlabošanu.<sup>72 73</sup>

10. **Sociālekonomiskie un ģeogrāfiskie faktori** Sociālekonomiskās atšķirības, tostarp ienākumu līmenis, izglītība un sociālie veselību noteicošie faktori, tieši ietekmē SAVA kvalitāti un pieejamību. Ģeogrāfiskie faktori, piemēram, lauku teritorija vai attāla atrašanās vieta, iedzīvotāju blīvums un transporta šķēršļi, tieši var ietekmēt piekļuvi specializētiem SAVA pakalpojumiem.<sup>74 75</sup>

Šo faktoru izpratne un risināšana ir ļoti svarīga, lai uzlabotu sekundāro veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pieejamību. Tādējādi metodoloģijā nepieciešama visaptveroša pieeja, kas ietver veselības aprūpes sistēmā ieinteresētās personas, politikas veidotājus, veselības aprūpes speciālistus un pacientus, lai kopīgi izprastu sistēmu un spētu uzlabot SAVA pakalpojumu sniegšanu.

## 2.5. Izmantotās metodes un metodiskās pieejas, lai novērtētu SAVA kvalitāti un pieejamību

Pētījumos un zinātniskajos rakstos tiek izmantotas plaša spektra metodes un metodoloģiskas pieejas sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanai. Tālāk apkopotas ir zinātniskajos rakstos un pētījumos, kas uzskaitīti iepriekš, norādītās un izmantotās metodes un pieejas.

**Veselības aprūpes kvalitātes rādītāji:** kvalitātes rādītāji ir izmērāmi elementi, ko izmanto, lai novērtētu konkrētus veselības aprūpes kvalitātes aspektus. Šie rādītāji ietver klīnisko iznākuma mērījumus (piemēram, mirstības rādītājus, komplikāciju biežumu), procesa pasākumus (piemēram, klīnisko vadlīniju ievērošanu, gaidīšanas laikus), pacientu pieredzes mērījumus (piemēram, pacientu apmierinātības aptaujas) un strukturālos pasākumus (piemēram, zāļu pieejamību), specializētās iekārtas, veselības aprūpes darbaspēka attiecību. Kvalitātes rādītāji sniedz kvantitatīvus datus sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšanai.

**Klīniskie auditi un salīdzinošā pārskatīšana:** klīniskie auditi ietver sistemātisku medicīnisko ierakstu un veselības aprūpes procesu pārskatīšanu, lai novērtētu aprūpes kvalitāti un atbilstību standartiem. Salīdzinošā pārskatīšana ietver klīniskās prakses un rezultātu novērtēšanu, ko veic citi veselības aprūpes speciālisti. Šīs metodes ļauj noteikt uzlabošanas jomas, ievērot vadlīnijas un dalīties ar labāko praksi starp veselības aprūpes sniedzējiem.

**Veselības aprūpes aptaujas:** gan uz pacientu, gan uz veselības aprūpes speciālistiem vērstas aptaujas tiek izmantotas, lai apkopotu datus par SAVA kvalitāti un pieejamību. Pacientu aptaujās tiek novērtēta viņu pieredze, apmierinātības līmenis un izpratne par aprūpi, savukārt veselības aprūpes speciālistu aptaujas citos pētījumos sniedz ieskatu viņu perspektīvās par kvalitātes un pieejamības problēmām, klīnisko praksi un sistēmas problēmām.

<sup>72</sup> Mosadeghrad, A.M., 2014. Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*, 3(2), p.77.

<sup>73</sup> Smith, P.C., Anell, A., Busse, R., Crivelli, L., Healy, J., Lindahl, A.K., Westert, G. and Kene, T., 2012. Leadership and governance in seven developed health systems. *Health policy*, 106(1), pp.37-49.

<sup>74</sup> Mosadeghrad, A.M., 2014. Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*, 3(2), p.77.

<sup>75</sup> Mays, G.P., McHugh, M.C., Shim, K., Perry, N., Lenaway, D., Halverson, P.K. and Moonesinghe, R., 2006. Institutional and economic determinants of public health system performance. *American journal of public health*, 96(3), pp.523-531.

**Veselības aprūpes akreditācija un sertifikācija:** citos pētījumos identificēts, ka tiek izmantoti akreditācijas un sertifikācijas organizāciju novērtējumi SAVA kvalitātes un pieejamības izpētei. Akreditācijas organizācijas novērtē veselības aprūpes iestādes un pakalpojumu sniedzējus atbilstoši noteiktajiem kvalitātes un drošības standartiem. Viņi veic novērtējumus uz vietas, izskata dokumentāciju un novērtē atbilstību noteiktajiem kritērijiem. Akreditācijas un sertifikācijas procesi palīdz nodrošināt, ka sekundārās veselības aprūpes pakalpojumi atbilst atzītiem kvalitātes standartiem.

**Klīniskās vadlīnijas:** citos pētījumos identificēts, ka tiek izmantota klīnisko vadlīniju analīze SAVA kvalitātes un pieejamības izpētei. Klīniskās vadlīnijas sniedz uz pierādījumiem balstītus ieteikumus konkrētiem veselības stāvokļiem vai procedūrām. Tos izstrādā ekspertu grupas vai profesionālās organizācijas, un tie var kalpot par pamatu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes novērtēšanai un uzlabošanai. Klīniskās vadlīnijas paredz standartizētus protokolus apstākļiem vai procedūrām, paredzot konsekventu un efektīvu SAVA sniegšanu.

**Veselības informācijas sistēmas un datu analīze:** veselības informācijas sistēmas, tostarp elektroniskās veselības kartes (EVK) un datu krātuves, ir bieži izmantots datu avots, lai novērtētu SAVA aprūpes kvalitāti un pieejamību. Pētījumos norāda, ka datu analīzes metodes, piemēram, aprakstošo statistiku, regresijas analīzi un datu iegūvi, izmanto, lai iegūtu ieskatu, identificētu tendences un novērtētu darbības rādītājus.

**Gadījumu pārskatīšanas un klīniskās revīzijas komitejas ziņojumi:** gadījumu pārskatīšana ietver detalizētu atsevišķu pacientu gadījumu analīzi, lai novērtētu sniegtās SAVA aprūpes kvalitāti un piemēroftību. Klīniskās revīzijas, kas sastāv no daudzozaru veselības aprūpes speciālistiem, izskata gadījumus, nosaka novirzes no aprūpes standartiem un iesaka uzlabojumus.

**Salīdzinošā analīze:** salīdzinošā novērtēšana ietver SAVA pakalpojumu sniedzēju vai iestāžu darbības salīdzināšanu ar noteiktajiem standartiem vai labāko praksi. Salīdzinošā analīze ļauj salīdzināt kvalitātes rādītājus, rezultātus un praksi dažādās veselības aprūpes iestādēs, reģionos vai valstīs. Šīs pieejas identificē variantus, labāko praksi un jomas, kas jāuzlabo.

**Kvalitatīvās izpētes metodes:** kvalitatīvās izpētes metodes, piemēram, intervijas, fokusa grupas, delfi metode un novērojumi, sniedz padziļinātu ieskatu pacientu, veselības aprūpes speciālistu un ieinteresēto personu pieredzē, uztverē un perspektīvās attiecībā uz sekundārās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību. Kvalitatīvie dati nereti papildina kvantitatīvos rādītājus un sniedz padziļinātu izpratni par kontekstu un faktoriem, kas ietekmē SAVA kvalitāti un pieejamību.

**Veselības tehnoloģiju novērtējumi:** veselības pieejamības un kvalitātes tehnoloģiju (turpmāk tekstā arī – VT) novērtējumos tiek novērtētas veselības aprūpes tehnoloģiju, ieviešanas vai ārstēšanas klīniskā efektivitāte, drošība, izmaksu lietderība un ietekme SAVA. VT sniedz uz pierādījumiem balstītus novērtējumus, lai sniegtu informāciju par lēmumu pieņemšanu un resursu sadali sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē.

Citos pētījumos šīs metodes un metodiskās pieejas tiek izmantotas atsevišķi vai kopā, lai novērtētu SAVA pakalpojumu kvalitāti un pieejamību. Kā norāda pētnieki, tās sniedz visaptverošu novērtējumu par SAVA efektivitāti, drošību, uz pacientu vērstu uzmanību un efektivitāti, palīdzot noteikt jomas, kurās nepieciešami uzlabojumi, un palīdzēt stiprināt veselības aprūpes politiku un praksi.

## SAVA kvalitātes un pieejamības novērtējuma pašreizējo metožu ierobežojumi

Lai gan pētniecības metodes un pieejas SAVA kvalitātes un pieejamības novērtēšanai pēdējo dekāžu laikā ir attīstījušās un uzlabojušās, tām joprojām ir konstatējami vairāki ierobežojumi. Šeit ir daži Pētījuma autoru identificētie trūkumi, kas saistīti ar pašreizējām pētniecības metodēm un kuru izaicinājumi jāņem vērā jaunas, uzlabotas metodoloģijas izstrādē un pielietojamībā.

**Datu pieejamība un kvalitāte:** datu pieejamība un kvalitāte var radīt izaicinājumus, novērtējot SAVA kvalitāti un pieejamību. Ierobežota piekļuve visaptverošiem un uzticamiem datu avotiem, nepilnīga un nekonsekventa datu vākšana un atšķirības datu definīcijās un kodēšanas sistēmās var ietekmēt pētījuma rezultātu precizitāti un derīgumu. Piemēram, rindu garums SAVA pakalpojumiem var būt maldinošs, jo indivīdi iestājas uz vienu pakalpojumu vairākās rindās dažādās pakalpojumu sniedzēju iestādēs; informācijas apmaiņa nenotiek reāllaikā, bet ar vairāku nedēļu nobīdi, radot faktiski neizvērtējamu situāciju.

**Atlases novirze:** atlases novirze var rasties, ja pētījuma paraugs nav reprezentatīvs plašākai populācijai vai ja noteiktas pacientu grupas ir nepietiekami pārstāvētas. Tas var ierobežot pētījuma rezultātu vispārināmību un var neatspoguļot patieso sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību dažādās pacientu grupās.

**Standartizētu novērojumu un mērījumu trūkums:** standartizētu novērojumu, datu kolekcijas ieguves un rādītāju trūkums sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanai apgrūtina pētījumu salīdzināšanu. Dažādos pētījumos tiek izmantoti dažādi novērojumi un rādītāji, kas apgrūtina konsekventu kritēriju noteikšanu un nozīmīgu secinājumu izdarīšanu, jo īpaši salīdzinot ar citiem pētījumiem.

**Ierobežota koncentrēšanās uz pacientu rezultātiem:** SAVA pētniecības pieejas nereti koncentrējas uz procesa pasākumiem (piemēram, klīnisko vadlīniju ievērošanu, gaidīšanas laiku), nevis uz pacienta rezultātiem, ko nodrošina SAVA. Lai gan procesa pasākumi ir svarīgi, tie var pilnībā neatspoguļot sekundārās ambulatorās veselības aprūpes ietekmi uz pacientu veselības rezultātiem, apmierinātību un vispārējo labklājību.

**Paļaušanās uz pašnoteiktiem datiem:** dažas pētniecības metodes balstās uz pašu ziņotiem datiem no pacientiem vai SAVA speciālistiem/organizācijām, kas var būt pakļauti neobjektivitātei, sociālās vēlamības novirzēm vai citiem mērījumu kļūdu avotiem. Šīs novirzes var ietekmēt ziņotās informācijas precizitāti un ticamību, kas var izraisīt nepareizu SAVA kvalitātes un pieejamības interpretāciju.

**Ierobežota ilgtermiņa novērošana:** pētniecības pieejās, kas novērtē sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību, bieži vien trūkst ilgtermiņa novērošanas pieejas. Tas ierobežo izpratni par intervences vai ārstēšanas ilgstošu ietekmi un pacientu piedzīvotajiem ilgtermiņa rezultātiem.

**Izaicinājumi cēloņsakarības noteikšanā:** cēloņsakarības noteikšana pētījumos, kas novērtē SAVA kvalitāti un pieejamību, var būt sarežģīti. Dažādu faktoru klātbūtne, grūtības kontrolēt vairākus mainīgos lielumus un veselības aprūpes sniegšanas sarežģītība apgrūtina novēroto rezultātu attiecināšanu tikai uz aprūpes kvalitāti vai pieejamību.

**Resursu un laika ierobežojumi:** ņemot vērā SAVA kompleksumu, tās pētniecības pieejas prasa ievērojamus resursus, laiku un finansējumu. Ierobežoti resursi un laika ierobežojumi var ierobežot pētījumu apjomu un mērogu, kas var ietekmēt savākto un analizēto datu dziļumu un plašumu.

**Ētiskie apsvērumi:** SAVA pētniecības pieejās ir iesaistīti cilvēki, un ir jāievēro ētikas vadlīnijas un apsvērumi, kas var radīt ierobežojumus pētījuma plānošanā, datu vākšanā un analizē. Ētiski apsvērumi var arī ierobežot iespēju veikt nejaušus kontrolētus pētījumus vai ierobežot piekļuvi noteiktām pacientu grupām, tādējādi ietekmējot pētījuma rezultātu reprezentativitāti un vispārināmību.

**Kontekstuālie faktori:** SAVA kvalitāti un pieejamību var ietekmēt dažādi kontekstuālie faktori, piemēram, vietējās veselības aprūpes apakšsistēmas, atsevišķu organizāciju politika un kultūras normas. Pētniecības metodēm var būt grūtības pilnībā aptvert šos sarežģītos kontekstuālos faktoros, ierobežojot visaptverošu izpratni par to, kā tie ietekmē SAVA kvalitāti un pieejamību.

Minēto ierobežojumu atzīšana, papildināšana un centieni uzlabot pētniecības metodes var palīdzēt pārvarēt norādītos izaicinājumus un uzlabot izpratni par SAVA kvalitāti un pieejamību. Ir svarīgi interpretēt pētījumu rezultātus šo ierobežojumu kontekstā un apsvērt vairākus pierādījumu avotus, lai iegūtu visaptverošu priekšstatu par tēmu.

## 2.6. SAVA pašreizējo lokālo novērtējumu pieeju apskats (Latvija)

### 2.6.1. Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti (NVD, 2018)

2018. gadā NVD veica pētījumu "Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti". Pētījuma mērķis bija veicināt uz pierādījumiem balstītas veselības politikas veidošanu, izmantojot pacienta viedokli par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un kvalitāti visos veselības aprūpes līmeņos – pirms slimnīcas neatliekamās medicīniskās palīdzības, ambulatorās, stacionārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumos. Veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes mērījums tika veikts ar aptaujas palīdzību, līdztekus statistikas datiem un kvalitatīvās izpētes metodēm.

Pētījumā ģenerālkopa bija Latvijas iedzīvotāji vecumā no 18 līdz vismaz 74 gadiem, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā Latvijas teritorijā ir saņēmuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Ar veselības aprūpes pakalpojumiem tika saprasti ģimenes ārsta pakalpojumi, ārsta speciālista pakalpojumi (konsultācija vai izmeklējums), tai skaitā dienas stacionārs, slimnīcas stacionāra pakalpojumi, neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta pakalpojumi, kā arī slimnīcas uzņemšanas nodaļas, traumpunkta un steidzamās medicīniskās palīdzības punkta pakalpojumi. Pētījums sniedza atziņas un ieteikumus politikas veidotājiem, dažādu līmeņu valsts veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un organizētājiem, kā arī pacientiem. Pētījums norāda uz sistemātiska valsts atbalsta trūkumu pacientu tiesību definēšanā un ievērošanā, kā arī vienotu pakalpojumu kvalitātes kritēriju definēšanā. Patlaban tieši ģimenes ārsti spēlē nozīmīgāko lomu pacientu virzīšanai uz citiem aprūpes līmeņiem, bet citi nozīmīgi informācijas kanāli, izņemot draugu un paziņu ieteikumus, nav konstatēti. Tomēr ģimenes ārsti nenodrošina un nevar nodrošināt lielākā pacientu īpatsvara informēšanu par visiem pacientu tiesību un pakalpojumu pieejamības aspektiem. Salīdzinot pakalpojumu jomas, konstatēts, ka visbiežāk grūtības izvēlēties un izmantot pareizo palīdzības veidu vērojamas steidzamās palīdzības gadījumā, kas ir saistīta ar vispārēju pakalpojuma organizēšanu.

Pētījumā sniegts arī starptautisko pieeju izvērtējums, norādot uz sekundārās un terciārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju sniegto veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes novērtēšanas pieejām.

### 2.6.2. Šķēršļi adekvātas mātes aprūpes pieejamībai Latvijā (Miteniece et al., 2019)

Latvijā ir augsts māšu mirstības rādītājs salīdzinājumā ar citām Eiropas valstīm, kā arī liela nevienlīdzība attiecībā uz piekļuvi atbilstoši mātes aprūpei. Atbilstība attiecas uz to, cik lielā mērā pakalpojumi ir droši, efektīvi, savlaicīgi, lietderīgi, taisnīgi un vērsti uz cilvēkiem. Šī pētījuma mērķis ir noskaidrot ieinteresēto pušu viedokļus par adekvātas mātes aprūpes pieejamību Latvijā un to, cik lielā mērā bija vienprātība.



Šis pētnieciskais jaukto metožu pētījums apraksta un interpretē pētījuma dalībnieku pieredzi un viedokļus, lai gūtu ieskatu par atbilstošas mātes aprūpes pieejamību Latvijā. Pētījuma dizains apvieno vairākas perspektīvas, lai labāk uztvertu tēmas dziļumu un sarežģītību. Tajā bija iesaistītas sievietes, kuras iepriekšējos četros gados dzemdēja, kā arī veselības aprūpes sniedzēji un lēmumu pieņēmēji. Sistēma tika izstrādāta, pamatojoties uz Levesque pieciem galvenajiem aspektiem, lai piekļūtu pienācīgai mātes veselības aprūpei.

Datu vākšana tika veikta 2017. gada jūnijā – augustā, un tā sastāvēja no diviem posmiem:

- tiešsaistes aptauja sievietēm, kurām pēdējo četru gadu laikā (2014 –2017) bija pēdējās dzemdības, analizē iekļaujot 50 sieviešu atbildes uz atklātajiem un slēgtajiem jautājumiem;
- daļēji strukturētas klātienē padziļinātas intervijas ar septiņiem veselības aprūpes speciālistiem un sešiem lēmumu pieņēmējiem.

Tiešsaistes aptaujas respondenti tika identificēti, izmantojot Facebook diskusiju grupas "mammām", un tika iesaistīti izlasē, izmantojot pašatlasē procedūru. Uzaicinājuma ziņojums ar aptaujas saiti tika ievietots 48 Facebook "mammu" diskusiju grupās, kas aptvēra visus piecus Latvijas ģeogrāfiskos reģionus. Šī tiešsaistes aptaujas pieeja tika izvēlēta, jo tā ir laika un izmaksu ziņā efektīvs rīks, kas nodrošina vieglāku piekļuvi lielākam skaitam potenciālo dalībnieku, nodrošina augstāku anonimitātes līmeni un ļauj piedalīties, izmantojot pašatlasē. Aptauja bija paredzēta kvalitatīvai datu analīzei. Aptaujas anketā bija iekļauti vairāki atvērtie un slēgtie jautājumi. Abus pētījumu instrumentus izstrādāja angļu valodā un pēc tam pārtulkoja latviešu valodā galvenais pētnieks, kurš pārvalda abas valodas. Turklāt aprobācijas fāzē abi instrumenti tika pārbaudīti un apspriesti ar vairākām personām Latvijā no mērķa grupām. Rezultātā tulkojumā latviešu valodā tika veiktas nelielas teksta korekcijas.

Padziļinātās intervijas tika veiktas ar lēmumu pieņēmējiem un veselības aprūpes speciālistiem, kuri tika atlasīti, izmantojot mērķtiecīgu un ērtu izlasi, pamatojoties uz viņu amatu un nozīmi mātes aprūpes jomā Latvijā. Papildus jautājumiem, kas saistīti ar pieciem adekvātas aprūpes pieejamības aspektiem, tika pievienoti jautājumi par mātes nāves reģistrāciju un mātes aprūpes vadlīnijām, lai palīdzētu tālāk izpētīt mātes aprūpes atbilstību. Visas intervijas, izņemot vienu (notika angļu valodā), tika veiktas latviešu valodā, ierakstītas, transkribētas un pārtulkotas atpakaļ angļu valodā. Visi interviju dalībnieki sniedza informētu piekrišanu.

Šajā pētījumā tika pētīti ieinteresēto pušu viedokļi par piekļuvi atbilstošai mātes aprūpei Latvijā, izdalot piecas piekļuves jomas. Tajā tika identificēti piekļuves šķēršļi, kas saistīti ar cilvēkresursu trūkumu, mātes aprūpes kvalitātes standartu nepietiekamību, sieviešu veselības prātību (zināšanas par uzvedību mātes periodā un mātes aprūpes pakalpojumu nozīmi) un nevienlīdzību starp iedzīvotāju grupām. Problēmas ir arī ar klīnisko vadlīniju piemērošanu un nevienlīdzību pakalpojumu sniedzēju zināšanās un sniegtajā aprūpē, īpaši ārkārtas situācijās. Šo faktoru risināšana varētu palīdzēt uzlabot piekļuvi atbilstošai mātes aprūpei.

## **2.7. SAVA starptautisko novērtējumu pieeju apskats**

### **2.7.1. PVO veselības novērtēšanas un uzraudzības sistēma**

Pasaules Veselības Organizācija (turpmāk tekstā PVO) arī ir izstrādājusi kopēju uzraudzības un novērtēšanas sistēmu, lai nodrošinātu valstu un starptautisko organizāciju mērķtiecīgu veselības sistēmas stiprināšanas centienu uzraudzību un novērtēšanu (6. attēls). Šī sistēma ir vērsta uz valstīm un atbalsta valsts vajadzības, vienlaikus nodrošinot pamatu starptautiskai uzraudzībai.

## PVO valstu veselības sistēmu stiprināšanas uzraudzības un novērtēšanas sistēma

Ievades un procesi			Izejas (outputs)	Rezultāti	Ietekme
Indikatori	Pārvaldība	Infrastruktūra/ IKT/ darba spēks/ piegādes ķēdes/ informācija	Intervences pieejamība un pakalpojumu gatavība  Intervences kvalitāte, drošība	Infrastruktūra/ IKT/ darba spēks/ piegādes ķēdes/ informācija	Uzlaboti rezultāti veselības, vienlīdzības, sociālās aizsargātības un finanšu jomās, palielināta efektivitāte
	Finansējums				
Datu ieguve	Administratīvie avoti - Finanšu izsekošanas sistēma; Datu bāzes un ieraksti/ HR/ infrastruktūra/ medikamenti utt./ Politikas dati		Resursu novērtējums	Iedzīvotāju aptaujas- pārklājuma novērtējumi, veselības stāvoklis, pieejamība, prevencija, atsaucība	
	Klīniskās atskaites - pakalpojumi, kvalitātes, pārklājums, veselības stāvoklis			Iedzīvotāju skaits	
Anālizē un sintēze	Datu kvalitātes novērtējums, aplēses un prognozes, padziļinātas studijas, pētījumu rezultātu izmantošana, veselības sistēmas progresa un darbības un efektivitātes novērtējums				
Komunikācija	Mērķtiecīga un visaptveroša komunikācija; regulāri pārskatīšanas un uzlabošanas procesi; starptautiska sadarbība				

Att. 6. Pasaules Veselības Organizācijas valstu veselības sistēmu stiprināšanas, uzraudzības un novērtēšanas sistēma.

Avots: PVO. Pieejams: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>

PVO piedāvātā uzraudzības un novērtēšanas sistēma parāda, kā veselības ieguldījums un procesi (piemēram, veselības aprūpes pakalpojumu darbaspēks un infrastruktūra) tiek atspoguļoti rezultātos. Sistēmas pievienotā vērtība ir tāda, ka tā apvieno rādītājus un datu avotus visā veselības procesu ķēdē kopumā, tajā pašā laikā kopējo sistēmu sadalot pamata komponentēs un apakšgrupās. PVO uzsver, ka sistēma ir izstrādāta, lai stiprinātu veselības aprūpes pakalpojumu uzraudzības un novērtēšanas vajadzības dažādiem lietotājiem un mērķiem, to skaitā procesu un rezultātu uzraudzībai, veselības sistēmu darbības novērtējumam un veselības reformu investīciju rezultātu izvērtēšanai un efektīvākās pieejas noteikšanai.

### 2.7.2. OECD veiktie pētījumi par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību (De Looper et al., 2009)

OECD ir veikuši dažādus pētījumus, kuros vērtēta veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāte, pieejamība un citi faktori. Aplūkotsais pētījums ir "Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries", kas tika veikts 2009. gadā.

Aplūkojot OECD valstis, vairums no tām ir ieviesušas universālu veselības aprūpes sistēmu, kas nodrošina vienlīdzīgu finansiālu pieejamību veselības aprūpei. Tajā pašā laikā tas nenozīmē, ka veselības aprūpe ir vienādi pieejama dažādās valstīs. OECD pētījumu kontekstā veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība tiek definēta kā iespēja iegūt piemērotu veselības aprūpi savlaicīgi un bez šķēršļiem. Dažas no tipiskām barjerām, kas tika identificētas, ir veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju trūkums, finansiāli cēloņi, liels ceļošanas attālums līdz pakalpojumu sniedzējam, pārāk garas gaidīšanas rindas. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības nevienlīdzība bieži tiek saistīta ar atšķirībām starp augstu un zemu ienākumu grupām. Tiek norādīts, ka arī citi

sociāli ekonomiski faktori var būt par iemeslu atšķirīgai veselības aprūpes pieejamībai. Viena no barjerām piemērotas veselības aprūpes ieguvei ir apdrošināšanas ierobežojumi.

OECD pētījumos netiek piedāvātas metodes veselības aprūpes pieejamības novērtēšanai teritoriālā griezumā, bet tiek aplūkotas vispārīgas aptaujas par iedzīvotāju viedokli saistībā ar veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Viena no aplūkotajām pieejām ir iedzīvotāju aptauja par to, cik pieejami viņiem bija dažādi veselības aprūpes pakalpojumi. Respondenti tiek iedalīti ienākumu grupās un veikta korelācijas analīze par demogrāfijas ietekmi uz pieejamības pakāpi. Rezultātā iespējams novērtēt, vai ienākumu līmenis ietekmē veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību. Izmantojot arī regresijas koeficientus, var novērtēt ienākumu ietekmes pakāpi.

Kā piemērs pieejamības novērtēšanai tiek izmantoti arī mērījumi par neveiktu veselības aprūpi. Viena no pieejām ir jautāt respondentiem vai pēdējo 12 mēnešu laikā tiem ir bijusi vajadzība pēc veselības aprūpes pakalpojumiem, bet tie nav to ieguvuši. Izpētot iemeslus, kādēļ respondents nav ieguvis šo veselības aprūpi, var novērtēt veselības aprūpes pieejamības barjeras.

### **2.7.3. Kanādas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības novērtējums (Haggerty et al., 2014, Haggerty et al., 2016)**

Kanāda piešķir valsts resursus, lai nodrošinātu atbilstošu veselības aprūpes pakalpojumu telpisko sadalījumu lauku un attālās kopienās. Kvebeka ir izmantojusi tiesību aktus, lai ierobežotu to ārstu skaitu, kuri praktizē lielpilsētu teritorijās, taču šie pasākumi nav uzlabojuši personāla skaita saglabāšanos un izraisījuši lielu ārstu mainību. Primāro veselības aprūpi Kanādā nodrošina ģimenes ārsti autonomās ģimenes ārstu praksēs. Lauku apvidos ģimenes ārsti ir primārās veselības aprūpes mugurkauls un sniedz nozīmīgu pakalpojumu daļu. Kvebekā ir bijis izaicinājums piesaistīt ārstus visaptverošai primārās aprūpes praksei, jo aptuveni 25% iedzīvotāju nav reģistrēti pie ģimenes ārsta. Nesaistīti pacienti epizodiskai aprūpei parasti izmanto klīnikas vai slimnīcu uzņemšanas nodaļas.

Pētījuma ietvaros tika īstenotas 11 fokuss-grupu diskusijas vienā pilsētā un trīs lauku teritorijās. Pilsētas kontekstā bija liela pašvaldība (4,5 miljoni iedzīvotāju) ar pilnu veselības pakalpojumu klāstu. Trīs lauku teritorijas jeb ciemi (10 – 40 tūkst. iedzīvotāji) atradās vairāk kā trīs stundu attālumā no terciārajiem aprūpes centriem.

Pētījumā tika piesaistīti pieaugušie, kuri bija izmantojuši veselības aprūpes pakalpojumus pētījuma kontekstā. Kā izslēgšanas kritērijs tika noteikts liegums fokuss-grupā piedalīties veselības aprūpes speciālistiem un cilvēkiem ar valodas barjeru. Respondentu piesaistē tika izmantoti kontakti no iepriekšējiem pētījumiem, kā arī pieaicināti jauni respondenti, izmantojot reklāmas vietējos laikrakstos, sevišķi aicinot pieteikties dalību iedzīvotājiem, kas saskārušies ar problēmām veselības aprūpē. Tika izmantots vienots fokuss-grupu scenārijs. Dalībniekiem tika lūgts iedomāties, ka viņiem vajadzīga steidzama, bet ne dzīvībai kritiska aprūpe. Tika izpētītas respondentu sākotnējās preferences aprūpes vietai; darbības, ko parasti veica; alternatīvie ceļi uz aprūpes vietu. Tika izpētīti dažādi scenāriji – piekļuve veselības aprūpei jaunām un esošām problēmām, pieejamā aprūpe brīvdienās un vakaros, pieredze saņemot īpašu aprūpi. Katrā scenārijā tika meklētas problēmas, kas ir saistītas ar attālumu, pakalpojumu organizēšanu, tiešām un netiešām izmaksām, kulturālām un personīgām preferencēm.

Piekluves šķēršļi un veicinātāji – tika pētītas aprūpes meklēšanas trajektorijas: aprūpes avota izvēle, gatavošanās aprūpes saņemšanai, nokļūšana līdz aprūpes vietai. Pētītie posmi bija:

- veselības aprūpes pakalpojumu vietas izvēle;
- gatavošanās veselības aprūpes pakalpojumu iegūšanai – informācija par iespējamām veselības aprūpes vietām, pieraksta veikšana, intervāls starp aprūpes nepieciešamību un saņemšanu, intervāls starp ierašanos veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas vietā un pakalpojumu saņemšanu;
- nokļūšana veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas vietā – attālums, personīgā mobilitāte, personīgā pieeja transportam, attāluma uztvere atkarībā no problēmas akūtuma, attāluma uztvere atkarībā no veselības aprūpes iestādes organizatoriskās elastības.

Pētījumā tika izvērtēti šķēršļi, kas liek iedzīvotājiem meklēt alternatīvus risinājumus veselības aprūpei vai pat atteikties no tās ieguves:

- vēlamā veselības aprūpes sniedzēja nepieejamība;
- nespēja kontaktēties ar aprūpes sniedzēju;
- nepieņemami ilgs gaidīšanas laiks līdz vizītei;
- nepieņemams attālums līdz veselības aprūpes iestādei;
- nepieņemams gaidīšanas laiks veselības aprūpes iestādē.

Rezultātā, ja netiek apmierināta kāda no vajadzībām un šķērslis netiek pievarēts, tiek definētas potenciālās sekas:

- aprūpes meklēšanas procesa uzsākšana no jauna;
- došanās uz slimnīcu uzņemšanas nodaļu;
- atteikšanās no veselības aprūpes;
- veselības stāvokļa pasliktināšanās.

Pētījumā identificētie ierobežojumi ir, ka nav saskaņotības starp pētījumā izvēlētajām teritorijām un valstī izmantoto statistikas klasifikāciju. Veselības aprūpes meklēšana un saņemšana, īpaši steidzamā situācijā, zināmā mērā rada stresu visiem pacientiem. Šis pētījums parāda, ka šo centienu veids un nozīme atšķiras atkarībā no pilsētas un lauku konteksta, un šajos pieejamības pasākumos ir jāņem vērā šīs īpatnības. Šis pētījums arī norāda uz nepieciešamību pēc sociālekonomisko faktoru apakšanalīzes, jo lauku apvidos vienlīdzības problēmas ir potenciāli lielākas.

Līdzīgs pētījums to pašu pētnieku vadībā izvērtēja veselības aprūpes pieejamību pilsētu un lauku teritoriju kontekstā. Tika izmantota vērtēšanas un ziņošanas rādītāju kombinācija, lai iegūtu pozitīvu un negatīvu pieejamības pieredzi. Pētījumā izmantoja vieglas piekluves 5 punktu Likerta skalu (1 = nepavisam nav viegli līdz 5 = ļoti viegli), lai novērtētu vienumus. Vienumu ziņošanai izmantoja biežumus (1 = nekad līdz 5 = gandrīz vienmēr). Parasti pieejamības aptaujās nav iekļauti respondenti, kuri nesen nav izmantojuši pakalpojumu, taču, tā kā veselības aprūpes pakalpojumu nelietošana var atspoguļot piekluves problēmas, tika pielāgots instruments, lai tās iekļautu, iegūstot paredzamo pieredzi, pamatojoties uz pēdējo iegūto pieredzi. Instruments ierāmēja vienumus, aicinot respondentus iedomāties, ka viņi saslīmst un viņiem nepieciešama aprūpe vai padoms. Līdzīgi respondentiem, kuriem nebija sava regulāras veselības aprūpes iestāde vai regulāri apmeklēta ārsta, tika lūgts novērtēt pieredzi viņu visbiežāk vai nesen apmeklētajā veselības aprūpes iestādē.

Sākotnējai aprobācijai tika izplatīta anketa, izmantojot datorizētu telefona interviju, 750 respondentiem, kas atlasīti pēc nejaušības principa: 250 katrs no pilsētas, lauku teritorijas un attālā apgabala (vairāk nekā 3 stundas no terciārās aprūpes centra). Programma pielāgoja jautājumus atkarībā no tā, vai respondenti bija izmantojuši pakalpojumus pēdējo 12 mēnešu laikā, vai viņiem bija regulārs aprūpes avots vai ārsts. Pētījumā lūdza atļauju

sazināties ar respondentiem otrai aptaujai. Rezultātā iegūtajai apakš-izlasei tika nosūtīta pilnveidotas un saīsinātas anketas pašpārvaldes versija.

#### 2.7.4. *Veselības aprūpes pieejamības barjeru novērtēšanas pieredze Austrālijā (Corcadden et al., 2017)*

Kaut arī pētījums, ko veica pētnieku komanda no dažādām Austrālijas augstskolām, koncentrējas primārās veselības aprūpes laukā, tā metodiskais ietvars var būt saistošs pētījuma metodikas izstrādes procesā. Aplūkotā pētījuma autori apraksta barjeras, ar kurām ir saskārušies iedzīvotāji. Pētījumā izmantoti loģistiskās regresijas modeļi, kuru rezultatīvā pazīme ir piekļuves šķēršļi. Tie atklāja, ka pieejamības rādītāji Austrālijā ir problemātiska dimensija: 27% pieaugušo bija grūtības piekļūt veselības aprūpei ārpus darba laika, kas bija vairāk nekā 5 no 10 salīdzināmajām valstīm. Lai gan pieejamība bija mazāk izplatīta, tā arī tika uzverta kā būtisks šķērslis: 16% austrāliešu sacīja, ka iepriekšējā gadā ir atteikušies no veselības aprūpes izmaksu dēļ. Pēc pielāgošanas vecumam un veselības stāvoklim šis šķērslis bija biežāk sastopams Austrālijā nekā 7 no 10 valstīm.

Šī integrētā piekļuves šķēršļu novērtējuma rezultāti sniedz ieskatu politikas veidotājiem un pētniekiem par Austrālijas starptautisko sniegumu salīdzinot ar citu valstu rādītājiem.

Sekundārā datu analīze, par kuru ziņots aplūkotajā pētījumā, tika veikta kā daļa no pētniecības programmas *The Innovative Models Promoting Access to Care Transformation* (IMPACT), ko finansēja Austrālijas Primārās veselības aprūpes pētniecības institūts (APHCRI) un Kanādas Veselības pētniecības institūti (CIHR). IMPACT izpētes grupa sadarbojās ar patērētājiem, politikas veidotājiem un pakalpojumu sniedzējiem, izmantojot "vietējās inovācijas partnerības (LIPS)" Austrālijā un Kanādā, lai noteiktu organizatoriskus jauninājumus, kas paredzēti, lai uzlabotu neaizsargātu iedzīvotāju grupu piekļuvi atbilstoši PVA, un noteiktu daudzsoļošu inovāciju efektivitāti un mērojamību.

2013. gada Sadraudzības fonda Starptautiskās veselības politikas (IHP) aptauja tika veikta ar pieaugušajiem vecumā no 18 gadiem un vecākiem 11 valstīs: Austrālijā, Kanādā, Vācijā, Francijā, Nīderlandē, Jaunzēlandē, Norvēģijā, Zviedrijā, Šveicē, Apvienotajā Karalistē un ASV. Analīzei tika izmantoti līgumslēdzēja sniegtie aptaujas svāri, lai atspoguļotu pieaugušo vecumu, dzimumu, reģionālo un izglītības profilu katrā valstī, tāpat kā citās publikācijās par šo datu avotu (Schoen et al. 2013). Austrālijā tika savāktas 2200 atbildes. Analīze tika ģenerēta, izmantojot SAS/STAT programmatūru.

Pētāmie jautājumi aptvēra sekojošu spektru:

- Vai ir viens aprūpes speciālists vai ārstniecības iestāde, ko parasti apmeklē;
- Cik viegli ir iegūt veselības aprūpi vakaros, brīvdienās, neskaitot neatliekamo palīdzību;
- Cik bieži iespējams iegūt ārstniecības personāla atbildi tajā pašā dienā;
- Vai pēdējā gadā ir bijuši gadījumi, ka ārstniecības iestādes apmeklējums, analīzes, ārstniecība, konsultācija, zāļu iegāde vai cits pakalpojums atlikts izmaksu dēļ;
- Cik bieži ārstniecības persona zināja būtisku informāciju no medicīniskās vēstures;
- Vai turpmākās vizītēs ārstniecības iestāde zināja par citur veikto aprūpi;
- Vai ir saņemta pretrunīga informācija no ārstniecības speciālistiem;
- Cik bieži ārstniecības persona ir koordinējusi ārstniecību ar citiem speciālistiem.

Izmantojot piekļuves sistēmas objektīvu, tika noteiktas PVA piekļuves dimensijas, kurās Austrālijā piedzīvotie šķēršļi izcēlās no citām valstīm. Pieejamības ziņā grūtības ar piekļuvi ārpus darba laika bija vairāk izplatītas Austrālijā nekā pusē salīdzināmo valstu pēc korekcijas vecuma un veselības stāvokļa dēļ. Lai gan 27% pieaugušo teica, ka ir ļoti grūti piekļūt aprūpei ārpus darba laika, tas arī iezīmēja uzlabojumu Austrālijā no 2010. gada.

### 2.7.5. *Veselības aprūpes barjeru novērtējums vecāka gadagājuma iedzīvotājiem Portugālē (Doetsch et al., 2017)*<sup>76</sup>

Ekonomikas un finanšu krīzes iespaidā Portugāles valdība 2011. gadā piesaistīja ārējo palīdzību valsts parāda segšanai. Vienošanās ietvēra veselības reformas un Nacionālā veselības dienesta (NHS) taupības pasākumus Portugālē, lai ietaupītu nebūtiskas veselības aprūpes izmaksas. Šī pētījuma mērķis bija identificēt iespējamus šķēršļus vecāka gadagājuma iedzīvotāju (vecumā no 65 gadu vecuma) piekļuvei veselības aprūpei, ko ietekmējusi ekonomiskā krīze un citi apstākļi.

Kvalitatīvajā pētījumā bija iekļautas 13 daļēji strukturētas intervijas ar veselības aprūpes ekspertiem, pašvaldības iestādēm, veselības aprūpes sniedzējiem, finanšu palīdzības līguma sarunu vedējiem, slimnīcu vadītājiem, veselības ekonomistiem un vecāka gadagājuma cilvēkiem. Lai novērtētu intervijas, tika veikta satūra analīze. Identificētie šķēršļi tika apvienoti piecās veselības aprūpes pieejamības konceptuālās sistēmas jomās, ko izstrādāja *Levesque*.

Veselības aprūpes pieejamība vecāka gadagājuma cilvēkiem tika atzīta par neatbilstošu četrās ietvara jomās. Piektā pieejamības joma netika noteikta, jo pētījumā nebija izvirzīts mērķis vērtēt dzimuma vai etnisko aspektu. Galvenie identificētie šķēršļi bija: pašreizējā finanšu situācija un pensiju samazināšana; nepietiekams nodrošinājums un paaugstinātas lietošanas maksas primārajā aprūpē; slimnīcas aprūpes pakalpojuma neatbilstošs dizains un pieejamība; ilgtermiņa aprūpes iestāžu trūkums; palielināts līdzmaksājums par medikamentiem; nodokļu atvieglojumu ierobežojumi; samazināts finansējums pacientu transportēšanai ārpus ārkārtas situācijām; palielināts gaidīšanas laiks plānveida operācijām; un slikti, nepielāgoti mājokļa apstākļi gados vecākiem cilvēkiem.

Dalībnieki tika uzrunāti atbilstoši viņu zināšanām un pieredzei, lai tie atbilstu pētījuma atbilstības kritērijiem. Pētījuma izlase nebija paredzēta reprezentatīva plašai iedzīvotāju grupai, bet gan pētnieciska, lai izprastu dažādu ieinteresēto personu perspektīvu. Intervijas tika veiktas līdz pētījuma mērķa sasniegšanai (piesātinājuma punkta sasniegšanai).

### 2.7.6. *Veselības aprūpes piekļuves nevienlīdzība Austrālijas iedzīvotājiem ar garīgās veselības problēmām (Corscadden et al., 2018)*

Viens no Austrālijas "Vienlīdz Labi Nacionālā Konsensa" ziņojuma mērķiem ir uzlabot cilvēku ar garīgās veselības traucējumiem fiziskās veselības uzraudzību, kas ietver fiziskās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un cilvēku pieredzes pasākumus. Šī analīze veicina šo mērķi, izmantojot iedzīvotāju aptauju datus, lai novērtētu, vai un kādās jomās austrālieši ar garīgās veselības stāvokli saskaras ar šķēršļiem piekļuvei aprūpei, salīdzinot ar austrāliešiem bez garīgās veselības traucējumiem.

2016. gada Sadraudzības fonda starptautiskās veselības politikas aptauja par pieaugušajiem vecumā no 18 gadiem tika veikta Austrālijā un 10 citās valstīs. Šajā dokumentā analīzes uzmanības centrā bija 5248 respondenti no Austrālijas, atbildot pa fiksēto un mobilo tālruni ar respondences līmeni 25,4%. Analīzes rezultāti tika aprēķināti, izmantojot sniegtos izlases svarus, lai aplēses būtu reprezentatīvas attiecībā uz Austrālijas vecumu, dzimumu, reģionālo un izglītības profilu.

<sup>76</sup> Doetsch J, Pilot E, Santana P, Krafft T. Potential barriers in healthcare access of the elderly population influenced by the economic crisis and the troika agreement: a qualitative case study in Lisbon, Portugal. *Int J Equity Health*. 2017 Oct 25.

Sadraudzības fonda Starptautiskās veselības politikas apsekojumā ir vairāk nekā 60 ar veselību un veselības aprūpi saistīti jautājumi. Šajā pētījumā tika saglabāti trīsdesmit deviņi aptaujas jautājumi, kas tika uzskatīti par aprūpes pieejamības mēru vai saprātīgu aizstājēju, jo tie tika kartēti uz vienu no piecām piekļuves dimensijām, pamatojoties uz *Levesque* ierosināto konceptuālo modeli. Mērķis bija izpētīt atšķirības piekļuvē pēc garīgās veselības stāvokļa, izmantojot sistēmu kā ceļvedi. Tika izslēgti jautājumi, kas saistīti ar procesiem, kuros nav iespējams noteikt skaidru virzienu (piemēram, "Vai jūs sūtat e-pastu savam ārstam?"), un jautājumi par pakalpojuma drošību vai efektivitāti (piemēram, nepareizi lietoti medikamenti vai deva, pasūtīti nevajadzīgi testi). Atbildes tika atlasītas, lai katru jautājumu ierāmētu kā piekļuves barjeru. Ja atbildes nebija divdomīgas, atbildes "dažreiz", "reti" un "nekad" tika klasificētas kā "nē", savukārt "vienmēr" un "bieži" tika sagrupētas kā "jā".

