LATVIJAS REPUBLIKAS VESELĪBAS MINISTRIJA

Latvijas Valsts prezidenta kanceleja

TRANSPARENCY INTERNATIONAL
Sabiedriskā labuma biedrība
Delna
SABIEDRĪBA PAR ATKLĀTĪBU

Foruma

“Laba pārvaldība Latvijas veselības aprūpē”

(2007. gada 7. novembrī, Rīgā)

Dalībnieku uzrunas un diskusijas

Forums tapis ES projekta “Pilsonisk•s sabiedr•bas iesaistei politikas veidošanas proces•” ietvaros.

BERLIN-CHEMIE MENARINI

LATVIJAS PATENTBRĪVO MEDIKAMENTU ASOCIĀCIJA PMA

Saturs

FORUMA ATKLĀŠANAS UZRUNA. VALDIS ZATLERS, *LR VALSTS PREZIDENTS* **3**

FORUMA ATKLĀŠANAS UZRUNA. VINETS VELDRE *VESELĪBAS MINISTRS* **5**

FORUMA ATKLĀŠANAS UZRUNA. ROBERTS PUTNIS, *SABIEDRĪBAS PAR ATKLĀTĪBU – DELNA PADOMES PRIEKŠSĒDĒTĀJS* **7**

1. DAĻA. VESELĪBAS APRŪPES STRATĒĢISKIE MĒRĶI UN LABA PĀRVALDĪBA **9**

VESELĪBAS APRŪPES STRATĒĢISKĀS PRIORITĀTES UN MĒRĶI VESELĪBAS APRŪPĒ UN CEĻŠ UZ TO LATVIJĀ. ARMANDS PLORIŅŠ 10
BETTER GOVERNANCE FOR IMPROVING HEALTH SYSTEM PERFORMANCE. CASE STUDY: LITHUANIA. GINTARAS KACEVIČUS 14
LABA PĀRVALDĪBA VESELĪBAS APRŪPĒ UN EFEKTĪVAS VESELĪBAS APRŪPES POLITIKAS RĀDĪTĀJI. ULDIS MITENBERGS 17
LABA PĀRVALDĪBA VESELĪBAS APRŪPĒ UN VESELĪBAS MINISTRIJAS LOMA TĀS NODROŠINĀŠANĀ. JURIS BUNDULIS 23
DISKUSIJA 27
LABA PĀRVALDĪBA VESELĪBAS APRŪPES FINANŠU VADĪBĀ. LŪCIJA AKERMANE 30
CILVĒKRESURSU ATTĪSTĪBA UN VADĪBA VESELĪBAS APRŪPĒ – MĒRĶI UN DARĀMIE DARBI SLIMNĪCAS VADĪTĀJA SKATĪJUMĀ. IVARS ZVĪDRIS 34
VALSTS UN PRIVĀTĀ PARTNERĪBA LATVIJAS VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMĀ. MĀRIS RĒVALDS 36
LABA PĀRVALDĪBA VESELĪBAS NOZARES UZRAUDZĪBĀ. EGILS HARASIMJUKS 40
ĀRSTU DARBA APMAKSAS PIESAISTE DARBA KVALITĀTEI UN KVANTITĀTEI. UĢIS GRUNTMANIS 42
INFORMĀCIJAS ATKLĀTĪBA VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMĀ. INESE VOIKA 46
DISKUSIJA 50

2. DAĻA. ĀRSTNIECĪBAS PERSONU UN PACIENTU LĪDZDALĪBA VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMĀ **57**

ĢIMENES ĀRSTU LĪDZDALĪBA VESELĪBAS APRŪPES POLITIKAS VEIDOŠANĀ. LĪGA KOZLOVSKA 62
LĪDZDALĪBAS MEHĀNISMI PIEEJAMAS UN KVALITATĪVAS VESELĪBAS APRŪPES NODROŠINĀŠANĀ. JOLANTA ZĀLĪTE, ... 65
EFEKTĪVĀKIE INTEREŠU GRUPU APVIENĪBU LĪDZDALĪBAS MEHĀNISMI VESELĪBAS APRŪPĒ. GUNTA ANČA 68
LĪDZDALĪBA ĢIMENES PLĀNOŠANAS UN SEKSUĀLĀS VESELĪBAS APRŪPES NODROŠINĀŠANĀ. SOLVITA OLSENA 71
DISKUSIJA 73