## 2.8. Jaunāko zinātnisko pieeju SAVA novērtējumu izvērtējums

Aplūkotajās pieejās ārstniecības pakalpojumu pieejamības novērtējumam ir konstatētas dažādas tendences, kas ir gan ar labu, gan ar nelabvēlīgu ietekmi SAVA pieejamības novērtējuma metodoloģijas izstrādes kontekstā. Aplūkotajā literatūrā netika identificēti pētījumi, kas piedāvātu vienotu metodoloģiju valsts SAVA pieejamības novērtēšanai teritoriālā un pakalpojumu programmu griezumā. Visi aplūkoti pētījumi analizē noteiktu komponenti, vai arī sistēmu bez komponentu izdalīšanas. Piemēram, ir pētījumi, kas analizē ārstniecības pakalpojumu pieejamību vienai konkrētai sabiedrības grupai – topošajām mātēm, imigrantiem, cilvēkiem ar garīgās veselības traucējumiem, lauku iedzīvotājiem u. tml. Vai arī ir pretējā tendence, ka tiek aplūkota visa aprūpes sistēma kopumā, neizdalot detalizētāk aprūpes veidus. Kaut arī šis metodikas trūkums ir izaicinošs, atsevišķu komponentu esamība literatūrā ļauj izmantot šos fragmentus to integrācijai vienotā metodoloģijā un trūkstošo metožu aizpildīšanai.

Pozitīvi vērtējama globāli novērota konsekventa vienota pieeja pieejamības jēdziena interpretēšanā. Vairums zinātniskās literatūras par ārstniecības pakalpojumu pieejamības novērtējumu izmanto *Levesque* piecu perspektīvu klasifikāciju aprakstu pieejamības jēdzienu. Arī praktiskos pētījumos šīs perspektīvas tiek analizētas atsevišķi. Balstoties uz šo labo praksi, autori arī Latvijas metodoloģijas izstrādē iesaka pieturēties pie šīs klasifikācijas un novērtēt pieejamību katrā no tām vai vismaz vairumā. Šāda prakses pārņemšana ne tikai sniegs detalizētāku ieskatu Latvijas SAVA nepilnībās, bet arī ļaus veikt salīdzinošo analīzi ar citām valstīm.

### 3. PĒTĪJUMA KONCEPTUĀLAIS RISINĀJUMS

#### 3.1. Pētījuma iespējamo stratēģiju izvērtējums

##### 3.1.1. SAVA pieejamības novērtējuma koncepcija

Pieejamības gadījumā SAVA definitīvā ietvara aprakstā tika izskatītas dažādas pieejas tās noteikšanā. Pētījuma ietvaros tiek piedāvāts balstīties uz pieeju, kurā pieejamība tiek definēta kā iespēja saņemt veselības aprūpes pakalpojumus. Šo procesu var aprakstīt kā veselības aprūpes pakalpojumu piedāvājuma un pieprasījuma mijiedarbību.

No piedāvājuma perspektīvas veselības aprūpi nodrošina ārstniecības pakalpojumu sniedzēji, ārstniecības personāls, veselības aprūpes sistēma kopumā pieejamo resursu apjomā. Šī pētījuma ietvaros veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs – ārstniecības iestāde – tiks aplūkots no piedāvājuma perspektīvas. No pieprasījuma skatupunkta veselības aprūpes ieguvēji jeb saņēmēji ir visu iedzīvotāju populācija, kopienas, mājsaimniecības vai arī vienkārši indivīdi. Šī pētījuma kontekstā pieprasījuma dimensijā tiks skatīts populācijas aspekts, kopienu aspekts administratīvās teritorijas ietvaros, sociāli demogrāfisko grupu pieprasījums.

Pati pieejamība var tikt sīkāk sadalīta komponentēs, kas raksturo dažādas iedzīvotāju vajadzību apmierināšanas stadijas. Iespējams aplūkot visu ķēdīti indivīda lēmumu pieņemšanā, sākot ar apzināšanos, ka nepieciešama ambulatorā veselības aprūpe, un beidzot ar faktiski iegūtu pakalpojumu. Konceptuāli var tikt izmantots iedalījums 5 stadijās (pēc *Levesque*):

#### 1. Pieejamības no uztveres perspektīvas

Iedzīvotāji, kuriem ir nepieciešama veselības aprūpe, spēj identificēt ārstniecības iestādes, kuras varētu sniegt tiem nepieciešamos pakalpojumus. Šajā kontekstā būtiska ir ārstniecības iestāžu sniegtā informācija par tās piedāvātajiem pakalpojumiem, viegli atrodama informācija par reģistrāciju, darbalaiku, speciālistu pieejamību, apmaksas iespējām un cita būtiska informācija. Vērtējama arī ārstniecības iestādes informācijas brīva pieejamība publiskos informācijas avotos, tīmeklī, uzziņu dienestos un sociālajos medijos.

#### 2. Pieejamības no pieņemamības perspektīvas

Šī stadija vērtē to, cik kulturāli vai sociāli pieejams ir konkrētais ārstniecības pakalpojums noteiktai sociālai demogrāfiskajai sabiedrības grupai. Šādi faktori varētu būt dzimums, tautība, seksuālā orientācija, vecuma grupa, reliģiskā piederība vai citi.

#### 3. Pieejamības no sasniedzamības perspektīvas

Šajā dimensijā tiek vērtēts, vai ārstniecības iestāde ir pieejama fiziskā un laika kontekstā. No fiziskā konteksta viedokļa – vai ārstniecības iestādē ir nepieciešamais tehniskais aprīkojums, tā ir pieejama no telpiskā viedokļa (sasniezama ar privāto un publisko transportu), tās pieejamība atbilst dažādu sabiedrības grupu fiziskajām vajadzībām. No laika konteksta vērtējama pieejamība pacientam vēlamā laikā, kā arī rindu garums konkrētu pakalpojumu iegūšanai.

#### 4. Pieejamība no finansālās perspektīvas

Ārstniecības pakalpojumu izmaksas vērtējamas kā faktors, kas arī var ierobežot ārstniecības pakalpojumu pieejamību gan noteiktā teritorijā, gan noteiktai sabiedrības grupai. Šajā gadījumā izšķirama arī publiskā un privātā piedāvājuma esamība.

#### 5. Pieejamība no piemērotības perspektīvas

Noteiktā teritorijā sniegtie ārstniecības pakalpojumi var būt arī nepiemēroti konkrētajam pacientam. Tādēļ vērtējama arī saskaņotība starp konkrētajā laika posmā un telpā pacientam nozīmēto vai pacienta pieprasīto ārstniecības pakalpojumu un sistēmas iespējām sniegt tieši šādu ārstniecības pakalpojumu.



Apkopojot aplūkoto pieejamības perspektīvu klāstu, iespējams veikt tālāku konkrētu indikatoru noteikšanu, kas būtu izmantojami pieejamības vērtēšanā. Mērot pieejamību, no uztveres perspektīvas var izdalīt divas apakšdimensijas: pacienta un ārstniecības iestādes dimensiju. Pacienta dimensija raksturo tos raksturlielumus, kas ir aktuāli no pacienta skatupunkta saistībā ar ārstniecības pakalpojumu iegūšanu. Šie rādītāji raksturo dažādus pacientu sociāli demogrāfiskos, kulturālos, ģeogrāfiskos, ekonomiskos un citus rādītājus. Ārstniecības iestādes dimensija raksturo sniegto pakalpojumu parametrus. Šie parametri var aptvert gan ārstniecības iestādes informatīvo sniegumu, gan izvietojumu, gan dažāda veida izmaksas, kā arī sniegto ārstniecības pakalpojumu kvalitāti un apjomu.

Pieejamība no uztveres perspektīvas	Pieejamība no pieņemamības perspektīvas	Pieejamība no sasniedzamības perspektīvas	Pieejamība no finansiālās perspektīvas	Pieejamība no piemērotības perspektīvas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veselības pratība</li> <li>• Veselības uzskati</li> <li>• Uzticēšanās un gaidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociālās vērtības</li> <li>• Kultūra</li> <li>• Dzimums</li> <li>• Autonomija</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dzīves vieta</li> <li>• Transports</li> <li>• Mobilitāte</li> <li>• Sociālais atbalsts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ienākumi un aktīvi</li> <li>• Sociālais kapitāls</li> <li>• Veselības apdrošināšana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atbilstība</li> <li>• Informētība</li> <li>• Pakalpojuma sniedzēja atbalsts</li> </ul>

Att. 7. Veselības aprūpes pieejamības perspektīvu apkopojums un galvenās komponentes no pacienta skatu punkta. Avots: pētījumu autoru izstrādāta, balstoties uz Levesque<sup>77</sup> pieejām.

No pacienta skatu punkta uztveres perspektīvā būtiska ir arī pašu pacienta veselības pratība – vai pacients apzinās simptomus, situācijas un citus faktorus, kas liecina par nepieciešamību meklēt veselības aprūpi un, piemēram, vērsties pie ģimenes ārsta. Tas var būt saistāms gan ar pacienta informētības pakāpi, gan arī ar veselības aprūpes sistēmas sniegto informāciju par nepieciešamību veikt noteiktas regulāras procedūras. Pacientiem var būt arī dažādi uzskati par veselības aprūpi, kas var izraisīt atsevišķu pacientu nevēlēšanos izmantot ārstniecības pakalpojumus. Nozīme ir arī pacientu uzticības pakāpei ārstniecības sistēmai kopumā un pacientu gaidām attiecībā uz pakalpojumiem, ko tie varētu iegūt no ārstniecības iestādes.

Pieņemamības perspektīvas kontekstā var atšķirties pacientu spēja atrast ārstniecības iestādes piedāvājumu pacienta konkrētās sociāli demogrāfiskās grupas dēļ. Šajā gadījumā var būt runa par kulturālo fonu, dzimumu, seksuālo orientāciju, tautību, noteiktā ģeogrāfiskā teritorijā vai kopienā pieņemtajām sociālajām normām, pacienta autonomijas pakāpi patstāvīgi pieņemt lēmumus par veselības aprūpes iegūšanu bez citu personu ierobežojuma.

Sasniedzamības perspektīva attiecas uz pacienta spēju sasniegt fiziski ārstniecības iestādi. Līdz ar to tas primāri ir atkarīgs no pacienta dzīvesvietas. No dzīvesvietas atrašanās attiecīgi izriet transporta iespējas, infrastruktūras pieejamība, attālums līdz tuvākajai ārstniecības iestādei. Sasniedzamību ietekmē arī paša pacienta mobilitāte – kādas ir iespējas pacientam pašam sasniegt ārstniecības iestādi. Šo sasniedzamību var arī ietekmēt pieejamais sociālais atbalsts, ko sniedz, piemēram, vietējā pašvaldība.

<sup>77</sup> Levesque, J.F., Harris, M.F. and Russell, G., 2013. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, pp.1-9.

Finansiālās iespējas arī būtiski ietekmē pacientu spēju gūt ārstniecības pakalpojumus. Izdalāma ir gan ienākumu komponente, gan aktīvu komponente. Atsevišķās valstīs ir tikusi pēfīta arī turības pakāpe, kas nav tieši saistīta ar ienākumu līmeni<sup>78</sup>, bet gan ar attiecīgā teritorijā valdošo pirktspēju un rīcībā esošajiem aktīviem, kas arī pie salīdzinoši zemiem ienākumiem var nodrošināt nepieciešamo spēju gūt ārstniecības pakalpojumus. Finansiālās iespējas gūt ārstniecības pakalpojumus var raksturot arī sociālais kapitāls, kas var izpausties kā tuvinieku spēja nodrošināt ārstniecības pakalpojumu apmaksu. Veselības apdrošināšanas pieejamība var ietekmēt pacientu spēju izmantot ārstniecības pakalpojumus. Dažādi efekti varētu būt novēroti gan no valsts sniegtās, gan privāti nodrošinātās apdrošināšanas skatupunkta.

Piemērotības kontekstā nozīme ir tam, vai ārstniecības iestādes sniegtie ārstnieciskie pakalpojumi atbilst tam, ko konkrētajā laikā un telpā nepieciešams saņemt ārstējamā personai. Piemērotība var izpausties arī kā sniegtās informācijas apjoms par veiktajām procedūrām, pacienta spēja ietekmēt ārstniecības procedūras, ārstniecības personāla sniegtais atbalsts, kas pielāgots pacienta vajadzībām.

Pieejamība no uztveres perspektīvas	Pieejamība no pieņemamības perspektīvas	Pieejamība no sasniedzamības perspektīvas	Pieejamība no finansiālās perspektīvas	Pieejamība no piemērotības perspektīvas
<ul style="list-style-type: none"><li>• Caurspīdīgums</li><li>• Vēršanās pie pacientiem</li><li>• Informācijas pieejamība</li><li>• Informētība par skrīningu veikšanu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Profesionālisms darbā ar pacientiem</li><li>• Kultūras normas</li><li>• Iekļautība</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ģeogrāfiskais izvietojums</li><li>• Telpu piemērotība</li><li>• Darba laiks</li><li>• Pieraksta veikšanas tehniskie risinājumi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiešās izmaksas</li><li>• Netiešās izmaksas</li><li>• Alternatīvās izmaksas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tehniskā kvalitāte</li><li>• Personāla atbilstība</li><li>• Darba koordinācija un nepārtrauktība</li></ul>

Att. 8. Veselības aprūpes pieejamības perspektīvu apkopojums un galvenās komponentes no ārstniecības iestādes skatu punkta

No ārstniecības iestāžu uztveres perspektīvas nepieciešams aplūkot informatīvo pietiekamību. Būtu vērtējams, vai ārstniecības iestādes sniegtā informācija ļauj pacientam uztvert sniegtos pakalpojumus, pakalpojumu ieguves kārtību un citu būtisku informāciju pakalpojumu ieguvei. Informatīvā pieejamība var būt arī aktīva, kas izpaužas kā ārstniecības iestāžu tieša vēršanās pie pacientiem, lai informētu tos par nepieciešamību veikt noteiktas ārstniecības procedūras, monitoringu, analīzes un citas manipulācijas.

Pieņemamības gadījumā ārstniecības iestādēm vērtējams tās personāla profesionālisms darbā ar dažādu sociāli demogrāfisko grupu pacientiem. Tas var izpausties gan kā vienlīdzīga attieksme pret dažādu tautību, dzimumu, seksuālās orientācijas, ienākumu līmeņa, izglītības līmeņa, vecuma, nodarbošanās veida un citu grupu pacientiem.

Sasniedzamības perspektīva attiecas uz ārstniecības iestādes gan faktisko ģeogrāfisko izvietojumu, gan arī tehniskajiem un organizatoriskajiem parametriem, kas raksturo tās sasniegšanas iespējas pacientiem. Ģeogrāfiskais izvietojums ir mērāms kā atrašanās vieta. Tehniskie parametri var ietvert telpu fiziskās vides

<sup>78</sup> Gordon, D. E., Kaake, G. M., Repurposing, S. G., Liu, Y., Panić, M. R., E., R. B. et al. (2020). A SARS-CoV-2 protein interaction map reveals targets for drug repurposing. *Nature*, 583(7816), 459-468.

pieejamības novērtējumu, kas raksturo to, cik fiziski sasniedzama ārstniecības iestāde ir dažādām sabiedrības grupām, piemēram, cilvēkiem ar kustību ierobežojumiem, vecākiem ar bērniem, cilvēkiem ar redzes traucējumiem u.c. Savukārt no organizatoriskā viedokļa sasniedzamību var raksturot ārstniecības iestādes darba laiks, pieteikšanās kārtība (sazvanīšanās iespējas, pieteikšanās tiešsaistē u.c.) un kalendārā pieejamība.

Finansiālās pieejamības perspektīva ārstniecības iestāžu kontekstā ir to sniegto pakalpojumu izmaksas, ņemot vērā to, ka aplūkojamā iestāde var būt gan publiska, gan privāta. Neņemot vērā tiešās izmaksas, vērtējamas arī netiešās un alternatīvās izmaksas, kas var rasties pacientiem, izmantojot šīs ārstniecības iestādes pakalpojumus. Piemēram, netiešās izmaksas var būt saistītas ar iestādes apmeklēšanai nepieciešamajām izmaksām, kas nav tieši saistītas ar pašu pakalpojumu sniegšanu (stāvvieta, transports u.c.). Alternatīvās izmaksas var būt saistītas ar zaudētajiem ienākumiem ārstniecības iestādes apmeklēšanas dēļ. Iedalāms arī izmaksu īpatsvars, kas pacientam veicams no personīgajiem līdzekļiem.

Piemērotības perspektīvā tiek vērtēta sniegto ārstniecības pakalpojumu kvalitāte. Var būt runa gan par tehnisko kvalitāti, gan ārstniecisko kvalitāti. Piemērotība var tikt vērtēta arī kā personāla pieejamība dažādu ārstniecisko procedūru griezumā.



Att. 9. SAVA pakalpojumu pieejamības novērtējuma komponentes.

Sniegto SAVA pakalpojumu ģeogrāfiskā pieejamība novērtējama dažādos griezumos. Pieejamības mērīšanu tiek piedāvāts noteikt atkarībā no griezuma veida, bet tā var tikt izteikta kā:

- pieejamība teritoriālajā vienībā;
- pieejamība reģionā;
- pieejamība valstī.

**Pieejamības pakāpe** tiek vērtēta šādos līmeņos un griezumos.

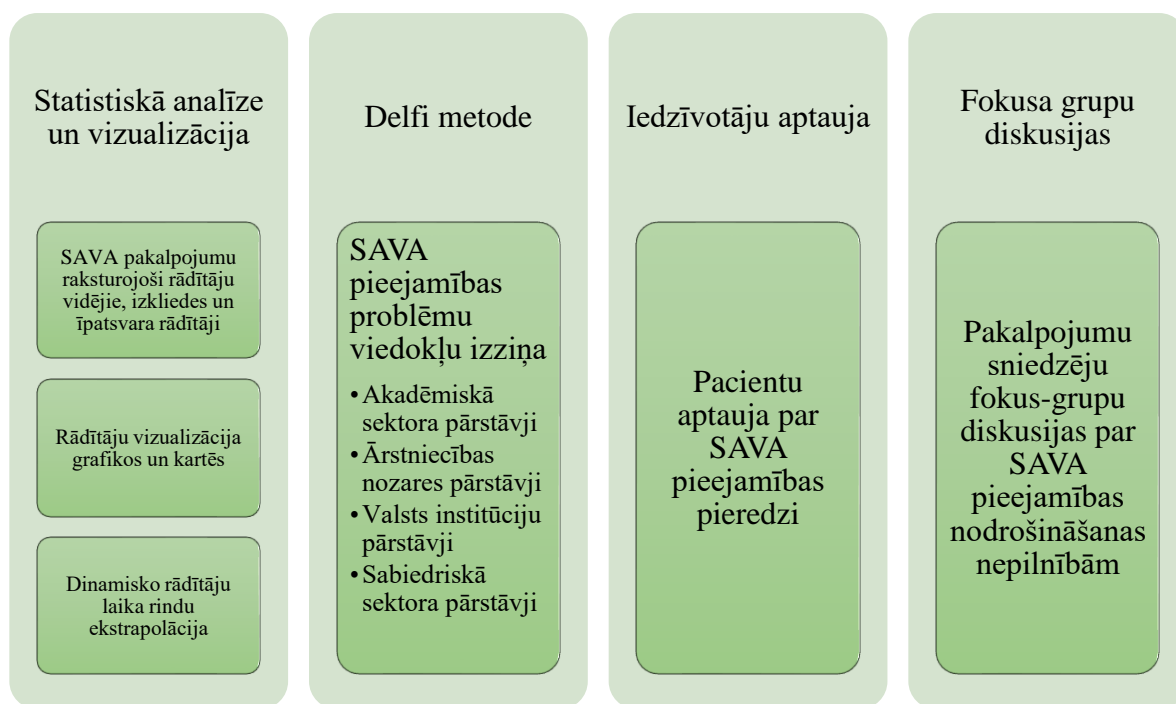
1. Vispārējā valsts līmeņa pieejamības novērtējums (kopējie rādītāji):
  - a. rindas garumu vidējo un izkliedes rādītāju aprēķins katram SAVA pakalpojumu veidam;

- b. pakalpojumu sniedzošos ārstniecības personu skaita aprēķins uz 1000 valsts iedzīvotājiem.
2. Reģionālā līmenī nodrošinātie pakalpojumi (nav pieejami administratīvi teritoriālajā līmenī):
  - a. rindas garumu vidējo un izkliedes rādītāju aprēķins katram SAVA pakalpojumu veidam;
  - b. pakalpojumu sniedzšo ārstniecības personu skaita aprēķins uz 1000 reģiona iedzīvotājiem.
3. Administratīvi teritoriālajā līmenī nodrošinātie pakalpojumi:
  - a. rindas garumu vidējo un izkliedes rādītāju aprēķins katram SAVA pakalpojumu veidam;
  - b. pakalpojumu sniedzšo ārstniecības personu skaita aprēķins uz 1000 administratīvās teritorijas iedzīvotājiem;
  - c. katru pakalpojumu sniedzšo ārstniecības iestāžu skaits uz 1 km<sup>2</sup> administratīvajā teritorijā;
  - d. katra pakalpojuma veida ārstniecības personas vizīšu skaita mēnesī vidējie un izkliedes rādītāji administratīvajā teritorijā.

Tabula 11. Pieejamības ietvaros pētāmo datu kopu teritoriālais griezumš.

	Valsts	Reģions	Administratīvā teritorija
SAVA pakalpojumu rindu garumi ārstniecības iestādēs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SAVA pakalpojumu sniedzšo ārstniecības personu skaits uz 1000 iedz.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ārstniecības iestāžu blīvums uz 1 km <sup>2</sup>			<input checked="" type="checkbox"/>
SAVA pakalpojumu ārstniecības personu vidējais vizīšu skaits			<input checked="" type="checkbox"/>
SAVA medicīnas ierīces/tehnoloģijas		<input checked="" type="checkbox"/>	

Veiktajam novērtējumam jāiekļauj arī ekstrapolācijas pieeja. Ņemot vērā, ka demogrāfiskie rādītāji un personāla vecums ir dinamiski rādītāji, nepieciešama to novērtēšana nākotnē. Šī uzdevuma veikšanai tiek piedāvāts izmantot trenda modeļus galveno tendenču modelēšanai.



Att. 10. SAVA pieejamības novērtējuma konceptuālais metodoloģiskais ietvars.

Piedāvātais SAVA pieejamības novērtējuma konceptuālais metodoloģiskais ietvars ietver četras metožu grupas. Statistiskā analīze ietver SAVA raksturojošo statistisko rādītāju aprēķinus. Teritoriālā griezumā aprēķini veicami valsts, reģionu un administratīvo teritoriju griezumā. SAVA pakalpojumu griezumā aprēķini veicami katram sniegtajam pakalpojumam atkarībā no datu pieejamības pakāpes.

Primārās informācijas iegūšana veicama vairākos griezumos. Delfi metode veicama *Quadruple Helix* koncepta ietvaros, pētot SAVA pieejamības problēmas sistēmiskā līmenī, iesaistot ekspertus no akadēmiskās vides, ārstniecības nozares, valsts institūcijām un sabiedriskā sektora organizācijām. Veicot tās daļēji strukturētā veidā, nozīmē vienlaikus noskaidrot atbildes uz iepriekš iezīmētiem jautājumiem un dot iespēju parādīties jaunām tēmām (ang., *emergent themes*) un svarīgiem iepriekš neparedzētiem argumentiem. Delfi metode ir daļēji kvalitatīva un daļēji kvantitatīva metode, kas vienlaikus ļauj respondentiem gan sniegt izvērstākus, plašus skaidrojumus, gan arī apkopot kvantitatīvus vērtējumus, piemēram, par to, kā konkrētajā jomā situācija un pakalpojuma kvalitāte mainījusies pēdējo 5 gadu laikā (kas ļaus veikt ekspertu viedokļu salīdzinājumus laikā). Galvenā metodes priekšrocība ir iespēja ar vairāku aptaujas kārtu palīdzību izkristalizēt vienotu viedokli par kvalitātes kritērijiem, grūtībām un izaicinājumiem konkrētajā jomā.

Aptaujas veicamas pacientu izlasēm. Pacientu aptauju uzdevums ir novērtēt SAVA piecu pieejamības perspektīvu izpildi pacientu pieredzē gūstot veselības aprūpes pakalpojumus. Pakalpojumu sniedzēju fokusa grupu uzdevums ir novērtēt ārstniecības iestāžu šķēršļus un barjeras, kas neļauj pilnībā apmierināt visu piecu pieejamības perspektīvu izpildi. Fokusa grupas vēlams veidot administratīvi teritoriālo teritoriju griezumā, lai spētu novērtēt katras teritorijas problemātiku un nepieciešamos uzlabojumus.

### 3.1.2. SAVA pakalpojumu kartējuma koncepcija

Kartējuma stratēģijas ietver SAVA pakalpojumu pieejamību un vēlamu nodrošinājumu dažādos teritoriālajos līmeņos, veicot ģeogrāfisku vizualizāciju. Kartējumu iespējams veikt valsts, reģionu un administratīvo teritoriju detalizācijas pakāpē.

Veicot kartējumu valsts līmenī, tam jānorāda uz katra pakalpojuma veida sniegšanas vietas izvietojumu, un šāds kartējums attiecas uz SAVA pakalpojumiem, kas tiek sniegti vienā vietā valstī vai netiek sniegti katrā reģionā.

Veicot kartējumu reģionu līmenī, tam jānorāda uz katra pakalpojuma veida sniegšanas vietas izvietojumu katra reģiona ietvaros, un šāds kartējums attiecas uz SAVA pakalpojumiem, kas tiek sniegti vismaz vienā vietā katrā plānošanas reģionā. Kartējumā iespējams attēlot pakalpojuma sniegšanas intensitāti relatīvi iedzīvotāju skaitam reģionā.

Veicot kartējumu administratīvās teritorijas līmenī, tam jānorāda uz katra pakalpojuma veida sniegšanas vietu administratīvās teritorijas ietvaros. Kartējumā nepieciešams attēlot katra pakalpojuma sniegšanas intensitāti relatīvam iedzīvotāju skaitam administratīvajā teritorijā, kā arī tas var attēlot iedzīvotāju mobilitāti, ņemot vērā sabiedriskā transporta un ceļu tīklu intensitāti administratīvajā teritorijā.

Veicot telpisko analīzi, iespējama dažādu rādītāju un indikatoru vizualizācija. Analīzes virzieni ir absolūtie, relatīvie un dinamiskie rādītāji.

**Absolūto rādītāju griezumā** veicama galveno SAVA pieejamības rādītāju kartēšana plānošanas reģionu un administratīvi teritoriālā griezumā. Piemēram, šādi var tikt kartēti ārstniecības iestāžu skaits, ārstniecības personāla skaits, medicīnisko tehnoloģiju/iekārtu skaits, sniegto SAVA pakalpojumu skaits, rindu garums.

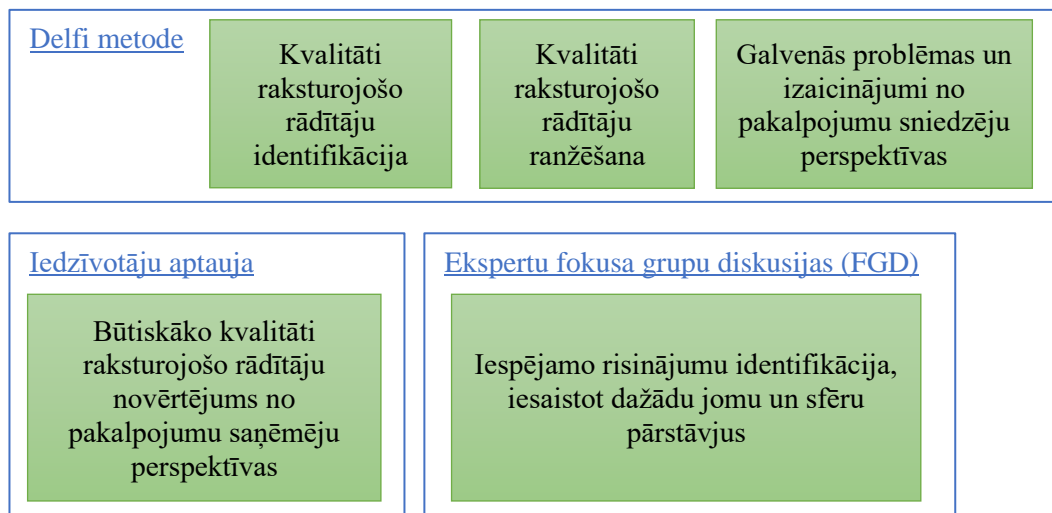
**Relatīvo rādītāju griezumā** izmantojami indeksi, attiecības un citi rādītāji, kas raksturo pazīmju savstarpējās attiecības. Piemēram, šādi var tikt kartēti pacientu skaits uz vienu ārstniecības personu, vidējais vizīšu skaits pie katra tipa speciālista, uz vienu administratīvās teritorijas iedzīvotāju pieejamo SAVA pakalpojumu skaits, medicīnas iekārtu noslodze uz noteiktu pacientu skaitu noteiktā laika vienībā.

**Dinamisko rādītāju griezumā** veicama tendenču vizualizācija kartējumā. Šādas tendences primāri vajadzīgas teritoriju noteikšanai, kurās ir gaidāmas būtiskas izmaiņas kopējam SAVA pakalpojumu pieprasījumam, pieprasījumam pēc noteiktiem pakalpojumu veidiem, iedzīvotāju demogrāfisko rādītāju izmaiņas, speciālistu piedāvājuma izmaiņas. Dinamiskā kartējuma nozīme ir būtiskāka vidēja un ilgtermiņa plānošanai pretstatā absolūto un relatīvo rādītāju kartēšanai, kas būtiska īstermiņa plānošanai. Tas neizslēdz visu kartējumu veidu izmantošanu cita termiņa plānošanā. Dinamiskā kartējumā iespējams iekļaut arī pacientu mobilitāti ārpus administratīvās teritorijas SAVA pakalpojumu gūšanai citās teritorijās.

### 3.1.3. SAVA pakalpojumu kvalitātes analīzes koncepcija

Pētījuma ietvaros nepieciešams analizēt kvalitātes komponentes veselības aprūpes struktūras kontekstā, kā arī aplūkot procesa nodrošinājuma kvalitāti. Savukārt netiek vērtēta ārstniecības klīniskā kvalitāte, līdz ar to ir nepieciešams definēt, kas tiek uzskatīts par kvalitātes indikatoriem.

Veicot SAVA pakalpojumu kvalitātes analīzi, pirmā stadija būtu Delfi metode, kas ir vairāku pakāpju ekspertu aptauja ar mērķi sašaurināt pētāmo jautājumu loku katrā aptaujas kārtā. Klasiski Delfi metodē pirmā kārtā ietver ļoti plašus, vispārīgus, atvērtus jautājumus par pētāmo objektu. Katra nākamā aptaujas kārtā tiek veidota balstoties uz iepriekšējās kārtas rezultātiem. Starp kārtām eksperti tiek iepazīstināti ar pēdējās kārtas apkopotajiem rezultātiem.



Att. 11. SAVA pakalpojumu kvalitātes analīzes konceptuālais metožu ietvars.

SAVA pētījuma kontekstā tiek piedāvāta divu kārtu Delfi metode:

- pirmā kārtā – eksperti identificē rādītājus, kas raksturo ārstniecības iestāžu sniegtu pakalpojumu kvalitāti;
- otrā kārtā – eksperti tiek iepazīstināti ar pirmajā kārtā iegūto kvalitāti raksturojošo rādītāju uzskaitījumu un veic šo rādītāju ranžēšanu, lai noteiktu būtiskākos rādītājos.

Delfi metode ļaus ne vien identificēt atbilstošākos kvalitātes indikatorus, bet arī iezīmēt būtiskākās problēmas un izaicinājumus un sniegt kvalitāti raksturojošo rādītāju novērtējumu **no pakalpojumu sniedzēju perspektīvas**, tostarp reģionu un administratīvo teritoriju griezumā un galvenajās Latvijas ārstniecības iestādēs.

Iedzīvotāju aptauja paredzama iedzīvotāju viedokļu izpētei, piesaistot cilvēkus atbilstoši pētījuma kontekstam, kas ir izmantojuši ārstniecības pakalpojumus noteiktā reģionā vai administratīvajā teritorijā vai kuriem ir bijuši nepieciešami ārstniecības pakalpojumi, bet tie nav izmantoti. Aptaujas metode izmantojama atbilžu iegūšanai no izlasē atlasītajiem respondentiem par viņu SAVA pieejamības pieredzi piecās perspektīvās. Tā sniegs būtiskāko kvalitāti raksturojošo rādītāju novērtējumu no **pakalpojumu saņēmēju perspektīvas**.

Visbeidzot, *Quadruple Helix* ietvarā piesaistot speciālistus, kas pārstāv akadēmisko vidi, ārstniecības nozari, valsts pārvaldi un sabiedrisko sektoru, fokusa grupu diskusijās tiks meklēti visām pusēm pieņemami iespējami **efektīvākie risinājumi** aptaujās izgaismotajām problēmām un iezīmēti soļi virzībai uz ideālo veselības aprūpes modeli – kopumā un uz doto brīdi problemātiskākajos ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumos. Pētījuma posms ir kritiski svarīgs rekomendāciju izstrādei turpmākai SAVA attīstībai. Šāds risinājums ļaus panākt pēc iespējas plašāku profesionālo skatījumu uz pētāmo objektu no dažādiem rakursiem.

## 3.2. Galvenās izvirzītās hipotēzes

Pētījumā ir izvirzāmas virkne uzskaitīto hipotēžu par SAVA sistēmas pieejamības stāvokli Latvijā, tās reģionos, administratīvajās teritorijās, kā arī sociāl-demogrāfiskā un pakalpojumu griezumā.

H1: Latvijā pastāvošais ārstniecības iestāžu izvietojums nenodrošina vienmērīgu SAVA pakalpojumu sniegšanu visos plānošanas reģionos (katram SAVA pakalpojumam), ņemot vērā katra pakalpojuma nepieciešamo izvietojumu (tuvāk dzīvesvietai, reģionāli, valsts līmenī).

H2: Iedzīvotāju turības līmenis būtiski ietekmē SAVA pieejamību (vispārīgi, neiedalot SAVA pakalpojumus).

H3.1: Ārstniecības pakalpojumu sniedzējiem nodrošināt pilnu SAVA pieejamību liedz finansējuma trūkums (katram SAVA pakalpojumam).

H3.2: Ārstniecības pakalpojumu sniedzējiem nodrošināt pilnu SAVA pieejamību visās *Levesque* 5 dimensijās liedz personālrեսурсu trūkums (katram SAVA pakalpojumam).

H3.3: Ārstniecības pakalpojumu sniedzējiem nodrošināt pilnu SAVA pieejamību liedz aprīkojuma trūkums (katram SAVA pakalpojumam).

H4: Ārstniecības pakalpojumu sniedzēju rīcībā esošās medicīnas iekārtas/tehnoloģijas konkrētās teritorijās netiek pilnvērtīgi noslogotas (katram SAVA pakalpojumam).

H5: SAVA pakalpojumu pieejamību liedz nodrošināt pakalpojumu nelietderīga izmantošana (pieraksts pirms nosūtījuma, vairāki pieraksti ar vienu nosūtījumu u.tml.) (katram SAVA pakalpojumam).

H6: Latvijā pastāv nevienmērīgs teritoriāls sadalījums starp valsts apmaksātu un maksas pakalpojumu klāstu (katram SAVA pakalpojumam).

Izvirzīto hipotēžu pārbaude iespēju robežās veicama uz empīrisku datu pamata, izmantojot statistisko hipotēžu pārbaudi un novērtējot nozīmības līmeņus.

## 3.3. Pieejamie datu avoti un to kombinācijas

### 3.3.1. *Nacionālā veselības dienesta datu kopas*

**Rindu garumi plānveida ambulatoro pakalpojumu saņemšanai.** Informācija par gaidīšanas rindu garumiem valsts apmaksātu plānveida ambulatoro veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai – speciālistu konsultāciju, izmeklējumu, dienas stacionāra pakalpojumu un medicīniskās rehabilitācijas. Šo informāciju ārstniecības iestādes apkopo un sniedz Nacionālajam veselības dienestam reizi mēnesī par iepriekšējo mēnesi. Sniedzot datus, tiek norādīts rindā esošo pacientu skaits un gaidīšanas laiks dienās.

Gaidīšanas rindu dati pieejami kategorijās:

- speciālistu (ārstu) pakalpojumi (16 pakalpojumi);
- pārējo speciālistu (ārstu) pakalpojumi (16 pakalpojumi);
- rehabilitācijas pakalpojumi (6 pakalpojumi);
- izmeklējumi (41 pakalpojums);



- ārstu speciālistu kabineti (7 pakalpojumi);
- dienas stacionārs (8 pakalpojumi);
- ķirurģiskie pakalpojumi dienas stacionārā (9 pakalpojumi);
- pārējie dienas stacionāra pakalpojumi (4 pakalpojumi);
- citi bez kategorijas (2 pakalpojumi).

**Ambulatoro apmeklējumu skaits pa aprūpes epizodes veidiem.** Ārstniecības iestāžu apmeklējumu un epizožu skaits sadalījumā pa teritoriālajām nodaļām, ārstniecības iestādēm un ārstniecības personu specialitātēm.

**Ambulatoro apmeklējumu skaits pa pamatdiagnožu grupām.** Informācija par primārās veselības aprūpes un sekundārās veselības aprūpes ambulatoro apmeklējumu skaitu un izmaksām no valsts budžeta atbilstoši pamatdiagnožu grupām.

**Veiktās medicīniskas manipulācijas valsts apmaksāto ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu ietvaros.**

Datu kopā uzskaitītas ar Nacionālo veselības dienestu līgumattiecībās esošu ārstniecības iestāžu ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu uzskaites dokumentos ievadītās manipulācijas. Šī ir tikai daļa no Latvijā veiktajām manipulācijām, jo šajā datu kopā ir iekļauti tikai tā valsts apmaksāto pakalpojumu daļa, kas sniegta ar Nacionālo veselības dienestu noslēgto veselības pakalpojumu līgumu ietvaros. Datu kopa satur šādus laukus:

- Gads – uzskaites dokumenta gads;
- Modulis – AP– ambulatorie veselības aprūpes pakalpojumi
- Iestādes kods – Veselības inspekcijas Ārstniecības iestāžu reģistra kods;
- Iestādes nosaukums – Ārstniecības iestādes nosaukums;
- Manipulācijas kods – Nacionālā veselības dienesta Valsts apmaksājamo manipulāciju klasifikatora manipulācijas kods<sup>79</sup>;
- Manipulācijas nosaukums – Nacionālā veselības dienesta Valsts apmaksājamo manipulāciju klasifikatora manipulācijas nosaukums;
- Skaits kopā – manipulāciju skaits visos uzskaites dokumentos, kas ir statusā "apmaksājams" neatkarīgi no tā, vai uzskaites dokuments ir vai nav iekļauts rēķinā. Status "apmaksājams" tiek piešķirts atbilstoši līgumam ievadītajiem uzskaites dokumentiem, kas izturējuši dokumentu kvalitātes pamata un loģiskās pārbaudes un kuri var tikt iekļauti apmaksai rēķinos;
- Skaits, uzskaites dokumentos, kas iekļauti rēķinā – bet samaksa par attiecīgo manipulāciju var arī nebūt veikta. Gadījumos, kad attiecīgā manipulācija norādīta neatbilstoši līgumā noteiktajiem apmaksas nosacījumiem, piemēram, manipulācijas un ārstniecības iestādes neatbilstība, manipulācijas un ārsta specialitātes neatbilstība, manipulācijas un pacienta (dzimumam, vecuma, diagnozes) neatbilstība, citas, uzskaites dokumenta manipulācijas tiek apmaksātas, un uzskaites dokuments tiek iekļauts rēķinā, bet neatbilstošajai manipulācijai neveidojas apmaksas transakcija un samaksa par to netiek veikta.

### 3.3.2. *Slimību profilakses un kontroles centra datu kopas*

**Ambulatoro apmeklējumu skaits pie ārstiem un ārsta palīgiem, vecmātēm un medicīnas māsām.** Teritoriālais iedalījums pēc ārstniecības iestādes atrašanās vietas. Atlasīšanas iespējas pēc gada, teritoriālās vienības, apmeklējumiem, rādītājiem.

<sup>79</sup> Nacionālā veselības dienesta Valsts apmaksājamo manipulāciju klasifikatora manipulācijas kods. Publicēts: 21.10.2020. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/pakalpojumu-tarifi>

**Ambulatori un dienas stacionārā veiktās operācijas.** Teritoriālais iedalījums pēc ārstniecības iestādes atrašanās vietas. Atlasīšanas iespējas pēc operācijas, gada, mērvienības, veikšanas vietas, teritoriālās vienības (reģions).

**Ārstu skaits pa specialitātēm.** Kopējais ārstu skaits – bez zobārstiem, mutes, sejas un žokļu ķirurgiem, ar stažieriem un rezidentiem. 2010. – 2018. gadā ārstu speciālistu un ģimenes ārstu skaitā netiek iekļauti stažieri un rezidenti. Sākot ar 2019. gadu, ārstu-speciālistu un ģimenes ārstu skaitā rezidenti ir iekļauti. Rezidenti sakārtoti atbilstoši specialitātei, kurā izglītojas. Teritoriālais iedalījums pēc ārstniecības iestādes atrašanās vietas. Atlasīšanas iespējas pēc specialitātes, gada, rādītāja, kopā vai praktizējoša, reģiona.

**Ārstniecības personu skaits pa reģioniem un pilsētām.** Ārsti bez zobārstiem, mutes, sejas un žokļu ķirurgiem, ar stažieriem un rezidentiem. Pie ārstu palīgiem (feldšeriem) tiek ieskaitīti neatliekamās medicīniskās palīdzības ārstu palīgi, feldšeri. Pie medicīnas māsām netiek ieskaitītas zobārsta ārstniecības māsas. 2010. – 2018. gadā pie medicīnas māsām tiek ieskaitītas rentgenoloģijas, radioloģijas māsas (radiologa asistenti). Sākot ar 2019. gadu, radiologu asistenti netiek ieskaitīti. Atlasīšanas iespējas pēc gada, teritoriālās vienības, rādītāja, kopā vai praktizējoša, ārstniecības personu grupas. Pamata datu bāzes informācijas ieguvei ir Veselības inspekcijas un Slimību profilakses un kontroles centra datu bāzes uz kuru pamata noteikts veikt nepieciešamo datu filtrēšanu.

### 3.3.3. Centrālās statistikas pārvaldes datu kopas

Tiešā veidā attiecināma nav. Izmantojami dati par iedzīvotāju skaita teritoriālo sadalījumu un sociāli demogrāfiskajām grupām.

### 3.3.4. Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldes datu kopas

Tiešā veidā attiecināma nav. Izmantojami dati par iedzīvotāju skaita teritoriālo sadalījumu un sociāli demogrāfiskajām grupām.

## 3.4. Datu analīzes un vizualizāciju metodes

Ņemot vērā plašo kvantitatīvās informācijas daudzumu, kā arī dažādo griezumumu skaitu, pētījumā izmantojamas dažādas datu analīzes metodes. Tiek piedāvāts izmantot gan kvalitatīvās metodes (FGD), gan kvantitatīvās metodes (aptauja), kā arī Delfi, kas ietver abu metožu elementus.

Kvantitatīvās pētījuma metodes ievaros tiks pielietota:

- izlases noteikšana un aprēķināšana socioloģiskajai aptaujai;
- aptaujas veikšana;
- statistiskās metodes;
- ekstrapolācijas metodes ar vidējās tendences rādītājiem.

Statistiskās metodes pielietojamas gan primāro, gan sekundāro datu analīzē. Primārie dati ir aptaujās iegūtie respondentu sniegtie novērtējumi dažādās skalās. Sekundārie dati ir no pieejamiem datu avotiem iegūtie dati, kas raksturo Latvijas ārstniecības iestādes, iedzīvotājus, SAVA pakalpojumu sniegšanu u.c. Ekstrapolācijas metodes sniedz līdzšinējo dinamisko rādītāju paredzamās nākotnes vērtības pie nosacījuma, ka saglabāsies līdzšinējās attīstības tendences. Šo metožu izmantošana sasaistāma arī ar citiem pētījuma blokiem, piemēram, lai novērtētu teritorijas ar pieejamības negatīvu izmaiņu risku.

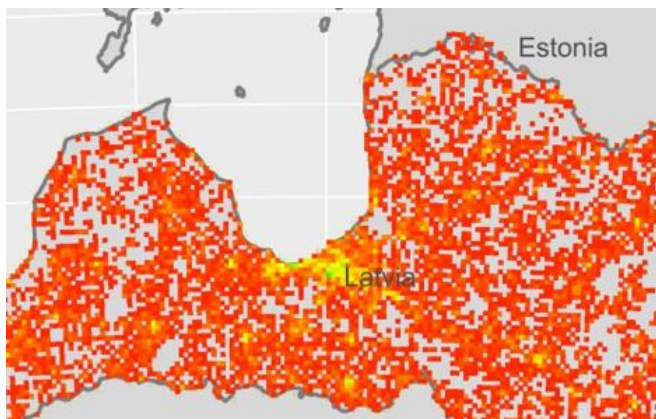
Vizualizācijas metodes ietver gan vispārīgās datu vizualizācijas metodes, gan vizualizācijas metodes ar kartēšanas palīdzību. Izmantojamās datu vizualizācijas metodes:

- histogrammas;
- kvantiļu vizualizācija;
- kartogrāfisko datu diagrammas;
- līniju diagrammas;
- izkliedes diagrammas;
- "Boxplot" diagrammas.

Datu vizualizācijas metodes izmantojamas kopēja priekšstata iegūšanai par dažādām teritoriālām vienībām un griezumiem. Histogrammu pielietojums nepieciešams variācijas rindu attēlošanai (rindu garuma sadalījums, vecumu sadalījums u.c.). Kvantiļu vizualizācija izmantojama pētījuma daļās, kurās salīdzināmi dažādu ienākumu grupu SAVA pieejamības rādītāji (augstākās, zemākās u.c. ienākumu grupas). Kartogrāfisko datu diagrammas attēlo dažādu vidējo rādītāju atšķirības dažādās kategorijās – teritorijās, sociāl-demogrāfiskās grupās, pakalpojumu veidos u.c. Līniju diagrammas izmantojamas, lai attēlotu attīstības tendences dažādās teritorijās pieejamības kontekstā. Izkliedes diagrammas izmantojamas savstarpējo sakarību novērtēšanā – kā dažādi kvantitatīvi rādītāji (iedzīvotāju skaits, izkliede, vidējais vecums u.c.) ietekmē rezultatīvas pazīmes (rindu garums, pieejamības pakāpe u.c.). Savukārt "Boxplot" diagrammas nepieciešamas kompaktai rādītāju vidējo un izkliedes rādītāju attēlošanai dažādās kategorijās.

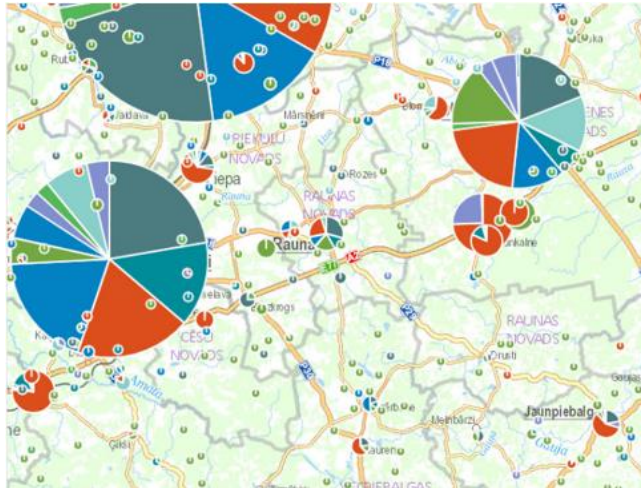
Kartēšanā izmantojamas metodes, kas izplatītas ĢIS pielietojumā, ietver:

- intensitātes kartes;
- punktu kartes;
- proporcionālo simbolu kartes;
- ceļu tīklu analīzes kartes.



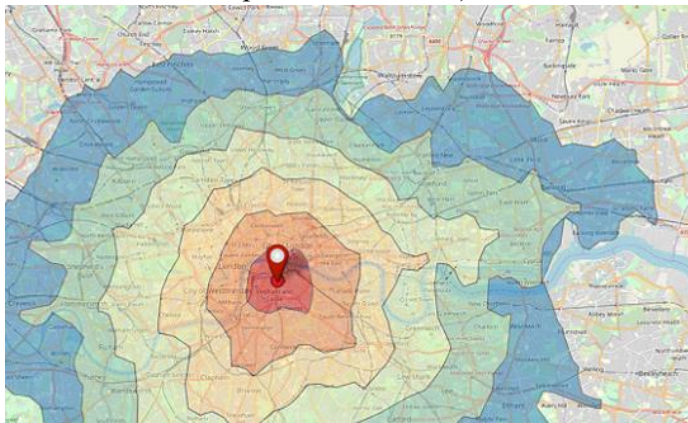
Att. 12. Intensitātes kartes piemērs.

Intensitātes kartes dažādas teritoriālas vienības iekrāso dažādos krāsu toņos atkarībā no noteiktas pazīmes skaitliskā lieluma, kas var attēlot absolūtu rādītāju, relatīvu rādītāju vai dinamisku rādītāju. Punktu kartes vizualizē noteiktu objektu atrašanās vietas, tādējādi ļaujot novērtēt augstas koncentrācijas vietas, mezglus, aklās zonas u.c.



Att. 13. Proporcionālo simbolu kartes piemērs.

Proporcionālo simbolu kartes attēlo noteiktu ģeogrāfisku vienumu skaitlisko rādītāju (vidējais rindu garums, pacientu skaits, ārstniecības personu skaits u.c.), kur simbola lielums ir pētāmā rādītāja lieluma indikators.



Att. 14. Ceļu tīklu analīzes karte ceļā pavadītajam laikam.

Ceļu tīklu analīzes kartes tiek izmantotas, lai novērtētu ceļā pavadāmo laiku starp konkrētu punktu kartē un apkārt esošajām teritorijām. Tiek veidotas krāsu izohronas jeb krāsainas zonas, kas tiek modelētas pēc noteikta laika soļa, piemēram, cik tālu ceļš ilgst līdz 5 min, līdz 10 min utt.

### 3.5. Piedāvātā konceptuālā risinājuma priekšrocību un trūkumu novērtējums

Piedāvātā konceptuālā metodoloģija aptver lielu dažādu metožu, teritoriju, sociāl-demogrāfisko grupu, pakalpojumu programmu griezumus. Ņemot vērā metodisko daudzveidību, tiek identificētas dažādas metodoloģijas un to komponentu stiprās un vājās puses.

Kopējās metodoloģijas **priekšrocības**.

1. Plašs informācijas tvērums.

Ņemot vērā gan teritoriālā, gan sociāl-demogrāfiskā, gan pakalpojumu programmu griezumus, tiks iegūts ļoti detalizēts informācijas klāsts par SAVA pakalpojumu piecu pieejamības perspektīvu pakāpi augstā detalizētības pakāpē.

2. Potenciāls atkārtotiem pētījumiem.

Pēc pabeigtas pirmreizējās izpētes būs iespējama atkārtota metodoloģijas izmantošana

pasūtītāja izvēlētā laika periodā. Iegūtie ekspertu un pakalpojumu sniedzēju kontakti ļaus nākamajos pētījumu viļņos efektīvāk iegūt situācijas izmaiņu novērtējumu laikā.

3. Savstarpējā integrācija/ metožu triangulācija.

Pētījumā izmantotās metodes var tikt savstarpēji integrētas. Veicot metožu triangulāciju, rezultāti no vienas metodes var tikt izmantoti citās metodēs un tālāk izpētīti. Tas nodrošinās jaunus izpētes aspektus, kas nebūtu iespējami, veicot izolētus pētījumus.

Kopējās metodoloģijas **trūkumi**:

1. Augstas izmaksas un laika patēriņš.

Nepieciešamība veikt primāro un sekundāro datu iegūvi katrā administratīvajā teritorijā un katrai SAVA pakalpojumu programmai var radīt augstas izmaksas, kas galvenokārt būs saistītas ar primāro datu iegūvi. Paralēli tam ir paredzams liels laika patēriņš, ja primāro datu iegūve tiek organizēta secīgi katrā teritorijā, nevis paralēli.

2. Informatīvās pārslodzes risks.

Pie liela informācijas apjoma, kas varētu tikt iegūts no pētījuma, pastāv informatīvās pārslodzes risks. Lēmuma pieņemējiem saskaroties ar plašu informatīvo fonu, var rasties grūtības noteikt rīcības prioritātes un dot priekšroku vienkāršotākiem, bet ne efektīvākiem risinājumiem.

3. Kļūdu kaskādes risks.

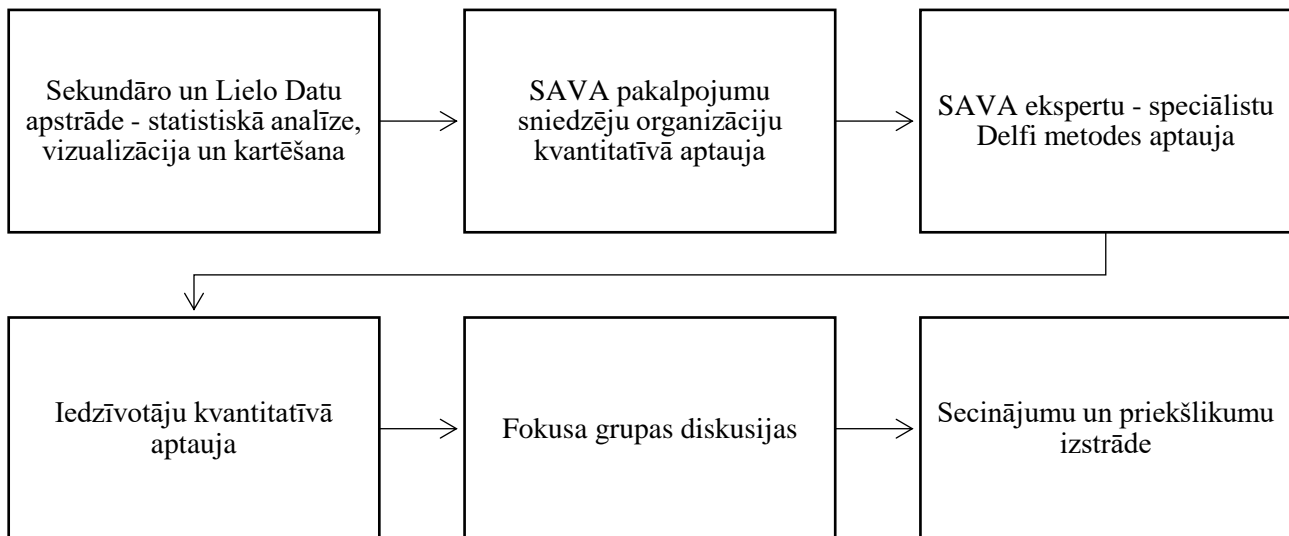
Nemot vērā atsevišķu metožu integrāciju un savstarpēju atkarību, kļūdu ieviešanās kādas metodes rezultātos var tikt pārnesta arī uz citām metodēm un radīt arī kļūdas tajās.

Lai mazinātu identificētos trūkumus un veicinātu pētījuma integritāti, tiek piedāvāti noteikti principi, kurus ievērot. Laika patēriņa un izmaksu kontrolei vēlams neveikt primāro datu iegūvi par SAVA pakalpojumu programmām fokusa grupu ietvaros, bet veikt šādu analīzi tikai sekundārajiem datiem. Praktiski arī nav sagaidāms, ka būs iespējams gūt pietiekamu datu apjomu no pacientiem, lai nosegtu visas pakalpojumu programmas. Informatīvās noslodzes mazināšanai ieteicams likt lielāku uzsvāru uz rezultātu vizualizāciju un kartēšanu informācijas uztveramības atvieglošanai.

## 4. PĒTĪJUMA METODOLOĢIJAS APRAKSTS

### 4.1. Pētījuma dizains

Balstoties uz veikto izstrādāto konceptuālo ietvaru, ir izveidots pētījuma dizains ar 6 pamata pozīcijām, kuras ietver: (1) Datu apstrādi, statistisko analīzi, vizualizāciju un kartēšanu; (2) SAVA pakalpojumu sniedzēju organizāciju aptauju; (3) SAVA ekspertu Delfi metodi; (4) Iedzīvotāju aptauju; (5) Fokusa grupu diskusijas un (6) Secinājumu un priekšlikumu izstrādi.

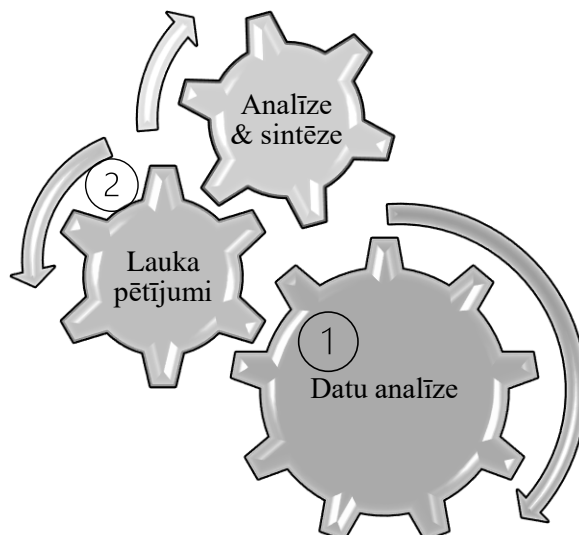


Att. 15. Pētījuma par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanu un uzlabošanu dizains.

Pētījuma posmi laika horizontā ir gan šķērsriezuma, gan longitudināli, jo datu apstrāde un statistiskā analīze, vizualizācija un kartēšana var tikt papildinātas gan no SAVA pakalpojumu sniedzēju, gan iedzīvotāju aptaujas.

### 4.2. Pētījuma metodoloģiskais ietvars

Kopējā metodoloģiskā pieeja ir iedalīta divās pamata grupās – datu analīzes un lauka pētījumos, ko savstarpēji apvieno un papildina iegūto starprezultātu rezultātu analīze un sintēze.



Att. 16. Pētījuma kopējās metodoloģiskā pieejas pamata grupu identifikācija un savstarpējās mijiedarbības ilustrācija.

Datu analīzes daļa iedalīta datu ieguvē, datu apstrādē, statistiskā analīzē, vizualizācijā un kartēšanā. Tālāk tabulas veidā uzskaitītas **datu ieguves** novērtējuma dimensijas, to mērķis, indikatori un avoti, kur tiks iegūta informācija. Datu ieguves avoti ietver gan jau pieejamus datus, gan datus, kas tiks identificēti lauka pētījumā. Datu analīzes ieguve iedalīta 5 pamata grupās no dažādās pieejamības perspektīvām, kas reducētas uz sekojošām pieejamības un kvalitātes dimensijām – esamība, ērtība, atbilstība, finanšu pieejamība un pieņemamība. Katra no tām ietver komplicētus dažādu primāro un sekundāro datu novērtējumus, kopā paredzot 40 pamata analīzes indikācijas, kas atzarojas vēl detalizētāk pa apakšgrupām. Par daudziem SAVA kvalitātes un pieejamības aspektiem informācija tiks iegūta, izmantojot dažāda metodes, tādējādi ļaujot iegūt pilnvērtīgāku skatījumu gan no pakalpojumu sniedzēju, gan saņēmēju perspektīvas, kā arī, ņemot vērā metodoloģiskās atšķirības datu ieguvē, krosvalidēt pieejamos datus.

Tabula 12. Pētījuma datu ieguves novērtējuma dimensijas, to mērķis, indikatori un avoti, kur tiks iegūta informācija.

N.p.k.	NOVĒRTĒJUMA DIMENSIJA/MĒRĶIS	INDIKATORS	AVOTS
I	<b>PIEEJAMĪBA</b> no pakalpojuma <b>ESAMĪBAS</b> perspektīvas		
1.1.	<i>SAVA personāla un pakalpojumu <b>ESAMĪBA</b> teritoriālās vienībās – esošā un prognozētā</i>	SAVA kopējo iesaistīto cilvēkresursu <b>speciālistu</b> (tai skaitā ārstu speciālistu, māsu, ārstu palīgu, funkcionālo speciālistu, u.c.) <b>skaita</b> novērtējums 6 teritoriālās vienībās – visa valsts, novadi, >75 001 iedz. sk., 50001-75000, 30001-50000, atbilstoši teritoriālās plānošanas vienībām, novērtējot pret likumdošanas min. prasībām un ārvalstu salīdzinājumu valsts līmenī. Modelēt pret iedzīvotāju attīstības prognozēm 5, 10 un 30 gadu perspektīvā. <b>27 grupas.</b>	NVD datu kopas, SPKC datu kopas, organizāciju aptauja, organizāciju gada pārskati, VK auditi, Veselības inspekcijas Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta reģistra dati
1.2.		SAVA <b>izmeklējumu</b> pakalpojumu <b>skaita</b> novērtējums 6 teritoriālās vienībās – visa valsts, novadi, >75 001 iedz. sk., 50001-75000, 30001-50000, atbilstoši teritoriālās plānošanas vienībām, novērtējot pret likumdošanas min. prasībām un ārvalstu salīdzinājumu valsts līmenī. Modelēt pret iedzīvotāju attīstības prognozēm 5, 10 un 30 gadu perspektīvā. <b>13 grupas.</b>	NVD datu kopas, SPKC datu kopas, organizāciju aptauja, organizāciju gada pārskati, VK auditi
1.3.		<b>Rehabilitācijas</b> pakalpojumu sniedzēju skaita novērtējums 6 teritoriālās vienībās – visa valsts, novadi, >75 001 iedz. sk., 50001-75000, 30001-50000, atbilstoši	NVD datu kopas, SPKC datu kopas, organizāciju

N.p.k.	NOVĒRTĒJUMA DIMENSIJA/MĒRKIS	INDIKATORS	AVOTS
		teritoriālās plānošanas vienībām, novērtējot pret likumdošanas min. prasībām un ārvalstu salīdzinājumu valsts līmenī. Modelēt pret iedzīvotāju attīstības prognozēm 5, 10 un 30 gadu perspektīvā. <b>3 grupas.</b>	aptauja, organizāciju gada pārskati, VK auditi
1.4.		SAVA <b>specializēto pakalpojumu skaita</b> novērtējums 6 teritoriālās vienībās – visa valsts, novadi, >75 001 iedz.sk., 50001-75000, 30001-50000, atbilstoši teritoriālās plānošanas vienībām, novērtējot pret likumdošanas min. prasībām un ārvalstu salīdzinājumu valsts līmenī. Modelēt pret iedzīvotāju attīstības prognozēm 5, 10 un 30 gadu perspektīvā. <b>9 grupas.</b>	NVD datu kopas, SPKC datu kopas, organizāciju aptauja, organizāciju gada pārskati, VK auditi
1.5.		<b>Dienas stacionāru pakalpojumu skaita</b> novērtējums 6 teritoriālās vienībās – visa valsts, novadi, >75 001 iedz.sk., 50001-75000, 30001-50000, atbilstoši teritoriālās plānošanas vienībām, novērtējot pret likumdošanas min. prasībām un ārvalstu salīdzinājumu valsts līmenī. Modelēt pret iedzīvotāju attīstības prognozēm 5, 10 un 30 gadu perspektīvā. <b>15 grupas.</b>	NVD datu kopas, SPKC datu kopas, organizāciju aptauja, organizāciju gada pārskati, VK auditi
1.6.		<b>Dienas stacionāru aprūpes gultasvietas</b> pieejamības novērtējums 6 teritoriālās vienībās – visa valsts, novadi, >75 001 iedz.sk., 50001-75000, 30001-50000, atbilstoši teritoriālās plānošanas vienībām, novērtējot pret likumdošanas min. prasībām un ārvalstu salīdzinājumu valsts līmenī. Modelēt pret iedzīvotāju attīstības prognozēm 5, 10 un 30 gadu perspektīvā. <b>15 grupas.</b> Salīdzinājums ar dienas stacionāru gultām NUTS 2 reģionos.	NVD datu kopas, SPKC datu kopas, organizāciju aptauja, organizāciju gada pārskati, VK auditi, Eurostat
1.7.	Ārstniecības personāla skaits uz tūkst. iedz.	<b>Ārstniecības personāla skaits</b> uz tūkst. iedz. Eurostat datu bāzes kategorija "Health care staff (hlth_staff)" un iedalījums pēc ārstniecības specialitātes, dzimuma un vecuma. Visas valsts teritorijas vienības novērtējums.	Eurostat
1.8.	Medicīnas izglītības iestāžu absolventu skaits	<b>Medicīnas izglītības iestāžu absolventu skaits</b> uz tūkst. iedz. Eurostat datu bāzes kategorija "Health care staff (hlth_staff)" un ārstniecības programmu absolventu skaits uz tūkst. iedz. Visas valsts teritorijas vienības novērtējums. Modelēt pret iedzīvotāju attīstības prognozēm 5, 10 un 30 gadu perspektīvā par SAV A pakalpojumu veidiem un grupām.	Eurostat
1.9.	SAVA pieejamība dažādās socio-demogrāfiskās grupās	Primārie dati no iedzīvotāju aptaujām. Reprezentatīvas izlases attiecībā pret vecuma grupu, dzimuma, administratīvo teritoriju struktūru.	Iedzīvotāju aptauja
<b>II</b>	<b>PIEEJAMĪBA no savlaicīguma, viegluma un ērtuma piekļuves perspektīvas</b>		
2.1.	<b>Rindu garumu</b> novērtējums – esošais un prognozētais	<b>Rindu garumu – novērtējums 5 SAV A veidos</b> , 6 teritoriālās vienībās – visa valsts, novadi, >75 001 iedz. sk., 50001-75000, 30001-50000, atbilstoši teritoriālās plānošanas vienībām, novērtējot pret likumdošanas min. prasībām un ārvalstu salīdzinājumu valsts līmenī. Modelēt pret iedzīvotāju attīstības prognozēm 5, 10 un 30 gadu perspektīvā.  Speciālisti – 27 grupas Izmeklējumi – 13 grupas Rehabilitācija – 3 grupas Specializētie pakalpojumi – 9 grupas Dienas stacionāru pakalpojumi – 15 grupas	NVD datu kopas, SAV A pak. sniedz. organizāciju aptauja
2.2.	SAVA pakalpojumu <b>neapmierinātā vajadzība pēc medicīniskās apskates gaidīšanas rindā</b>	Pašnovērtētā neapmierinātā vajadzība pēc medicīniskās apskates gaidīšanas rindā atkarībā no ienākumu kvintiles un darba statusa pēc veselības aprūpes Eurostat datu bāzes kategorija "Self-reported unmet need for medical examination due to waiting list, by income quintile and	Eurostat

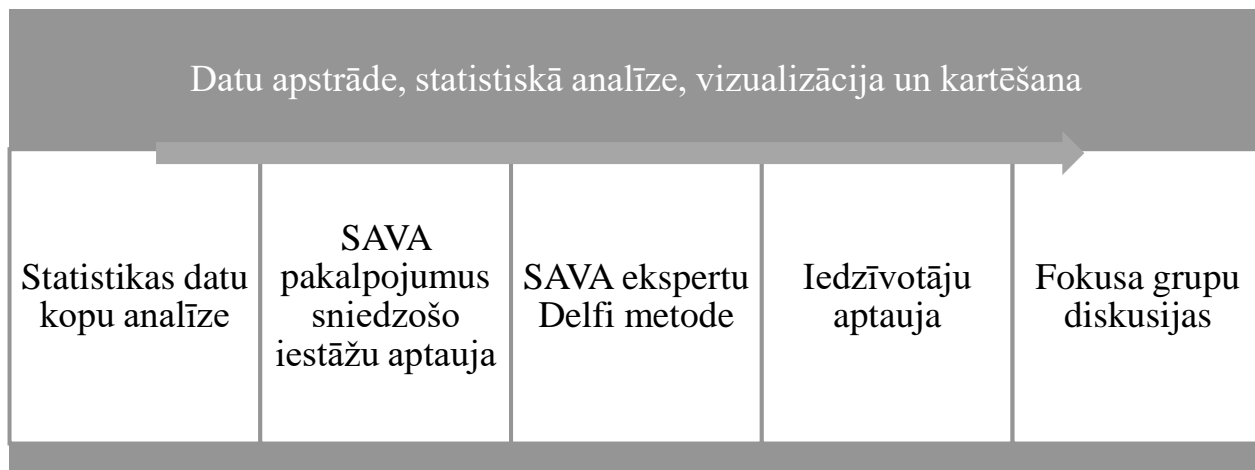


N.p.k.	NOVĒRTĒJUMA DIMENSIJA/MĒRKIS	INDIKATORS	AVOTS
		labour status". Valsts teritoriālās vienības novērtējums pret citām ES valstīm.	
2.3.	Vizītes gaidīšanas ilgums vairāk nekā četras nedēļas	Pacientu pašnovērtējums pēc veselības aprūpes OECD datu kategorijas "Waiting time more than four weeks for an appointment with a specialist".	OECD, iedz. aptauja
2.4.	Gaidīšanas laiks no speciālista novērtējuma līdz ārstniecības pakalpojumam	Gaidīšanas laiks no speciālista novērtējuma līdz ārstniecības pakalpojumam pēc veselības aprūpes OECD datu kategorijas "Waiting time from specialist assessment to treatment".	OECD, iedz. aptauja
2.5.	Telpu piemērotības novērtējumi	Telpu piemērotības novērtējumi no pakalpojumu sniedzēju perspektīvas, vērtējot Likerta skalā. Novērtējums sniedzams par SAVA pakalpojumu veidiem un grupām atbilstoši taksonomijai.	SAVA pak. sniedz. organizāciju aptauja, Delfi ekspertu aptauja
2.6.	Darba laika novērtējums	Darba laika identifikācija no pakalpojumu sniedzēju perspektīvas, vērtējot Likerta skalā. Novērtējums sniedzams par SAVA pakalpojumu veidiem un grupām atbilstoši taksonomijai.	SAVA pak. sniedz. organizāciju mājas lapu kontentanalīze
2.7.	Pieraksta veikšanas tehniskie aspekti	Pieraksta veikšanas tehnisko aspektu identifikācija (e-pakalpojums, telefoniski, rakstiski, uz vietas, cits) no pakalpojumu sniedzēju perspektīvas, vērtējot Likerta skalā. Novērtējums sniedzams par SAVA pakalpojumu veidiem un grupām atbilstoši taksonomijai.	SAVA pak. sniedz. organizāciju mājas lapu kontentanalīze, organizāciju aptauja
2.8.	Pacienta informācijas plūsmas efektivitāte	Pacienta informācijas plūsmas efektivitāte (elektroniskās veselības kartes (EHR)) pēc veselības aprūpes Eurostat datu bāzes kategorijas "Patient pathways – efficiency of information flow (electronic health records (EHR))". Valsts teritoriālās vienības novērtējums pret citām ES valstīm.	Eurostat
2.9.	Ārstniecības speciālistu apmeklēšanas biežums gadā	Pašvērtējums – pašu ziņotais ārstniecības speciālistu apmeklēšanas biežums gadā pēc Eurostat datu bāzes kategorijas "Consultations (hlth_consult)" un iedalījums pēc dzimuma, urbanizācijas pakāpes un izglītības līmeņa. Valsts teritoriālās vienības novērtējums pret citām ES valstīm.	Eurostat
2.10.	Neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes	Pašvērtējums – neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes Eurostat datu bāzes kategorijas "Unmet needs for health care (hlth_unm)" un iedalījums pēc dzimuma, vecuma, iemesliem, izglītības līmeņa, ienākumu kvintiles. Valsts teritoriālās vienības novērtējums pret citām ES valstīm.	Eurostat, iedzīvotāju aptauja
2.11.	Neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes ceļošanas dēļ	Pašvērtējums – neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes Eurostat datu bāzes kategorijas "Self-reported unmet need due to travel distance" un iedalījums pēc dzimuma, vecuma, iemesliem, izglītības līmeņa, ienākumu kvintiles. Valsts teritoriālās vienības novērtējums pret citām ES valstīm.	Eurostat, iedzīvotāju aptauja
2.12.	SAVA pieejamība pēc nepieciešamā ceļošanas laika	SAVA pakalpojumu veidu pieejamība pēc nepieciešamā ceļošanas laika. Izvēlēto ārstniecības iestāžu atrašanās vietas un ĢIS dati par transporta tīklu. Mājsaimniecību adrešu attāluma līdz esošās un piegulošo administratīvo teritoriju SAVA pakalpojumus sniedzošām ārstniecības iestādēm aprēķins un kartēšana.	CSP, NVD datu kopas, ĢIS dati par transporta tīklu, iedzīvotāju aptauja
2.13.	SAVA pakalpojumu sasniedzamības viegluma novērtējums	SAVA pakalpojumu sasniedzamības novērtējums. Primārie dati no pacientu aptaujām par SAVA pakalpojumu sasniedzamības ģeogrāfisko grūtību.	Iedzīvotāju aptauja

N.p.k.	NOVĒRTĒJUMA DIMENSIJA/MĒRKIS	INDIKATORS	AVOTS
III.	Pieejamība no <b>ATBILSTĪBAS</b> perspektīvas – vajadzībām un tehnoloģiskām progresam. Darbaspēka, aprīkojuma un medicīnas produktu pieejamība SAVA.		
3.1.	Medicīnas iekārtu pieejamība	Medicīnas iekārtu pieejamība uz 100 tūkst. iedz. Eurostat datu bāzes kategorija "Health care facilities (hlth_facil)" un medicīnas iekārtu sadalījums (hlth_rs equip) pēc to veidiem.	Eurostat, organizāciju aptauja, iedz. aptauja, Delfi ekspertu aptauja
3.2.	Medicīnas iekārtu noslodze	Medicīnas iekārtu noslodze uz SAVA teritoriālajām vienībām pēc to veidiem.	SAVA pak. sniedz. organizāciju aptauja, Delfi ekspertu aptauja
3.3.	Atbilstoša darba spēka pieejamība	Darba spēka pieejamība uz SAVA teritoriālajām vienībām pēc SAVA pakalpojumu veidiem un grupām atbilstoši taksonomijai.	NVD datu kopas, SAVA pak. sniedz. organizāciju aptauja, Delfi ekspertu aptauja
3.4.	Atbilstoša darba spēka noslodze	Darba spēka noslodze uz SAVA teritoriālajām vienībām pēc SAVA pakalpojumu veidiem un grupām atbilstoši taksonomijai.	NVD datu kopas, SAVA pak. sniedz. organizāciju aptauja, Delfi ekspertu aptauja
3.5.	SAVA personāla komunikācijas un savstarpējās saskarsmes prasmes	Veselības aprūpes personāla komunikācijas un savstarpējās saskarsmes prasmes – EQoL datu bāzes kategorija "Communication and interpersonal skills of healthcare personnel".	EQoL, SAVA pak. sniedz. organizāciju aptauja, iedzīvotāju aptauja
3.6.	Medikamentu pieejamība	Ģenērisko zāļu īpatsvars kopējā farmācijas tirgū pēc Eurostat datu bāzes kategorijas "Share of generics in the total pharmaceutical market".	OECD
3.7.		Zāļu apgrozījums un realizācijas apjoms Latvijā.	CSP
IV.	Pieejamība no <b>FINANSIĀLĀS</b> perspektīvas – spēja atļauties SAVA pakalpojumu izdevumus		
4.1.	SAVA aprūpes sniedzēju izdevumi	Ambulatorās aprūpes sniedzēju veselības aprūpes izdevumi pēc Eurostat datu bāzes kategorijas "Healthcare expenditure by providers of ambulatory care" novērtējums.	Eurostat
4.2.		SAVA pakalpojumu sniedzēju profitabilitātes novērtējums, iekļaujot tiešās, netiešās un alternatīvās izmaksas novērtējums.	Lursoft, Firmas.lv
4.3.	Pacientu veselības izdevumi	Izdevumi pacientiem veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai pēc Eurostat datu bāzes kategorijas "Out-of-pocket (OOP) expenditure" novērtējums.	Eurostat, iedzīvotāju aptauja
4.4.	Medicīnas konsultācijas, kas izlaistas izmaksu dēļ	Konsultāciju, kas izlaistas izmaksu dēļ, pēc OECD datu bāzes kategorijas "Consultation skipped due to cost" novērtējums.	OECD, iedzīvotāju aptauja
4.5.	Neapmierinātās veselības aprūpes vajadzības izmaksu dēļ	Pašnovērtējums – neapmierinātās vajadzības izmaksu dēļ atkarība no nodarbinātības statusa un ienākumu kvintiles pēc Eurostat datu bāzes kategorijas "Self-reported unmet need due to costs, by labour status and income quintile".	Eurostat, iedzīvotāju aptauja
4.6.	Nespēja atļauties izrakstītās zāles	Nespēja atļauties izrakstītās zāles pēc OECD datu bāzes kategorijas "Prescribed medicines skipped due to cost" novērtējums.	OECD
4.7.		Nevarēja atļauties izrakstītās zāles pēc Eurostat datu bāzes kategorija "Could not afford prescribed medicines".	Eurostat
4.8.	Veselības apdrošināšanas segums	Veselības apdrošināšanas segums (sadalījums pēc obligātās un brīvprātīgās apdrošināšanas) pēc OECD datu bāzes kategorijas "Health insurance coverage (breakdown by compulsory and voluntary)" un Latvijas bankas apkopotiem statistikas datiem.	OECD, Latvijas banka

N.p.k.	NOVĒRTĒJUMA DIMENSIJA/MĒRKIS	INDIKATORS	AVOTS
V.	Pieejamība no PIENEMAMĪBAS perspektīvas – veselības pratība un iedzīvotāju apmierinātība. Mērķis novērtēt veselības aprūpes pakalpojuma vai produkta piemērotību attiecībā uz pacienta/pakalpojuma sniedzēja uzskatiem un jutīgumu.		
5.1.	Veselības pašnovērtējums	Veselības pašnovērtējums pēc Eurostat datu bāzes kategorijas "Self-perceived health and well-being (hlth_sph)" un iedalījums pēc dzimuma, vecuma, nodarbinātības, izglītības līmeņa, ienākumu kvartiles, urbanizācijas.	Eurostat, iedz. aptauja
5.2.	Pacientu apmierinātība	Pacientu apmierinātība ar SAVA pakalpojumu sniedzējiem, kvalitāti, profesionālismu, kultūras normām, līdztiesību, taisnīgumu, pacientu iesaisti, informācijas pieejamību, iegūto rezultātu.	VM 2023. gada kārtējais pētījums par pacientu apmierinātību, iedz. aptauja
5.3.	Pacientu veselības pratības novērtējums	Veselības pratības novērtējums pēc HLS-EU novērtējuma "Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) un iedzīvotāju aptaujas.	HLS-EU, iedz. aptauja
5.4.	Indivīdi un kopienas, kas izmanto sociālos plašsaziņas līdzekļus, lai uzzinātu par veselības jautājumiem	Indivīdi un kopienas, kas izmanto sociālos plašsaziņas līdzekļus, lai uzzinātu par veselības jautājumiem, pēc PVO datu kategorijas "Individuals and communities use social media to learn about health issues".	PVO
5.5.	Veselības aprūpes organizācijas, kas izmanto sociālos plašsaziņas līdzekļus	Veselības aprūpes organizācijas izmanto sociālos plašsaziņas līdzekļus, lai popularizētu veselības veicināšanas kampaņas, pēc PVO datu kategorijas "Healthcare organisations use social media to promote health messages as a part of health promotion campaigns".	PVO
5.6.	Izglītības līmenis kā aptuvenš rādītājs veselības pratībai	Izglītības līmenis kā aptuvenš rādītājs pēc Eurostat datu bāzes kategorijas "Educational attainment as proxy".	Eurostat, iedz. aptauja
5.7.	Valsts politika vai stratēģija daudzvalodības jomā	Valsts politika vai stratēģija daudzvalodības jomā pēc PVO datu bāzes kategorijas "National policy or strategy on multilingualism in place".	PVO, iedz. aptauja
5.8.	Diskriminācijas/stigmas rādītājs	Diskriminācijas/stigmas rādītājs veselības aprūpes jomā pēc Eurostat datu bāzes kategorijas "Discrimination/stigma indicator".	Eurostat, iedz. aptauja
5.9.	Pacientu iesaiste lēmumu pieņemšanā par viņu aprūpi	Pacienti, kas ziņo, ka ir iesaistīti lēmumu pieņemšanā par viņu aprūpi pēc OECD datu bāzes kategorijas "Patients reporting being involved in decisions about their care".	OECD, VM 2023. gada pētījums, iedz. aptauja, Delfi ekspertu aptauja
5.10.	Pacientiem viegli saprotami skaidrojumi	Pacientiem viegli saprotami skaidrojumi pēc OECD datu kategorijas "Patients reporting easy-to-understand explanations" un VM 2023. gada pacientu apmierinātības pētījuma.	OECD, VM 2023. gada pētījums, iedz. aptauja
5.11.	Veltītais laiks pacientam	Veltītais laiks pacientam pēc OECD datu bāzes kategorijas "Patients reporting spending enough time with any/regular doctor during consultation" un VM 2023. gada pacientu apmierinātības pētījuma.	OECD, Delfi ekspertu aptauja
5.12.	Pacientu iespējas uzdot jautājumus	Pacientu iespējas uzdot jautājumus pēc OECD datu bāzes kategorijas "Patients reporting the opportunity to ask questions" un VM 2023. gada pacientu apmierinātības pētījuma.	OECD, VM 2023. gada pētījums, iedz. aptauja

Lauka darbu pētījuma daļu iedalīta SAVA pakalpojumu sniedzēju – organizāciju aptaujā, Delfi metodē, iedzīvotāju aptaujā un fokusa grupu diskusijās (FGD). Pētījuma ietvaros datu analīzes daļas savstarpēji viena otru papildina, un lauka pētījuma metodes ir paredzētas veikt secīgi, jo iegūtie rezultāti SAVA pakalpojumu sniedzēju aptaujā, Delfi metodē un iedzīvotāju aptaujās tiks apspriesti fokusa grupu diskusijās (FGD).



Att. 17. Pētījumā izmantojamās metodes.

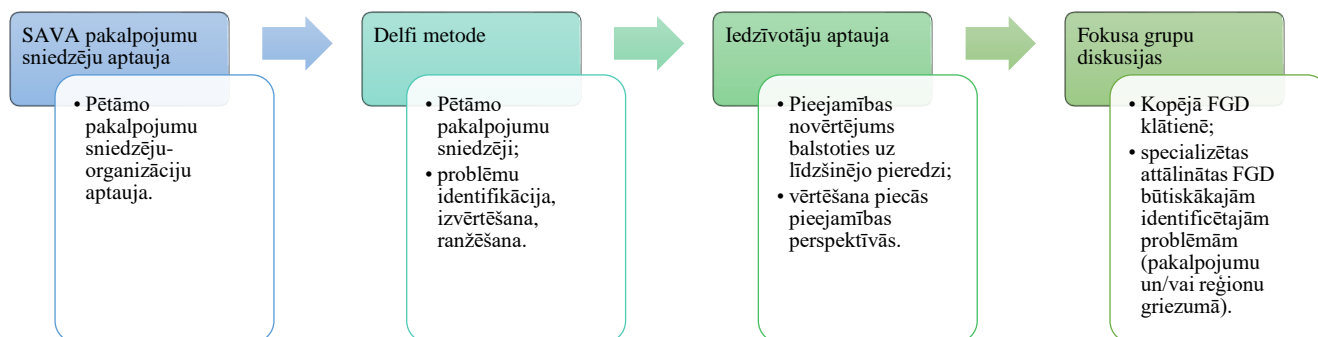
SAVA pieejamības novērtējums iedalāms:

- 1) no pieejamības perspektīvas;
- 2) no teritoriālās perspektīvas.

Veicot novērtēšanu no pieejamības perspektīvas aplūkojamas piecas perspektīvas:

- 1) pieejamība no uztveres perspektīvas (ang., *approachability*);
- 2) pieejamība no pieņemamības perspektīvas (ang., *acceptability*);
- 3) pieejamība no sasniedzamības perspektīvas (ang., *availability*);
- 4) pieejamība no finansiālās perspektīvas (ang., *affordability*);
- 5) pieejamība no piemērotības perspektīvas (ang., *appropriateness*).

Veicot pieejamības novērtējumu valsts, reģionu, administratīvo teritoriju griezumā, kā arī SAVA pakalpojumu griezumā, iespēju robežās ieteicams analizēt visas piecas pieejamības perspektīvas. Primāri vērtējama sasniedzamības un piemērotības perspektīva, sekundāri pārējās atkarībā no datu pieejamības un pētījuma kapacitātes.



Att. 18. Kopējā lauka pētījuma metožu secība un galvenās tēmas.

Pētījuma nākamais solis aiz statistikas datu analīzes ir SAVA pakalpojumu sniedzēju-organizāciju aptauja, kuras primārais mērķis ir iegūt informāciju par dažādiem kvalitātes un pieejamības aspektiem un ar tiem saistīto jautājumu risināšanu ārstniecības iestādēs, tostarp tiem, kas skar IKT sistēmas, pacientu plūsmas organizāciju, personāla un iekārtu pieejamību u.c. jautājumus, kas tiek risināti iestāžu līmenī.

Pētījuma otrais solis ir Delfi ekspertu aptauja, kuras galvenais mērķis ir kvalitātes indikatoru aprobācija Latvijas kontekstam un problēmu identifikācija pētāmajās SAVA pakalpojumu grupās no ārstniecības personāla perspektīvas. Delfi metodes ietvaros piesaistāmi ārstniecības speciālisti ar mērķi nosegt iespēju robežās visus SAVA pakalpojumu veidus, t.sk. izmeklējumus, rehabilitāciju un speciālos pakalpojumus. Metode rīkojama interneta vidē vairākās kārtās – pirmajā kārtā aprakstošā veidā identificējot kvalitātes un kritērijus, un izaicinājumus katra SAVA pakalpojuma sniegšanā un otrajā kārtā sistematizējot iegūto problēmu uzskaitījumu un novērtējot problēmu būtiskumu, tostarp to nozīmīguma atšķirības dažādās teritorijās. Papildus Delfi dalībniekiem tiks lūgts novērtēt kopējo situāciju nozarē – galvenās problēmas un izaicinājumus kvalitātes kritēriju kontekstā.

Trešais solis ir iedzīvotāju aptauja, kurā tiek vērtēta SAVA pakalpojumu pieejamība no pacienta perspektīvas. Aptauja tiek īstenota ar anketas palīdzību, kurā tiek veidota reprezentatīva Latvijas iedzīvotāju izlase. Iedzīvotāju aptaujas galvenais mērķis ir SAVA pieejamības novērtējums visās piecās pieejamības perspektīvās. Jautājumos pārsvarā tiek izmantoti apgalvojumi, kurus respondenti vērtē Likerta skalā, kā arī citi jautājumu veidi atbilstoši pētījuma uzdevumiem. Iedzīvotāju izlasei jānodrošina dažādu vecuma, dzimuma, dzīvesvietas, tautības, u.c. sociāli-demogrāfisku pazīmju iedzīvotāju proporcionālu iekļaušanu izlasē. Ieteicams apkopot informāciju arī par SAVA kvalitāti bērniem, jautājot šo informāciju bērnu vecākiem. Lai mazinātu iespējamās novirzes, ko var radīt respondenta atmiņas un dažādu blakus apstākļu radītās izmaiņas vērtējumos, jautājumus ieteicams uzdot par pakalpojumiem, kas saņemti ne vēlāk kā pēdējā gada laikā.