3. DAĻA. PACIENTU TIESĪBAS **78**

KAS IR PACIENTU TIESĪBAS? AIGA RŪRĀNE 79
PRIEKŠNOTEIKUMI EFEKTĪVAI PACIENTU TIESĪBU AIZSARDZĪBAI LATVIJĀ. SOLVITA OLSENA 85
VAI LATVIJĀ BŪTU JĀIEVIEŠ PACIENTU TIESĪBSARGA INSTITŪCIJA? GUNDEGA BRUŅINIECE 88
DISKUSIJA 91

PIELIKUMI **95**

Foruma atklāšanas uzruna.
Valdis Zatlers,
LR Valsts prezidents

Godājamie ārsti, pacienti, visi interesenti, kuri šodien sanākuši!

Pēdējā laikā mēs pūlamies noskaidrot, kas ir valsts, kas ir tās vērtības. Vienu dienu es izdzirdēju, ka valsts vairs nav vajadzīga aizsardzībai pret ārējiem ienaidniekiem, valsts ir vajadzīga kā patērētājiem. Ko tad valsts dod, kādu pakalpojumu? Izrādās valsts mums dod divus svarīgākos pakalpojumus, kurus mēs lietojam pilnīgi visi: tā ir izglītība un veselības aprūpe. Mani pirmajā brīdī šokēja šis paziņojums, jo likās, ka valsts ir kaut kas vairāk nekā tikai pakalpojumu sniedzējs saviem pilsoņiem. No otras puses es saprotu to, cik svarīgi valstij ir pareizi darboties tieši šajās divās sfērās, jo tas ir tas, pēc kā mūsu pilsoņi subjektīvi vērtē valsti. Būdams prom no medicīnas jau pus gadu, es sāku arvien vairāk skatīties uz šo sfēru no malas, ar vienkārša pilsoņa skatu, bez savām ārsta emocijām. Ja problēmas pirms pus gada bija ļoti asas un mums likās skaidri, kas ir jādara, tad pus gads ir pagājis un nekas īsti nav mainījies, bet mēs joprojām gribam mainīties. Droši vien šis ir laiks, kad jāmainās visiem, un tā būs devīze turpmākajiem gadiem, ka jāmainās ne tikai politiķiem, bet arī ierēdņiem un vēlētājiem.

Kad bija pirmā konference pirms apmēram mēneša, kur faktiski par tēmu runāja divi, trīs cilvēki – pārējie izteica savu sāpi. Vienalga, kuru pilsoņu grupu viņi pārstāvēja, viņiem bija nepieciešamība izteikt, kas viņus neapmierina, kas pašus aizskar vai kas viņiem izraisa emocijas. Un skaidri un gaiši bija jāsaprot, ka jābūt nākamajam forumam, kurā veselības aprūpes sniedzēji, organizētāji, vadītāji, politikas noteicēji faktiski teiks, ko viņi domā par šo situāciju.

Mums nevajadzētu sagaidīt pēc šodienas konferences kādus skaidrus mērķus un lēmumus. Es domāju, ka tas mums neizdosies. Mums izdosies saprast, kurā vietā esam un kurš par ko ir atbildīgs. Ir ļoti vienkārši ielikt vārdu „laba pārvaldība" un ar to, domājams, esam padarījuši šo sistēmu vienkārši labu. Lai kaut ko pārvaldītu, ir jābūt kam – priekšmetam, ko pārvaldīt un labi pārvaldīt. Mēs pēc labas pārvaldības principiem ļoti labi varam pārvaldīt Sahāras tuksnesi un mēness neredzamo pusi un veltīt tam enerģiju, līdzekļus, un būt apmierināti ar savu darba rezultātu. Bet vai daudz kas mainīsies tiem, kas dzīvo Sahāras tuksnesī vai vispār nedzīvo uz mēness? Mums ir jāsaprot, kas veselības aprūpes vērtējums ir pilsoņu vērtējums. Tas ir absolūti subjektīvs vērtējums. Mums ir jāpanāk, lai šis subjektīvais vērtējums būtu pozitīvs. Jo pirmā konference, kas runāja par neoficiālo maksājumu apriti medicīnā, noskaidroja vienu lietu, kas bija sausais atlikums no šīs konferences: pamatiemesls ir iedzīvotāju neticība, neuzticība veselības aprūpes sistēmai. Un es ceru, ka šodien šī konference pateiks, kur ir tās vājās vietas. Kas būtu jāmaina, lai šī uzticība veidotos, jo uzticība ir ļoti subjektīva lieta. To nevar ne izmērīt, ne arī nopirkt. Viņa vai nu ir, vai nu nav.