Ceturtais solis ir fokusa grupu diskusijas (FGD), kurās tiek iesaistīti nozares speciālisti. Apskatāmie jautājumi ir balstīti uz pirmajā un otrajā solī iegūtajiem rezultātiem (problēmām, šaurajām vietām, barjerām, sūdzībām u.c.). Paredzēta vispārīga klātienes FGD ar valsts līmeņa nozares speciālistu dalību, kā arī specializētas attālinātas FGD ar reģionu speciālistu dalību specifiskāku jautājumu risināšanai.

### 4.3. Mērķa grupu izlases principi un apjoms

Pētījuma ietvaros veidojamas mērķa grupas iedzīvotāju aptaujai, ārstniecības iestāžu pārstāvju aptaujai, ekspertu Delfi aptaujām un fokusa grupu diskusijām.

SAVA pakalpojumu sniedzēju-**organizāciju aptaujas** mērķa grupa ir iestādes, kas sniedz SAVA pakalpojumus un kurās ir vairāk nekā viens darbinieks (atsevišķie speciālisti tiks aptaujāti Delfi aptaujā). Piedāvājam iekļaut izlasē visas ārstniecības iestādes, kas sniedz SAVA pakalpojumus, tostarp arī tās, kas iedzīvotājiem sniedz tikai maksas pakalpojumus, lai labāk izprastu situāciju nozarē kopumā. Izlasē nav jāiekļauj zobārstniecības, ģimenes ārstu prakses, feldšeru vecmāšu punktus un saimnieciskās darbības veicējus. Respondentu atlasīti ieteicams veikt no NVD rīcībā esošo ārstniecības iestāžu datu bāzi "Pārskats par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām" pēc nejaušās izlases principa, katru ierakstu (t.sk. reģionālās nodaļas) uzskatot par vienu izlases vienību. Ņemot vērā Ārstniecības iestāžu reģistrā minēto ārstniecības iestāžu skaitu, kas atbilst pētījuma atlases nosacījumiem (ap 2000 iestāžu)<sup>80</sup>,

<sup>80</sup> Ārstniecības iestāžu skaits pēc darbības profila, SPKC. Avots: [https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health\\_\\_Veselibas\\_aprupes\\_resursi/RES015\\_Arstn\\_iestazu\\_skaits.px/](https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Veselibas_aprupes_resursi/RES015_Arstn_iestazu_skaits.px/)

nejaušās izlases apjoms 370 ir pietiekams, lai nodrošinātu izlases kļūdu 5% ietvaros, tomēr vēlams izlasi palielināt un stratificēt, izmantojot kvotas, balstoties uz reģionālo pazīmi, lai nodrošinātu labāku rezultātu precizitāti reģionālā griezumā. Katrā reģionā nepieciešams nodrošināt vismaz 50 respondentu – iestāžu. Tāpat nepieciešams nodrošināt vismaz 50 iestāžu, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumus bērniem. Šāds nosacījums var palielināt izlases apjomu vēl par (provizoriski) aptuveni 50-80 iestādēm<sup>81</sup>. Papildus, neatkarīgi no nejaušās izlases rezultātiem, izlasē nepieciešams iekļaut visas [slimnīcas](#), kas sniedz valsts apmaksātus sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumus (I - V līmeņa ārstniecības iestādes, specializētās ārstniecības iestādes, citas), jo bez tām skatījums uz SAVA pakalpojumiem Latvijā nebūs pilnīgs. Šāda stratēģija ļaus ticami analizēt rezultātus gan reģionu griezumā, gan pēc iestāžu tipa (universitāšu slimnīcas, reģionālās, specializētās u.c. pakalpojumu sniedzēji). Tādējādi kopējais izlases apjoms prognozējams aptuveni 440 iestādes. Rēķinoties ar aptuveni 30% respondenci, uzaicinājumu piedalīties aptaujā būtu jānosūta aptuveni 1400 ārstniecības iestādēm. Lai papildus pārliecinātos par respondentu atbilstību mērķa grupai, anketas sākumā tiek uzdoti precizējoši filtra jautājumi.

Gadījumā, ka izlasē iekļuvusi filiāle/ struktūrvienība, uzaicinājumu piedalīties aptaujā jāadresē kādam no šīs filiāles/ struktūrvienības vadības, pievienojot CC: arī centrālās vadības pārstāvi. Aptaujas anketu tiks lūgts aizpildīt tam organizācijas (vai struktūrvienības/filiāles) vadības pārstāvim, kurš vislabāk spētu raksturot situāciju par pakalpojumu sniegšanu iestādē (dažādu pakalpojumu sniegšana, speciālistu un iekārtu pieejamība, galvenie izaicinājumi u.tml.). Struktūrvienību/filiāļu gadījumā jautājumi būs tieši un tikai par tām. Tomēr uzaicinājuma vēstulē jānorāda, ka, ja par kādiem jautājumiem vislabāk var atbildēt centrālās administrācijas pārstāvji, anketas aizpildē iespējams iesaistīt arī viņus<sup>82</sup>. Lai atvieglotu darbu ar anketu, uzaicinājuma vēstulei jāpievieno ne vien saite uz Interneta aptaujas elektronisko formu, bet arī pati anketa .pdf versijā. Aptauja jāorganizē kā anonīma, lai nodrošinātu lielāku respondentu atklātību un atsaucību. Lai nodrošinātu augstāku respondences līmeni, jāplāno vismaz divi atgādinājumi anketas aizpildei, papildinot e-pasta uzaicinājumu ar telefonisku kontaktu.

Organizāciju aptauja nozīmīga arī ar to, ka tā ļaus gūt priekšstatu par situācijas atšķirībām dažādu pakalpojumu sniegšanā un saņemšanā Rīgā un citos reģionos. Ņemot vērā izlases modifikācijas/ novirzes no tīri nejaušās izlases, nepieciešams veikt datu statistisko svēršanu, pielīdzinot izlases raksturojumu pēc reģiona un iestādes tipa (slimnīcas/ citas ārstniecības iestādes) sadalījumam ģenerālajā kopumā.

**Delfi aptaujas** mērķa grupa ir ārstniecības iestāžu darbinieki – veselības aprūpes sistēmas profesionāļi – gan tie, kas sniedz valsts apmaksātus SAVA pakalpojumus, gan tie, kuri pilnībā darbojas privātajā sektorā. Šāds uzstādījums ļaus iegūt informāciju arī no tiem, kuri, iespējams, problēmu valsts veselības aprūpes sistēmā dēļ izvēlējušies privātās veselības aprūpes iestādes. Kopumā ir iedalāmas 89 (kopā ar apakšgrupām– 103) SAVA normatīvās taksonomijas pakalpojumu grupas atbilstoši Ministru kabineta 2018. gada 28. augusta noteikumos Nr. 555 izmantotajam iedalījumam, atbilstoši 5., 10. un 12. pielikuma taksonomijai. Lai nodrošinātu, ka tiek iegūta informācija par katru no tām, nepieciešams aptaujā nodrošināt vismaz divus respondentus katrā no pakalpojumu grupām. Rēķinoties ar aptuveni 30% respondenci, uzaicinājumu piedalīties aptaujā būtu jānosūta uz e-pastu 6 respondentiem katrā no pakalpojumu grupām, izņemot gadījumus, kad objektīvi to nodrošināt nav iespējams mazā speciālistu skaita dēļ. Respondentu rekrutāciju pirmajā Delfi posmā ieteicams veikt pēc nejaušās izlases principa (īsti nejaušā izlase, mehāniskā izlase) katras pakalpojumu sniedzēju grupas ietvaros, izmantojot Veselības ministrijas/ NVD rīcībā esošās speciālistu datu bāzes. Pēc atbilžu analīzes otrajā Delfi

<sup>81</sup> Precīzā aprēķinā nepieciešama informācija par pētījuma mērķa grupai atbilstošu iestāžu sadalījumu pa reģioniem.

<sup>82</sup> Anketas Interneta formai jānodrošina funkcionalitāte, kas ļauj vienu anketu aizpildīt vairākiem cilvēkiem no dažādiem datoriem, nepazaudējot aizpildīto informāciju, ērti navigējot starp jautājumu blokiem.

aptaujas posmā, lai iegūtu jau precīzāku skaitlisku vērtējumu dažādiem interesējošajiem jautājumiem un kritērijiem, nepieciešams sasniegt vismaz 10 respondentus katrā no pakalpojumu grupām. Šajā gadījumā uzaicinājumu piedalīties aptaujā nepieciešams nosūtīt pēc iespējas lielākam potenciālo respondentu lokam - visiem [NVD datu bāzē](#) esošajiem reģistrētajiem ārstiem, kas ir līgumattiecībās ar NVD, pirms tam izslēdzot no bāzes veselības aprūpes speciālistus, kas nesniedz SAVA (piem., ģimenes ārsti, farmaceiti, u.c.), kā arī palīgpersonālu (laboranti, māsas, ārstu palīgi u.c.) un rūpīgi pārbaudot iespējamus ierakstu dublikātus<sup>83</sup>. Lai papildus pārliecinātos par respondentu atbilstību mērķa grupai, anketas sākumā tiek izdoti precizējoši filtra jautājumi.

Šādai pieejai ir vairākas priekšrocības. Pirmkārt, pirmajā aptaujas posmā būs iespējams padziļināti izziņāt un izpētīt dažādos iespējamus kvalitātes un pieejamības indikatorus, vispārīgi iezīmēt problēmu daudzveidību konkrētās nozarēs, turklāt respondentu skaits nebūs tik liels, lai šis uzdevums būtu nepaveicams. Otrajā aptaujas posmā pēc konkrētu indikatoru un pazīmju klasificēšanas un grupēšanas tiks uzklauti visi speciālisti, kuriem būs vēlme izteikties, kvantitatīvā veidā iegūstot droši ticamu informāciju, turklāt pēc iespējas smalkākā ģeogrāfiskā griezumā, ko neļautu mazāks respondentu skaits. Aptauja jāorganizē kā anonīma, lai nodrošinātu lielāku respondentu atklātību un atsaucību. Delfi aptauja tiek organizēta Interneta vidē, tādējādi dodot iespēju tajā ērti piedalīties visiem aicinātiem veselības aprūpes speciālistiem neatkarīgi no dzīvesvietas.

Veicot aptaujā iesaistāmo ārstniecības iestāžu un personu atlasī, izmantojami NVD rīcībā esošās datu kopas "Pārskats par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanai veikto darbu sadalījumā pa pakalpojumu programmām". Balstoties uz pakalpojuma programmas nosaukumu, veicama ārstniecības iestāžu atlase katrai pakalpojumu programmai, kas atbilst SAVA klasifikācijai. Papildus informācija kontaktu identifikācijai iespējama izmantojot Veselības inspekcijas pārziņā esošo Ārstniecības iestāžu reģistru vietnē <https://registri.vi.gov.lv/air>. Personas datu aizsardzības nolūkos, gadījumā, ja tiek izmantotas slēgtas datu bāzes, kas ir VM/ NVD rīcībā, kas ietver speciālistu kontaktinformāciju, respondentu atlasī un kontaktēšanu jāveic datu bāzes turētājam.

Runājot par **iedzīvotāju aptauju**, ņemot vērā nepieciešamību pilnvērtīgi iekļaut aptaujā visu vecuma grupu, izglītības līmeņa un ģeogrāfisko apdzīvoto vietu respondentus, nav pieļaujama aptaujas veikšana, piemēram, tikai Interneta vidē vai apvienojot Interneta/telefona aptaujas metodes. Šajā gadījumā aptaujas metodei jābūt tiešajām (*face to face*) intervijām respondentu dzīvesvietās, izmantojot intervijas ar planšetdatoru palīdzību (CAPI metode).

Iepriekšējās VM pētījuma aptaujās 2018. un 2023. gadā "Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti" (turpmāk – VM pētījums) jautājumus par veselības aprūpes kvalitāti uzdeva tikai tiem, kas bija pēdējo 12 mēnešu laikā izmantojuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.<sup>84</sup> Tomēr ieteicams SAVA iedzīvotāju aptaujā kā mērķa grupu ietvert visus Latvijas iedzīvotājus. Metodoloģiskie pamatojumi tam ir vairāki. Pirmkārt, iespējams, ka valsts veselības aprūpes pakalpojumus noteiktas cilvēku grupas neizmanto tieši tādēļ, ka nav pārliecības par to kvalitāti vai arī tie nav pieejami (finansiālu vai citu iemeslu dēļ). Neiekļaujot šos cilvēkus, zināmā mērā tiek radīta atbilstīga novirze, kas var nesniegt adekvātu priekšstatu par visu veselības aprūpes sistēmu kopumā. Otrkārt, tie cilvēki, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā valsts apmaksātus veselības pakalpojumus nav izmantojuši, ir specifiskas grupas (piem., jaunieši, jaunie profesionāļi

<sup>83</sup> Datu bāze nesatur kontaktinformāciju – to jāmeklē citos avotos, tostarp Internetā.

<sup>84</sup> Aptaujas ietvaros aptaujāti vairāk nekā 3000 Latvijas iedzīvotāju vecumā no 18 līdz 74 gadiem, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā bija saņēmuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. VM pētījums tiek plānots regulāri – nākamais vilnis tiek īstenots kārtēji 2023.gadā, aptverot visus veselības aprūpes pakalpojumu saņēmējus no 18 gadiem bez augšējā vecuma ierobežojuma.

vai tieši pretēji – trūcīgie iedzīvotāji), kuru viedoklis kā nodokļu maksātāju arī nedrīkstētu tikt ignorēts. Treškārt, arī šie cilvēki var sniegt atbildes par bērnu veselības aprūpi un, protams, veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pieejamību kopumā (A bloks un demogrāfija).

Latvijā tipiski iedzīvotāju izlasēs netiek iekļauti tie, kuri pētījuma veikšanas brīdī atrodas institūcijās (slimnīcā, cietumā, veco ļaužu pansionātā u.tml.), kas uzskatāms par zināmu pētījuma ierobežojumu. Izpēti par veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pieejamību ieteicams veikt atsevišķi, plašāku pētījumu ietvaros vai, tieši pretēji, kā šauri specializētu papildus izpēti konkrētajās institūcijās.

**Izlases veidošanai** ieteicams izmantot vairāk pakāpju stratificēto nejaušo izlases metodi. Pirmā izlases stratifikācijas pakāpe nosakāma reģionālā pazīme (Rīga, kā arī pilsētu un lauku teritorijas katrā no pārējiem statistiskajiem reģioniem). Pārējos izlases punktus jāizlozē nejauši starp attiecīgās stratas teritoriālajām vienībām, un katrā izlases punktā jāveic ne vairāk kā 10 intervijas.

Izlases sākuma punkta atlasei jāizmanto LR Adrešu reģistrs (Valsts zemes dienesta reģistrētās adreses Latvijā, kurās deklarēta vismaz viena persona), un, sākot no pirmās izvēlētas adreses, nākamā konkrētajā izlases punktā iekļaujamā adrese jānosaka pēc nejaušā soļa principa. Pirms kontaktēties ar nākamajām mājāsaimniecībām, turpinot nejaušā soļa principu, intervētājiem jāizpilda nosacījums – vismaz divas reizes atgriezties adresēs, kas tika izvēlētas, taču tajās neviens neatbildēja/ nebija mājās – citā dienas laikā nekā pirmajā reizē. Šāda pieeja ļauj uzlabot izlases respondences rādītāju un mazināt novirzi, ko rada nerespondence. Papildus, lai mazinātu iespējamās izlases novirzes, intervētājiem jānosaka pirmo vizīti uz adresi veikt vai nu darba dienā pēc 14:00 vai arī brīvdienā.

Kā respondenta atlases principu mājāsaimniecībā (un bērnu atlases principu, par kura pieredzi jautāt) iespējams izmantot dzimšanas dienas principu (kuram pirmajam ir dzimšanas diena), Kiša tabulu vai arī jaunākā vīrieša principu. Praksē pierādījies, ka viens no efektīvākajiem ir tieši jaunākā vīrieša princips, kad mājāsaimniecībā aptaujā piedalīties aicina jaunāko vīrieti (ja nepiekrīt, tad nākamo jaunāko vīrieti, tikai tad jaunāko sievieti un vecāku sievieti). Tas palīdz risināt problēmu, kas sastopama daudzās izlasēs, ka ļoti maza atsaucība ir tieši starp jaunākiem vīriešiem.

Aptaujā ir īpaši būtiski uzzināt atbildes arī no cilvēkiem ar dažāda veida invaliditāti. Situācijā, ja (pilngadīgā) persona garīgu vai fizisku ierobežojumu dēļ nevar sniegt atbildi par sevi, metodoloģiski pieļaujams, ka anketas aizpildē iesaistās tuvinieks vai aprūpētājs. Lai iegūtu informāciju par bērnu veselības aprūpes kvalitāti, par ko šobrīd datu ir maz, tiem respondentiem, kuriem ir bērni līdz 18 gadu vecumam, lūgs atbildēt arī par bērnu pieredzi ar saņemto pakalpojumu pēdējā gada laikā, izmantojot tādu pašus jautājumu blokus, taču atbildot par bērna speciālista apmeklējumu.

Viens no lielākajiem izaicinājumiem saistīts ar nepieciešamo izlases apjomu. Reprezentatīvas aptaujas izlase Latvijā, kas nodrošina izlases kļūdu +/-5% ietvaros, tipiski tiek rēķināta kā aptuveni 1000 respondentu. T.s. dizaina kļūdas dēļ, kas rodas izlases ģeogrāfiskās stratificēšanas rezultātā, šis skaits var tikt nedaudz palielināts (skat., piemēram, pēdējo Eiropas Vērtību Pētījuma vilni Latvijā 2022.g.). Tomēr vēlamā izlases apjoma konkrētajā gadījumā nosaka tas, vai ir nepieciešama analīze par kādām atsevišķām pakalpojumu vai klientu grupām, kuru pārstāvniecība nejausās izlases ietvaros sagaidāma maza. Veselības ministrijas rīkotajā aptaujā "Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti" tieši šo apsvērumu dēļ izlases apjoms tika palielināts uz 3000 respondentiem, ļaujot iegūt droši ticamu informāciju par dažādām pakalpojumu grupām, kas, tiesa, kompleksi ietver gan primārās, gan sekundārās veselības aprūpes pakalpojumus:

- ģimenes ārsta pakalpojumi;



- ārsta speciālista pakalpojumi (konsultācija vai izmeklējums, taču ne analīzes), tai skaitā dienas stacionārs;
- slimnīcas pakalpojumi;
- neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta brigādes pakalpojumi;
- slimnīcas uzņemšanas nodaļa, traumpunkts, steidzamās medicīniskās palīdzības punkts.

VM pētījumā respondenti vērtēja savu pieredzi ar katru no iepriekš minētiem pakalpojumiem un veselības aprūpes sistēmu kopumā. Arī mūsu gadījumā nepieciešams iegūt specifisku informāciju par dažādām SAVA grupām – speciālistu pakalpojumiem, izmeklējumiem, rehabilitāciju, specializētiem pakalpojumiem un dienas stacionāru pakalpojumiem –, kas arī nosaka nepieciešamību palielināt izlases apjomu. Tomēr pat 3000 respondentu izlase nespēs nodrošināt pietiekamu skaitu atbilžu un ticamus datus par lielo skaitu dažādo SAVA pakalpojumu (kopumā 89, bet kopā ar apakš pakalpojumiem - 103), tādēļ ieteicams CAPI formā iekļaut nosacījumu, ka, sākt no brīža, kad sasniegts 30% plānotā izlases apjoma, no visiem pakalpojumiem, kurus respondents vai viņa/s nepilngadīgais bērns ir izmantojis pēdējo 12 mēnešu laikā konkrētajā SAVA grupā, padziļinātus jautājumus prasa par tiem līdz 4 respondentu vai viņa/s nepilngadīgā bērna izmantotajiem pakalpojumiem, par kuriem līdz tam aptaujā saņemts vismazāk atbilžu. Lielāku skaitu pakalpojumu padziļināti vērtēt nav ieteicams lūgt, jo lielais anketas garums mazinās atbilžu kvalitāti un respondentu atsaucību. Aptaujas sākumā, pirms sasniegts 30% izlases apjoma, izvēloties pakalpojumus, par kuriem uzdot jautājumus no tiem, kurus respondents vai viņa/s bērns ir izmantojis pēdējo 12 mēnešu laikā, jāvadās pēc oficiālās statistikas par šo pakalpojumu izmantošanas biežumu no NVD datu kopas "Sekundārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistu gadā sniegto veselības aprūpes pakalpojumu veidu un skaita izvērtējums Latvijas Republikā", dodot priekšroku visretāk izmantotajiem pakalpojumiem.

Lai iegūtu kaut cik ticamu informāciju par pacientu pieredzi ar katru no SAVA veselības aprūpes pakalpojumiem, kas izmantoti ar valsts līdzfinansējumu, vēlams, lai par katru no tiem būtu atbildējuši vismaz 50 respondenti. Šobrīd ir grūti prognozēt, cik tieši pakalpojumus viens respondents pēdējo 12 mēnešu laikā<sup>85</sup> būs izmantojis, un konkrēti – par valsts līdzekļiem, bet var pieņemt, ka vidēji tas varētu būt aptuveni 1.5 pakalpojumi. Atbilstoši [CSP datiem](#), 44% mājsaimniecību Latvijā ir vismaz viens nepilngadīgs bērns. Vidējais bērnu skaits mājsaimniecībās ar bērniem – 1.6. Var pieņemt, ka vidēji viens respondents raksturo 0.5 bērnu izmantotos veselības aprūpes pakalpojumus. Pie šādiem pieņēmumiem iespējams aprēķināt, ka minimālais respondentu skaits, lai nodrošinātu, ka katru pakalpojumu, kas sniegti pieaugušajiem<sup>86</sup>, raksturojuši vismaz 50 cilvēku (pieņemot, ka izdodas panākt pilnībā vienmērīgu sadalījumu pa pakalpojumu grupām) būtu 2867<sup>87</sup>. Tā kā pilnībā vienmērīgu sadalījumu iegūt noteikti neizdosies, šo skaitu nepieciešams vismaz dubultot, vismaz līdz 5734, bet vēlams 6000. Taču pat šajā gadījumā par daļu specifiskāko un retāk izmantot pakalpojumu (piemēram, diabēta apmācības kabinets, robotizēta stereotaktiskā radioķirurģija, izmeklējumi ilgstošajai skābekļa terapijai, HIV līdzestības kabinets, metadona aizvietojošā terapija utml.), kurus izmanto ļoti šaurs loks cilvēku, pietiekamu respondentu skaitu to individuālai analīzei iedzīvotāju aptaujās iegūt ir ļoti grūti – lai to izdarītu, būtu jāsasniedz desmitiem tūkstošu cilvēku izlase, kas nav praktiski īstenojams. Tāpat nav reāli iegūt pietiekamu atbilžu skaitu, lai raksturotu visus apakš pakalpojumus, kurus praksē izmanto ļoti mazs skaits cilvēku. Tādēļ gadījumos, kad, neraugoties uz pakalpojumu izlases veidošanas mehānismu, respondentu skaits tomēr būs par

<sup>85</sup> Ņemot vērā, ka laiks var ietekmēt to, vai un kā pacients atceras saņemto pakalpojumu, nepieciešams uzstādīt konkrētu laika robežu attiecībā uz to, kad saņemts pakalpojums, par kuru aptaujā jautā. Piedāvāts kā robežu noteikt pēdējos 12 mēnešus (kā tas pašlaik ir noteikts VM pētījuma 2018. un 2023. gada aptaujā).

<sup>86</sup> Šeit par pamatu ņemam pieaugušos. Lai iegūtu līdzīgu precizitāti par bērniem, izlases apjoms palielinās līdz 6700.

<sup>87</sup> Precīzāku izlases aprēķinu iespējams veikt, apzinot un apkopojot informāciju par to, cik dažādus pakalpojumus 12 mēnešu laikā izmanto pieaugušie un bērni. Tas ļautu precīzāk novērtēt nepieciešamo izlases apjomu.

mazu, lai izveiktu ticamu analīzi par konkrēto specifisko pakalpojumu, ieteicams izveikt analīzi lielākās pakalpojumu grupas ietvaros (piem., specializētie pakalpojumi) un par šo pakalpojumu kvalitāti un pieejamību vairāk balstīties uz Delfi un iestāžu aptaujās iegūto informāciju. Nepieciešamības gadījumā jāriko atsevišķas mērķētas aptaujas tieši konkrēto pakalpojumu izmantotājiem, izmantojot citas izlases veidošanas metodes (piem., rekrutējot respondentus caur konkrēto pakalpojumu sniedzējiem).

Pētījumi liecina, ka izvērtēšanas secība var ietekmēt sniegto vērtējumu, tādēļ CAPI ietvaros jautājumu par dažādiem veselības aprūpes pakalpojumiem uzdošanas secību ieteicams nejauši rotēt.

Tieši pirms lauka darba uzsākšanas ieteicams veikt 30 kvantitatīvas testa intervijas ar mērķa grupas pārstāvjiem dažādās vecuma, dzimuma un izglītības līmeņa grupās, kas ļaus pārliecināties gan par anketas jautājumu uztveri, gan arī tehniskā risinājuma atbilstību un programmatūras darbību. Jautājumu uztveramības analīzei metodoloģijas izstrādes laikā jau veikta anketu aprobācija - kognitīvā testēšana, izmantojot t.s. *Web probing* metodi, Interneta vidē. Tas ļāva pārliecināties, vai respondenti saprot (un kā saprot) noteiktus potenciāli problemātiskos jautājumus un vai spēj uz tiem sniegt atbildes (Collins 2014, Willis 2004). Tomēr šis tests neaizstāj kvantitatīvu priekštestu, kura uzdevums ir atšķirīgs – tostarp izstrādātā tehniskā risinājuma (uzskatāmības, pāreju, utml.) testēšana, un kuru tieši pirms aptaujas uzsākšanas jāīsteno lauka darba veicējam.

Atbilstoši labākajai pētījumu praksei, 10 dienu laikā pēc intervijas jāveic 10% respondentu atkārtota aptauja ar mērķi nodrošināt veikto interviju pārbaudi, ietverot jautājumus attiecībā uz intervijas fakta konstatāciju (vai intervija notikusi, kad notikusi, kā uzdoti jautājumi u.tml.) un atsevišķu no anketas kontroles jautājumu atkārtotu pārvaicāšanu. Pārbaudi iespējams veikt telefoniski.

Lai apkopotie dati pēc iespējas precīzi atspoguļotu mērķa grupas viedokli, tos nepieciešams statistiski svērt atbilstoši CSP datiem par Latvijas iedzīvotāju struktūru pēc pieejamajiem parametriem (piem., pēc dzimuma, vecuma, statistiskā reģiona, apdzīvotās vietas tipa).

Aptauju ieteicams veikt ar noteiktu regularitāti (piemēram, reizi 5 gados), lai sekotu līdzi izmaiņām kvalitātes rādītājos, identificētu problemātiskās jomas un īstenoto pasākumu ietekmi. Ieteicams arī meklēt iespējas veidot sinerģiju un sasaisti ar pēc Veselības ministrijas pasūtījuma veikto aptauju "Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti".

**Fokusa grupu diskusiju** (FGD) dalībnieku rekrutāciju ieteicams balsīt uz *Quadruple Helix* pieeju, pieaicinot speciālistus, kas pārstāv akadēmisko vidi, ārstniecības nozari, valsts pārvaldi un sabiedrisko sektoru, tādējādi panākot pēc iespējas plašāku profesionālo skatījumu uz pētāmo objektu no dažādiem rakursiem. Īpaši svarīgi diskusijās pieaicināt arī ģimenes ārstus. Šāda pieeja nodrošinās platformu diskusijai par iepriekšējos pētījuma soļos iezīmētajām problēmām un izaicinājumiem no dažādu profesionāļu perspektīvas, meklējot risinājumus, kas būtu gan praktiski īstenojami un efektīvi, gan pieņemami dažādām pusēm. Kā inovatīvu risinājumu FGD iespējams izmantot nākotnes darbgrupas (*future workshops*) metodi, raksturojot "ideālo" veselības aprūpes organizāciju, aplūkojot dažādus iespējamus attīstības scenārijus un soļus, kas būtu jāveic, lai virzītos uz uzstādītajiem mērķiem. Optimālais dalībnieku skaits ir aptuveni 10 dalībnieku, kas ļauj gan nodrošināt nepieciešamo viedokļu daudzveidību, gan arī katram sniegt iespēju pilnvērtīgi izteikties.

Ieteicams veikt vairākas FGD – vienu vispārējo, kura apvienotu dažādu jomu vadošos speciālistus, VM vadošos pārstāvjus, pacientu tiesību organizāciju pārstāvjus u.tml., kuras ietvaros tiktu apspriestas vispārējās ambulatorās veselības aprūpes problēmas un risinājumi kvalitātes uzlabošanai, un vēl 4 – 5 FGD, kas veltītas

risinājumu meklēšanai konkrētās problemātiskajās nozarēs, kas būs iezīmējušās Delfi ekspertu aptaujā un iedzīvotāju aptaujā (piemēram, onkoloģija, retās slimības, radioloģija u.c.). Vispārējo FGD vēlams organizēt klātienē Rīgā, jo klātienes formāts diskusijai būs vispiemērotākais, turpretī pārējās FGD ar konkrēto jomu speciālistiem – attālināti, atvieglojot iespēju tajās piedalīties arī ārpus Rīgas dzīvojošajiem veselības aprūpes speciālistiem. Alternatīvi, iespējams rīkot atsevišķas FGD reģionālā griezumā, konkrētos reģionos.

Ar dalībnieku atļauju nepieciešams veikt FGD diskusiju video ierakstu un pēc tam to atšifrēt, veicot transkripciju. Transkripti nepieciešami, lai dotu iespēju veikt kvalitatīvu diskusijas analīzi.

#### 4.4. Veicamo aktivitāšu plāns un secība

Atbilstoši pētījuma par SAVA kvalitātes un pieejamības novērtēšanu tehniskajām specifikācijām tiek noteikti prasītie uzdevumi un izdalītas aktivitātes uzdevumu veikšanai. Aktivitāšu apraksts ietver uzdevumus un apakšuzdevumus, kas tiek papildus precizēti nepieciešamības gadījumā. Tiek noteikti pētāmie jautājumi katra uzdevuma izpildei un informācijas avoti, kas izmantojami pētnieciskajiem mērķiem. Avoti var ietvert gan primāro, gan sekundāro informāciju un norādi uz avota pieejamību. Pētāmajiem jautājumiem tiek norādītas izmantojamās pētījuma metodes un aktivitātes.

Pirmais uzdevumu bloks ir saistīts ar esošās SAVA situācijas analīzi. Tiek izvērtēti gan vispārīgi nacionāla mēroga rādītāji un to salīdzinošās vērtības ES mērogā, gan rādītāji, kas raksturo tikai Latviju un ir aplūkojami gan nacionālā, gan reģionālā, gan administratīvi teritoriālā, gan adreses līmenī. Metodes aptver statistiskās analīzes metodes, datu vizualizāciju ar diagrammām un kartējumiem.

Pirmā bloka pirmais apakšbloks 1.1. koncentrējas uz esošo situāciju veselības aprūpes sniegšanā SAVA griezumā un primāri uz datu apkopojumu un izvērtējumu, tādēļ tajā dominē esošās sekundārās informācijas analīze.

Tabula 13. Pētījuma uzdevuma 1.1. veikšanai veicamo aktivitāšu plāns.

Uzdevums	Pētāmais jautājums un informācijas avoti	Pētījuma metodes un aktivitātes
<i>1. Esošās situācijas analīze</i>		
<i>1.1. Esošās situācijas datu apkopošana, izvērtēšana un kartēšana</i>		
Starptautiskais salīdzinājums un dinamika Latvijas mērogā		
<i>1.1.1.</i>	<b>Pašu uztvertās veselības novērtējums.</b> Eurostat datu bāzes kategorija "Self-perceived health and well-being (hlth_sph)" un iedalījums pēc dzimuma, vecuma, nodarbinātības, izglītības līmeņa, ienākumu kvartiles, urbanizācijas.	Statistiskā analīze – vidējā augšanas tempa aprēķins, salīdzinošā analīze ar citām ES valstīm. Vizualizācija – laika rindu līnijas diagrammas dinamikai, kolonnu vai joslu diagrammas valstu salīdzinājumam.
<i>1.1.2.</i>	<b>Ārstniecības personāla skaits uz tūkst. iedz.</b> Eurostat datu bāzes kategorija "Health care staff (hlth_staff)" un iedalījums pēc ārstniecības specialitātes, dzimuma, un vecuma.	

1.1.3.	<b>Medicīnas izglītības iestāžu absolventu skaits uz tūkst. iedz.</b> Eurostat datu bāzes kategorija "Health care staff (hlth_staff)" un ārstniecības programmu absolventu skaits uz tūkst. iedz.	
1.1.4.	<b>Medicīnas iekārtu pieejamība uz 100 tūkst. iedz.</b> Eurostat datu bāzes kategorija "Health care facilities (hlth_facil)" un medicīnas iekārtu sadalījums (hlth_rs_equip) pēc to veidiem.	
1.1.5.	<b>Pašu ziņotais ārstniecības speciālistu apmeklēšanas biežums gadā.</b> Eurostat datu bāzes kategorija "Consultations (hlth_consult)" un iedalījums pēc dzimuma, urbanizācijas pakāpes un izglītības līmeņa.	Statistiskā analīze – salīdzinošā analīze ar citām ES valstīm. Vizualizācija – kolonnu vai joslu diagrammas valstu salīdzinājumam, sektoru diagramma Latvijas situācijai.
1.1.6.	<b>Pašu ziņotās neapmierinātās vajadzības pēc veselības aprūpes.</b> Eurostat datu bāzes kategorija "Unmet needs for health care (hlth_unm)" un iedalījums pēc dzimuma, vecuma, iemesliem, izglītības līmeņa, ienākumu kvintiles.	
Teritoriālā analīze Latvijas ietvaros		
1.1.7.	<b>Ambulatoro apmeklējumu skaita analīze.</b> NVD datu kopa par ambulatoro apmeklējumu skaitu pa NVD teritoriālajām nodaļām, ATVK nosaukumiem, ārstniecības iestādēm, specialitātēm, aprūpes epizodes veidiem.	Statistiskā analīze – summāro rādītāju analīze, kross-tabulācija. Vizualizācija – kolonnu vai joslu diagrammas teritoriju salīdzinājumam. Kartēšana – karstuma kartes pēc teritoriālās nodaļas un administratīvās teritorijas, proporcionālo simbolu kartes pēc ārstniecības iestādes atrašanās vietas.

Pirmā bloka otrais apakš bloks ir vērsts uz novērtējumiem un mazāk uz situācijas vispārīgu aprakstu ar sekundārās informācijas palīdzību. Savukārt apakš bloks 1.2. novērtē SAVA pieejamību Latvijā dažādos griezumos (pēc pakalpojumu apjoma, pēc rindu garuma, pēc pakalpojumu veidiem, pēc teritoriālās pieejamības, pēc socio-demogrāfiskiem faktoriem). Līdz ar šo šis ir apjomīgākais bloks no primārās informācijas skatu punkta, jo kombinē gan esošos datus, gan ietver lauka pētījumus primārās informācijas iegūšanai.

Tabula 14. Pētījuma uzdevuma 1.2. veikšanai veicamo aktivitāšu plāns

Uzdevums	Pētāmais jautājums un informācijas avoti	Pētījuma metodes un aktivitātes
1. Esošās situācijas analīze		
1.2. SAVA pieejamības novērtējums dažādos griezumos, tai skaitā valsts /maksas pakalpojumu pieejamība (detalizētāk pa veidiem - skatīt anketu jautājumus)		
1.2.1. SAVA pieejamības novērtējums pēc nodrošināto pakalpojumu apjoma		

<p><b>Ambulatoro apmeklējumu skaita attiecība pret iedzīvotāju skaitu.</b> NVD datu kopa par ambulatoro apmeklējumu skaitu pa NVD teritoriālajām nodaļām, ATVK nosaukumiem, ārstniecības iestādēm, specialitātēm, aprūpes epizodes veidiem. CSP datu kopas par iedzīvotāju skaitu administratīvajās teritorijās. Vērtēt bērnu un pieaugušo datu kopas atsevišķi.</p>		<p>Statistiskā analīze – attiecību aprēķins apmeklējumu skaitam pret tūkst. iedzīvotājiem, īpatsvaru aprēķins. Vizualizācija – kolonnu vai joslu diagrammas teritoriju salīdzinājumam. Kartēšana – karstuma kartes pēc teritoriālās nodaļas un administratīvās teritorijas.</p>
<p><i>1.2.2. SAVA pieejamības novērtējums pēc rindu garuma</i></p>		
<p><b>Gaidīšanas rinda plānveida ārstniecībai ambulatorās iestādēs.</b> NVD dati par rindu garumu dienās plānveida ārstniecībai ambulatorās iestādēs ik mēnesi.</p>		<p>Statistiskā analīze – vidējo rādītāju aprēķins teritorijās un pēc pakalpojumu veidiem. Vizualizācija – kolonnu vai joslu diagrammas teritoriju un pakalpojumu vidējo rādītāju salīdzināšanai. Kartējums – karstuma kartes pēc vidējā rindas garuma teritorijā pēc pakalpojuma.</p>
<p><i>1.2.3. SAVA pieejamības novērtējums pēc pakalpojumu veidiem</i></p>		
<p><b>Gaidīšanas rinda plānveida ārstniecībai ambulatorās iestādēs pēc pakalpojumu veida.</b> NVD dati par rindu garumu dienās plānveida ārstniecībai ambulatorās iestādēs ik mēnesi pēc pakalpojumu veidiem atbilstoši metodoloģijā analizētās normatīvās un pētījuma anketu izstrādē koriģētās taksonomijas, kas atspoguļota detalizēti pa pozīcijām anketu jautājumu un atbilžu klasifikācijā.</p>		<p>Statistiskā analīze – vidējo rādītāju aprēķins teritorijās un pēc pakalpojumu veidiem. Vizualizācija – kolonnu vai joslu diagrammas teritoriju un pakalpojumu vidējo rādītāju salīdzināšanai. Kartējums – karstuma kartes pēc vidējā rindas garuma teritorijā pēc pakalpojuma.</p>
<p><i>1.2.4. SAVA pieejamības novērtējums pēc teritoriālās pieejamības</i></p>		
1.2.4.1.	<p><b>SAVA pieejamība dažādās teritorijās.</b> Primārie dati no iedzīvotāju aptaujas. Reprezentatīvas izlases attiecībā pret vecuma grupu, dzimumu, administratīvo teritoriju.</p>	<p>Izlases metode – nepieciešamā izlases apjoma noteikšana stratificētai izlasei. Socioloģiskā metode – anketu izstrāde, datu ieguve, respondences novērtēšana, rezultātu analīze un ticamības intervālu aprēķins.</p>
1.2.4.2.	<p><b>SAVA pieejamība pēc ceļošanas laika.</b> Izvēlēto ārstniecības iestāžu atrašanās vietas un ĢIS dati par transporta tīklu. Mājsaimniecību adrešu attāluma līdz esošās un pieguļošo administratīvo teritoriju SAVA pakalpojumus sniedošām ārstniecības iestādēm aprēķins un kartēšana.</p>	<p>Ceļu tīklu analīze ar transporta tīkla kartējumu.</p>
<p><i>1.2.5. SAVA pieejamības novērtējums pēc pacientu sociāl-demogrāfiskā profila</i></p>		
<p><b>SAVA pieejamība dažādās socio-demogrāfiskās grupās.</b> Primārie dati no iedzīvotāju aptaujām. Reprezentatīvas izlases</p>		<p>Izlases metode – nepieciešamā izlases apjoma noteikšana stratificētai izlasei. Socioloģiskā metode – anketu izstrāde,</p>

attiecībā pret vecuma grupu, dzimumu, administratīvo teritoriju struktūru.	datu ieguve, respondences novērtēšana, rezultātu analīze un ticamības intervālu aprēķins.
--	---

Veicot kartējumu 1.2. uzdevuma veikšanai, veicami analīzes soļi atbilstoši sekojošai sistēmai.

1. Lai sagatavotu situācijas kartējumu par esošo pakalpojumu, kā arī speciālistu skaitu, primāri ir nepieciešams sagatavot punktu kartes (punktu slānis ar pakalpojumu sniedzējiem), kas atspoguļotu kopējo pakalpojumu un speciālistu pieejamības izkliedi teritorijā, kas vispārināti ļautu novērtēt kopējo pakalpojumu klāstu. Primārā nepieciešamā informācija ir ģeokodēts pakalpojumu sniedzēju un speciālistu saraksts, iekļaujot mainīgos, pēc kā grupēt un analizēt rezultātus, t.i., adrese, sniegtie pakalpojumi, kapacitāte, rindu garums. Tas ļautu novērtēt vispārējo pakalpojumu un speciālistu, kā arī noslodzes izkliedi teritorijā. Tāpat arī mainīgie lielumi, piemēram, gaidīšanas rindu garums katram pakalpojumu veidam un pieejamo speciālistu skaits, ir atspoguļojami ar proporcionāliem simboliem, kas uzreiz ļauj novērtēt šo objektu noslodzi. Šāda veida informācija ir izsakāma arī izmantojot intensitātes kartes, attiecinot šo punktteida informāciju uz noteiktu teritorijas laukumu (kas ir mērogojams lielums), kas ļautu tieši novērtēt gan teritorijas, kur pakalpojums netiek sniegts, gan arī teritorijas, kur pakalpojumu piedāvā vairākas ārstniecības iestādes. Šie soļi ir realizējami ar ĢIS un telpiskās analīzes rīkiem, kas pēc noklusējuma ir integrēti vairākās populārākajās ĢIS programmatūrās.
2. Nākamajā solī nepieciešams sasaistīt pakalpojuma pieejamību/kapacitāti ar iedzīvotāju skaitu, kas ļautu novērtēt objektīvi pakalpojuma pieejamību atkarībā no iedzīvotāju blīvuma. Tā realizācijai nepieciešams papildināt datu klāstu ar iedzīvotāju blīvuma datiem, kur noteiktu teritoriālo vienību līmenī (telpiski objekti) tiek aprēķināta pakalpojumu pieejamība pa pakalpojumu veidiem (speciālistu skaits, izmeklējumu skaits vai cits parametrs) pret iedzīvotāju daudzumu, iegūstot attiecību starp iedzīvotāju skaitu un novērtējamo vērtību. Lai novērtētu variācijas apdzīvojuma blīvumā starp dažādiem reģioniem, šo lielumu nepieciešams normalizēt uz 1000 iedzīvotājiem. Iegūtās vērtības ir vizualizējamas tematiskās intensitātes kartēs, šos lielumus reprezentējot administratīvo vienību teritorijās ar dažādas intensitātes krāsu skalām, tādējādi identificējot teritorijas, kur pakalpojumi var būt nepietiekami vai tieši pretēji – pārsātināti attiecībā pret iedzīvotāju blīvumu, un attiecīgi būtu nepieciešamas atbilstošas pakalpojumu nodrošinājuma izmaiņas. Šādas intensitātes kartes ir papildināmas arī ar papildus pārklājošo informāciju (pēc nepieciešamības – vidējais rindu garums, pacientu skaits u.c.) ar proporcionālo simbolu pieeju. Šie soļi ir realizējami ar ĢIS un telpiskās analīzes rīkiem, kas pēc noklusējuma ir integrēti daudzās ĢIS programmatūrās.
3. Ieskata uzlabošanai, novērtējumam un lēmumu pieņemšanai papildus sagatavotiem statistiskiem kartogrāfiskajiem materiāliem, rekomendēts izmantot interaktīvu rezultātu vizualizācijas servisu (tiešsaistes karšu serviss) ar tiešsaistes saskarni, kas nodrošina kartogrāfiskā materiāla mērogošanu (tuvināt – attālināt), kā arī analizējamo lielumu (punktu, laukumu, mainīgo) iespējošanu un atspējošanu, pakalpojuma veida izvēlni, savstarpējo pārklāšanos un skaitlisku mērogošanu (skaita palielinājums/samazinājums u.c.). Datu analīzi un sagatavošanu rezultātu vizualizēšanai var nodrošināt statistiskās programmēšanas valodas *R* rīki vai kā alternatīva *Python* rīki. Interaktīvo karti var radīt izmantojot *R* rīkus kombinācijā ar *R-shiny* serveri un bibliotēku *leaflet*, kas nodrošināti ar kartogrāfiskā materiāla vizualizācijas un analīzes iespējām (kā alternatīvas var tikt izmantotas - *ArcGIS online/QGIS Server* ar ierobežotām reanalīzes iespējām).

Veicot kartējumu 1.2.4. uzdevuma veikšanai veicami analīzes soļi atbilstoši sekojošai sistēmai.

1. Daļēji SAVA teritoriālo pieejamību atspoguļo arī 1.1. punktā aprakstītā pieeja, analizējot pakalpojumu pieejamību pret iedzīvotāju izkliedi teritorijā. Tomēr reālistiskākam teritoriālam pakalpojumu

pieejamības novērtējumam būtu rekomendēts analizēt faktiski veicamā attāluma analīzi, izmantojot ceļa tīkla datus. Tā sasniegšanai ir nepieciešams veikt cilvēku pārvietošanās iespēju analīzi līdz pakalpojuma sniegšanas vietai, izmantojot ceļu vai publiskā transporta tīkla informāciju.

2. Šādai analīzei ir nepieciešami vairāki informācijas avoti – iedzīvotāju dzīvesvietas slānis (piemēram, ģeokodēts apdzīvoto vietu, pilsētu vai citu atbilstošu objektu slānis), ceļu tīkls analīzei par iespējām sasniegt ar personīgo transportu vai publiskā transporta tīkls analīzei par iespējām sasniegt, izmantojot publisko transportu. Ceļu un/vai publiskā transporta tīkliem jāiekļauj tāda informācija kā ceļu, maršrutu segmenti, segmentu savienojumi un krustpunkti, kas savstarpēji ir topoloģiski korekti. Šādi ceļu un maršrutu tīkli ir iegūstami gan no valsts un pašvaldību iestādēm, gan arī no globāliem datu produktiem, piemēram, *Open Street Maps* ceļu un sabiedriskā transporta slāņi, vai arī *Google* maps ceļu un sabiedriskā transporta slāņi. Abiem pēdējiem ir pieejami dažādās sistēmās implementēti *API* (no angļu val. – application programming interfaces), kas ir integrējami lielākajā daļā populāro ĢIS sistēmu, kā arī dažādās programmēšanas valodās, piemēram, *R* vai *Python*. Tuvākā ceļa (maršruta) distances un laiki ir aprēķināmi izmantojot ĢIS sistēmu tīklu analīzes vai maršrutēšanas rīkus un algoritmus. Reālistiskākas ceļa garuma un nepieciešamā laika aplēses ir iespējamas, ja, aprēķinot ceļu garumus un nepieciešamo laiku, kas pavadāms ceļā, tiks ņemti vērā tādi faktori kā ceļu tīklā reglamentētais ātrums un maršrutu iespējas (atļautie manevri), gan arī publiskā transporta potenciālais ātrums (tas gan ir tad, ja tādi dati vispār ir pieejami) un kustību saraksts (kaut vai vidējais skaits kādā laika vienībā).
3. Balstoties uz iegūtajiem rezultātiem, tiek identificētas katram izejas punktam tuvākās (vienas, divu, trīs) pakalpojuma saņemšanas vietas, kā arī potenciālais maršruts, distance un laiks. Šis rezultāts ir vizualizējams dažādos veidos, piemēram, kā punktveida dati (sākuma un gala punkts) kā arī iespējamie maršruti, kas attēlojami kā līnijas ar dažādas intensitātes krāsām atkarībā no laika, ceļa garuma, pakalpojuma veida. Šādas analīzes rezultātā tiek iegūta datu kopa visiem izejas punktiem ar laika un attāluma vienībām, kas ļauj novērtēt šos parametrus kopumā, un kontekstā arī ar citiem parametriem, kas iepriekš nebija iespējams, kā arī kalpot kā avots kritēriju radīšanā, cik grūti sasniedzams (tālu un ilgi) drīkst būt pakalpojums. Analizējot kartēšanas rezultātu, var tikt iegūts ieskaits SAVA pakalpojumu saņemšanas vietu pieejamībai pilsētu vai citu administratīvo vienību kontekstā, ņemot vērā ceļu tīklu un sabiedrisko transportu, kur iespējams klasificēt rajonus ar garākiem attālumiem vai lielāku nepieciešamo laiku, kas jāpavada ceļā, attiecīgi arī potenciālos trūkumus SAVA pieejamībā.
4. Ieskata uzlabošanai, novērtējumam un lēmumu pieņemšanai papildus sagatavotiem statistiskiem kartogrāfiskajiem materiāliem rekomendēts izmantot interaktīvu rezultātu vizualizācijas servisu (tiešsaistes karšu serviss) ar tiešsaistes saskarni, kas nodrošina kartogrāfiskā materiāla mērogošanu (pietuvināt – attālināt), kā arī analizējamo lielumu (izejas punkts, mērķa punkta pakalpojuma veids un citu) iespējošanu un atspējošanu. Šāda interaktīva rīka izveide var kalpot par pamatu arī jauna pakalpojuma izveidei nākotnē, kur pakalpojuma saņēmējs var izvēlēties savu adresi un novērtēt iespējas saņemt sev vēlamo pakalpojumu.

Veicot iedzīvotāju aptauju par SAVA pieejamību, anketas ietvaros veidojami bloki, kas nosedz identificējošos jautājumus un jautājumus par pētāmo problēmas būtību. Jautājumiem jānosedz visas pieejas pieejamības perspektīvas.

- Jautājumi par uztveres perspektīvu:
  - respondenta novērtējums par pieeju SAVA pakalpojumu iegūšanai nepieciešamajai informācijai;
  - respondenta novērtējums par SAVA iegūšanas iespējas informācijas uztveramību, saprotamību, procedūru skaidrību, pacienta ceļu un sniegto informāciju par tālākajiem izmeklējumiem;

- respondent novērtējums par iespēju pierakstīties SAVA pakalpojumam, izmantojot dažādus komunikācijas kanālus.
- Jautājumi par pieņemamības perspektīvu:
  - respondenta novērtējums par piedzīvotu diskrimināciju SAVA pakalpojumu saņemšanas kontekstā;
  - respondenta novērtējums par sociālām barjerām, kas apgrūtinājušas SAVA pakalpojumu saņemšanu.
- Jautājumi par sasniedzamības perspektīvu:
  - respondenta novērtējums par pēdējās apmeklētās ārstniecības iestādes vides pieejamību;
  - respondenta novērtējums par nokļūšanas vieglumu pēdējā apmeklētajā ārstniecības iestādē;
  - respondenta novērtējums par nepieciešamo laiku nokļūšanai līdz SAVA pakalpojuma sniegšanas vietai;
  - respondenta novērtējums par iespēju ērti dabūt pierakstu pie ārsta;
  - respondentu pakalpojuma iegūšanas biežums citās administratīvajās teritorijās un motivācija;
  - respondenta novērtējums par SAVA vizītei pieejamo laiku piemērotību.
- Jautājumi par finansiālo perspektīvu:
  - respondentu novērtējums par SAVA iegūšanas izmaksu īpatsvaru, ko nesedza valsts finansējums;
  - respondentu novērtējums par netiešajām izmaksām SAVA pakalpojumu ieguvei pēdējā vizīte.
- Jautājumi par piemērotības perspektīvu:
  - respondentu novērtējums par pēdējās SAVA vizītes laikā nepieciešamā aprīkojuma pieejamību ārstniecības iestādē;
  - respondentu novērtējums par pēdējās SAVA vizītes laikā iegūtu ārstniecības personas attieksmi un nozīmētās ārstniecības skaidrojumu;
  - respondentu novērtējums par pēdējās SAVA vizītes laikā gūtā pakalpojuma atbilstību vajadzībām.
- Identificējošie jautājumi:
  - respondenta vecuma grupa;
  - respondenta dzimums;
  - respondenta ienākumu kvartile;
  - respondenta dzīvesvietas administratīvā teritorija;
  - respondenta pēdējās apmeklētās ārstniecības iestādes atrašanās vietas administratīvā teritorija;
  - respondenta nodarbošanās.

Aptaujā izmantojami pārsvarā slēgtas formas jautājumi, ieteicama Likerta skalas vai Semantiskās diferenciacijas skalas izmantošana, bet pieļaujama arī ballu skalas izmantošana un atvērti jautājumi. Likerta skalas gadījumā respondenti izskata piekrišanas pakāpi izvirzītajam apgalvojumam, kas atbilst augstāk minētajiem jautājumiem:

- 1 – pilnībā nepiekrītu;
- 2 – nepiekrītu;
- 3 – neitrāli;



- 4 – piekrītu;  
5 – pilnībā piekrītu.

Otrā bloka ietvaros veidojams SAVA pakalpojumu vizuāls kartējums. Šajā blokā tiek izstrādāts kartējums, uz kura balstās priekšlikumu bāze par SAVA pakalpojumu teritoriālo izkārtojumu. Ņemot vērā šo apsvērumu, uzsvars liekams uz ekspertu viedokļu apkopošanu un ārstniecības nozares profesionāļu izvērtējumu par tīkla veidošanu.

Tabula 15. Pētījuma uzdevuma 2. veikšanai veicamo aktivitāšu plāns.

Uzdevums	Pētāmais jautājums un informācijas avoti	Pētījuma metodes un aktivitātes
<b>2. SAVA pakalpojumu kartējuma izstrāde</b>		
<b>2.1.-2.3. SAVA pakalpojumu izvietojuma plānošana</b>		
<b>SAVA pakalpojumu sasniedzamības novērtējums.</b> Primārie dati no pacientu aptaujām par SAVA pakalpojumu sasniedzamības ģeogrāfisko grūtību.		Socioloģiskā metode – anketu izstrāde, datu ieguve, respondences novērtēšana, rezultātu analīze un ticamības intervālu aprēķins.
<b>SAVA pakalpojumu izvietojuma kartējums.</b> SAVA pakalpojumu sniegšanas vietu kartējums ar modelētiem piedāvātiem izvietojuma variantiem.		Kartēšana – punktu kartes.
<b>2.4. SAVA pakalpojumu sniegšanas blīvuma indikatoru izstrāde</b>		
<b>SAVA pakalpojumu sniegšanas blīvuma robežas.</b> Primārie dati no ārstniecības iestāžu pārstāvju fokusa grupām, ekspertu intervijām		Statistiskā analīze – pastāvošā pakalpojumu sniedzēju blīvuma aprēķins uz tūkst. iedz. Ekspertu intervijas – vidējo blīvuma rādītāju aprēķins.

Trešajā blokā tiek vērtēta SAVA pakalpojumu sniegšanas kvalitāte. Pētījuma ietvaros netiek aplūkota ārstniecības (klīniskā) kvalitāte. Novērtējums veicams, pārsvarā veicot primārās informācijas iegūvi no ārstniecības iestāžu speciālistiem un nozares ekspertiem.

Tabula 16. Pētījuma uzdevuma 3. veikšanai veicamo aktivitāšu plāns.

Uzdevums	Pētāmais jautājums un informācijas avoti	Pētījuma metodes un aktivitātes
<b>3. SAVA pakalpojumu kvalitātes analīze</b>		
3.1.	<b>SAVA pakalpojumu kvalitātes rādītāju noteikšana.</b> Primārie dati no Delfi metodes ar ārstniecības nozares ekspertu dalību.	Delfi metode – pirmā kārtā kvalitātes rādītāju saraksta izveide, otrā kārtā kvalitātes rādītāju ranžēšana būtiskāko rādītāju noteikšanai.
3.2.	<b>SAVA pakalpojumu kvalitātes novērtējums un trūkumu cēloņu identifikācija.</b> Primārie dati no ārstniecības iestāžu pārstāvju fokusa grupām, kā arī sekundārie dati no valsts iestāžu (piemēram, Zāļu valsts aģentūras) rīcībā esošās informācijas .	Fokusa grupas – ārstniecības iestāžu pārstāvju grupas pa reģioniem. Statistiskā analīze – kvalitātes rādītāju izpildes īpatsvara aprēķins.
3.3.	<b>SAVA pakalpojumu noslodzes novērtējums</b> Primārie dati par ārstniecības iestāžu sniegto SAVA pakalpojumu noslodzi – pārslodze,	Fokusa grupas – ārstniecības iestāžu pārstāvju grupas pa reģioniem.

	normāla noslodze, nepilnīga noslodze. Pārslodzes cēloņu identifikācija – trūkstošs piedāvājums, neracionāls pieprasījums, racionāls pieprasījums. Statistiskie dati par SAVA pakalpojumu ārstniecības personu vidējo vizīšu skaitu, vizītes ilgumu dažādos pakalpojumos.	Statistiskā analīze – kvalitātes rādītāju izpildes īpatsvara aprēķins, vidējo vizīšu skaita aprēķins nedēļā.
<b>3.4. SAVA pakalpojumu sniegšanas blīvuma indikatoru izstrāde</b>		
	SAVA pakalpojumu sniegšanas blīvuma indikatoru izstrāde.	Delfi metode – pirmā kārtā kvalitātes rādītāju saraksta izveide, otrā kārtā kvalitātes rādītāju ranžēšana būtiskāko rādītāju noteikšanai. Fokusa grupas – ārstniecības iestāžu pārstāvju grupas pa reģioniem. Statistiskā analīze – kvalitātes rādītāju izpildes īpatsvara aprēķins.

Pētījuma metodoloģijas ietvaros pirmais posms, Delfi metode, kā noteikts, jāveic vairākās kārtās, iesaistot ekspertu grupu, kas sniedz savu ieguldījumu anonīmi. Tālāk ir sniegts detalizēts paredzamais Delfi metodes darbības apraksts:

1. Ekspertu atlase: tiek noteikta personu grupa ar speciālām zināšanām un zināšanām, kas attiecas uz pētāmo tēmu. Šie eksperti var būt profesionāļi, akadēmiķi, praktiķi vai jebkuras personas ar dziļu ieskatu priekšmetā. Fokusa grupas dalībnieku atlasē tiek piedāvāts izmantot metodisko pieeju "Quadruple Helix" (turpmāk tekstā – QH). QH metodiskā pieeja nodrošina veselības jomas akadēmisko aprindu, industrijas, publiskās pārvaldības un sabiedrības sadarbības un koprades vērtību. Iesaistot pārstāvjus no katras jomas, metode izmanto grupas kolektīvo intelektu, zināšanas un perspektīvas, lai pilnveidotu tādas kompleksas sabiedrības sistēmas kā sekundārās veselības aprūpe.  
QH pieeja piedāvā unikālu perspektīvu, iesaistot dažādas ieinteresētās personas, kas sniedz savas zināšanas un pieredzi. Zinātniskais pamatojums ir vērsts uz fokusa grupu dalībnieku atlasī, izmantojot QH metodisko pieeju, uzsverot ieguvumus un pamatojumu izvēlēto pārstāvju iesaistīšanai.  
**Akadēmiskās jomas pārstāvji:** dalībnieku no akadēmiskajām aprindām iekļaušana nodrošina teorētisko atziņu, pētniecības zināšanu un stingras metodoloģijas integrāciju fokusa grupu diskusijās. Akadēmiķiem ir īpašas zināšanas, un viņi var dot ieguldījumu zinātniskā skatījumā, lai bagātinātu diskusiju. Viņi var arī sniegt kritisku ideju novērtējumu, ierosināt novatoriskus risinājumus un palīdzēt pārvarēt plaisu starp pētniecību un praksi.  
**Industrijas** (sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji) jomas **pārstāvji:** industrijas pārstāvju iesaistīšana fokusa grupā sniedz praktisku ieskatu un industrijai specifiskas zināšanas. Šie dalībnieki var sniegt vērtīgu ieskatu par pētniecības rezultātu praktiskā pielietojuma potenciālu, tirgus dinamiku, tehnoloģisko iespējamību un īstenošanas izaicinājumiem. Tie sniedz reālistisku skatījumu, veicinot diskusijas par metodoloģijas nodrošināto rezultātu praktisko pielietojamību.  
**Publiskās pārvaldes pārstāvji:** publiskās pārvaldes pārstāvjiem ir izšķiroša loma politikas, noteikumu un stratēģiju veidošanā. To iekļaušana fokusa grupās nodrošina pētniecības juridisko, ētisko un normatīvo aspektu ievērošanu. Tie piedāvā ieskatu valdības un pārvaldes prioritātēs, resursu piešķiršanā un lēmumu pieņemšanas procesos. Viņu līdzdalība veicina dialogu starp pētniekiem un politikas

veidotājiem, veicinot pētniecības rezultātu saskaņošanu ar sabiedrības vajadzībām un politikas mērķiem.

**Sabiedrības pārstāvji:** sabiedrības pārstāvji ietver iedzīvotājus, NVO, kopienas un citas ieinteresētās personas, kuras ietekmē ar sekundārās veselības aprūpi saistīto jautājumu pētniecība un inovācija. Sabiedrības pārstāvju iesaistīšana fokusa grupās ļauj plaši izprast sabiedrības izaicinājumus, vajadzības un vērtības. Viņu dažādās perspektīvas, pieredze un cerības sniedz vērtīgu ieskatu, kas veido pētniecības virzienus, nodrošina iekļaušanu un veicina atbildīgas inovācijas. Sabiedrības ieinteresēto personu iesaistīšana nozīmīgi uzlabo pētniecības rezultātu leģitimitāti un sociālo akceptēšanu. Procedūra ir sīkāk aprakstīta nodaļā "Mērķa grupu izlases principi un apjoms".

2. Anketas izstrāde: pētniekiem jāizveido anketa, kas sastāv no atvērtiem un daļēji slēgtiem jautājumiem vai apgalvojumiem, kas saistīti ar konkrēto apakštēmu. Jautājumi jāizstrādā, lai uzzinātu eksperta viedokļus, prognozes vai spriedumus. Jautājumiem jāaptver sekojošas zonas:
  - a. SAVA sniegto pakalpojumu kvalitāti (ne-ārstniecisko) raksturojošo rādītāju identifikācija;
  - b. konkrētā SAVA pakalpojuma sniegšanā pastāvošo problēmu identifikācija.
3. Anketas izplatīšana: saite uz anketu tiek nosūtīta ekspertiem. Eksperti atbild individuāli un anonīmi, sniedzot savas atbildes, pamatojumu un vērtējumus.
4. Atbilžu analīze: atbildes apkopo un analizē pētnieku grupa. Viņi nosaka jomas, par kurām eksperti ir vienprātīgi un kurās ir viedokļu daudzveidība, no atbildēm iegūstot galvenās tēmas tālākai izpētei.
5. Atsauksmju ziņojums: tiek sagatavots kopsavilkuma ziņojums, kurā iekļauti konsolidētie konstatējumi, kā arī ekspertu apkopotie vērtējumi. Par apkopotajiem vērtējumiem, kritērijiem, problēmām ekspertiem lūdz reflektēt un sniegt savu vērtējumu nākamajā kārtā.
6. Iteratīvās kārtas: process jāatkārto vairākas kārtas līdz trīs reizēm (parasti divas vai trīs). Katrā kārtā ekspertiem jānodrošina pieejams anonīms kopsavilkums par iepriekšējo kārtu. Eksperti jānudina pārskatīt savas sākotnējās atbildes, pamatojoties uz atsauksmēm, un jālūdz sniegt sīkāku problēmu izvērtējumu jau kvantitatīvā veidā, slēgtu atbilžu formātā (t.sk. ballēs, rangos).
7. Viedokļu konverģence: iterācijām progresējot, Delfi metodes palīdz panākt ekspertu viedokļu konverģenci. Eksperti var pielāgot savus uzskatus, pārvērtēt savas pozīcijas vai konverģēt uz vienprātību. Tomēr jāvērtē arī domstarpības un viedokļu dažādība, jo tās var izcelt neskaidrības vai alternatīvas perspektīvas.
8. Izbeigšanas kritēriji: Delfi process jāturpina, līdz tiek izpildīts iepriekš noteikts pārtraukšanas kritērijs. Šis kritērijs varētu būt noteikts kārtu skaits, panākot iepriekš noteiktu vienprātības līmeni, vai punkts, kurā papildu kārtas vairs nesniedz būtiskas izmaiņas vai jaunu ieskatu. Pētījuma ietvaros tiek ieteikts iztikt kopā ar divām kārtām un izmantot trešo kārtu, ja rodas būtiskas viedokļu nesaskaņas noteiktajā SAVA pakalpojumu grupā.

Balstoties uz 1.-3. bloka pētījumu rezultātiem jāizstrādā secinājumi par SAVA pakalpojumu pieejamību un kvalitāti. Uz iegūto secinājumu pamata jāizstrādā priekšlikumi potenciālām politikas izmaiņām SAVA pakalpojumu sniegšanā.

Vērtējot SAVA pakalpojumu sniegšanas kvalitāti, primāri tiek izvirzīti sākotnējie kritēriji, kuri Delfi metodes ietvaros tiek precizēti, papildināti un novērtēti. Izmantotie kritēriji:

- profesionālās atbilstības pakāpe – konstatētais pārkāpumu skaits ārstniecības iestādē, personāla kvalifikācijas celšanu apstiprinošo dokumentu skaits;
- darba organizācijas kvalitāte – pacientu gaidīšanas laiks ārpus plānotā, pacientu ceļa izstrādes esamība;

- medicīniskais aprīkojums – pakalpojumu sniegšanai nepieciešamā aprīkojuma atbilstība piedāvātajiem pakalpojumiem un tas atbilst normatīvajos aktos noteiktajām prasībām, vidējā iekārtu noslodze, vidējais iekārtu vecums;
- IT risinājumu kvalitāte – tiek izmantotas mūsdienīgas un drošas IT sistēmas darbam ar pacientiem, IT sistēma ir sadarbspējīga ar NVD informācijas sistēmām;
- personāla kvalitāte – ārstniecības iestādē tiek veikta nepārtraukta darba apstākļu uzlabošana personālam, un ir mehānismi atgriezeniskai saitei starp personālu un vadību.

#### 4.5. Prasības pētniecības ētikas un fizisko personu datu aizsardzības ievērošanai

Pētījuma pamatā ir socioloģiskas aptaujas, kā arī FGD, kurās brīvprātīgi piedalās respondenti. Tas ietver tikai pieaugušos iedzīvotājus. Tomēr, ņemot vērā, ka ar veselību saistītie jautājumi var tikt uzskatīti par sensitīviem, pētījumā īpaša uzmanība pievēršama personas datu aizsardzībai un pētījuma ētikas striktai ievērošanai.

Pētījuma veikšanā jānodrošina EK Direktīvas 95/46/EK un Latvijas tiesību aktu un privātuma noteikumu, ko noteikušas valsts un pārnacionālās iestādes, ievērošana. Atbilstoši tiem visos pētījuma posmos jālūdz brīvprātīga informēta piekrišana no pētījuma dalībniekiem, un jāinformē respondenti par to, kā tiks apstrādāti, uzglabāti un aizsargāti viņu dati.

Ņemot vērā, ka iedzīvotāju aptauju veikšanai tiks piesaistīta pētījumu kompānija, līguma nosacījumos jānodrošina punkts, ka pētījumu kompānijai ir jādara viss, kas ir viņu spēkos, lai izvairītos no datu noplūdes, un jāsniedz Pasūtītājam caurspīdīgā veidā informācija par datu glabāšanu un anonimizācijas procedūrām.

Par bērnu (<18 gadi) veselības aprūpi atbildes sniegt tiks lūgts vecākiem. Arī gadījumā, ja persona garīgu vai fizisku veselības ierobežojumu dēļ nav spējīga atbildes sniegt pati, šīs atbildes var sniegt ģimenes loceklis vai aprūpētājs (ja tāds mājsaimniecībā ir pieejams).

Apstrādājot un analizējot datus, stingri jāievēro visi ES līmeņa un valsts tiesību akti attiecībā uz ētiku, konfidencialitāti un datu aizsardzību, tostarp Eiropas pētniecības integritātes rīcības kodekss (*The European Code of Conduct for Research Integrity*). Lai pārliecinātos par pētnieciskās pieejas, metodoloģijas un instrumentārija atbilstību ētikas principiem, nepieciešams pirms pētījuma uzsākšanas lūgt atzinumu Latvijas Universitātes Humanitāro un sociālo zinātņu ētikas komitejai, Rīgas Stradiņa Universitātes Pētījumu ētikas komitejai vai līdzīgai kompetentai institūcijai. Visi kvantitatīvie dati pirms nodošanas Pasūtītājam un deponēšanas rūpīgi jāanonimizē, lai neļautu identificēt nevienu konkrētu respondentu. Kvalitatīvo datu analīzes laikā respondentu īstie vārdi jāaizstāj ar pseidonīmiem. Analīze jāveic pēc stingriem objektivitātes un caurskatāmības principiem, vienlaikus izrādot cieņu pret respondentiem, viņu vērtībām un spriedumiem.

Pētījuma ietvaros jāievēro t.s. FAIR (atrodams, pieejams, sadarboties spējīgs, atkārtoti lietojams), atvērta pieejamība un atvērto datu principi. Tādēļ pētījumā iegūtais iedzīvotāju datu fails iesniedzams Pasūtītājam un deponējams atvērta pieejai jebkuram pētniekam un interesentam.

#### 4.6. Nepieciešamais pētījuma instrumentārijs

##### 4.6.1. Lauka darbiem nepieciešamo materiālu raksturojums

Papildus anketai latviešu un krievu valodā, lauka darba veikšanai iedzīvotāju aptaujai nepieciešams sagatavot virkni palīgmateriālu, tostarp:

1. izlases aprakstu, kas ietver informāciju par respondentu rekrutācijas principiem ģenerālkopā, izlases punktiem, mājsaimniecību atlasīti un respondentu atlasīti mājsaimniecībā;

2. intervētāju vadlīnijas, kas ietver informāciju par lauka darba veikšanas principiem, skaidrojumus un precizējumus attiecībā uz dažādiem jautājumiem;
3. respondentu kartītes, kas palīdz precīzāk un ātrāk sniegt atbildes uz jautājumiem;
4. kodu grāmatu, kas ietver informāciju par datu failā iekļautajiem mainīgajiem un to raksturojumu;
5. adrešu lapas, kur fiksēts intervētāja maršruts un konkrētu kontaktēšanās mēģinājumu ar respondentu rezultāts.

Fokusa grupu diskusijām nepieciešamas vadlīnijas un informētas piekrišanas formas, kur dalībnieks ar savu parakstu apliecina iepazīšanos ar ētikas un fizisko personu datu aizsardzības noteikumiem pētījumā.

Gan Delfi aptaujai, gan organizāciju un iedzīvotāju aptaujai nepieciešama anketas elektroniskā forma aizpildei internetā. Papildus Delfi un organizāciju aptaujai nepieciešama uzaicinājuma vēstule e-pasta formātā potenciālo respondentu uzaicināšanai dalībai aptaujā.

Ja anketu testēšanai tiek izmantotas kognitīvās intervijas, tad nepieciešama kognitīvo interviju anketa, kā arī kognitīvo interviju protokols.

#### 4.6.2. Pētījuma īstenošanai nepieciešamā programmatūra

**Kvantitatīvo aptaujas datu analīzei** iespējams izmantot dažādas tam piemērotas profesionālas programmatūras, kā piemēram, *SPSS*, *Stata* vai *R*, kas ļauj veikt sarežģītāku specifisku datu apstrādi, piemēram, veidot kompleksus regresiju analīzes modeļus, faktoranalīzi u.tml. Vēlams izvēlēties programmatūru, kas ir pasūtītāja rīcībā un nepieciešamības gadījumā ļautu pasūtītājam pašam veikt papildus datu izpēti.

**Kvalitatīvo datu analīzei** ieteicams veikt datu kodēšanu un strukturētu izpēti atbilstoši izvēlētajam analīzes veidam (kontentanalīze, tematiskā analīze un datos balstītās teorijas analīze). Viena no iespējām ir izmantot tematiskās analīzes metodi, tēmu identificēšanā izmantot atvērto kodēšanu, bet tēmu padziļinātā analīzē – fokusēto kodēšanu (Ragin, 2014). Kontentanalīzi var veikt vai nu kvantitatīvi, uzskaitot, cik reizes konkrētas tēmas, problēmas vai tml. respondenti piemin, vai arī kvalitatīvi, analizējot kā konkrētas problēmas vai veselības aprūpes aspekti tiek raksturoti. Datus balstītās analīzes viens no uzdevumiem ir nodrošināt, ka tiek atklāta visa viedokļu daudzveidība (Oktay 2012). Epistemoloģiski labākā pieeja, ko izmantot primāro datu kodēšanā, būtu holistiskā pieeja (Miles, Huberman, and Saldaña 2014). Kodēšanai vēlams izmantot profesionālās kvalitatīvo datu analīzes programmas, kā piemēram, NVivo, taču alternatīvi kodēšanu iespējams veikt arī Excel programmā.

Pētījuma gaitā izmantojamu datu uzkrāšanai, organizēšanai būtu jāizmanto datubāzu pārvaldības programmatūra, kas piemērota lielapjoma datu pārvaldei, – MySQL. Alternatīvas – PostgreSQL vai Microsoft SQL Server.

**Datu analīzei un vizualizācijai** – atvērtā koda *R* programmēšanas vide. *R* ir atvērtā koda programmēšanas valoda priekš statistiskiem aprēķiniem un vizualizācijai, kam pieejamas daudzas pakotnes un bibliotēkas lielapjoma datu manipulācijai, analīzēm un vizualizācijām (piemēram, bet ne tikai, “dplyr”, “tidyr”, “ggplot2”), kā arī datu telpiskajai analīzei (piemēram, bet ne tikai, “sf”, “raster”, “rgdal”, “leaflet”). Alternatīvi izmantojama *Python* programmēšanas valoda, kurai ir pieejams līdzīgs klāsts ar rīkiem (pakotnēm) datu apstrādei, datu analīzei un rezultātu vizualizēšanai. Gan *R*, gan *Python* vidēs ir iespējams apstrādāt arī liela apjoma datus, izmantojot paralelizācijas iespējas, kā arī īpaši lielu datu apstrādē mērogot datu apstrādi un analīzi uz augstas veiktspējas skaitļošanas serveriem.

**Statiska kartogrāfiskā materiāla sagatavošana** – lai gan arī *R* vidē ir iespējams sagatavot kvalitatīvu kartogrāfisko materiālu, statistiku produktu sagatavošanai rekomendēts izmantot specifisku ģeogrāfisko sistēmu programmatūru, piemēram, *ArcGIS Pro* vai alternatīvas (*QGIS*), kas piemērota komplicētu daudzslāņu kartogrāfisko materiālu sagatavošanai. Kā alternatīva – ieviešot interaktīvu kartogrāfiskā materiāla sistēmu, paredzēt iespēju sistēmā saglabāt izveidoto kartogrāfisko salikumu kā attēlu.

**Interaktīva kartogrāfiskā materiāla sagatavošana** – interaktīva, tiešsaistes saskarnes kartogrāfiskā materiāla vizualizācija ir rekomendējama labākai problēmas izpratnei un lēmumu pieņemšanai. *R-Shiny* serveris un "*leaflet*" bibliotēka nodrošina kartogrāfiskā materiāla tiešsaistes vizualizāciju interneta pārlūkā, atļauj reālajā laikā atjaunināt un dinamiski vizualizēt telpiskos datus, attiecīgi nodrošinot arī iespēju reālajā laikā dalīties ar šiem materiāliem. Tas nozīmē, ka, atjaunojot ievades datus, vizualizācijas automātiski atspoguļo šo datu izmaiņas, nodrošinot gala lietotājam pašu aktuālāko informāciju. *R leaflet* nodrošina augsta līmeņa fleksibilitāti vizualizāciju pielāgošanai atkarībā no nepieciešamības. *R leaflet* priekšrocība ir tieša integrācija ar datu manipulācijas, statistiskās un telpiskās analīzes rīkiem, kas pieejami *R* vidē. Tādejādi šāda integrācija nodrošina holistisku pieeju starp datu analīzi un vizualizāciju.

Pamatojoties uz izstrādāto metodiku, pasūtītājs iegūs statistiski reprezentablu, vērtīgu, sabalansētu un sistēmisku ieskatu par Latvijas iedzīvotāju apmierinātību ar sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību un iegūs holistisku izvērtējumu par nepieciešamajiem uzlabojumiem, ļaujot pieņemt uz pierādījumiem balstītus lēmumus, lai uzlabotu sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitāti un pieejamību.

#### 4.6.3. SAVA pakalpojumu sniedzēju reprezentatīvās izlases nosacījumi aptaujas veikšanai

Latvijā ir ~ 2000 sekundārās ambulatorās veselības aprūpes organizāciju, kas sniedz pakalpojumus definētās SAVA taksonomijas grupās: speciālistu pakalpojumi, izmeklējumi, rehabilitācija, specializētie pakalpojumi, dienas stacionāri, kas var savstarpēji dažādās kombinācijās pārklāties. Lai izveidotu reprezentatīvu aptaujas izlasi ~ 2000 sekundāro veselības aprūpes organizāciju viedokļa iegūšanai Latvijā, nepieciešams veikt sekojošas vairākposmu darbības, no kuriem 6 pamata darbību posmi metodoloģiskā pieejā aprakstīti tālāk.

Posms 1 ietver reprezentatīvā izlases lieluma definēšanu, kur izlases lielums ir atkarīgs no tādiem faktoriem kā vēlamais precizitātes līmenis, pieejamie resursi un laika ierobežojumi. Lai iegūtu statistiski reprezentablu mērķa grupas viedokli, rekomendēts pielietot dažādas konfidences līmeņu pieejas, kur jo grupa ir lielāka, jo biežāk atkārtojas viedoklis. Tālāk tabulas veidā sniegta parauga veidne dažādu grupu izlašu lielumiem pie dažāda konfidences jeb drošticamības līmeņa, kas tiek finalizēta sadarbībā ar pētījuma pasūtītāju (17. tabula).

Tabula 17. Dažādu grupu izlašu lielumiem nepieciešamais respondentu skaits pie dažāda statistiskās konfidences jeb drošticamības līmeņa. Avots: LU aprēķini, balstoties uz Blalock, Hubert M., ed. *Quantitative sociology: International perspectives on mathematical and statistical modeling*. Academic Press, 2013.

Grupas lielums	5% pieļaujamās kļūdas robeža	90% konfidences indekss	95% konfidences indekss	99% konfidences indekss
100	80	74	80	88
500	218	176	218	286
1000	278	215	278	400
10 000	370	264	370	623
100 000	383	270	383	660
1 milj.	384	271	384	664

SAVA pakalpojumu sniedzēju organizāciju viedokļa iegūšanā optimālais rekomendējamais atlasē skaits ir 370 pakalpojumu sniedzēji, kas nodrošinās 95% konfidences līmeni, kas nodrošinās statistiski reprezentablus un uzticamus rezultātus secinājumu ieguvei.

Posms 2 ietver atlasē grupas stratificēšanu. Tā kā SAVA pakalpojumu sniedzēju organizācijas sniedz pakalpojumus dažādās grupās (speciālistu pakalpojumi, izmeklējumi, rehabilitācija, specializētie pakalpojumi, dienas stacionāri), nepieciešams ņemt vērā šīs atšķirības izlases procedūrā. Stratifikācijas pamata būtība ietver ģenerālās kopas sadalīšanu viendabīgās apakšgrupās jeb stratās, pamatojoties uz pakalpojumu grupām, kurās tās ietilpst. Lai noteiktu izlases sadalījumu pa stratām, nepieciešams atlasī sadalīt proporcionāli, tādējādi galīgajā izlasē nodrošinot katras stratas pārstāvību proporcionāli tās īpatsvaram ģenerālajā kopā.

Lai mazinātu vērtējumu kļūdas un samazinātu neobjektivitāti, nepieciešams pēc nejaušības principa atlasīt vajadzīgo organizāciju skaitu no katras stratas. To panāk izmantojot nejaušo skaitļu ģeneratoru vai mehāniskas izlases metodes. Nejaušo skaitļu ģenerators ir matemātisks algoritms, kas ģenerē skaitļu secību, kurai nav nekāda pamanāma sistemātiskuma vai paredzamības un ko izmanto, lai no ģenerālās kopas izlases veidā atlasītu organizācijas iekļaušanai apsekojumā. Tā izmantošanā var tikt piemēroti sekojoši soļi:

1. katrai sekundārās veselības aprūpes organizācijai kopumā nepieciešams piešķirt unikālu identifikatoru-numuru;
2. izmantot RNG (nejaušu skaitļu ģeneratoru), lai ģenerētu nejaušus skaitļus piešķirto identifikatoru diapazonā;
3. atzīmēt organizāciju, kas atbilst ģenerētajam nejaušajam skaitlim;
4. atkārtot procesu, līdz ir izvēlēts vēlamais organizāciju skaits.

Nejaušo skaitļu ģeneratoru izmantošana palīdz nodrošināt, ka katrai kopuma organizācijai ir vienādas iespējas tikt atlasītai, tādējādi samazinot neobjektivitāti un palielinot izlases reprezentativitāti.

Savukārt mehāniskas izlases veidošana paredz, ka no nejauši izvēlēta sākumpunkta tiek piemērots skaitlisks solis, un no tā regulāros intervālos izvēlas nākamās organizācijas. Tādējādi atlasē ietver izlases sistēmas izveidi (visu SAVA pakalpojumu sniedzēju sarakstu) un organizāciju atlasī noteiktos intervālos.

Sistemātiskas izlases soļi ir sekojoši:

1. identificējot saskaņoto izlases lielumu (370 organizācijas) var aprēķināt izlases intervālu, dalot kopuma lielumu ar izlases lielumu, kas veido izlases intervālu jeb 5 ( $2000/370 = 11$ );
2. nejauši izvēloties skaitli no 1 līdz 10, tiek iegūts atlasē sākuma punkts;
3. nepieciešams atlasīt katru vienpadsmito organizāciju no izlases ietvara, līdz tiek sasniegts vēlamais izlases lielums.

Izmantojot kādu no aprakstītajām pieejām, nepieciešams dubulti pārbaudīt, ka katrā stratā ietilpstošajai organizācijai ir vienādas iespējas tikt atlasītai.

Posms 3 ietver nepieciešamību pārbaudīt izlases sastāvu, vai sadalījums pa pakalpojumu grupām ir reprezentatīvs attiecībā pret ģenerālo kopu. Ja tiek novērotas būtiskas neatbilstības, nepieciešams veikt korekcijas, pievienojot vai izslēdzot organizācijas no konkrētām stratām.

Posms 4 paredz anketas materiālu digitalizēšanu un datu kodēšanu rezultātu apstrādei.

Posms 5 paredz veikt lauka darba posmu, izplatot anketas atlasītajām SAVA aprūpes organizācijām. Izplatības posmā nepieciešams pastiprināti pievērst uzmanību datu drošības un aizsardzības izskaidrošanai, skaidrām instrukcijām norādot saprātīgu termiņu aizpildīšanai. Var tikt izmantotas dažādas un kombinētas anketas izplatīšanas metodes – tiešsaistes intervija, telefonintervija, tiešsaistes aptauja, e-pasts vai klātienē intervija.

Posms 6 paredz iegūt datu analīzi un apkopojumu, izmantojot statistikas metodes, lai identificētu korelācijas un izdarītu secinājumus.

**4.6.4. SAVA pakalpojumu sniedzēju – organizāciju anketa**

Saskaņošanai un aprobācijai nosūtīta atsevišķi. Gala nodevumā tiks pievienota dokumentam.

**4.6.5. Delfi ekspertu aptauja (2 viļņi)**

Saskaņošanai un aprobācijai nosūtīta atsevišķi. Gala nodevumā tiks pievienota dokumentam.

**4.6.6. Iedzīvotāju aptaujas anketa**

Saskaņošanai un aprobācijai nosūtīta atsevišķi. Gala nodevumā tiks pievienota dokumentam.



#### 4.6.7. Pētījuma laika plāns

Lai sasniegtu pētījuma uzdevumus, definēts nepieciešamais laika grafiks, lai pētījums tiktu sekmīgi veikts. Laika grafiks nodrošina efektīvu resursu sadalījumu, savlaicīgu datu vākšanu un analīzi, efektīvu projekta vadību un spēju sasniegt projekta mērķus noteiktajā termiņā. Laika grafiks palīdzēs izpildītājam efektīvi sadalīt resursus, piemēram, personālu, finansējumu un aprīkojumu, kur pētniekiem nepieciešams noteikt vajadzīgos resursus katrā projekta posmā. Tas ļaus pareizi plānot, iegūt un izmantot pieejamos laika, finanšu un kompetenču resursus, tādējādi veicinot vienmērīgu pētījuma norisi. Efektīva resursu piešķiršana nodrošina, ka pētījums tiek veikts atbilstoši plānotajam virzienam, un mazinās riskus par neiekļaušanos laikā vai resursu trūkumu.

Laika grafikā ir izklāstīta veicamo darbību secība. Ievērojot laika grafiku, pētniekiem nepieciešams nodrošināt, ka datu vākšana tiek uzsākta un pabeigta paredzētajā termiņā. Izmantojot piedāvāto laika grafiku, tiks nodrošināts, ka pētījuma posmi atbilstoši metodoloģijai būs sasniedzami pieejamajā laikā.

Tabula 18. Pētījuma īstenošanas laika grafiks.

Pētījuma par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanu un uzlabošanu LAIKA PLĀNS	Laiks kopā mēnešos	Īstenošanai nepieciešamā laika aplēse (mēnešos)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pētījuma posms	12												
Datu apstrāde, statistiskā analīze, vizualizācija un kartēšana	7												
Sava pakalpojumu sniedzēju padziļinātas intervijas.	7												
Sava pakalpojumu sniedzēju fokusa grupas.	2												
SAVA pakalpojumu sniedzēju aptauja	3												
SAVA ekspertu Delfi metode	2												
Iedzīvotāju aptauja	9												
Secinājumu un priekšlikumu izstrāde	3												

Lai sekmīgi veiktu pētījumu par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanu, laika grafiks palīdzēs nodrošināt efektīvu resursu piešķiršanu, savlaicīgu datu vākšanu un analīzi, efektīvu projekta vadību un projekta mērķu sasniegšanu noteiktajā termiņā. Izpildītājam rūpīgi jāplāno un jāuzrauga laika grafiks visā pētījuma procesā, vajadzības gadījumā veicot nepieciešamās korekcijas.

## 5. METODOLOĢIJAS APROBĀCIJA

Pētījuma veiksmīga īstenošana ir atkarīga no precīzi definētas metodoloģijas. Metodoloģijas izstrādē tika veikta metodoloģijas kopējā un tās komponentu- anketu aprobācija, kas notika nozares ekspertu fokusgrupas (turpmāk tekstā arī FGD) un iedzīvotāju, kas izmantojuši pēdējo 12 mēnešu laikā kādu no SAVA pakalpojumiem, vidū. Eksperti tika iepazīstināti ar metodoloģiju, lai maksimāli nodrošinātu aprobācijas efektivitāti un uzticamību.