Tāpēc es domāju, ka jums būtu jābūt skaidri definētam, kas tad ir šī veselības aprūpes politika. Jāatbild uz šo jautājumu. Kādreiz bija profilakse. Kas ir šodien, ko mēs vēlamies? Grūts jautājums. Kādu sistēmu mēs vēlamies? Pirms vairāk kā desmit gadiem dibinot Ārstu biedrību, mēs teicām vienkārši – apdrošināšana visu atrisinās. Šobrīd 2007.gadā, skaidri nedefinējot, ko mēs domājam, mēs tālāk par šo pirmo frāzi neesam tikuši. Arī tas ir jāpasaka. Un, ja ir laba pārvaldība, tad ir jābūt skaidrai politikai, jābūt skaidriem indikatīviem rādītājiem, pēc kā mērīsim, kā novērtēsim, vai esam vai neesam aizgājuši uz savu mērķi, vai mēs visu laiku „kuļam" tos pašus lozungus, ko desmit un piecpadsmit gadus atpakaļ. To es jums gribu novēlēt. Esmu darbojies kvalitātes vadības jomā apmēram astoņus gadus un esmu sapratis, ja nav

standartu, ja nav kritēriju, pēc kā mērīt, sistēma nedarbojas. Mēs dzīvojam 21.gadsimtā un mums tas ir jāsaprot. Novēlu visiem radošu darbu. Man ir ļoti žēl, ka varu būt šeit tikai pirmajā sesijā. Šis jautājums priekš manis, kurš visu savu dzīvi pavadījis medicīnā, ir diezgan svarīgs. Un šobrīd man tas ir svarīgs kā pacientam. Paldies, jums!

Foruma atklāšanas uzruna.
Vinets Veldre
Veselības ministrs

Labdien, klātesošie!

Ārkārtīgi gandarīts esmu par to, ka aizsākta tradīcija. Iespējams, arī šī konference nebūs tā labākā, jo, lai debatētu, ir jāiesildās, jānonāk pie vienāda alfabēta it īpaši tādā jūtīgā tēmā kā veselības aprūpe un medicīna. Es gribētu sākumā nedaudz iesildīt jūsu prātus ar tīri filozofiskām domām. Hipokrāts lielākajai daļai no klātesošajiem ir dzirdēts kā tēls, zināmā mērā kā elks. Iztiksim varbūt bez elkiem, bet, ja reiz dod zvērestu, tad tas ir jāpilda. 4 gs.p.Kr. viņš aicināja pievērst vērību ārstu un slimnieku attiecībām un ētikai. Laika gaitā ir šis tas izmainījies, it īpaši tehnoloģijas, bet būtība ir viena un tā pati – mediķi nav tie, kas ir koncentrējušies tikai un vienīgi uz naudu.

1996.gadā Pasaules veselības organizācijas dalībvalstu visi veselības ministri Ļubļanā pieņēma Hartu par vienādu veselības aprūpes reformas uzsākšanu. Tā laika dalībnieku sastāvā analizējot, cik tālu tikušas šīs dalībvalstis, vai viņas ir strādājušas pēc vienāda modeļa, nonācām pie secinājuma, ka vienāds modelis kā tāds nepastāv. Kā standarts tas var būt ieviests maksimums divās trijās valstīs, kas ir izdebatēts un salīdzinošiem rādītājiem nostiprināts, un, kā teica mūsu prezidents – arī izmērāms. Tas ir ārkārtīgi svarīgs faktors, jo, mēs vēlāk arī runāsim par kvalitātes sistēmu dažiem aspektiem un to nozīmīgumu. Kvalitātes sistēmas viens no svarīgākajiem stūrakmeņiem. Galvenais uzreiz pēc vīzijas ir korektīvās darbības, kas ir vērstas gan uz uzlabojumiem vairākos aspektos, gan skaidras finansu plūsmas lietojuma ziņā. Šodien pēc dienas kārtības mēs redzam, ka arī par to būs runa. Daudz kur debatējot kuluāros, es saskāros ar to, ka cilvēki, kas nostrādājuši ilgu laiku medicīnā īsti varbūt nesaprot naudas plūsmas, finanšu plūsmas efektivitātes mērauklas, mērījumus. Tie cilvēki, kas ar to nodarbojušies katru dienu, cilvēki, kas vadījuši lielus vai mazus objektus - slimnīcas, poliklīnikas vai privātprakses. Ņemat to vērā, jo tas ir zināmā mērā maizes jautājums un atbildības jautājums.

Es nerunāšu par politikas plānošanas dokumentiem, par politikas realizācijas dokumentiem. Tie ir paralēli un ārkārtīgi svarīgi jebkurā nozarē, kad tiek plānotas vadlīnijas, uzstādījums, mērķis, arīdzan iespējamie iegūstamie secinājumi. Tad ir konkrēti izpilddokumenti, kas Latvijas valstī skaitās divi – likumi un MK noteikumi. Esmu gandarīts par to, ka uzaicināti arī tie praktiķi, kas sēž zālē – vairāki slimnīcu vadītāji, arī vairāki organizāciju līderi, kas ir autoritātes savās nozarēs. Lai nonāktu pie vienādiem vai salīdzinošiem rādītājiem, vai, iespējams, pie vienādas mērauklas, ir jādalās ar konkrētiem piemēriem, droši jākritizē, droši jāpiedāvā risinājumi – tikai tādā veidā to var darīt.

Pastrādājot kādu laiku šajā nozarē un padebatējot arī ar saviem kolēģiem, kas ir ārpus šīs valsts, arī ar tiem veselības ministriem, kas Latvijā kādreiz ir bijuši, es nonācu pie secinājuma, kas skar arīdzan finanses. Vēl līdz šim pasaule nav nonākusi pie tāda secinājuma, ka resursu ir par daudz un finansējums kādai pakalpojumu sniegšanai ir pār mēru. Absolūti visur mēs redzam vienu un to pašu aksiomu. Protams, dzīves kvalitāte, dzīves līmenis ir tas, kas jānodrošina arī zināmā mērā no veselības aprūpes viedokļa, bet ne tikai veselības aprūpe ir pats galvenais. Tas ir viens no trijiem, četriem rādītājiem sabiedrībā kā tādā. Nākamais ir ārkārtīgi tuvu stāvošs – tā ir izglītība, izglītotība, cik precīzi cilvēks ir izglītots par to darbu, ko viņš dara, cik precīzi sabiedrība ir izglītota par to darbu, ko dara šajā gadījumā ārsts, kādu pakalpojumu piedāvā un, cik precīzi ir izglītots cilvēks par to, ko piedāvā valsts.

Tālāk viennozīmīgi svarīgs faktors ir tā saucamā degviela vai arī resursi, vai nauda sistēmas uzturēšanai, sistēmas tālākai attīstībai, jaunām novitātēm. Tas ir ārkārtīgi svarīgs process, un te ir svarīga arī skaidra finansu plūsma, kas izdebatēta arīdzan sabiedrībā. Pēdējais ceturtais, kas ir viens no labas pārvaldības pamatprincipiem, nešķirojot, vai tā ir liela vai maza valsts ir kvalitāte. Nav pasaulē lielas vai mazas tautas, ir daudzskaitlīgas un mazskaitlīgas nācijas, bet tautas nevar salīdzināt. Uzņēmumus var salīdzināt pēc noteiktiem parametriem, noteiktiem rādītājiem, slimnīcas pēc gultas vietām vai mediķu skaita sniegto pakalpojumu sortimenta. Kvalitāti zināmā mērā var salīdzināt tikai ar divām mērauklām: izlietotie resursi un iegūtie rezultāti, un tam ir jāatspoguļojas politikas plānošanas dokumentā. Iniciatīvai ir jānāk no valsts un saknēm jāaug no sabiedriskām organizācijām – apspriestām, pieņemtām ar korektīvām darbības iespējām un tikai tādi dokumenti ir dzīvi, kas var strādāt. Nav māksla labot administratīvo pārkāpumu kodeksu, izstrādājot kādu konkrētu soda elementu likumā vai kriminālkodeksā vai uzrakstīt kādu ministru kabineta noteikumu, likumu, kuru valsts prezidents izlasa, rūpīgi izvērtē un izsludina. Māksla to uzrakstīt ir tā, ka cilvēki rakstīšanas procesā ir viņu, pirmkārt, izlasījuši, otrkārt, sapratuši, treškārt, akceptējuši.