Metodoloģijas aprobācijai tika izvirzīti sekojoši uzdevumi:

- 1. Pētījuma integritātes nodrošināšana.** Metodoloģijas aprobācija nodrošina, ka pētījums tiek veikts maksimāli godprātīgi, ievērojot ētikas principus un profesionālos standartus. Tas pasargā no iespējamām aizspriedumiem, neprecizitātēm vai nepareizas interpretācijas, kas varētu apdraudēt savākto datu derīgumu.
- 2. Uzlabot ticamību.** Starp nozares ekspertiem apstiprināta metodoloģija palielina pētniecības projekta ticamību un legimitāti. Tā nodrošina ieinteresētajām personām, dalībniekiem un plašākai auditorijai pārlicību par pētījuma rezultātiem un secinājumiem.
- 3. Atbilstība profesionālajiem standartiem.** Daudziem pētniecības projektiem, kuros iesaistīti cilvēki, nepieciešams vienots terminoloģijas saskaņojums. Metodikas aprobācija nodrošina atbilstību nozarē izmantotai terminoloģijai un prasībām, ja tādas tiek piemērotas, nodrošinot pētījuma dalībnieku vienotu izpratni par pētījuma objektu.
- 4. Datu vākšanas vienkāršošana.** Precīzi definēta metodoloģija ļauj strukturēti un konsekventi vākt datus, ļaujot pētniekiem efektīvi analizēt un salīdzināt rezultātus. Tā samazina neskaidrības un uzlabo datu ticamību.

Metodoloģijas aprobācijai tika piemēroti 2 pamat soļi:

- 1) Aprobācija fokusgrupā
- 2) Iedzīvotāju anketas kognitīvais tests<sup>88</sup>

2023. gada 13. jūlijā notikušās fokusa grupas laikā notika ekspertu diskusijas, lai apkopotu nozares ekspertu atziņas un ieteikumus pētījuma metodoloģijas uzlabošanai. Fokusgrupas dalībnieku ekspertīze palīdzēja identificēt iespējamus trūkumus un precizēt datu vākšanas pieeju. Ekspertu diskusijā tika apspriesti dažādi pētījuma aspekti, tostarp:

- optimālais gaidīšanas laiks rindās un tās novērtējuma variācijas iekļaušana anketās, tai skaitā - valsts iestāžu rindas rādītāju izmantošanas ierobežojumi.
- speciālistu pieejamība un tās ietekme uz pacientu piekļuvi aprūpei.
- telemedicīnas nozīme mūsdienu veselības aprūpē un tās novērtējums metodikā.
- pacientu viedokļu un pieredzes nozīme un īpatsvars starp pētījuma komponentēm.
- faktiskās dzīvesvietas novērtēšana anketā.
- konkrētu ārstniecības iestāžu izvēles iemeslu izvērtēšana.
- pakalpojumu pieaugušajiem un bērniem diferencēšana.
- mājas pakalpojumu, ģimenes ārstu un speciālistu atšķirības loma.
- SAVA sistēmas un valsts kvotu nozīme.
- reģionālo salīdzinājumu nepieciešamība, lai veiktu precīzu analīzi.
- pacientu uztveres un uzvedības apsvērumi, atbildot uz aptaujām.

<sup>88</sup> Kognitīvais tests tika balstīts zinātniskajā izpratnē par ietekmējošiem faktoriem, iedzīvotājiem atbildot uz anketu jautājumiem. Pieejams: Behr, D., Kaczmarek, L., Bandilla, W. and Braun, M., 2012. Asking probing questions in web surveys: which factors have an impact on the quality of responses?. *Social Science Computer Review*, 30(4), pp.487-498.

Savukārt iedzīvotāju anketas testēšana ar atvērtiem jautājumiem interneta vidē mērķis bija identificēt jebkādas neskaidrības, aizspriedumus vai problēmas, ar kurām respondenti varētu saskarties, atbildot uz jautājumiem. Iedzīvotāju aptaujas anketas testēšana tika veikta no 14. jūlija līdz 19. jūlijam 2023. gadā. Anketa tika izsūtīta 111 indivīdiem (detalizētāk lūdzu skatīt 5.2. sadaļā) un iedzīvotāju anketas testēšanas galvenie aprobācijas aspekti bija sekojoši:

1. **Pieejamība un lietošanas ērtums.** Anketas testēšana interneta vidē nodrošināja tās pieejamību plašākai auditorijai un ļāva novērtēt tās lietošanas ērtumu. Tika novērtētas tehniskas problēmas vai šķēršļi, lai respondentiem nodrošinātu netraucētu jautājumu plūsmu.

2. **Atbilžu varietāte.** Izmantojot atvērtus jautājumus, autori mudināja respondentus (turpmāk tekstā arī dalībniekus un/vai indivīdus) sniegt detalizētas un daudzveidīgas atbildes. Šāda pieeja ļāva gūt dziļāku ieskatu indivīdu uztveres perspektīvās, pieredzē un viedokļos, tādējādi koriģējot anketu.

3. **Satura derīgums.** Atvērtā tipa jautājumus pārskatīja pētījuma autori, lai nodrošinātu to atbilstību pētījuma mērķiem. Darbības mērķis bija garantēt, ka jautājumi efektīvi apkopo analīzes veikšanai nepieciešamo būtisko informāciju.

Metodoloģijas aprobācija ir būtisks metodoloģijas izstrādes solis, lai nodrošinātu pētījuma integritāti, ticamību un atbilstību. Eksperti fokusgrupas laikā sniedza nozares profesionāļu redzējumu pētījuma metodoloģijas pilnveidošanā, savukārt iedzīvotāju anketu testēšana ar atvērtiem jautājumiem interneta vidē deva ierosmes datu vākšanas procesa uzlabošanai.

## 5.1. Aprobācija fokusgrupā

2023. gada 13. jūlijā norisinājās fokusa grupas sesija ar dažādiem veselības aprūpes nozares dalībniekiem, lai iegūtu nozares ekspertu atziņas un ieteikumus, kuru mērķis ir uzlabot piedāvāto metodoloģiju. FGD tika pētīti dažādi esošie SAVA sistēmas aspekti, tostarp rindu pārvaldība, speciālistu pieejamība, telemedicīna, pacientu viedokļi, pakalpojumu novērtēšana un reģionālās atšķirības.

Lai sasniegtu pētījuma uzdevumus un spētu augstvērtīgi validēt izstrādāto metodoloģijas pieeju pētījumam "Metodoloģijas pētījumam par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanu un uzlabošanu", fokusgrupas dalībnieku atlasē tika piedāvāts izmantot metodisko pieeju "Quadraple Helix" (turpmāk tekstā - QH).

QH metodiskā pieeja nodrošina veselības jomas akadēmisko aprindu, industrijas, publiskās pārvaldības un sabiedrības sadarbības un koprades vērtību. Iesaistot pārstāvjus no katras jomas, metode izmanto grupas kolektīvo intelektu, zināšanas un perspektīvas, lai pilnveidotu tādas kompleksas sabiedrības sistēmas kā sekundārās veselības aprūpe.

QH pieeja piedāvā unikālu perspektīvu, iesaistot dažādas ieinteresētās personas, kas sniedz savu pieredzi, zināšanas un pieredzi. Zinātniskais pamatojums ir vērst uz fokusa grupu dalībnieku atlasī, izmantojot QH metodisko pieeju, uzsverot ieguvumus un pamatojumu izvēlēto pārstāvju iesaistīšanai.

**Akadēmiskās jomas pārstāvji:** Dalībnieku no akadēmiskajām aprindām iekļaušana nodrošina teorētisko atziņu, pētniecības zināšanu un stingras metodoloģijas integrāciju fokusa grupu diskusijās. Akadēmiķiem ir īpašas zināšanas, un viņi var dot ieguldījumu zinātniskā skatījumā, lai bagātinātu diskusiju. Viņi var arī sniegt kritisku ideju novērtējumu, ierosināt novatoriskus risinājumus un palīdzēt pārvarēt plaisu starp pētniecību un praksi.

**Industrijas** (sekundārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji) jomas **pārstāvji**: Industrijas pārstāvju iesaistīšana fokusa grupā sniedz praktisku ieskatu un industrijai specifiskas zināšanas. Šie dalībnieki var sniegt vērtīgu ieskatu par pētniecības rezultātu praktiskā pielietojuma potenciālu, tirgus dinamiku, tehnoloģisko iespējamību un īstenošanas izaicinājumiem. Tie sniedz reālistisku skatījumu, veicinot diskusijas par metodoloģijas nodrošināto rezultātu praktisko pielietojamību.

**Publiskās pārvaldes pārstāvji**: Publiskās pārvaldes pārstāvjiem ir izšķiroša loma politikas, noteikumu un stratēģiju veidošanā. To iekļaušana fokusa grupās nodrošina pētniecības juridisko, ētisko un normatīvo aspektu ievērošanu. Tie piedāvā ieskatu valdības un pārvaldes prioritātēs, resursu piešķiršanā un lēmumu pieņemšanas procesos. Viņu līdzdalība veicina dialogu starp pētniekiem un politikas veidotājiem, veicinot pētniecības rezultātu saskaņošanu ar sabiedrības vajadzībām un politikas mērķiem.

**Sabiedrības pārstāvji**: Sabiedrības pārstāvji ietver iedzīvotājus, NVO, kopienas un citas ieinteresētās personas, kuras ietekmē ar sekundārās veselības aprūpi saistīto jautājumu pētniecība un inovācija. Sabiedrības pārstāvju iesaistīšana fokusa grupās ļauj plaši izprast sabiedrības izaicinājumus, vajadzības un vērtības. Viņu dažādās perspektīvas, pieredze un cerības sniedz vērtīgu ieskatu, kas veido pētniecības virzienus, nodrošināt iekļaušanu un veicina atbildīgas inovācijas. Sabiedrības ieinteresēto personu iesaistīšana nozīmīgi uzlabo pētniecības rezultātu leģitimitāti un sociālo akceptēšanu.

Kopumā personalizēti ielūgumu dalībai fokusgrupā tika izsūtīti 46 dalībniekiem, no kuriem piedalījās 22. Fokusgrupa norisinājās 2 stundas un to moderēja Dr. soc. sc. asoc. prof. Inta Mieriņa.

Tika izvirzīti sekojoši sagaidāmie ieguvumi no metodoloģijas aprobācijas, izmantojot fokusgrupu un QH metodisko pieeju:

**Uzlabota** ar sekundāro veselības aprūpes jomu izpēti saistītā **starpdisciplināritāte**: QH pieeja veicina dažādu perspektīvu integrāciju, veicinot starpdisciplināru sadarbību. Akadēmisko aprindu, industrijas, pārvaldības un sabiedrības ieinteresēto personu līdzdalība veicina dažādu zināšanu jomu sintēzi, radot novatoriskus un holistiskus novērtējumus, viedokļus un risinājumus.

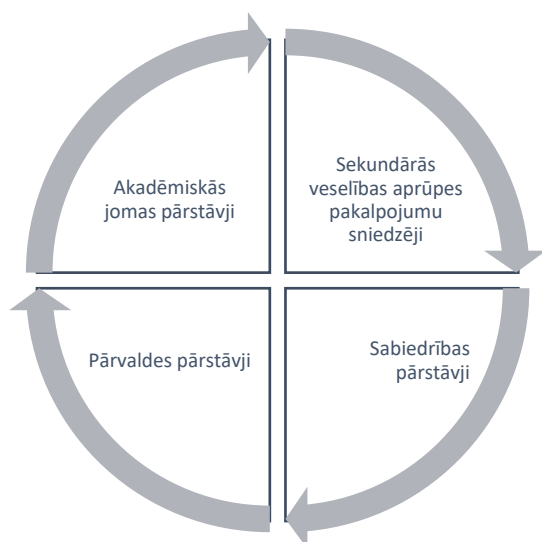
**Palielināta metodoloģijas atbilstība un ietekme**: iesaistot visas četras puses, fokusgrupu diskusijas kļūst kontekstuāli atbilstošākas un pievēršas reālās pasaules vajadzībām un izaicinājumiem. Šī pieeja nodrošina, ka pētniecības rezultātiem ir praktiska ietekme, nodrošinot efektīvu zināšanu nodošanu, tehnoloģiju pārņemšanu un ietekmi uz sabiedrību.

**Ieinteresēto pušu iesaistīšana un koprade**: QH metodiskā pieeja veicina aktīvu ieinteresēto pušu iesaistīšanos un kopradīšanu. Fokusgrupas dalībnieku atlase no katras puses nodrošinās dažādu ieinteresēto personu balsi un ietekmi pētniecības procesā. Šī iekļaujošā pieeja veicina sadarbību, zināšanu apmaiņu un dalītu atbildību par pētniecības rezultātiem.

**Politiskā saskaņošana un nozares profesionāļu akceptēšana**: sabiedrības ieinteresēto personu iekļaušana fokusgrupās atvieglo tālāko lēmumu saskaņošanu. Līdzdalība nodrošina, ka pētniecības rezultāti atbilst sabiedrības vērtībām, turklāt ieinteresēto personu iesaistīšana uzlabo pētniecības pārredzamību, leģitimitāti un sociālo akceptēšanu, veicinot atbildīgas un ilgtspējīgas pētniecības pieejas.

Fokusgrupas dalībnieku atlase, pamatojoties uz QH metodisko pieeju, piedāvā daudzas priekšrocības un zinātnisku pamatojumu. Šī pieeja veicina kolektīvus centienus risināt veselības aprūpes sistēmas kompleksus izaicinājumus, radot inovatīvus metodoloģiskus risinājumus, kas labāk atbilst izvirzītajiem pētījuma izaicinājumiem.

Fokusgrupas ekspertu piedāvājums, atbilstoši QH pieejai atainots attēlā 19.



Att. 19. Pētījuma aprobācijas posmā izmantotā pieeja fokusgrupas ekspertu atlasei.

Detalizēts fokusgrupas ekspertu saraksts un 2 stundu garās diskusijas atšifrējums pieejams Pielikumā 2. Tālāk seko būtiskākās atziņu grupas, kas tika paustas fokusgrupā un kuras tikušas ietvertas uzlabotā metodoloģijā.

### 1. Rindu pārvaldība

FGD dalībnieki uzsvēra, ka ir svarīgi konsultēties ar speciālistiem, lai noteiktu optimālo gaidīšanas laiku rindās. Aptaujās būtu jāiekļauj šīs atziņas, nevis jāizmanto fiksēti gaidīšanas laiki. Atzīstot, ka rindām ir dažādi iemesli, piemēram, speciālistu un pacientu apmeklējumu ilgums, tiks veicināta precīzāka datu vākšana.

### 2. Speciālistu pieejamība un telemedicīna

Ir ļoti svarīgi risināt jautājumu par speciālistu pieejamības svārstībām un pacientu izpratnes trūkumu par to, kur savlaicīgi atrast ārstu. Telemedicīnas, jo īpaši telefonkonsultāciju, iekļaušana būtu jāuzskata par būtisku mūsdienu SAVA aprūpes pakalpojumu sastāvdaļu.

### 3. Uz pacientu vērsta pieeja

Atzīstot, ka pacientu viedokļi ir subjektīvi, dalībnieki uzsvēra, ka veselības aprūpes pakalpojumu novērtēšanā un uzlabošanā ir svarīgi ņemt vērā pacientu atsauksmes un apmierinātību. Pacienta pieredzei būtu jābūt galvenajam apsvērumam, uzlabojot sistēmu. FGD tika pārrunāts pacienta pieredzes novērtējuma komponentes īpatsvars kopējā metodoloģijas ietvarā.

### 4. Dzīvesvietas un pakalpojumu novērtēšana

Dalībnieki uzsvēra, ka iedzīvotāju anketās ir svarīgi ņemt vērā faktisko dzīvesvietu, nevis deklarēto dzīvesvietu. Turklāt pakalpojumu saņēmēju un viņu apmierinātības novērtējums būtu jāveic salīdzinoši, kas ļautu veikt niansētāku analīzi.

### 5. Mājas pakalpojumu un ģimenes ārstu iekļaušana

Eksperti ieteica aptaujā iekļaut arī pakalpojumus mājās, piemēram, aprūpes un rehabilitācijas pakalpojumus. Turklāt būtu skaidri jānošķir speciālisti un pakalpojumi, un ģimenes ārsti būtu jānorāda atsevišķi.

### 6. SAVA sistēmas un valsts kvotu novērtējums

FGD dalībnieki uzsvēra, ka ļoti svarīgi ir novērtēt, kā pacienti uztver SAVA sistēmu un tās ietekmi uz ģimenes ārstiem. Pētījuma procesā būtu jāiekļauj izpratne par aparatūras pieejamību un maksas un valsts apmaksāto pakalpojumu ietekmi.

## 7. Pakalpojumu pieaugušajiem un bērniem diferencēšana

Ņemot vērā atšķirīgo speciālistu pieejamību pieaugušajiem un bērniem, būtu jāprecizē, no kāda vecuma personas tiek iekļautas pētījumā. Specialitātes, kurās ir atsevišķi speciālisti bērniem un pieaugušajiem, būtu jāizpēta atsevišķi.

## 8. Reģionālie salīdzinājumi

FGD eksperti ierosināja novērot un salīdzināt dažādus reģionus, jo tajos nonāk visvairāk pacientu. Reģionālās statistikas analīze var sniegt vērtīgu ieskatu sistēmas uzlabošanai.

## 9. Jautājumi pacientiem

Papildus jautājumiem būtu jānorāda, cik dažādās rindās pacienti stāv pie viena un tā paša speciālista un kur viņi meklēja informāciju par speciālista apmeklējumu.

## 10. Privāto prakšu un universitātes slimnīcu iekļaušana

Lai gan fokusa grupas dalībnieku viedokļi par privāto prakšu iekļaušanu izlasē dalījās, tomēr, lai nodrošinātu visaptverošu datu atspoguļojumu, organizāciju un Delfu aptaujās būtu jāiekļauj universitātes slimnīcas un iestādes no visiem reģioniem.

Fokusgrupā eksperti sniedza vērtīgus ieteikumus metodoloģijas uzlabošanai. Ekspertu sniegtie ieteikumi izgaismoja plaša spektra aspektus, kuriem jāpievērš uzmanība, lai nodrošinātu precīzāku datu vākšanu un labāku pakalpojumu sniegšanu. Ekspertu sniegtie ierosinājumi **ir tikuši ieviesti metodoloģijā un tai saistītās anketās**, lai īstenojot šos ieteikumus, pētījums atspoguļotu maksimāli objektīvu ainu un to atziņu rezultātā, būtu iespējams pilnveidot uz pacientiem arvien vairāk vērstu, efektīvāku un iekļaujošāku sekundārās ambulatorās veselības aprūpes sistēmu, kas atbilstu visu indivīdu vajadzībām un kur galvenā uzmanība pievēršama pacientam.

Fokusgrupas ieteikumu rezultātā **tika veikti uzlabojumi organizāciju, iedzīvotāju un Delfu aptaujas formātos**. Papildus, atsevišķi tika veikta iedzīvotāju anketas kognitīvais tests, jo fokusgrupā iedzīvotāju viedoklis tika pārstāvēts caur pacientu atbalsta organizācijām un pētījuma autori uzskata par svarīgu iegūt aprobācijas novērtējumu tieši no iedzīvotājiem. Tālāk nākamajā sadaļā aprakstīta iedzīvotāju anketas aprobācijas – kognitīvā testa, pieeja un iegūtie rezultāti.

## 5.2. Iedzīvotāju anketas aprobācija

Aptaujas anketas testēšanas galvenais mērķis bija novērtēt tās uztveres vieglumu un saprotamību, lai veiktu iespējamus uzlabojumus pirms tās ieviešanas pilnā apjomā. Papildus anketas jautājumiem, izmantojot zondējošos kognitīvā testa jautājumus, pētnieku mērķis bija maksimāli izvairīties no pieņēmumiem un iegūt vispusīgāku izpratni par respondentu viedokļiem, attieksmi un uzvedību.

Aptaujas anketas testēšana tika veikta no 14. jūlija līdz 19. jūlijam 2023. gadā. Anketu aplūkoja 111 indivīds, testēšanas procesā piedalījās 43 respondenti, pārstāvot daudzveidīgu Latvijas iedzīvotāju loku – 2/4 pārstāvēja Rīgu, 1/4 Pierīgu un 1/4 pārējos Latvijas reģionus. No 43 respondentiem 24 personas aizpildīja visu testa anketu. Vidējais anketas aizpildīšanas ilgums bija 25 minūtes. Anketā bija ietverti 55 jautājumi. 67% respondentu bija sievietes, 17% - vīrieši, pārējie nevēlējās norādīt dzimumu. 82% respondentu bija ar augstāko izglītību, 9% ar vidējo un 9% ar pamata izglītību.

Atbildot uz jautājumu, ko saprotat, kas domāts ar "veselības aprūpes pakalpojumiem, ko sniedz speciālists, un kas nav saistīti ar ārstēšanos slimnīcā" un "kādi pakalpojumi Jums nāk prātā", respondenti parādīja atšķirīgu izpratni par "veselības aprūpes pakalpojumiem, ko sniedz speciālists un kas nav saistīti ar ārstēšanos slimnīcā". Lielākā daļa dalībnieku jautājumu interpretēja kā tādu, kas attiecas uz ambulatorajiem pakalpojumiem, jo īpaši tiem, kurus sniedz medicīnas speciālisti ārpus slimnīcas. Atbildes aptvēra plašu medicīnas specialitāšu un

diagnostikas procedūru klāstu. Daži respondenti sīkāk paskaidroja šajā kategorijā ietvertu pakalpojumu apjomu. Biežāk minētie pakalpojumi:

- Ambulatorās konsultācijas ar medicīnas speciālistiem, tostarp ginekologiem, kardiologiem, pulmonologiem, dermatologiem, oftalmologiem, endokrinologiem utt.
- Diagnostikas procedūras, piemēram, rentgens, ultrasonogrāfija (USG), magnētiskā rezonanse (MR), elektrokardiogramma (EKG) u. c.
- Vakcinācija un imunizācija.
- Zobārstu sniegtie zobārstniecības pakalpojumi.
- Nelielas manipulācijas, brūču pārsiešana, ērču noņemšana utt.

Vairāki respondenti šo kategoriju saistīja ar jebkuru ārsta apmeklējumu, tostarp ģimenes ārstu un ārstu-speciālistu. Daži precizēja, ka pakalpojumi galvenokārt ietvēra diagnostikas procedūras, bet varēja ietvert arī nelielas ambulatoras manipulācijas. Vairāki respondenti lūdza precizēt, vai šajā kategorijā iekļauj ģimenes ārstu apmeklējumus vai jebkuru ambulatoro iestāžu apmeklējumus, piemēram, ērču noņemšanas nolūkā. Daži respondenti minēja pakalpojumus, ko sniedz gan privātās, gan valsts medicīnas iestādēs, piemēram, poliklīnikās un slimnīcās. Daži respondenti sniedza medicīnas specialitāšu un izmeklējumu sarakstu bez sīkāka paskaidrojuma un daži dalībnieki pauda neskaidrības vai neskaidrības par jautājuma nozīmi.

Atbildes liecina, ka termins "speciālista sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi, kas nav saistīti ar ārstēšanos slimnīcā" galvenokārt attiecas uz ambulatorajiem pakalpojumiem, ko piedāvā dažādu jomu medicīnas speciālisti. Aptaujas respondenti minēja plašu specialitāšu un diagnostikas procedūru klāstu, tādējādi uzsverot šajā kategorijā ietilpstošo pakalpojumu daudzveidību. Tomēr daži dalībnieki lūdza papildu skaidrību par konkrētiem iekļaušanas gadījumiem. Pamatojoties uz saņemtajām atsauksmēm lietderīgi aptaujā sniegt detalizētāku skaidrojumu par pakalpojumu klāstu. Šāds skaidrojums palīdzētu respondentiem sniegt precīzākas un izsmeļošākas atbildes, nodrošinot aptaujas efektivitāti un uzticamību.

Respondenti sniedza skaidras interpretācijas par terminu "ārsts-speciālists" un to, ko tas ietver. Kopumā tika panākta vienprātība, ka ārsts-speciālists ir medicīnas darbinieks ar speciālām zināšanām konkrētā jomā, kas atšķir viņu no ģimenes ārsta. Atbildēs tika uzsvērtas dažādas medicīnas specialitātes un prakses jomas.

Biežāk minētās specialitātes:

- Ginekologs
- Oftalmologs (acu ārsts)
- Endokrinologs
- Kardiologs
- Radiologs
- Alergologs
- Zobārsts
- Hepatologs
- Ortopēds
- Dzemdību speciālists
- Asinsvadu ķirurgs
- Dermatologs
- Pediatrs

Respondentiem ārsti-speciālisti asociējas ar medicīnas speciālistiem, kuriem ir specializētas zināšanas un prasmes konkrētās medicīnas jomās. Daži respondenti pauda neskaidrības vai lūdza papildu skaidrojumu par to, vai ģimenes ārsti ir uzskatāmi par ārstiem-speciālistiem. Secināms, ka atbildes liecina, ka ārsti-speciālisti ir skaidri saprotami kā medicīnas profesionāļi, kuri specializējas konkrētās medicīnas jomās, piedāvājot specializētas zināšanas un prasmes. Biežāk minētās specialitātes testa anektā ir ir ginekoloģija, oftalmoloģija, endokrinoloģija un kardioloģija.

Lai nodrošinātu konsekvenci un novērstu neskaidrības, varētu būt lietderīgi aptaujā skaidri norādīt, ka ģimenes ārsti vai ģimenes ārsti nav uzskatāmi par ārstiem-speciālistiem. Turklāt, sniedzot īsu skaidrojumu aptaujas sākumā, var palīdzēt respondentiem, kuri, iespējams, mazāk pārzina medicīnas terminoloģiju, nodrošinot precīzāku un vispusīgāku termina izpratni.

Respondenti dažādi interpretēja terminu "veselības aprūpes speciālists" un to, ko tas ietver. Daži dalībnieki piedāvāja detalizētas definīcijas, pamatojoties uz profesionālajiem līgumiem un konkrētiem pienākumiem, bet citi šo terminu uztvēra kā vispārīgāku, kas aptver dažādus medicīnas darbiniekus un speciālistus.

Biezāk minētās definīcijas:

- Veselības aprūpes speciālists, ar kuru ir noslēgts līgums par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu pacientam, kas saistīts ar kādu specialitāti vai disciplīnu.
- Veselības aprūpes darbinieks ar atbilstošu izglītību/profesionālo apmācību, kam ir tiesības sniegt veselības aprūpes pakalpojumus konkrētā jomā.
- Persona, kurai ir piekļuve speciālām diagnostikas iekārtām un/vai speciālām zināšanām.
- Plašāks jēdziens, kas var ietvert ne tikai ārstus-speciālistus, bet arī fizioterapeitus, uztura speciālistus un citus.
- Ārstniecības iestādes darbinieki, tostarp ārsti-speciālisti un medicīnas māsas.
- Personāls, kas palīdz ārstiem vai pilda viņu norādījumus pacientu aprūpē, piemēram, vakcīnu ievadīšana, brūču pārsiešana utt.

Termins "veselības aprūpes speciālists" bieži tika uzskatīts par plašāku jēdzienu nekā "ārsts-speciālists", ietverot dažādus medicīnas speciālistus un personālu, ne vienmēr tikai ārstus. Termina aptverošais raksturs izraisīja jautājumus par to, vai tas attiecas arī uz rehabilitācijas speciālistiem, piemēram, fizioterapeitiem, kuri nav ārsti.

Secināms, ka atbildes liecina, ka termins "veselības aprūpes speciālists" respondentiem nozīmē dažādas nozīmes. Kamēr daži dalībnieki to tieši asociēja ar ārstiem un konkrētām medicīnas specialitātēm, citi to uztvēra kā plašāku kategoriju, kas, iespējams, ietver māsas, ārsta palīgus, fizioterapeitus un citus medicīnas speciālistus. Lai nodrošinātu skaidrību un konsekvenci datu vākšanā, anketā lietderīgi sniegt konkrētāku termina "veselības aprūpes speciālists" definīciju vai skaidrojumu. Tas palīdzētu respondentiem izprast termina darbības jomu un sniegt precīzākas un mērķtiecīgākas atbildes.

Respondenti dažādi interpretēja terminu "ambulatorie veselības aprūpes speciālistu pakalpojumi". Lielākā daļa dalībnieku asociēja šo terminu ar medicīnas pakalpojumiem, kas tiek sniegti ārpus stacionārās slimnīcas telpām. Atbildes aptvēra dažādas medicīniskās procedūras un specialitātes, ko piedāvā ambulatorās iestādēs, piemēram, poliklīnikās, veselības centros un ārstu praksēs.

Biezāk minētās definīcijas:

- Speciālistu pakalpojumi, kas pieejami poliklīnikās vai ambulatorās medicīnas iestādēs.
- Veselības aprūpes pakalpojumi, kas tiek sniegti ārpus stacionārās stacionārās aprūpes.
- Ambulatori veikti medicīniskie izmeklējumi, konsultācijas un manipulācijas.
- Pakalpojumi, ko ārsti un speciālisti, tostarp ģimenes ārsti, piedāvā ambulatorās iestādēs.
- Pakalpojumi, ko sniedz ārsti, medicīnas māsas un citi medicīnas speciālisti poliklīnikās un veselības centros.

Respondenti minēja dažādas medicīniskās procedūras, izmeklējumus un ārstēšanu, ko piedāvā ambulatori, piemēram, acu operācijas, zobārstniecības pakalpojumus, vakcīnāciju un nelielu traumu vai saaukstēšanās ārstēšanu. Termins "ambulatoro veselības aprūpes speciālistu pakalpojumi" bieži tika saistīts ar konsultācijām un izmeklējumiem, kas tiek veikti ārpus slimnīcām. Daži respondenti uzskatīja, ka jautājums ir vienkāršs un pašsaprotams, bet citi nesniedza īpašus komentārus. Daži dalībnieki pieminēja ilgo gaidīšanas laiku uz noteiktiem pakalpojumiem, kas tiek finansēti no valsts līdzekļiem.

Secināms, ka atbildes liecina, ka "ambulatorie veselības aprūpes speciālistu pakalpojumi" kopumā tiek uztverti kā medicīniskie pakalpojumi, kas tiek sniegti ārpus stacionārās stacionārās aprūpes. Šie pakalpojumi ir pieejami ambulatorās iestādēs, piemēram, poliklīnikās, veselības centros un ārstu praksēs. Šis termins ietver plašu



pakalpojumu klāstu, piemēram, konsultācijas, izmeklējumus, ārstēšanu un medicīniskās manipulācijas. Lai nodrošinātu skaidrību datu vākšanā, novērojams, ka termins "ambulatorie veselības aprūpes speciālistu pakalpojumi" ir labi saprotams lielākajai daļai respondentu.

No testa anketas izlases grupas 58% bija izmantojuši privāti apmaksājamus pakalpojumus, savukārt 42% - valsts apmaksātus.

Aptaujātie respondenti sniedza izsmeļošu skaidrojumu par jēdzieniem "valsts apmaksāts" un "privāti apmaksāts". Lielākā daļa dalībnieku ar jēdzienu "valsts apmaksāts" saprot to, ka pakalpojumu sedz valsts, bieži vien ar nelielu pacienta līdzmaksājumu. Savukārt "privāti apmaksāts" tika uztverts kā pakalpojums, ko sedz pacients no saviem līdzekļiem vai ar privātām veselības apdrošināšanas polisēm.

Biežāk minētās definīcijas:

- "Valsts apmaksāts": Valsts apmaksāti pakalpojumi, bieži vien ar obligātu pacienta līdzmaksājumu.
- "Privāti apmaksāts": Pakalpojumi, ko sedz pacients vai viņa veselības apdrošināšana, ko nefinansē valsts.
- Daži respondenti ierosināja papildu kategorijas, piemēram, apdrošināšanas sabiedrību vai darba devēja apmaksāti veselības apdrošināšanas pakalpojumi.

Daži respondenti pauda bažas par jautājuma skaidrību, jo līdzmaksājumi un apdrošināšanas segums var radīt neskaidrības kategorizēšanā. Daži dalībnieki ierosināja iekļaut atsevišķu kategoriju pakalpojumiem, ko sedz apdrošināšanas polises. Citi uzsvēra atšķirību starp pakalpojumiem ar dažādu valsts seguma līmeni un pacienta līdzmaksājumu.

Secināms, ka atbildes liecina par skaidru izpratni par "valsts apmaksātiem" un "privāti apmaksātiem" pakalpojumiem. Respondenti parasti asociēja "valsts apmaksātus" pakalpojumus ar valsts apmaksātiem pakalpojumiem, bet "privāti apmaksāti" - ar pakalpojumiem, kurus finansē paši pacienti vai privātā apdrošināšana.

Lai uzlabotu datu vākšanas skaidrību, anketā varētu apsvērt iespēju iekļaut papildu kategorijas, lai atspoguļotu līdzmaksājuma un apdrošināšanas seguma nianšes. Turklāt varētu sniegt konkrētus skaidrojumus vai piemērus, lai izvairītos no iespējamās neskaidrības un nodrošinātu konsekventas atbildes.

Respondenti sniedza vērtīgu ieskatu par iemesliem, kāpēc viņi nav izvēlējušies apmeklēt valsts apmaksātu ārstu-speciālistu un tā vietā izvēlējušies privāti apmaksātus speciālistu pakalpojumus. Lielākā daļa dalībnieku minēja dažādus faktoros, un visizplatītākais iemesls bija ilga gaidīšanas laiks uz vizīti pie valsts apmaksātiem speciālistiem.

Biežāk sastopamie iemesli, kādēļ izvēlas privāti apmaksātus speciālistu pakalpojumus:

1. Ilgs gaidīšanas laiks. Visbiežākais iemesls, kādēļ tika izvēlēti privāti apmaksāti pakalpojumi, bija pārāk ilga gaidīšanas laiks pie valsts apmaksātiem speciālistiem. Dalībnieki izteica vēlmi pēc ātrākas piekļuves aprūpei.
2. Konkrēts speciālists nav pieejams. Vairāki respondenti minēja, ka viņi vēlas apmeklēt konkrētu speciālistu, kurš ir pieejams tikai par maksu, norādot, ka daži speciālisti var praktizēt tikai privātās iestādēs.
3. Pakalpojumu kvalitāte. Daži respondenti norādīja, ka izvēlas privāti apmaksātus pakalpojumus, lai saņemtu kvalitatīvāku aprūpi, norādot, ka viņi uzskata, ka privātie pakalpojumi sniedzēji piedāvā labākus pakalpojumus vai iespējas.
4. Tuvums un ērtības. Dalībnieki minēja, ka privāti apmaksāti speciālisti ir tuvāk viņu dzīvesvietai vai ir vieglāk pieejami, tādējādi tie ir ērtāka izvēle.
5. Informācijas trūkums. Daži respondenti atzina, ka nezina, kur saņemt pakalpojumu ar valsts līdzfinansējumu, norādot uz iespējamu informētības vai informācijas trūkumu par valsts apmaksātu speciālistu iespējām.

6. Neapmierinātība ar valsts apmaksātiem speciālistiem. Daži dalībnieki pauda neapmierinātību ar valsts apmaksāto speciālistu attieksmi, kas ietekmēja viņu lēmumu meklēt privātu aprūpi.

Neliela daļa respondentu norādīja citus neprecizētus iemeslus, kādēļ izvēlējušies privāti apmaksātus speciālistu pakalpojumus. Atbildes liecina par vairākiem faktoriem, kas ietekmē lēmumu izvēlēties privāti apmaksātus, nevis valsts apmaksātus speciālistu pakalpojumus. Kā visnopietnākais iemesls dažām bija ilgs gaidīšanas laiks uz vizīti pie valsts apmaksātiem speciālistiem, kas daudziem respondentiem lika meklēt ātrāku piekļuvi aprūpei pie privātiem pakalpojumu sniedzējiem.

Respondenti sniedza papildu ieskatu par iemesliem, kāpēc viņi neizvēlējās apmeklēt valsts apmaksātu ārstu-speciālistu, izņemot sākotnējos atbilžu variantos. Vairāki dalībnieki uzsvēra svarīgus faktorus, kas ietekmēja viņu lēmumu pieņemšanas procesu. Izplatīti papildu iemesli, kāpēc neizvēlēties valsts apmaksātus ārstus speciālistus:

1. Negatīvā pagātnes pieredze. Daži respondenti izteica negatīvu pieredzi konkrētās medicīnas iestādēs, tostarp nolaidības vai neapmierinošas komunikācijas gadījumus. Šīs pagātnes pieredzes dēļ viņi izvēlējās meklēt aprūpi pie privātiem pakalpojumu sniedzējiem vai ilgāk gaidīt pakalpojumus citur.
2. Apdrošināšanas segums. Daži dalībnieki minēja, ka viņiem ir apdrošināšanas segums, kas daļēji vai pilnībā sedza viņu vizīti pie speciālista, padarot izmaksas mazākas.
3. Apdrošināšanas polise. Daži respondenti norādīja, ka viņiem ir apdrošināšanas polise, kas, iespējams, ietekmēja viņu lēmumu izvēlēties konkrētu medicīnisko pakalpojumu.
4. Uzskats par ilgāku gaidīšanas laiku. Vairāki dalībnieki uztvēra ilgāku gaidīšanas laiku uz valsts apmaksātiem pakalpojumiem, kas lika viņiem meklēt alternatīvas, lai ātrāk piekļūtu aprūpei.

Daži respondenti īpaši komentēja anketas formulējumu, norādot, ka, ja opcija "cits" būtu pieejama, viņi, iespējams, būtu snieguši detalizētākus iemeslus. Papildu atbildes sniedz vērtīgu ieskatu faktorus, kas ietekmē pacientu lēmumus, izvēloties starp valsts apmaksātiem un privāti apmaksātiem speciālistu pakalpojumiem. Negatīva pagātnes pieredze ar konkrētām ārstniecības iestādēm, apdrošināšanas segums un garāks gaidīšanas laiks uz valsts apmaksātiem pakalpojumiem ir būtiski apsvērumi pacientiem, kuri meklē aprūpi.

Respondenti sniedza ieskatu par savu pieredzi, meklējot palīdzību vai konsultāciju pie speciālista pēdējo 12 mēnešu laikā. Lielākā daļa dalībnieku (71,4%) atbildēja "Nē", norādot, ka viņi nav saskārušies ar situācijām, kad būtu nepieciešams apmeklēt speciālistu, bet tas nav noticis. Tomēr ievērojama daļa respondentu (28,6%) atbildēja "Jā", kas liecina, ka dažas personas ir saskārušās ar apstākļiem, kad viņiem bija nepieciešama speciālista palīdzība, bet viņi to nav meklējuši.

Respondenti sniedza paskaidrojumus par konkrētajām situācijām, ar kurām viņi saskārās, kuru dēļ viņi neapmeklēja speciālistu. Šīs situācijas bija dažādas, un dalībnieki uzsvēra dažādus faktorus, kas ietekmēja viņu lēmumus. Iemesli, kādēļ neapmeklēt speciālistu tika minēti sekojoši:

1. Pašārstēšanās. Daži respondenti norādīja, ka dod priekšroku pašārstēšanās vai bezrecepšu medikamentu lietošanai nelielu veselības problēmu gadījumā, īpaši, ja problēmas neuztver kā nopietnas.
2. Grūtības piekļūt speciālistiem. Vairāki dalībnieki minēja problēmas, meklējot pieejamos speciālistus vai medicīnas iestādes konkrētiem stāvokļiem, kas varētu būt šķērslis savlaicīgai palīdzības meklēšanai.
3. Nenožīmīgums. Daži respondenti norādīja, ka nav apmeklējušas speciālistu, ja uzskatīja, ka viņu veselības problēmas nav pietiekami nozīmīgas, lai būtu nepieciešama speciālista uzmanība.

4. Konfidencialitāte un privātums. Daži respondenti izvēlējās neatklāt konkrētas situācijas, iespējams, bažījās par privātumu vai personisku iemeslu dēļ.

5. Situāciju neesamība. Daži dalībnieki ziņoja, ka pēdējo 12 mēnešu laikā nav saskārušies ar situācijām, kurās būtu nepieciešams apmeklēt speciālistu.

Atbildes liecina, ka indivīdu lēmumi apmeklēt vai neapmeklēt speciālistu ir atkarīgi no dažādiem faktoriem, tostarp nosūtījumu pieejamības, medicīnisko vajadzību steidzamības, speciālistu pieejamības un uztveres par veselības problēmu nopietnību. Lai gan daži dalībnieki meklēja savlaicīgas speciālistu konsultācijas par konkrētiem veselības stāvokļiem, citi paļāvās uz pašārstēšanos vai bezrecepšu līdzekļiem nelielu problēmu gadījumā.

Tādējādi viena no pētījuma hipotēzēm šajā kontekstā iezīmējas, ka lai uzlabotu SAVA veselības aprūpes pieejamību un novērstu iespējamus šķēršļus, rekomendējams veicināt izpratni par to, kad nepieciešams meklēt speciālistu aprūpi.

Respondenti sniedza ieskatu par to, cik vietās viņi vienlaikus pieteicās uz vienu un to pašu izmeklējumu. Puse daļa dalībnieku (52,2%) norādīja, ka pieteikušies tikai vienā vietā un gandrīz tikpat liela daļa aptaujāto (47,8%) norādīja, ka piesakās pakalpojumam vairākās vietās vienlaikus. Neliela daļa dalībnieku (8,7%) pauda neskaidrību vai daļēju skaidrību par jautājuma nozīmi.

Respondenti sniedza ieskatu par attālumu, kādu viņi būtu gatavi mērot no savas dzīvesvietas, lai saņemtu SAVA pakalpojumu. Atbildes norāda uz dažādām pieejām, un respondenti norāda dažādus attālumus, kurus viņi uzskatītu par pieņemamiem.

Visbiežākā atbilde (33,33%) norāda, ka respondenti būtu gatavi veikt pārbaudi no 11 līdz 50 kilometriem. Otrā izplatītākā atbilde (29,2%) norādīja, ka respondenti būtu gatavi izmeklējuma veikšanai mērot līdz 10 kilometriem no savas dzīvesvietas. Mazāka respondentu apakškopa (12,50%) norādīja 51 līdz 100 kilometriem. 12,5% respondentu norādīja, ka būtu gatavi izmeklējuma veikšanai braukt vairāk nekā 100 kilometrus. Daļai dalībnieku (12,5%) uz jautājumu bija grūti atbildēt, norādot uz zināmu nenoteiktību vai sarežģītību, nosakot atbilstošu SAVA pakalpojuma sniegšanas attālumu.

Lai gan ievērojams skaits dalībnieku bija gatavi ceļot līdz 10 kilometriem vai no 11 līdz 50 kilometriem, bija arī respondenti, kuri bija gatavi apsvērt garākus attālumus, piemēram, 51 līdz 100 kilometrus vai pat vairāk nekā 100 kilometrus. Tas identificē pētījuma hipotēzi, ka lai uzlabotu SAVA pieejamību un pielāgotos pacientu vēlmēm, nepieciešams izskatīt iespēju sadarboties ar esošajām iestādēm jomās un vietās, kur pieprasījums pēc noteiktiem izmeklējumiem ir zems.

Respondenti sniedza arī informāciju par ārstniecības iestādēm, kurās saņēma SAVA pakalpojumu. Atbildes norāda uz daudzveidīgu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju loku, ko indivīdi izmantoja izmeklējumiem, parādot pacientiem pieejamās iespējas Latvijā.

Visizplatītākā atbilde (31%) norādīja, ka personas veikušas izmeklējumus iestādēs, kas piedāvā plašu veselības aprūpes pakalpojumu spektru, piemēram, Veselības centrs 4, MDF u.c. Ievērojama daļa respondentu (19,1%) apmeklēja lielas (universitātes) slimnīcas, piemēram, RAKUS, PSKUS vai BKUS, lai veiktu izmeklējumus. Ievērojams skaits respondentu (14,3%) izmeklējumu veikšanai izmantoja privātprakses, kas piedāvā specializētu aprūpi un personalizētus pakalpojumus. Daži respondenti (11,9%) apmeklēja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus, kas koncentrējas uz konkrētu slimību ārstēšanu, uzsverot specializētās aprūpes nozīmi noteiktos stāvokļos. Mazāka dalībnieku apakškopa (7,14%) ziņoja, ka ir veikuši izmeklējumus specializētās slimnīcās, piemēram, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā vai NRC "Vaivari". Dažas personas (4,76%) norādīja, ka viņiem ir veiktas pārbaudes reģionālajās slimnīcās, piemēram, Daugavpils reģionālajā slimnīcā, u.c.

Tikai 2,38 % respondentu sniedza atbildes, kas neatbilst iepriekš definētajām kategorijām. Anketu atbildes parāda daudzveidīgo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ainavu Latvijā un to, ka klasifikācija ir atbilstoša. Pacientiem ir pieejamas dažādas iespējas, tostarp plaša spektra veselības aprūpes centri, universitātes slimnīcas, privātprakses un specializēti veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji. Šī daudzveidība nodrošina, ka personas var meklēt SAVA pakalpojumus iestādēs, kas atbilst viņu īpašajām vajadzībām un veselības stāvoklim.

Respondenti sniedza arī atsauksmes par jautājumu, kas saistīts ar izpratni par ārsta speciālista apmeklējuma iemeslu un mērķi. Atbildes liecina, ka lielākajai daļai dalībnieku kopumā ir skaidra izpratne par mērķi, un tikai neliels skaits to uzskata par daļēji skaidru vai meklē papildu skaidrojumu. Lielākā daļa dalībnieku (96%) norādīja, ka viņiem ir skaidra izpratne (pilnīga vai daļēji skaidra) par ārsta speciālista apmeklējuma iemeslu un mērķi, kas liecina, ka anketa šajā ziņā ir labi saprotama.

Respondenti sniedza arī atsauksmes par izpratni par procesu un darbību secību, kas nepieciešama, lai apmeklētu SAVA speciālistu. Lielākā daļa dalībnieku norādīja, ka šoli viņiem bija skaidri, bet neliela daļa uzskatīja, ka apgalvojums ir daļēji skaidrs vai nebija pārliecināts par procesu.

Lielākā daļa dalībnieku (84%) norādīja, ka viņiem ir skaidra izpratne par procesu un darbību secību, kas nepieciešama, lai apmeklētu speciālistu. Tomēr neliela daļa (16 %) uzskatīja, ka tas ir daļēji skaidrs vai nebija pārliecināts par iesaistītajām darbībām.

1. Jā, Pilna izpratne: Lielākais respondentu skaits (21 no 25) norādīja, ka viņiem ir skaidra izpratne par to, kas jā dara un kādā secībā jāveic darbības, lai apmeklētu speciālistu.

2. Daļēji skaidrs: divi dalībnieki (8%) uzskatīja, ka apgalvojums ir daļēji skaidrs, norādot uz zināmu izpratnes līmeni, bet, iespējams, nepieciešams papildu skaidrojums vai informācija.

3. Nē: divas personas (8%) atbildēja negatīvi, liekot domāt, ka viņiem nav skaidras izpratnes par speciālista apmeklēšanas procesu.

Aptaujas rezultāti liecina, ka lielākajai daļai respondentu bija skaidra izpratne par procesu un darbību secību, kas nepieciešama, lai apmeklētu speciālistu. Tas norāda, ka anketa vairumam dalībnieku efektīvi sniedza un sniegs nepieciešamo informāciju.

Tomēr neliels respondentu īpatsvars, kuriem apgalvojums šķita daļēji skaidrs vai atbildēja negatīvi, liecina par varbūtēju nepieciešamību pēc papildu precizējumiem vai informācijas par šoliem, kas jāveic, apmeklējot SAVA speciālistu. Tas ieskicē hipotēzi, ka lai uzlabotu pacientu pieredzi un nodrošinātu netraucētu piekļuvi speciālistu aprūpei, var būt nepieciešams apsvērt iespēju nodrošināt papildu resursus vai paskaidrojumus, lai precizētu pieņemšanas grafiku, nosūtījumu saņemšanu un orientēšanos SAVA sistēmā.

Respondenti sniedza atsauksmes par saņemtās informācijas skaidrību par vizīti pie speciālista, tostarp informāciju par nepieciešamajiem dokumentiem, atrašanās vietu un pakalpojumu izmaksām. Pārliecinošs vairākums dalībnieku (87%) norādīja, ka saņemtā informācija par vizīti pie speciālista bija saprotama. Tomēr neliela daļa (13%) uzskatīja, ka tas ir daļēji skaidrs vai atbildēja negatīvi, norādot, ka skaidras un visaptverošas informācijas sniegšanā varētu būt iespējami uzlabojumi.

Atbildes uz informācijas izpratni par speciālista vizīti:

1. Jā, Pilna izpratne: Lielākajai daļai respondentu (20 no 23) sniegtā informācija par vizīti pie speciālista šķita saprotama.

2. Daļēji skaidra: vienam dalībniekam (4%) informācija šķita daļēji skaidra, kas liecina, ka viņiem, iespējams, bija zināma izpratne, taču bija nepieciešams papildu skaidrojums.

3. Nē: divas personas (9%) atbildēja noraidoši, norādot, ka viņiem informācija par vizīti pie speciālista nav skaidra.

Respondenti sniedza atsauksmes par sniegtās informācijas skaidrību par rindas kārtību uz pieņemšanu pie speciālista. Pārliecinošs vairākums dalībnieku (79%) norādīja, ka ir sniegta skaidra informācija par rindas kārtību uz pieņemšanu pie speciālista. Tomēr neliela daļa (21%) uzskatīja, ka tas ir daļēji skaidrs vai atbildēja negatīvi, norādot, ka varētu būt uzlabojumi pārredzamākas un saprotamākas informācijas sniegšanā.

1. Jā, Pilnīga izpratne: Lielākajai daļai respondentu (19 no 24) informācija par rindas kārtību uz pieņemšanu pie speciālista šķita skaidra.

2. Daļēji skaidra: Divi dalībnieki (8%) uzskatīja, ka informācija ir daļēji skaidra, kas liecina, ka viņiem, iespējams, bija zināma izpratne, taču bija nepieciešams papildu skaidrojums.

3. Nē: divas personas (8%) atbildēja noraidoši, norādot, ka viņiem informācija par rindas kārtību nav skaidra.

4. Lūdzu, komentējiet: Viens dalībnieks (4%) lūdza papildu paskaidrojumus vai papildu komentārus par apgalvojumu, iespējams, norādot uz neskaidrību vai neskaidrību.

Aptaujas rezultāti liecina, ka lielākajai daļai respondentu informācija par rindas kārtību uz pieņemšanu pie speciālista ir bijusi skaidra. Tas liecina, ka komunikācija ir bijusi efektīva, nodrošinot pārskatāmu un saprotamu informāciju lielākajai daļai personu par viņu stāvokli speciālistu pieņemšanas rindā.

Tomēr nelielais respondentu īpatsvars, kuriem informācija šķita daļēji skaidra vai atbildēja negatīvi, liecina par nepieciešamību veikt uzlabojumus informācijas paziņošanā par rindas kārtību. Hipotēze norāda, ka var būt nepieciešams apsvērt iespēju sniegt detalizētākus un lietotājam draudzīgākus skaidrojumus par rindas norisi, gaidīšanas laikiem un jebkuriem faktoriem, kas var ietekmēt tikšanās grafiku.

Atbildot uz jautājumu "Speciālists saprotami izskaidroja, kādi tālāki izmeklējumi varētu būt nepieciešami vai kādas tālākas darbības ir veicamas" 91% atbildēja apstiprinoši un nav identificēts neviens komentārs par neskaidrību, kas liecina, ka jautājums ir saprotams.

Tāpat 92% respondentu bija apstiprinoša atbilde jautājumam "Speciālists saprotami izskaidroja, kādi tālāki izmeklējumi varētu būt nepieciešami vai kādas tālākas darbības ir veicamas", un neviens komentārs par neskaidrību, kas liecina, ka jautājums ir saprotams.

88% sniedz negatīvu atbildi jautājumam "Es saskāros ar nevienlīdzīgu, diskriminējošu attieksmi, mēģinot tikt pie speciālista" un nesniedz komentāru, ka apgalvojums nebūtu saprotams.

Respondenti sniedza atsauksmes par to, vai speciālists ir ņēmis vērā un respektējis viņu fiziskās spējas, finansiālās iespējas, reliģisko pārliecību un citas vajadzības. Lielākā daļa dalībnieku (52%) norādīja, ka speciālists ir ņēmis vērā un respektējis viņu fiziskās spējas, finansiālās iespējas, reliģisko pārliecību un citas vajadzības. Tomēr ievērojamai daļai (43%) apgalvojums šķita daļēji skaidrs vai arī pieprasīja papildu skaidrojumu, norādot, ka var būt iespējami uzlabojumi, lai nodrošinātu pacientu vajadzību labāku izpratni un risināšanu speciālistu konsultāciju laikā. Atbildes iedalījās sekojoši:

1. Jā, pilnīga uzmanība un respekts: 12 respondenti (52%) uzskatīja, ka speciālists konsultācijas laikā ņēma vērā un respektēja viņu fiziskās spējas, finansiālās iespējas, reliģisko pārliecību un citas vajadzības.

2. Daļēji skaidrs: trīs dalībnieki (13%) uzskatīja, ka apgalvojums ir daļēji skaidrs, kas liecina, ka viņi, iespējams, ir pieredzējuši savu vajadzību apsvēršanu, bet, iespējams, varēja uzlabot vai uzlabot izpratni.

3. Septiņas personas (30%) lūdza papildu paskaidrojumus vai papildu komentārus par apgalvojumu, norādot, ka viņiem nav skaidrības vai neskaidrības par to, vai speciālists ir pilnībā ņēmis vērā un ievērojis viņu vajadzības.

4. Nē: viens dalībnieks (4%) atbildēja noraidoši, norādot, ka speciālists konsultācijas laikā nav ņēmis vērā un nerespektējis viņu vajadzības.

Respondentu minētie komentāri par jautājumu ir sekojoši:

- *Jautājums it kā ir skaidrs, bet ne līdz galam saprotu, kāpēc tiek izcelta tieši reliģiskā pārliecība.*
- *Diezgan daudz kategorijas saliktas vienā maisā. Ja uz reliģisko pārliecību varētu atbildēt ar jā, tad piemēram, finansiālās iespējas nē- tāpat jāmaksā par pakalpojumu- var, vai nevar atļauties.*
- *Šis jautājums apmeklējumā laikā nebija aktuāls.*
- *Kas šeit ir domāts ar reliģisko pārliecību, vai tā ir aktuāla, izņemot atsevišķus gadījumus pieņemot lēmumu par veselības aprūpes pakalpojumu.*

Aptaujas rezultāti liecina, ka lielākā daļa aptaujāto uzskatīja, ka jautājums ir saprotams, Tas liecina arī par pozitīvu pacientu pieredzi ar SAVA speciālistiem, kuri konsultāciju laikā aktīvi ņem vērā individuālās prasības. Tomēr ievērojamā daļa respondentu, kuriem apgalvojums bija daļēji skaidrs vai kuri pieprasīja papildu skaidrojumus, liecina, ka varētu būt iespējas uzlabot uz pacientu vērstu aprūpi.

Vizītes laikā tika nodrošināts privātums (nepiederošas personas nedzird sarunas, neredz ārsta veiktās darbības, nodrošināta norobežota vieta, kur pārģērbties) norāda 83% respondentu, savukārt 8,3% norāda, ka daļēji un 8,3% norāda, ka privātums netika ievērots. Netiek sniegti komentāri, ka apgalvojums nebūtu saprotams.

Respondenti sniedza viedokli par savu uzticības līmeni iestādes centieniem aizsargāt pacientu personas datus. Lielākā daļa dalībnieku (65%) norādīja, **ka ir pārliecināti, ka iestāde rūpējas par pacientu personas datu aizsardzību**. Tomēr ievērojama daļa (37 %) uzskatīja, ka apgalvojums ir daļēji skaidrs, vai arī pieprasīja papildu skaidrojumu, kas liecina, ka attiecībā uz datu aizsardzības praksi varētu būt zināma neskaidrība vai skaidrības trūkums.

Iestādes atbildes uz datu aizsardzības garantiju:

1. Jā, pilnīga pārliecība: 17 respondenti (65%) pauda pārliecību par iestādes centieniem aizsargāt pacientu personas datus, norādot, ka viņi uzskata, ka iestāde veic atbilstošus pasākumus, lai aizsargātu sensitīvu informāciju.
2. Daļēji skaidrs: divi dalībnieki (8 %) uzskatīja, ka apgalvojums ir daļēji skaidrs, kas liecina, ka viņiem varētu būt zināma uzticēšanās datu aizsardzības praksei, taču varētu būt iespējami uzlabojumi skaidrības vai saziņas ziņā.
3. Nē: trīs respondenti (12%) atbildēja noraidoši, norādot, ka viņiem trūkst pārliecības par iestādes spēju adekvāti aizsargāt pacientu personas datus.

Četras personas (15%) lūdza sniegt papildu paskaidrojumus vai papildu komentārus par apgalvojumu, norādot, ka viņiem ir neskaidrības vai nepieciešama papildu informācija par iestādes datu aizsardzības pasākumiem. Respondentu komentāri:

- *Pietrūkst atbildes - "nezinu" vai "grūti pateikt" (arī dažos no iepriekšējiem jautājumiem) , jo es nevaru novērtēt vai un cik lielā mērā iestāde rūpējas.*
- *It kā saprotams jautājums, tikai nav skaidrs, kā cilvēks varētu būt par to pārliecināts (tas jau drīzāk tāds uzticēšanās jautājums.)*
- *Man tā visa datu aizsardzība šķiet pārspīlēta.*

Aptaujas rezultāti liecina, ka lielākā daļa respondentu pauda pārliecību par iestādes datu aizsardzības praksi, kas liecina par pozitīvu uztveri par iestādes apņemšanos nodrošināt pacientu informāciju. Tas ir pozitīvs rādītājs pacientu uzticībai iestādes datu apstrādes kārtībai. Tomēr to respondentu īpatsvars, kuriem apgalvojums šķita

daļēji skaidrs vai kuri pieprasīja papildu skaidrojumu, liecina, ka varētu būt iespējas uzlabot caurskatāmību un saziņu par datu aizsardzības pasākumiem. Skaidrākas informācijas sniegšana par datu drošības protokoliem un pacientu pārliecināšana par pasākumiem, kas veikti, lai aizsargātu viņu personisko informāciju, var vēl vairāk stiprināt viņu uzticību iestādei. Kā arī nepieciešams papildināt atbilžu variantus ar "grūti pateikt" pozīciju.

Dalībnieki sniedza atsauksmes par savu pieredzi ar pieņemšanas laikiem un speciālistu gaidīšanu. Lielākā daļa dalībnieku (60%) ziņoja, ka speciālists viņus pieņēmis precīzi noteiktajā pieņemšanas laikā bez ilgas kavēšanās un rindām, norādot, ka viņiem ir pozitīva pieredze ar savlaicīgu pieņemšanu. Tomēr ievērojamai daļai (36%) apgalvojums šķita daļēji skaidrs vai arī pauda neapmierinātību, jo īpaši neskaidrības dēļ, kā nokļūt pie speciālista. Atbildes ietvēra:

1. Jā, savlaicīga pieņemšana: 15 respondenti (60%) ziņoja, ka speciālists viņus pieņēma noteiktajā laikā bez ilgas kavēšanās vai rindām, norādot, ka viņiem bijusi pozitīva pieredze ar operatīvu pieņemšanu.
2. Daļēji skaidrs: seši dalībnieki (24%) uzskatīja, ka apgalvojums ir daļēji skaidrs, kas liecina, ka viņi, iespējams, ir piedzīvojuši zināmu kavēšanos vai neskaidrības tikšanās laikā, taču pieredze nebija pārsvarā negatīva.
3. Nē: trīs personas (12 %) izteica neapmierinātību, norādot, ka viņu tikšanās laikā ir bijuši kavējumi vai ilgs gaidīšanas laiks, kā rezultātā pieredze bija neapmierinoša.

Viens respondents (4%) lūdza papildu skaidrojumu, īpaši norādot, ka viņiem nav skaidrs, kā nokļūt pie speciālista. Tas liecina par skaidrības vai informācijas trūkumu par vizītes pie speciālista saņemšanas procesu. Šis komentārs liek domāt, ka var rasties problēmas ar saziņu vai norādījumiem pacientiem par vizīšu pieteikšanu un piekļūšanu speciālistiem.

Aptaujas rezultāti liecina, ka lielākajai daļai respondentu bijusi pozitīva pieredze ar savlaicīgu pieņemšanu, kas liecina, ka iestāde ir veiksmīgi kārtojusi speciālistu pieņemšanas grafikus. Taču to respondentu atsauksmes, kuriem apgalvojums šķita daļēji skaidrs vai kuri izteica neapmierinātību, liecina, ka varētu būt vēl jomas, kurās būtu jāuzlabo. Tas iezīmē pētījuma vēl vienu hipotēzi, ka iestāde var risināt respondentu paustās bažas, uzlabojot saziņu un norādījumus par tikšanās ar speciālistiem procesu. Skaidri norādījumi par to, kā ielānot tikšanās, kurp doties un ko sagaidīt, var palīdzēt pacientiem efektīvāk orientēties SAVA procesā un samazināt apjukumu vai kavēšanos. Turklāt iestādei var būt izdevīgi pārskatīt savu tikšanās vadības sistēmu un racionalizēt procesus, lai samazinātu gaidīšanas laiku un uzlabotu vispārējo pacientu pieredzi. Risinot šos jautājumus un sniedzot pacientiem skaidrāku informāciju, iestāde var uzlabot pacientu apmierinātību un nodrošināt, ka tikšanās pie speciālistiem ir efektīva un ātra.

Lai gan ievērojams skaits respondentu ziņoja, ka viņiem ir iespēja pieteikties vizītei sev pieņemamā laikā, bija arī tādi, kuriem apgalvojums šķita daļēji skaidrs vai arī izteica neapmierinātību, jo īpaši ilgā gaidīšanas laika un neskaidrības par pieraksta procesu. Lielākā daļa respondentu (45,8%) norādīja, ka viņiem bija iespēja pierakstīties vizītei sev pieņemamā laikā, norādot, ka viņiem ir pozitīva pieredze ar tikšanās plānošanu. Tomēr ievērojamai daļai (45,8%) apgalvojums šķita daļēji skaidrs vai arī pauda neapmierinātību, jo īpaši ilgā gaidīšanas laika un neskaidrības par pieņemšanas procesu.

Atbildes uz tikšanās plānošanu bija sekojošas:

1. Jā, iespēja reģistrēties: 11 respondenti (45,8%) ziņoja, ka viņiem ir bijusi iespēja pierakstīties vizītei viņiem pieņemamā laikā, kas liecina par pozitīvu pieredzi, plānojot tikšanās.
2. Daļēji skaidrs: septiņi dalībnieki (29,2%) uzskatīja, ka apgalvojums ir daļēji skaidrs, kas liecina, ka viņiem, iespējams, bija dažas tikšanās laiku iespējas, taču varēja būt ierobežojumi vai neskaidrības.
3. Divi respondenti (8,3%) pieprasīja papildu skaidrojumu, īpaši minot neskaidrības par to, kur un kādā secībā reģistrēties. Tas norāda uz skaidrības vai norādījumu trūkumu tikšanās plānošanas procesā.

4. Nē: četras personas (16,67%) pauda neapmierinātību, ziņojot, ka bija jāgaida ilgāks laiks (vairāk nekā 2 mēneši), lai tiktu pie konkrēta speciālista, kas viņiem nebija pieņemams.

Viens respondents uzsvēra, ka pie konkrēta speciālista bija jāgaida vairāk nekā 2 mēneši, kas ietekmēja viņu apmierinātību ar pieņemšanas procesu. Cits respondents minēja, ka viņiem nav skaidrs, kur un kādā secībā pieteikties vizītei, norādot uz nepieciešamību pēc skaidrākiem norādījumiem par tikšanās plānošanas procesu.

Aptaujas rezultāti liecina, ka ievērojamam skaitam respondentu bijusi pozitīva pieredze, plānojot tikšanās viņiem pieņemamā laikā. Taču to respondentu atsauksmes, kuriem apgalvojums šķita daļēji skaidrs vai kuri izteica neapmierinātību, liecina, ka varētu būt vēl jomas, kurās būtu jāuzlabo.

Tas ieskicē iespējamu nepieciešamību risināt respondentu paustās bažas, sniedzot skaidrāku informāciju un norādījumus par tikšanās plānošanas procesu. Skaidri norādījumi par to, kā un kur pieteikties vizītei, kā arī paredzamie gaidīšanas laiki pie konkrētiem speciālistiem, var palīdzēt pacientiem efektīvāk orientēties procesā un mazināt apjukumu vai neapmierinātību. Papildus var apsvērt pasākumus, lai samazinātu gaidīšanas laiku uz pieņemšanu, īpaši pie konkrētiem speciālistiem ar gariem gaidīšanas sarakstiem. Tas var uzlabot pacientu apmierinātību un nodrošināt, ka pacienti var savlaicīgi saņemt nepieciešamo aprūpi. Risinot šos jautājumus un sniedzot labāku atbalstu un informāciju pacientiem, iestāde var uzlabot pacientu apmierinātību ar tikšanās plānošanas procesu un vispārējo veselības aprūpes pieredzi.

Dalībnieki sniedza atsauksmes par pieņemšanas laiku pieejamību iestādē, īpaši vakaros un brīvdienās. Atbildes bija dažādas, daži respondenti atzina pieņemšanas laiku pieejamību šajos periodos, savukārt citi nebija pārliecināti vai ziņoja, ka šādas pieejamības nav. Jautājuma mērķis bija novērtēt, vai iestādē ir pieejami pieņemšanas laiki vakaros un brīvdienās. Atbildes sniedza ieskatu iestādes centienos pielāgot pacientu grafikus nestandarta stundās. Tika saņemtas sekojošas atbildes par pieņemšanas laiku pieejamību vakaros un brīvdienās:

1. Nē: deviņi respondenti (37,5%) norādīja, ka iestādē nav pieejami pieņemšanas laiki vakaros un brīvdienās.
2. Nezinu, neievēroju: astoņi dalībnieki (33,3%) nebija pārliecināti vai neievēroja, vai iestādē ir pieejami pieņemšanas laiki vakaros un brīvdienās. Tas varētu liecināt par informētības vai informācijas trūkumu par iestādes darba laiku šajos periodos.
3. Jā: piecas personas (20,8%) atzina, ka iestādē ir pieejami pieņemšanas laiki vakaros un brīvdienās. Tas norāda, ka iestāde šajos periodos piedāvā pagarinātu darba laiku vai pakalpojumus.
4. Daļēji: divi respondenti (8,3%) sniedza daļēju atbildi, kas liecina par zināmu nenoteiktību vai ierobežotu informētību par pieņemšanas laiku pieejamību nestandarta stundās.

Viens respondents komentāros apstiprināja, ka iestādē tiešām ir pieejami pieņemšanas laiki vakaros un brīvdienās, apstiprinot, ka iestāde pacientus izmitina nestandarta stundās.

Aptaujas rezultāti liecina, ka pieņemšanas laiku pieejamība vakaros un svētku dienās respondentu vidū ir atšķirīga. Lai gan daži dalībnieki atzina, ka iestāde šajos periodos piedāvāja pagarinātas stundas vai pakalpojumus, citi nebija pārliecināti, un ievērojams skaits respondentu ziņoja par šādas pieejamības trūkumu.

Tas ieskicē vēl vienu hipotētisko pētījuma aspektu, ka lai risinātu to respondentu bažas, kuri ziņoja par pieejamo pieņemšanas laiku trūkumu nestandarta stundās, SAVA iestādes varētu apsvērt iespēju paplašināt savu darba laiku, lai pielāgotos pacientu vajadzībām. Vakara un brīvdienas tikšanās var būt noderīga pacientiem, kuriem parastajā darba laikā var būt darbs vai citas saistības. Kā arī skaidra paziņošana par darba laiku, tostarp vakaru un brīvdienas pieejamību, var uzlabot pacientu informētību un nodrošināt, ka pacienti ir labi informēti par iestādes pakalpojumiem. Izvērtējot un potenciāli uzlabojot pieņemšanas laiku pieejamību vakaros un brīvdienās,



iestāde var uzlabot pacientu piekļuvi SAVA un palielināt vispārējo pacientu apmierinātību ar sniegtajiem pakalpojumiem.

Respondenti sniedza atsauksmes par to, vai speciālistam vizītes laikā bija pieejams nepieciešamais medicīniskais aprīkojums. Lielākā daļa aptaujāto norādīja, ka speciālistam bija pieejams nepieciešamais medicīnas aprīkojums. Tomēr respondentu vidū šajā jautājumā bija dažas neskaidrības. Atbildes sniedza ieskatu par konsultāciju laikā izmantotā medicīniskā aprīkojuma pieejamību un atbilstību. Tika iegūtas sekojošas atbildes par speciālista piekļuvi nepieciešamajam medicīniskajam aprīkojumam:

1. Jā: 21 respondents (84,0%) apstiprināja, ka speciālistam vizīšu laikā bija pieejams nepieciešamais medicīniskais aprīkojums. Tas liecina, ka lielākā daļa pacientu ir saņēmuši konsultācijas, kur bija viegli pieejams nepieciešamais medicīniskais aprīkojums.

2. Nē: Viens respondents (4,0%) ziņoja, ka speciālistam vizītes laikā nebija pieejams nepieciešamais medicīniskais aprīkojums. Tas liecina, ka šajā konkrētajā gadījumā medicīniskā aprīkojuma varētu būt trūkumi vai tā nebija pieejama.

3. Daļēji: divi respondenti (8,00%) sniedza daļēju atbildi, kas liecina par zināmu neskaidrību vai ierobežotu izpratni par to, vai speciālistam bija pieejams viss nepieciešamais medicīnas aprīkojums.

Viens respondents norādīja, ka nezinātu, vai speciālistam ir pieejams nepieciešamais medicīniskais aprīkojums, norādot uz nenoteiktības lauku no pacienta puses.

Rezultāti norāda, ka SAVA iestādes kopumā nodrošina atbilstošu medicīnisko aprīkojumu, lai palīdzētu speciālistiem sniegt kvalitatīvu aprūpi pacientiem. Atbilde ar daļēju nenoteiktību liecina, ka daži pacienti varētu nebūt pilnībā informēti par viņu apmeklējumu laikā pieejamo medicīnisko aprīkojumu, kas, iespējams, norāda uz nepieciešamību pēc labākas komunikācijas attiecībā uz konsultāciju laikā izmantotajiem resursiem un instrumentiem.

Dalībnieki sniedza atsauksmes par to, vai viņu vizīšu laikā izmantotais medicīnas aprīkojums radīja mūsdienīgu iespaidu. Vairums aptaujāto norādīja, ka medicīnas iekārtas rada mūsdienīgu iespaidu. Tomēr respondentu vidū bija dažas neskaidrības par termina "medicīniskais aprīkojums" interpretāciju. Jautājuma mērķis bija novērtēt, vai pacientu vizīšu laikā izmantotā medicīniskā iekārta rada mūsdienīgu iespaidu. Termins "medicīnas aprīkojums" ietver dažādus rīkus un ierīces, ko izmanto veselības aprūpes speciālisti, lai diagnosticētu, ārstētu un uzraudzītu pacientus. Iegūtās atbildes uz mūsdienu iespaidu par medicīnas aprīkojumu:

1. Jā: Deviņpadsmit respondenti (79,2%) apstiprināja, ka viņu vizīšu laikā izmantotā medicīniskā iekārta radīja mūsdienīgu iespaidu. Tas liecina, ka lielākā daļa pacientu uztvēra aprīkojumu kā modernu un atbilstošu mūsdienu standartiem.

2. Nē: Viens dalībnieks (4,2%) ziņoja, ka izmantotais medicīnas aprīkojums neradīja mūsdienīgu iespaidu. Tas norāda, ka konkrētajā gadījumā iekārta varētu būt uztverta kā novecojusi vai neatbilst mūsdienu standartiem.

3. Daļēji: divi respondenti (8,33%) sniedza daļēju atbildi, paužot zināmu neskaidrību vai neskaidrību jēdziena "medicīnas aprīkojums" interpretācijā un to, kā tas ir saistīts ar mūsdienu iespaida radīšanu.

Divi respondenti (8,33%) izteica bažas par termina "medicīnas aprīkojums" skaidrību un grūtībām interpretēt, kas ir "moderns". Viņi uzsvēra plašo medicīniskā aprīkojuma klāstu, sākot no pamata instrumentiem, piemēram, termometriem un asinsspiediena mērītājiem, līdz progresīvām ierīcēm, piemēram, magnētiskās rezonanses attēlveidošanas iekārtām. Iekārtu modernitāte var būt subjektīva un atkarīga no individuālās uztveres.

Vairums aptaujāto vizīšu laikā izmantoto medicīnisko aprīkojumu uztvēra kā mūsdienīgu, kas liecina, ka SAVA iestādēs, iespējams, tiek uzturēts mūsdienīgs un tehnoloģiski moderns aprīkojums. Atbilde ar daļēju

nenoteiktību liecina, ka termins "medicīnas aprīkojums" un tā saistība ar modernitāti starp respondentiem var atšķirties, uzsverot skaidras komunikācijas nozīmi aptaujas jautājumos. Ir svarīgi atzīt, ka modernitātes uztvere var būt subjektīva un indivīdiem var būt dažādas cerības, pamatojoties uz viņu pieredzi un zināšanām. Tādējādi turpmākajās aptaujās var būt noderīgi sniegt papildu kontekstu vai piemērus, lai nodrošinātu skaidrāku jautājuma izpratni. Kopumā lielākās daļas dalībnieku pozitīvās atbildes par moderno iespaidu par medicīnas iekārtām liecina par pozitīvu pacientu pieredzi ar veselības aprūpes iestādes aprīkojumu un tehnoloģijām.

Atbildot uz jautājumu "Iestādes darbinieki pret mani izturējās profesionāli, ar cieņu", 92% sniedz apstiprinošu atbildi un tika saņemti viens komentārs: "Darbinieki un / vai speciālisti? Vai te domās personāls plašā nozīmē vai tikai ārsti?". Tas liecina, ka nepieciešams jautājumu precizēt norādot, ka atbilde attiecināma pret visu iestādes personālu.

Atbildot uz jautājumu "Sniegtais pakalpojums atbilda tam, ko sagaidīju", 88% sniedz apstiprinošu atbildi un netika saņemti komentāri, kas liecina, ka jautājums ir saprotams.

Jautājuma "Sniegtais izvērtējums nebija pretrunā iepriekš veiktajiem izvērtējumiem" mērķis bija bez pretrunām izvērtēt, vai dotais ārsta speciālista vērtējuma vērtējums saskan ar iepriekšējiem vērtējumiem. Atbildes liecina, ka lielākā daļa dalībnieku saprata jautājumu, taču bija dažas neskaidrības un ierosinājumi precizēšanai. Atbildes uz novērtējuma konsekvenci:

1. Jā: Sešpadsmit respondenti (69,57%) apstiprināja, ka sniegtais vērtējums nav pretrunā ar iepriekšējiem vērtējumiem. Tas liecina, ka lielākā daļa pacientu saņēma konsekventus novērtējumus, kas saskanēja ar iepriekšējo medicīnisko informāciju.
2. Nē: divi dalībnieki (8,70%) ziņoja, ka dotais vērtējums ir pretrunā iepriekšējiem vērtējumiem. Tas norāda, ka šajos gadījumos ārsta speciālista vērtējums atšķīrās no iepriekšējiem novērtējumiem vai diagnozēm.
3. Daļēji: neviens respondents nesniedza daļēju atbildi, norādot, ka viņi saprata jautājumu bez jebkādam neskaidrībām.

Pieci respondenti (21,74%) izteica dažādas bažas vai ierosinājumus par jautājuma formulējumu un skaidrību. Daži respondenti uzdeva jautājumus par terminu "vērtēšana" un to, vai tas attiecas uz diagnozi vai citu medicīnisku informāciju. Citi minēja, ka uz šo jautājumu varētu būt grūti atbildēt, ja nebūtu iepriekšējo novērtējumu, ar ko salīdzināt. Turklāt daži respondenti ieteica lietot skaidrāku valodu, piemēram, vārdu "nav pretrunā" aizstāt ar "saskaņots ar" vai "atbilst".

Atbildot uz jautājumu "Speciālists bija pietiekami iepazinies ar manu slimības vēsturi", 62% sniedz apstiprinošu atbildi, 29,2% sniedz atbildi, ka daļēji, un 8,3% norāda, ka speciālists nebija iepazinies ar slimības vēsturi. Netika saņemti komentāri, kas liecina, ka jautājums ir saprotams.

Atbildot uz jautājumu "Speciālists skaidri izskaidroja veicamās procedūras un prasīja atļauju to veikšanai", 78,3% sniedz apstiprinošu atbildi, 13% sniedz atbildi, ka daļēji, un 9% norāda, ka speciālists skaidri neizskaidroja veicamās procedūras un neprasīja atļauju to veikšanai. Netika saņemti komentāri, kas liecina, ka jautājums ir saprotams.

Atbildot uz jautājumu "Ārsts uzklausa arī manas bažas un viedokli", 91% sniedz apstiprinošu atbildi, 9% sniedz noliedzošu atbildi. Netika saņemti komentāri, kas liecina, ka jautājums ir saprotams.

Atbildot uz jautājumu "Speciālista man veltītais laiks bija pietiekošs, lai bez steigas veiktu visas nepieciešamās darbības", 83% sniedz apstiprinošu atbildi, 4% sniedz noliedzošu atbildi, 13% atbild "daļēji". Netika saņemti komentāri, kas liecina, ka jautājums ir saprotams.

Jautājuma "Ārstniecības iestādē ir vides pieejamība (uzbrauktuves, utt.)" mērķis bija novērtēt medicīnas iestādes vides pieejamību, īpaši attiecībā uz rampu vai citu elementu esamību, kas atvieglo piekļuvi personām ar pārvietošanās problēmām. Atbildes liecina, ka lielākā daļa dalībnieku saprata jautājumu, taču bija dažas neskaidrības un ieteikumi uzlabojumiem. Atbildes uz vides pieejamību:

1. Jā: septiņpadsmit respondenti (68,0%) apstiprināja, ka medicīnas iestādei ir vides pieejamība, tostarp tādas funkcijas kā rampas. Tas liecina, ka lielākā daļa dalībnieku uztvēra objektu kā piemērotu personām ar mobilitātes problēmām.

2. Nē: divi dalībnieki (8,0 %) ziņoja, ka medicīnas iestādei nav vides pieejamības elementu. Tas norāda, ka šie respondenti ievēroja rampas vai citas iespējas neesamību, lai palīdzētu personām ar kustību traucējumiem.

3. Daļēji: trīs respondenti (12,0%) izvēlējās "daļēji", norādot uz zināmu nenoteiktību vai uzmanības trūkumu attiecībā uz vides pieejamības pazīmju esamību. Daži respondenti ierosināja, ka "daļēji" varētu aizstāt ar "nezinu" vai piedāvātu kā papildu iespēju, lai risinātu gadījumus, kad respondenti nebija pārliecināti vai nepievērsa uzmanību šādām iezīmēm.

Trīs respondenti (12,0 %) sniedza komentārus, paužot neskaidrības vai ierosinot uzlabot jautājumu. Viens respondents minēja, ka viņi nemeklē vides pieejamības funkcijas, savukārt citi ieteica uzlabot atbildes iespējas, iekļaujot "nezinu", lai labāk atspoguļotu neskaidros vai neuzmanīgos respondentus.

Pamatojoties uz saņemtajām atsauksmēm, viens no iespējamiem uzlabojumiem ir pievienot "nezinu" kā papildu atbildes iespēju, lai ļautu respondentiem atzīt savu neskaidrību par vides pieejamības elementu esamību. Tādā veidā aptauja var precīzāk uztvert atbildes pat no personām, kuras, iespējams, apmeklējuma laikā nav pievērsušas īpašu uzmanību šādām funkcijām.

Pievienojot "nezinu" kā atbildes opciju, var palīdzēt atbildēt respondentiem, kuri apmeklējuma laikā nebija pārliecināti vai nepievērsa uzmanību šādām funkcijām. Tas var nodrošināt visaptverošāku un precīzāku medicīnas iestādes vides pieejamības novērtējumu. Turpmākajās aptaujās atbildes iespēju precizēšana un skaidru norādījumu sniegšana var uzlabot par šo tēmu savāktu datu precizitāti un lietderību.

Jautājuma "Speciālists neprasija personas informāciju, kas nav tieši saistīta ar apmeklējuma iemeslu" mērķis bija novērtēt, vai speciālists atturējās pieprasīt personas informāciju, kas nav tieši saistīta ar vizītes mērķi. Lai gan lielākā daļa respondentu saprata jautājumu, bija dažas neskaidrības un tika pieprasīti paskaidrojumi.

1. Jā: Septiņpadsmit respondenti (70,8%) apstiprināja, ka speciālists neprasija personas informāciju, kas nav saistīta ar vizītes iemeslu. Tas norāda, ka lielākā daļa dalībnieku uzskatīja, ka speciālists ievēro viņu privātumu un koncentrējās tikai uz atbilstošu medicīnisko informāciju.

2. Nē: trīs dalībnieki (12,5%) ziņoja, ka speciālists ir prasījis personas informāciju, kas nav tieši saistīta ar vizītes iemeslu. Tas liecina, ka daži respondenti jutās neērti vai neapmierināti ar speciālista pieprasīto informāciju.

3. Daļēji: divi respondenti (8,3%) atlasīja "daļēji", norādot uz zināmu nenoteiktību vai neskaidrību attiecībā uz to, vai speciālists prasīja neatbilstošu personas informāciju.

Divi respondenti (8,3%) prasīja skaidrojumu par to, ko nozīmē "neprasīt personas informāciju, kas nav tieši saistīta ar apmeklējuma iemeslu". Viņi uzskatīja, ka jautājums ir mulsinošs, un viņi meklēja precīzākus norādījumus par tā nolūku.

Lai novērstu neskaidrības, anketas uzlabošanā varētu sniegt precīzākus norādījumus vai piemērus, lai noskaidrotu jautājuma nozīmi. Piemēram, jautājumu varētu pārfrāzēt, lai skaidri jautātu, vai speciālists atturējās pieprasīt personas informāciju, kas nav saistīta ar pacienta veselības stāvokli vai slimības vēsturi.

Atbildot uz jautājumu "Bija iespējams saņemt informāciju man saprotamā valodā", 96% sniedz apstiprinošu atbildi. Netika saņemti komentāri, kas liecina, ka jautājums ir saprotams.

Jautājuma "Man bija iespēja apmeklēt speciālistu arī bez pieraksta - rindas kārtībā, norādītajos laikos" mērķis bija novērtēt, vai respondentiem bija iespēja apmeklēt speciālistu bez iepriekšēja pieraksta, balstoties uz rindas principu noteiktos laikos. Tomēr saistībā ar šo jautājumu bija dažas problēmas, kas izraisīja dažādas atbildes, tostarp neskaidrības un grūtības sniegt skaidru atbildi.

1. Nē: trīspadsmit respondenti (48,15%) norādīja, ka viņiem nav bijusi iespēja apmeklēt speciālistu bez pieraksta. Tas liecina, ka pēc viņu pieredzes bija nepieciešamas tikšanās un netika pieņemti apmeklējumi.

2. Jā: pieci respondenti (18,52%) atbildēja pozitīvi, norādot, ka viņiem bija iespēja tikt pie speciālista bez pieraksta. Tas liecina, ka daži respondenti vajadzības gadījumā varēja piekļūt ieejas pakalpojumiem.

3. Daļēji: divi respondenti (7,41%) izvēlējās "daļēji", kas liecina par zināmu neskaidrību par to, vai šāda iespēja viņiem ir pieejama vai nē.

Septiņi dalībnieki (25,93%) sniedza komentārus, kuros pauda grūtības atbildēt uz jautājumu. Daži nebija pārliecināti par apmeklējuma apmeklējumu pieejamību, jo nebija izmantojuši šo iespēju vai nezināja par tās esamību. Jautājuma sarežģītība un atbilžu variantu apjoms radīja grūtības sniegt skaidras atbildes. Daži respondenti nebija pazīstami ar apmeklējuma apmeklējumu pieejamību, savukārt citi neapsvēra un neizmantoja šo iespēju.

Lai uzlabotu turpmākās anketas, jautājumu varētu pārskatīt, lai skaidri noskaidrotu, vai dalībnieks kādreiz ir izmantojis vai mēģinājis izmantot bez pieraksta tikšanās medicīnas iestādē. Papildu konteksta vai piemēru sniegšana jautājumā var arī palīdzēt respondentiem labāk izprast šo jēdzienu.

Jautājuma "Pēc vizītes es finansiāli varu atļauties iegādāties visas man nepieciešamās medicīniskās preces (medikamentus, tehniskos palīg līdzekļus, higiēnas preces, papildu aprīkojumu, piemēram, šļirci, katetri utt.)" mērķis bija izvērtēt, vai dalībnieki pēc speciālista apmeklējuma var atļauties iegādāties visas nepieciešamās medicīniskās preces, tai skaitā medikamentus, tehniskos palīg līdzekļus, higiēnas preces un papildu aprīkojumu. Tomēr ar šo jautājumu bija dažas problēmas, kas izraisīja dažādas atbildes un neskaidrības.

1. Jā: Septiņpadsmit respondenti (68,0%) norādīja, ka pēc vizītes var atļauties visas nepieciešamās medicīniskās preces. Tas liecina, ka dalībnieki nav saskārušies ar finansiāliem ierobežojumiem, lai nodrošinātu nepieciešamo ārstēšanas procesu.

1. Daļēji: Četri respondenti (16,00%) norādīja, ka pēc vizītes var tikai daļēji atļauties visas nepieciešamās medicīniskās preces. Tas liecina, ka daži dalībnieki saskārās ar finansiāliem ierobežojumiem tālākās ārstēšanas procesa nodrošināšanai.

2. Nē: divi dalībnieki (8,00%) atbildēja noraidoši, norādot, ka pēc speciālista apmeklējuma nevar atļauties iegādāties visas nepieciešamās medicīniskās preces. Tas norāda, ka dažām personām bija būtiski finansiāli ierobežojumi, kas ietekmēja viņu spēju iegūt nepieciešamās medicīniskās preces.

Divi respondenti (8,00%) meklēja skaidrojumu par terminu "medicīnas preces". Viņi pauda neskaidrību par to, vai zāles būtu jāuzskata par medicīnas piederumiem, vai arī starp tām ir izteikta atšķirība.

Jautājums radīja problēmas skaidrības ziņā, jo īpaši attiecībā uz atšķirību starp "medicīnas piederumiem" un "zālēm". Respondentu nenoteiktība par šo terminoloģiju varēja ietekmēt viņu atbildes. Lai uzlabotu jautājuma skaidrību turpmākajās aptaujās, termini "medicīnas preces" un "zāles" ir skaidri jādefinē vai jānodala, ļaujot

respondentiem sniegt precīzākas un atbilstošākas atbildes. Turklāt jautājumu varētu pārskatīt, lai risinātu visus iespējamus pārpratumus un atsevišķi noskaidrotu medikamentu un citu medicīnisko preču pieejamību.

Jautājuma "Nepieciešamo medikamentu iegāde man nesagādāja raizes" mērķis bija novērtēt, vai dalībnieki saskārās ar bažām vai bažām, iegādājoties nepieciešamos medikamentus. Lai gan lielākā daļa respondentu atbildēja apstiprinoši, daži respondenti uzskatīja, ka jautājums ir neskaidrs, kā rezultātā tika sniegtas daļējas vai neskaidras atbildes.

1. Jā: Sešpadsmit respondenti (64,0%) norādīja, ka nepieciešamo medikamentu iegāde viņiem nesagādāja raizes. Tas norāda, ka lielākā daļa dalībnieku nesaskārās ar būtiskām bažām, iegādājoties medikamentus.

2. Daļēji: Trīs dalībnieki (12,0%) atbildēja daļēji, liekot domāt, ka, iegādājoties nepieciešamos medikamentus, viņiem varētu būt radušās bažas vai bažas. Precīzs viņu bažu raksturs un apjoms viņu atbildēs netika norādīts.

3. Nē: divi respondenti (8,0%) atbildēja noraidoši, norādot, ka, iegādājoties nepieciešamos medikamentus, viņi patiešām saskārušies ar bažām.

Četri dalībnieki (16,0%) meklēja skaidrojumu par terminu "rūpes" saistībā ar zāļu iegādi. Viņi puda neskaidrību par to, uz kādiem konkrētiem aspektiem vai apstākļiem attiecas jautājums. Respondentu nenoteiktība par vārda "rūpes" nozīmi varēja ietekmēt viņu atbildes, kā rezultātā atbildes tika sniegtas daļēji vai neskaidras.

Lai uzlabotu skaidrību turpmākajās aptaujās, jautājumu varētu pārskatīt, lai sniegtu plašāku kontekstu un norādītu iespējamās bažas, ar kurām dalībnieki varētu saskarties, iegādājoties zāles. Turklāt skaidri norādījumi par paredzēto "bažu" apjomu šajā kontekstā palīdzētu nodrošināt, ka respondentu atbildes atbilst aptaujas mērķiem.

Jautājuma "Pakalpojums tika sniegts bez aizķeršanās, plūstoši" mērķis bija izvērtēt dalībnieku pieredzi ar sniegtā pakalpojuma vienmērīgumu un efektivitāti. Lielākā daļa aptaujāto (79,2%) norādīja, ka pakalpojums patiešām tika sniegts nevainojami, kas liecina par pozitīvu pieredzi. Tomēr daži dalībnieki uzskatīja, ka jautājums ir neskaidrs, kā rezultātā radās jautājumi par vārda "plūstoši" nozīmi veselības aprūpes pakalpojumu kontekstā.

1. Jā: Deviņpadsmit dalībnieki (79,2%) atbildēja pozitīvi, norādot, ka viņi uztver pakalpojumu kā raitu un efektīvu. Tas liecina, ka lielākajai daļai respondentu ir bijusi pozitīva pieredze ar saņemto veselības aprūpes pakalpojumu.

2. Daļēji: Nevien dalībnieks neatbildēja daļēji, norādot, ka viņi ne pilnībā piekrita, ne nepiekrīt apgalvojumam.

3. Nē: Viens respondents (4,2%) atbildēja noraidoši, liekot domāt, ka viņi neuzskata, ka pakalpojums tiek sniegts vienmērīgi vai efektīvi.

Četri respondenti (16,7 %) meklēja skaidrojumu par "plūstoši" nozīmi veselības aprūpes pakalpojumu kontekstā. Viņi puda neskaidrību par konkrētiem aspektiem vai kritērijiem, kas šajā kontekstā tiek novērtēti ar terminu "plūstoši". Lai gan daži dalībnieki saprata jautājumu un sniedza pozitīvas atbildes, citi uzskatīja, ka tas nav skaidrs un meklēja papildu skaidrojumu.

Lai uzlabotu skaidrību turpmākajās aptaujās, jautājumu varētu pārfrāzēt, lai sniegtu plašāku kontekstu vai precizētu kritērijus, kas definē "bez aizķeršanās" un "plūstoši", piemēram pret "vienmērīgu" un "efektīvu" veselības aprūpes pakalpojumu. To darot, tiks iegūti konsekventāki dati par dalībnieku pieredzi un uztveri par pakalpojumu kvalitāti.

Atbildot uz jautājumu "Man šķita, ka saņemtais pakalpojums bija kvalitatīvs", 92% sniedz apstiprinošu atbildi un saņemts komentārs, ka nepieciešams iekļaut atbildi "Grūti pateikt".

Jautājuma "Cik ātri bija iespējams pierakstīties uz valsts apmaksātā ārsta-speciālista apmeklējumu (pat tad, ja pats izvēlēties vēlāku apmeklējuma laiku)?" mērķis bija novērtēt dalībnieku gaidīšanas laikus, mēģinot pierakstīties pie valsts apmaksāta ārsta-speciālista. Respondenti sniedza dažādas atbildes, norādot uz gaidīšanas laika mainīgumu un iespējamām problēmām, ar kurām jāsastopas, nodrošinot tikšanos.

1. Tūlīt, nav jāgaida: viens respondents (3,7%) ziņoja, ka tika nodrošināta vizīte bez gaidīšanas laika, kas liecina, ka viņiem bija tūlītēja piekļuve nepieciešamajam veselības aprūpes pakalpojumam.

2. Nācās gaidīt mazāk nekā nedēļu: cits respondents (3,7%) minēja, ka vizīti gaidīja mazāk nekā nedēļu, norādot uz salīdzinoši īsu gaidīšanas laiku.

3. Bija jāgaida 7–14 dienas: trīs respondenti (11,1 %) ziņoja, ka vizīti gaidīja no 7 līdz 14 dienām.

4. Bija jāgaida 15-30 dienas: trīs respondenti (11,1%) minēja, ka jāgaida 15 līdz 30 dienas.

5. Nācās gaidīt vairāk nekā 90 dienas: trīs dalībnieki (11,1%) piedzīvoja pagarinātu gaidīšanas laiku virs 90 dienām, pirms tika saņemta valsts apmaksāta ārsta speciālista vizīte.

6. Bija jāgaida 31-60 dienas: četri respondenti (14,8%) norādīja, ka gaidīja 31 līdz 60 dienas.

7. Bija jāgaida 61–90 dienas: pieci respondenti (18,5 %) minēja, ka gaidīja 61–90 dienas, pirms tika nodrošināta vizīte.

Grūti pateikt bija trīs respondentiem (11,1%), kuri uzskatīja, ka ir sarežģīti atcerēties konkrētu gaidīšanas laiku, iespējams, tāpēc, ka bija neskaidrības vai grūtības atcerēties precīzu gaidīšanas laiku.

Daži respondenti pauda neizpratni, atbildot uz jautājumu, jo nebija skaidrības par sniegtā skaidrojuma atbilstību. Citi norādīja, ka jautājums, šķiet, neatbilst viņu konkrētajai pieredzei, vai arī minēja, ka viņiem nav bijušas problēmas ar vizītēm, jo viņi nepieciešamības gadījumā apmeklēja apmaksātus speciālistus.

Jautājuma "Cik ilgs gaidīšanas laiks uz šo pakalpojumu, Jūsaprāt, būtu pieņemams?" mērķis bija noskaidrot dalībnieku viedokļus par pieņemamo gaidīšanas laiku konkrētam SAVA pakalpojumam. Respondenti sniedza dažādas atbildes, atspoguļojot viņu individuālo skatījumu uz to, ko viņi uzskatīja par piemērotu gaidīšanas periodu.

1. 2 - 4 nedēļas: deviņi dalībnieki (29,0%) uzskatīja, ka gaidīšana no 2 līdz 4 nedēļām ir pieņemams pakalpojuma gaidīšanas laiks.
2. Nedēļa: astoņi respondenti (25,8%) uzskatīja, ka attiecīgā pakalpojuma gadījumā būtu pieņemami gaidīt nedēļu.
3. Atkarīgs no pakalpojuma specifikas: seši dalībnieki (19,4%) uzsvēra, ka pieņemamais gaidīšanas laiks būs atkarīgs no nepieciešamā pakalpojuma specifikas un steidzamības.
4. 2 - 4 dienas: trīs respondenti (9,7%) norādīja, ka pakalpojuma saņemšanai būtu pieņemama gaidīšana no 2 līdz 4 dienām.
5. 1 diena: divi respondenti (6,5%) uzskatīja, ka gaidīšana tikai vienu dienu būtu pieņemams attiecīgā pakalpojuma gaidīšanas laiks.
6. Grūti pateikt: vienam dalībniekam (3,23%) bija grūti noteikt konkrētu pieņemamu gaidīšanas laiku, iespējams, neskaidrību vai grūtību dēļ, nosakot precīzu ilgumu.

Divi dalībnieki (6,45%) meklēja skaidrojumu par to, cik grūti atbildēt uz jautājumu un kādi faktori jāņem vērā, nosakot pieņemamo gaidīšanas laiku - pieprasīja paskaidrojumus par grūtībām atbildēt uz jautājumu, norādot,

ka atbildes sniegšanas laikā ir nepieciešams plašāks konteksts vai vadlīnijas. Citi uzsvēra, ka pieņemamais gaidīšanas laiks ir atkarīgs no tādiem faktoriem kā vecums un pārbaudes vai pakalpojuma svarīgums vai steidzamība.

Attiecībā pret anketā minēto apgalvojumu saprotamību, respondentiem tika uzdoti vairāki jautājumi, lūdzot tos novērtēt, cik lielā mērā apgalvojums ir saprotams skalā no 1-5, kur 5 apzīmē, ka apgalvojums nav saprotams. Vidējais novērtējums saprotamībai anketā minētiem apgalvojumiem ir 4,67, kas liecina, ka anketā izteiktie apgalvojumi indivīdiem ir saprotami, un var tikt iekļauti anketā, nešauboties par satura pārpratumiem.

#### Apgalvojuma saprotamība

Question	Count	Score	1	2	3	4	5
Ārstu-speciālistu teiktajam vienmēr var uzticēties.	20	4,85					
Es vienmēr cenšos precīzi ievērot ārsta-speciālista norādījumus.	18	4,89					
Es bieži vien pats/-i meklēju informāciju saistībā ar savu veselības stāvokli.	18	4,83					
Alternatīvās ārstniecības metodes dažkārt ne ar ko nav sliktākas par ārstu-speciālistu ieteikto.	16	4,5					
Speciālists ir ieinteresēts pēc iespējas vairāk nopelnīt, nevis sniegt labāko pakalpojumu.	16	4,81					
Ārstu-speciālistu ieteikumi dažkārt ir tik pretrunīgi, ka nevar saprast, kam ir taisnība un kam nē.	16	4,69					
Latvijas ārstiem ir augsta kvalifikācija un plašas zināšanas.	15	4,67					
Es bieži vien aizeju pie vairākiem speciālistiem, lai pārtiecinātos par diagnozes un rekomendāciju pareizību.	15	4,73					
Ārstiem-speciālistiem Rīgā ir daudz labāka kvalifikācija un iespējas nekā ārstiem citās Latvijas vietās.	15	4,73					
Pie privāti apmaksātiem veselības aprūpes speciālistiem iespējams iegūt augstākas kvalitātes pakalpojumu.	13	4,85					
Es ārstam vienmēr stāstu visu patiesību par savām fiziskajām sajūtām un veselības stāvokli.	13	4,77					
Es bieži apmeklēju valsts apmaksātus speciālistus tikai tādēļ, ka man nepieciešams nosūtījums.	13	4,15					
Grūtību tikt pie speciālista dēļ es dažkārt lietoju "vecos", agrāk izrakstītos recepšu medikamentus vai palūdzu tos draugiem, ģimenes locekļiem.	13	4,31					
Netiekot pie speciālista, es konsultējos par savu problēmu pie aptiekāra.	13	4,46					
Ir bijušas situācijas kad, netiekot laicīgi pie speciālista, ir pasliktinājies mans veselības stāvoklis.	14	4,79					
Es ticu, ka saskaroties ar nepareizu ārstēšanu vai mediķu kļūdām, tās būs iespējams pierādīt un sekos attiecīgas darbības.	14	4,71					
<b>Average</b>		<b>4,67</b>					

Att. 20. Iedzīvotāju aprobācijas anketas novērtējums izlases apgalvojumu saprotamības novērtēšanai, kur atzīme 1 apzīmē, ka apgalvojums pilnīgi nav saprotams un 5- apgalvojums ir pilnīgi saprotams.

Respondentiem atvērto jautājumu un komentāru formā tika lūgts sniegt padziļinātas atsauksmes par anketā minēto apgalvojumu saprotamību un uztveramību. Apkopojot respondentu sniegtās brīvās atbildes tika iegūti sekojoši ieteikumi:

- 1. Skaidrība un formulējums.** Lielākā daļa respondentu uzskatīja, ka apgalvojumi anketā ir skaidri un saprotami. Tomēr viens dalībnieks ierosināja pārfrāzēt apgalvojumu "Es bieži eju pie vairākiem speciālistiem...", lai izteiktu domu par nepieciešamību apmeklēt vairākus speciālistus pareizas diagnostikas un ārstēšanas nolūkos, nevis domāt par biežu speciālistu apmeklēšanu.
- 2. Pārejas.** Viens respondents ieteica sniegt skaidrākas norādes, pārejot uz jautājumu sadaļu par ārstiem speciālistiem. Tas palīdzētu dalībniekiem labāk izprast kontekstu un izvairīties no neskaidrībām.
- 3. Atbilžu neskaidrības.** Dažiem dalībniekiem bija grūti atbildēt uz noteiktiem jautājumiem, ja nebija konkrētu situāciju, uz kurām atsaukties. Viņi ieteica pievienot tādu opciju kā "Tāda situācija nekad nav bijusi", lai sniegtu precīzāku atbildi.
- 4. Atbilžu formāti.** Daži respondenti izteica priekšroku vairāku atbilžu variantiem, nevis atvērtiem jautājumiem, jo tas būtu ērtāk un sniegtu strukturētus datus analīzei.
- 5. Atbilžu subjektivitāte.** Daži respondenti uzsvēra noteiktu jautājumu subjektivitāti, kur personīgie viedokļi vai pieredze varētu ietekmēt atbildes. Viņi norādīja, ka pacienti ne vienmēr var objektīvi novērtēt vai salīdzināt savas zināšanas ar ārstu.
- 6. Īsāki jautājumi.** Daži respondenti novērtēja īsākus un vienkāršākus jautājumus, uzsverot, ka īsāki, kodolīgāki jautājumi, sniedz precīzākas atbildes.

Kopumā respondenti uzskatīja, ka apgalvojumu jautājumu bloks ir skaidrs un saprotams. Uzlabojumu priekšlikumi ietvēra noteiktu apgalvojumu pārfrāzēšanu, skaidrāku pāreju nodrošināšanu un atbilžu variantu atbilžu izmantošanu. Turklāt ir svarīgi ņemt vērā iespējamo atbilžu subjektivitāti un pieļaut iespējas, ka konkrēta situācija konkrētam indivīdam nav piemērojama. Respondenti dod priekšroku īsiem un vienkāršiem jautājumiem, lai uzlabotu aptaujas skaidrību.

Papildus, respondenti tika lūgti arī novērtēt apgalvojumu kontekstā, cik lielā mērā viņi piekrīt vai nepiekrīt konkrētajam apgalvojumam. Tika piedāvāta skala no 1 līdz 5, kur 1 nozīmē, ka respondents pilnīgi nepiekrīt un 5, ka respondents pilnīgi piekrīt apgalvojumam. Lai gan aprobācijas testa anketas izlase nav reprezentatīva, jau sākotnējā stadijā novērojami interesanti secinājumi, kas norāda uz viedokļu dažādību un ļaus Pasūtītājam iegūt svarīgus secinājumus pētījuma rezultātā.



### Piekrītu/ nepiekrītu apgalvojumam

Question	Count	Score	1	2	3	4	5
Ārstu-speciālistu teiktajam vienmēr var uzticēties.	24	3.54					
Es vienmēr cenšos precīzi ievērot ārsta-speciālista norādījumus.	20	3.9					
Es bieži vien pats/-i meklēju informāciju saistībā ar savu veselības stāvokli.	20	3.6					
Alternatīvās ārstniecības metodes dažkārt ne ar ko nav sliktākas par ārstu-speciālistu ieteikto.	18	2.67					
Speciālists ir ieinteresēts pēc iespējas vairāk nopelnīt, nevis sniegt labāko pakalpojumu.	17	2.35					
Ārstu-speciālistu ieteikumi dažkārt ir tik pretrunīgi, ka nevar saprast, kam ir taisnība un kam nē.	17	2.41					
Latvijas ārstiem ir augsta kvalifikācija un plašas zināšanas.	16	3.75					
Es bieži vien aizeju pie vairākiem speciālistiem, lai pārliecinātos par diagnozes un rekomendāciju pareizību.	16	2.25					
Ārstiem-speciālistiem Rīgā ir daudz labāka kvalifikācija un iespējas nekā ārstiem citās Latvijas vietās.	16	3.25					
Pie privāti apmaksātiem veselības aprūpes speciālistiem iespējams iegūt augstākas kvalitātes pakalpojumu.	14	3					
Es ārstam vienmēr stāstu visu patiesību par savām fiziskajām sajūtām un veselības stāvokli.	14	4.43					
Es bieži apmeklēju valsts apmaksātus speciālistus tikai tādēļ, ka man nepieciešams nosūtījums.	14	2.93					
Grūtību tikt pie speciālista dēļ es dažkārt lietoju "vecos", agrāk izrakstītos recepšu medikamentus vai palūdzu tos draugiem, ģimenes locekļiem.	14	1.86					
Netiekot pie speciālista, es konsultējos par savu problēmu pie aptiekāra.	14	2.14					
Ir bijušas situācijas kad, netiekot laicīgi pie speciālista, ir pasliktinājies mans veselības stāvoklis.	14	2.5					
Es ticu, ka saskaroties ar nepareizu ārstēšanu vai medīku kļūdām, tās būs iespējams pierādīt un sekos attiecīgas darbības.	14	2.21					

Att. 21. Iedzīvotāju aprobācijas anketas novērtējums izlases apgalvojumiem piekrišanas/ nepiekrišanas novērtēšanai, kur atzīme 1 apzīmē, ka apgalvojumam respondents pilnībā nepiekrīt un 5- pilnībā piekrīt.

Izlases respondentu atlasē visaugstākais novērtējums ir apgalvojumam "Es ārstam vienmēr stāstu visu patiesību par savām fiziskajām sajūtām un veselības stāvokli", kas norāda uz augstu uzticēšanos SAVA speciālistiem. Taču svarīgi atzīmēt, ka aprobācijas anketas uzdevums bija novērtēt pirmkārt anketas saprotamību un uztveramību, līdz ar to iegūtie saturs secinājumi ir tikai indikatīvi un nav vērtējami kā reprezentatīvas atbildes.

Nobeigumā respondenti tika lūgti sniegt vispārēju vērtējumu un komentārus par anketu. Apkopojot atbildes tika iegūti sekojoši ieteikumi:

- 1. Lielāks fokuss uz niansēm.** Daži respondenti uzskatīja, ka anketa varētu sniegt vēl detalizētāku informāciju, un ieteica pievienot niansētākus jautājumus, lai noskaidrotu respondentu pieredzi ar SAVA apmeklējumiem un apmierinātību ar pakalpojumiem.
- 2. Nepieciešamība norādīt speciālista pakalpojumu.** Respondenti ieteica iekļaut jautājumu par konkrētā speciālista pakalpojumu, lai izvairītos no neskaidrībām, ja respondenti 12 mēnešu laikā ir sazinājušies vai saņēmuši pakalpojumus no vairākiem speciālistiem.
- 3. Sadaļu pārejas.** Tika ierosināts izmantot vairāk skaidrojošu virsrakstu vai ievadtekstu, lai precizētu dažādās anketas sadaļās aplūkotās tēmas.
- 4. Izvairīties no mulsinošiem apgalvojumiem.** Viens dalībnieks uzskatīja, ka nolieguma paziņojums ir mulsinošs, radot neskaidrību par to, kā atbildēt ar jā vai nē.
- 5. Terminu izpratne.** Daži respondenti minēja, ka jautājumi par terminu izpratni varētu būt mulsinoši un varētu atturēt respondentus no anketas aizpildīšanas.
- 6. Anketas garums.** Daži respondenti minēja, ka anketa šķiet pārāk gara, kas varētu ietekmēt respondentu vēlmi to aizpildīt.
- 7. Pakalpojumu klasifikācija.** Daži respondenti uzskatīja, ka sadalījums starp privātajiem, maksas un valsts apmaksātajiem pakalpojumiem ir mulsinošs.

Respondentu atsauksmes sniedz vērtīgu ieskatu par anketas uzlabojumiem. Dalībnieku ieteikumi ietvēra niansētāku jautājumu pievienošanu, virsrakstu un apgalvojumu precizēšanu, terminu definīciju nodrošināšanu un loģiskas jautājumu plūsmas nodrošināšanu. Turklāt jāņem vērā anketas garums, lai veicinātu lielāku līdzdalību. Kopumā anketas precizēšana un vienkāršošana, pamatojoties uz šīm atsauksmēm, varētu nodrošināt precīzākus un visaptverošākus rezultātus turpmākajos pētījumos.

Ekspertu FGD izteiktie un iedzīvotāju sniegtie ierosinājumi aprobācijas rezultātā ir tikuši ieviesti metodoloģijā un tai saistītās anketās, lai īstenojot šos ieteikumus, pētījums atspoguļotu maksimāli objektīvu ainu un to atziņu rezultātā, būtu iespējams pilnveidot uz pacientiem arvien vairāk vērstu, efektīvāku un iekļaujošāku sekundārās ambulatorās veselības aprūpes sistēmu, kas atbilstu visu indivīdu vajadzībām.

## LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

- 1) Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Alberti, C. (2011). Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PloS one*, 6(6), e20476.
- 2) Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (2019). Improving healthcare quality in Europe.
- 3) Brennan, S. E., Bosch, M., Buchan, H., & Green, S. E. (2012). Measuring organizational and individual factors thought to influence the success of quality improvement in primary care: a systematic review of instruments. *Implementation Science*, 7, 1-19.
- 4) Corscadden, L., Levesque, J. F., Lewis, V., Breton, M., Sutherland, K., Weenink, J. W., ... & Russell, G. (2017). Barriers to accessing primary health care: comparing Australian experiences internationally. *Australian journal of primary health*, 23(3), 223-228.
- 5) Corscadden, L., Callander, E. J., & Topp, S. M. (2018). Disparities in access to health care in Australia for people with mental health conditions. *Australian Health Review*, 43(6), 619-627.
- 6) Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework—a scoping review. *International journal for equity in health*, 20(1), 116.
- 7) Cylus, J., Papanicolas, I., Smith, P. C., & World Health Organization. (2016). Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management.
- 8) De Looper, M., & Lafortune, G. (2009). Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries.
- 9) Doetsch, J., Pilot, E., Santana, P., & Krafft, T. (2017). Potential barriers in healthcare access of the elderly population influenced by the economic crisis and the troika agreement: a qualitative case study in Lisbon, Portugal. *International journal for equity in health*, 16, 1-17.
- 10) Gavurova, B., Kocisova, K., & Sopko, J. (2021). Health system efficiency in OECD countries: dynamic network DEA approach. *Health Economics Review*, 11(1), 1-25.
- 11) Gilgun, J. F. (2004). Qualitative methods and the development of clinical assessment tools. *Qualitative Health Research*, 14(7), 1008-1019.
- 12) Gordon, T., Booyesen, F., & Mbonigaba, J. (2020). Socio-economic inequalities in the multiple dimensions of access to healthcare: the case of South Africa. *BMC Public Health*, 20(1), 1-13.
- 13) Haggerty, J. L., Roberge, D., Lévesque, J. F., Gauthier, J., & Loignon, C. (2014). An exploration of rural–urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health & place*, 28, 92-98.
- 14) Haggerty, J. L., & Levesque, J. F. (2017). Validation of a new measure of availability and accommodation of health care that is valid for rural and urban contexts. *Health Expectations*, 20(2), 321-334.
- 15) Hariharan, S., Dey, P. K., Moseley, H. S., Kumar, A. Y., & Gora, J. (2004). A new tool for measurement of process-based performance of multispecialty tertiary care hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6), 302-312.
- 16) Hussey, P. S., De Vries, H., Romley, J., Wang, M. C., Chen, S. S., Shekelle, P. G., & McGlynn, E. A. (2009). A systematic review of health care efficiency measures. *Health services research*, 44(3), 784-805.
- 17) Latvijas Republikas Ārstniecības likums. Pieņemts 12.06.1997. *Latvijas Vēstnesis*. 167/168
- 18) Latvijas Republikas Veselības aprūpes finansēšanas likums. Pieņemts 14.12.2017. *Latvijas Vēstnesis*. 259
- 19) Latvijas Republikas Ministru kabineta noteikumi Nr. 271 “Veselības aprūpes pakalpojumu saņēmēju datubāzes noteikumi”. Pieņemts 08.05.2018. *Latvijas Vēstnesis*. 98
- 20) Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 1-9.
- 21) Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2018). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. (3rd edition).

- 22) Miteniece, E., Pavlova, M., Rechel, B., Rezeberga, D., Murauskienė, L., & Groot, W. (2019). Barriers to accessing adequate maternal care in Latvia: A mixed-method study among women, providers and decision-makers. *Health Policy*, 123(1), 87-95.
- 23) Oktay, J. S. (2012). *Grounded theory*. Oxford University Press.
- 24) Paoli, F., Schmidt, I., Wigzell, O., & Ryś, A. (2019). An EU approach to health system performance assessment: building trust and learning from each other. *Health Policy*, 123(4), 403-407.
- 25) Ragin, C. C. (2014). *The comparative method: Moving beyond qualitative and quantitative strategies*. Univ of California Press.
- 26) Samarasundera, E., Walsh, T., Cheng, T., Koenig, A., Jattansingh, K., Dawe, A., & Soljak, M. (2012). Methods and tools for geographical mapping and analysis in primary health care. *Primary health care research & development*, 13(1), 10-21.
- 27) Vandan, N., Wong, J. Y. H., & Fong, D. Y. T. (2019). Accessing health care: Experiences of South Asian ethnic minority women in Hong Kong. *Nursing & Health Sciences*, 21(1), 93-101.

## 6. PIELIKUMI

### 6.1. Pielikums 1. Plānošanas vienībā nodrošināmie veselības aprūpes pakalpojumi

Plānošanas vienībā nodrošināmie veselības aprūpes pakalpojumi. Avots: Ministru kabineta noteikumi Nr. 555, Rīgā 2018. gada 28. augustā (prot. Nr. 40 26. §) 12 pielikums.

Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/301399-veselibas-aprupes-pakalpojumu-organizesanas-un-samaksas-kartiba>

3. Plānošanas vienībā nodrošināmie veselības aprūpes pakalpojumi:

Nr. p. k.	Veselības aprūpes pakalpojumu plānošanas vienība – teritorija	Speciālisti, veselības aprūpes pakalpojumu veidi	Izmeklējumu veidi	Rehabilitācija	Dienas stacionāru veidi	Papildu nosacījumi
3.1.	Ar iedzīvotāju skaitu līdz 30 000	Ginekoloģija, ķirurģija, neiroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija, psihiatrija	Elektrokardiogrāfija, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija		Ginekoloģija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi	Dienas stacionāra pakalpojumus neizvērtē, ja plānošanas vienība robežojas ar Rīgas pilsētu
3.2.	Ar iedzīvotāju skaitu no 30 001 līdz 50 000	Anestezioloģija, dermatoveneroloģija, endokrinoloģija, ginekoloģija, kardioloģija, ķirurģija, neiroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija, psihiatrija, pulmonoloģija, traumatoloģija un ortopēdija	Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija	Rehabilitācijas pakalpojumi	Ginekoloģija; neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana; traumatoloģija un ortopēdija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi	Datortomogrāfijas pakalpojumus neizvērtē, ja plānošanas vienība robežojas ar Rīgas pilsētu
3.3.	Ar iedzīvotāju skaitu no 75 000	Anestezioloģija, dermatoveneroloģija, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, ginekoloģija, hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets, kardioloģija, ķirurģija, nefroloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, otolaringoloģija, psihiatrija, pulmonoloģija, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija	Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, endoskopija, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija	Rehabilitācijas pakalpojumi	Gastrointestinālās endoskopijas; ginekoloģija; neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana; otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem; rehabilitācija; traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija; uroloģija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi	
3.4.	Ar iedzīvotāju skaitu 75 001 un vairāk	Anestezioloģija, arodslimību speciālisti, bērnu speciālisti, dermatoveneroloģija, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, ginekoloģija, hematoloģija, hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets, internisti, kardioloģija, ķirurģija, nefroloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, onkoloģija, otolaringoloģija, paliatīvās aprūpes kabinets, psihiatrija, pulmonoloģija, reimatoloģija, stomas kabinets, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija	Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elastogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, endoskopija, neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi, mamogrāfija, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija	Rehabilitācijas pakalpojumi	Gastrointestinālās endoskopijas; ginekoloģija; narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā; neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana; oftalmoloģija; otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem; psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā; rehabilitācija; traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija; uroloģija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi	
3.5.	Rīga, Kurzeme, Latgale, Vidzeme un Zemgale (saskaņā ar šā pielikuma 1. punktu)	Alerģoloģija, algoloģija, anestezioloģija, arodslimību speciālisti, bērnu speciālisti, dermatoveneroloģija, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, ginekoloģija, hematoloģija, hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets, infektoloģija, internisti,	Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elastogrāfija, elektrokardiogrāfija un pārējie sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, endoskopija, kodolmagnētiskā rezonanse, neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi, mamogrāfija, osteodensitometrija, rentgenoloģija, ultrasonogrāfija	Rehabilitācijas pakalpojumi	Gastrointestinālās endoskopijas; ginekoloģija; narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā; neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana; nieru aizstājterapija; oftalmoloģija;	
		kardioloģija, ķirurģija, narkoloģija, nefroloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, onkoloģija, otolaringoloģija, paliatīvās aprūpes kabinets, pediatrija, psihiatrija, pulmonoloģija, reimatoloģija, stomas kabinets, tiesu psihiatriskās un psiholoģiskās ekspertīzes, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija			otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem; psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā; rehabilitācija; traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi; uroloģija	
3.6.	Visa valsts	Alerģoloģija, algoloģija, ambulatorā palīdzība surdoloģijā, ambulatori konsultatīvā palīdzība pie nieru transplantācijas, anestezioloģija, arodslimību speciālisti, bērnu speciālisti, dermatoveneroloģija, diabēta aprūpes kabinets, diabētiskās pēdas aprūpes kabinets, endokrinoloģija, gastroenteroloģija, ginekoloģija, genētisko slimnieku konsultēšana, hematoloģija, HIV līdzesības kabinets, hroniski obstruktīvu plaušu slimību kabinets, infektoloģija, internisti, kardioloģija, ķirurģija, medicīniskā apaugošana, multiplās sklerozes slimnieku konsultēšana un izmeklēšana, narkoloģija, nefroloģija, neiroloģija, oftalmoloģija, onkoloģija, otolaringoloģija, paliatīvās aprūpes kabinets, pediatrija, psihiatrija, pulmonoloģija, reimatoloģija, reto slimību kabinets, stomas kabinets, tiesu psihiatriskās un psiholoģiskās ekspertīzes, traumatoloģija un ortopēdija, uroloģija, skābekļa terapija un pārējās specialitātes	Datortomogrāfija, doplerogrāfija, elastogrāfija, endoskopija, laboratoriskie un histoloģiskie izmeklējumi, kodolmagnētiskā rezonanse, mamogrāfija, neiroelektrofizioloģiskie funkcionālie izmeklējumi, osteodensitometrija, pozitronu emisijas tomogrāfija ar datortomogrāfiju, radionuklīdu diagnostika, rentgenoloģija, sirds-asinsvadu sistēmas funkcionālie izmeklējumi, staru terapija, ultrasonogrāfija	Rehabilitācijas pakalpojumi	Bērnu ķirurģija; gastrointestinālās endoskopijas; ginekoloģija; hronisko sāpju pacientu ārstēšana; invazīvā kardioloģija; ķīmijterapija; invazīvā radioloģija; narkoloģisko slimnieku ārstēšana narkoloģiskā profila dienas stacionārā; neiroloģisko un iekšējo slimību ārstēšana; nieru aizstājterapija; oftalmoloģija; otolaringoloģija bērniem un pieaugušajiem; psihiatrisko slimnieku ārstēšana psihiatriskā profila dienas stacionārā; rehabilitācija; robotizēta stereotaktiskā radioķirurģija, staru terapija; traumatoloģija, ortopēdija, rokas un rekonstruktīvā mikroķirurģija, plastiskā ķirurģija; uroloģija; vispārējie ķirurģiskie pakalpojumi	

## 6.2. Pielikums 2. Fokusgrupas dalībnieku saraksts un protokols

# Fokusgrupas protokols

## Nacionālā veselības dienesta

## Pētījuma par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes kvalitātes un pieejamības novērtēšanu un uzlabošanu

<b>Sanāksmes nosaukums:</b>	Metodoloģijas aprobācija fokusgrupā	<b>Tikšanās datums/laiks:</b>	13.07.2023. plkst. 14.00- 16.00
<b>Sanāksmes koordinators:</b>	Līga Brasliņa, Inta Mieriņa	<b>Sanāksmes vieta:</b>	Platforma Zoom

Nr.p.k.	FGD DALĪBNIKIS	ORGANIZĀCIJA
1.	<i>Līga Brasliņa</i>	LU, Projekta vadītājs
2.	<i>Asoc. Prof. Inta Mieriņa</i>	LU, Fokusgrupas vadītājs
3.	<i>Prof. Vija Siliņa</i>	RSU Ģimenes medicīnas katedra
4.	<i>Asoc. Prof. Ainārs Bajinskis</i>	LU, Medicīnas fakultāte
5.	<i>Katrīna Priede</i>	Siguldas slimnīca, Ģimenes medicīna, LJĀA valdes loceklis
6.	<i>Lelde Vancoviča</i>	PSKUS, Lelde Vancoviča, poliklīnikas vadītāja
7.	<i>Līga Priedena</i>	LIEPĀJAS REĢIONĀLĀ SLIMNĪCA, Valdes priekšsēdētāja
8.	<i>Grigorijs Semjonovs</i>	Daugavpils reģionālā slimnīca, valdes loceklis
9.	<i>Kintija Barloti</i>	Jelgavas poliklīnikas valdes locekle
10.	<i>Kristīne Tiltiņa</i>	Vidzemes slimnīca, Ambulatorās daļas vadītāja
11.	<i>Dr. Ainis Dzalbs</i>	LLĢA -Lauku ģimenes ārstu asociācijas valdes loceklis
12.	<i>Kārlis Rāčenis</i>	Latvijas jauno ārstu asociācija s/o
13.	<i>Līva Tiesnese</i>	Latvijas Fizioterapeitu asociācija
14.	<i>Andis Paeglītis</i>	Latvijas zobārstu asociācija, viceprezidents
15.	<i>Illa Mihejeva</i>	Latvijas Rehabilitācijas ārstu biedrība
16.	<i>Skaidrīte Vasaraudze</i>	Rīgas Veselības centrs
17.	<i>Anita Kamenščikova</i>	VCA poliklīnikas AURA
18.	<i>Sandra Buzajeva</i>	AS "Veselības centru apvienība" Elite
19.	<i>Inese Volka</i>	MFD Grupa/ SIA "Dziedniecība" izpildītore
20.	<i>Jūlija Kazakova</i>	MFD Grupa/ SIA "Dziedniecība"
21.	<i>Antra Valdmane</i>	Valsts sekretāra vietniece veselības politikas jautājumos
22.	<i>Juris Beikmanis</i>	Biedrība Ģenētiski pārmantoto slimību pacientiem un līdzcīvēkiem „Saknes”
23.	<i>Inese Mauriņa</i>	Pacientu biedrība "ParSirdi.lv"
24.	<i>Ivars Balodis</i>	Nodibinājums "Invalīdu un viņu draugu apvienība "Apeirons"

### Sanāksmes darba kārtība

1. Pētījuma mērķi
2. Iepazīstināšana ar metodoloģiju
3. Fokusgrupas diskusijas struktūra
4. Noslēgums

### Fokusgrupas mērķi

- Konstatēt vājos posmus SAVA pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā.
- Novērtēt SAVA kvalitāti un pieejamību un nepieciešamību dažādos griezumos (pēc nodrošināto pakalpojumu apjoma, veida, rindu garuma, teritoriālās pieejamības, sociāli demogrāfiskā profila u.c.).
- Veikt SAVA pakalpojumu kartējumu, lai konstatētu izmaiņas, ko rada administratīvi teritoriālā reforma (iedzīvotāju skaita izmaiņas, apdzīvotības blīvums, pārvietošanās ieradumi, mobilitātes izmaiņām u.c.).
- Sniegt rekomendācijas nepieciešamajām SAVA pakalpojuma nodrošināšanas politikas izmaiņām.

### Sanāksmes kopsavilkums

Sanāksmes dalībnieki izteica sekojošus ieteikumus kopējai metodoloģijas uzlabošanai.

- Jākonsultējas ar speciālistiem, cik ir optimāls gaidīšanas laiks rindās, kas būtu arī jāiekļauj anketās iepriekš izvēlēto 4 nedēļu vietā. Kā arī jāņem vērā, ka rindām ir dažādi cēloņi – viens no tiem ir speciālista un pacienta vizītes ilgums.
- Jāatzīmē, ka atkarībā no situācijas pieejamība pie speciālista var mainīties, kā arī cilvēki bieži vien nezina, kur meklēt ārstu, tādēļ nenonāk pie viņa laikā.
- Vajadzētu iekļaut arī telemedicīnu – telefoniskas konsultācijas, jo attālinātā medicīna ir ļoti svarīga mūsdienu veselība aprūpes komponente.
- Kaut gan pacientu viedoklis ir subjektīvs, tāpat būtu jāņem vērā, jo veselības aprūpē galvenais ir pacients.
- Medicīnas pakalpojumu sniegšanā svarīga ir faktiskā dzīvesvieta, nevis deklarētā dzīvesvieta, tādēļ pēdējo nav vajadzības anketā jautāt.
- Valsts iestādēm iesniegtie rindas rādītāji nav objektīvi un līdz ar to nav izmantojami, jo šādi dati tiek sniegti par jau bijušu periodu.
- Jājautā, kādēļ pacients ir izvēlējis apmeklēt tieši to ārstniecības iestādi.
- Salīdzinoši būtu jāvērtē arī pakalpojumu saņēmēju dati, viedoklis un apmierinātība.
- Tā kā ir dažāda pieejamība bērnu un pieaugušo speciālistiem, būtu jāprecizē konkrēts vecums, no kura indivīdi tiek iekļauti aptaujas respondentu sarakstā.
- Būtu jāiekļauj arī pakalpojumi mājās, piemēram, māsu aprūpe un rehabilitācija.
- Vajadzētu apzināt arī ģimenes ārstus.
- Jābūt skaidrām atšķirībām starp speciālistiem un pakalpojumiem.
- Ir vajadzīgs pacientu vērtējumu par SAVA sistēmu kopumā – ļoti svarīgi ģimenes ārstiem.
- Jāatzīmē, ka pieejamības pakalpojumiem ir dažādas atkarības no pakalpojuma specifiskiem iedalījumiem, piemēram, ceļa magnētiskās rezonanses pieejamība atšķiras no galvas magnētiskās rezonanse pieejamības.
- Galvenais būtu vērot un salīdzināt reģionus, jo tos apmeklē visvairāk pacientu.
- Rindu radītājs nav objektīvs, jo pacienti pierakstās pie vairākiem speciālistiem uzreiz un iet pie tā, kas ātrāk pieņem.
- Jāņem vērā, ka uz maksas pakalpojumiem var nokļūt tikai caur iepriekšējiem maksas pakalpojumiem, kā arī daži pakalpojumi ir pieejami tikai par maksu.
- Būtu jāvērtē, cik ir valsts kvotas uz pieejamo aparātūru.
- Jāsaprot, ka pētniecības procesā grūtības var izraisīt maksas un valsts apmaksāto pakalpojumu nodalīšana.
- Kamēr nav kopīgas rindu sistēmas, nav jēgas tās vērtēt.
- Pacienti būtu jājautā, cik dažādās rindās viņi stāv pie viena speciālista.
- Aptaujājot pacientus, jāņem vērā, ka pacientam dažreiz trāpās tikt uzreiz pēc valsts kvotu relīzes, tādēļ viņam pakalpojuma pieejamība var šķist neobjektīvi laba.
- Analizējot rezultātu, jāpatur prātā, ka pacienti dažreiz nezina, kur meklēt pakalpojumus, kuros, iespējams, ir īsākas rindas, kā arī viņi bieži vien izvēlas apmeklēt specifiskus speciālistus, tāpēc pie šiem speciālistiem rodas

rindas.

- Jājaūtā – kur jūs meklējāt informāciju par to, kur tikt pie speciālista (piem., internetā, zvanot NVD, iestādē uz vietas u.c.)?
- Būtu jāiekļauj jautājums – cik iestādēs meklējāt konkrēto speciālistu?
- Anketas jautājumus, kas attiecas uz pieejamību, ir jānodala, vai jautā par pieaugušajiem vai par bērniem.
- Būtu atsevišķi jāpēta tās specialitātes, kur ir izdalīti bērnu un pieaugušo speciālisti.
- Jāvērš uzmanība uz filiālēm, jo tie ir reālie izpildītāji, kā arī filiālēs var iegūt pārskatu par reģionu statistiku.
- Jāņem vērā, ka dažām iestādēm visām filiālēm ir vienota statistika, piem., Rīgas Veselības centram.
- Aptaui jāizsūta veselības aprūpes iestāžu centrālajām ēkām, lai viņi izlemj, kuram tālāk nosūtīt.
- Jājaūtā par veselības aprūpes situāciju gan speciālistiem, gan iestādēm, jo katram būs savs viedoklis.
- Par aparāturu nodrošinājumu būtu jājaūtā iestāžu vadītājiem.
- Veidojot izlases, obligāti jāiekļauj universitātes slimnīcas, kā arī jāpievērš uzmanība, lai iekļautu visu reģionu iestādes.
- Par privātpraksi iekļaušanu izlasē fokusgrupas dalībnieku viedoklis dalījās.
- Pie jautājumiem par infrastruktūras izmantošana būtu vērtīgi pajautāt par iestādes telpu noslodzi.
- Aptaujā kā tehniskie nosaukumi būtu jāizmanto – veselības aprūpes darbinieks/speciālists un ambulatorie pakalpojumi.
- Jānorāda, ka eksperti nav korekts definējums.
- Jāizdomā, vai metodoloģijā iekļautās prasības ir kategoriskas, vai arī tām ir iespējamās novirzes.
- Iestāžu pakalpojumu ar valsts līdzmaksājumu nesniegšanai ir vairāki iemesli, kas jāņem vērā:
  - valsts apmaksātā pakalpojuma tarifs ir par mazu;
  - birokrātiskās prasības mazām iestādēm ir grūti izpildīt;
  - privātais sektors izvēlas nepiedalīties iepirkumos, izsolēs;
  - finansējums ir neprognozējams un var laika gaitā mainīties.
- Aptaujā ir jāiekļauj arī rehabilitācijas stacionāri.
- Būtu jāveic tikai jaunāko datu izpēte.
- Iespējams, ka vajadzētu konsultēties ar Ernst & Young, kas arī veido līdzīgu projektu.

Sanāksmes dalībnieki izteica sekojošus ieteikumus veselības aprūpes sistēmas uzlabošanai.

- Medicīnas iestādēs, pēc atgriezeniskās saites no pacienta, vajadzētu noskaidrot arī speciālista viedokli.
- Pacienti būtu jānodrošina pārsūdzības iespējas, kā arī jāpalielina viņu līdzdarbības iespējas.
- Ir jāīsteno SAVA līmeņošana un vērtēšana – ne vienmēr pirmajai vizītei vai kādiem ikdienas izmeklējumiem ir vajadzīga universitātes līmeņa slimnīcās, bet gan tas būtu jāveic reģionālajās iestādēs, kā rezultātā speciālisti tiek apgrūtināti ar pacientiem, kuriem nemaz nebija pie viņiem jānonāk.
- Nosūtījumu līmeņošana būtu jāatstāj ģimenes ārstu rokās.
- Pieejamības ierobežojumus pie speciālistiem veido nepamatoti nosūtījumu uz SAVA pakalpojumiem, tādēļ vajadzētu ieviest sistēmu, kā jāšķiro nosūtījumi.
- Speciālistam būtu jāvienojas par veiksmīgu resursu izmantošanu un plānošanu ar pacientu.



**6.3. Pielikums 3. Iedzīvotāju anketas aprobācijas detalizētie rezultāti**

Pielikums pievienots kā atsevišķs dokuments.

**6.4. Pielikums 4. Iedzīvotāju anketa**

Pielikums pievienots kā atsevišķs dokuments.

**6.5. Pielikums 5. Organizāciju anketa**

Pielikums pievienots kā atsevišķs dokuments.

**6.6. Pielikums 6. Delfu anketa – solis 1**

Pielikums pievienots kā atsevišķs dokuments.

**6.7. Pielikums 7. Delfu anketa – solis 2**

Pielikums pievienots kā atsevišķs dokuments.

**6.8. Pielikums 8. Pētījuma metodoloģija**

Pielikums pievienots kā atsevišķs dokuments.