Pēdējais piektais stūrakmens labas pārvaldības pamatā ir konjunktūra, arīdzan birokrātija, ierēdņi, iestādes, kas to nodrošina. Viens no tiem aspektiem ir ministrijas resursi, otrs ir kontrole un uzraudzība, lai no valsts puses var ieviest korektīvās darbības. Šajā gadījumā mēs esam daudz kur pastrādājuši, t.s. sabiedrības jūtīgā tēmā, kas ir korupcija. Pēdējas debates Latvijā par korupciju medicīnā bija pirms vairākiem gadiem 2004. un 2005. gadā. Cilvēki bija sapulcināti kopā, uzstājās „augsti" ļaudis, ik pa laikam tās debates tādā veidā parādās. Tomēr ir jānodrošina konkrēta konjunktūru kontrole, kā arī pārskatāmība.

Pēdējais sestais, kas ir ārpus šī konteksta un pamatā netiek plānots, projektējot māju vai tās pamatus, bet modernā pasaulē, kas izvērties par vienu no lielākajiem spēlētājiem, ir elektroniskā pārvalde. Šeit mēs esam strādājuši pie e-veselības. Tas no vienas puses ir ilgtermiņa un ļoti dārgs projekts, bet tas palīdz cilvēkam iegūt informāciju, netieši kontaktējoties ar pakalpojumu sniedzēju, šajā gadījumā slimnīcu, poliklīniku vai valsti kā tādu, bet valsts vai tās iestāde uztur informācijas plūsmu un pārvalda to. Elektroniskā recepte - mēs varam risināt jautājumus par korupciju farmācijas jomā, pacienta elektroniskā slimības vēsture. Mēs varam risināt jautājumus, lai precīzi identificētu, prognozētu, veiktu pētījumus, pasūtījumus zinātniskām laboratorijām un institūtiem, arī universitātēm un nodrošinātu korektīvās darbības sabiedrības veselības jomā, kas ir ārkārtīgi svarīgi. No praktizējošiem, šinī gadījumā slimnīcu vadītājiem, privātārstiem vai kā savādāk sanāk būtisks moments - maksimāli maz aizņemts laiks, lai iegūtu maksimāli lielu informācijas apjomu. Analīze un ieviešana objektā paliek zināmā mērā paša objekta pārvaldības atbildībā.

Es esmu priecīgas, ka tādas debates ir uzsāktas, ka tādas turpinās, viņām jābūt pietiekoši asām, precīzām. Bet pats lielākais gandarījums ir, ka debatēs tiek uzaicināts arī praktisko cilvēku loks, kas ar šiem jautājumiem saskaras katru dienu. Iespējams, ir saskārušies šodien no rīta pirms šī foruma un noteikti saskarsies ar šiem jautājumiem, aizejot uz savām darba vietām. Paldies, novēlējums – veselību mums visiem!

Foruma atklāšanas uzruna.
Roberts Putnis,
Sabiedrības par atklātību – Delna padomes priekšsēdētājs

Mēs tikko dzirdējām veselības aprūpes profesionāla eksperta – mūsu valsts galvas uzrunu, ministrs raksturoja savu nozari. Šeit pie plaša apaļā galda viens otram pretī sēž veselības aprūpes nozares zinošākie ļaudis, praktiķi, pētnieki, pieredzējuši vadītāji, nozares interešu grupu līderi. Principā es jūs varētu atstāt vienus ar pilnu pārliecību par foruma rezultāta kvalitāti, zinot to kompetences blīvumu, kāds šorīt ir šajā telpā. Bet kāpēc tomēr trešais šī foruma iniciators ir kāda ārpus veselības nozares stāvoša pretkorupcijas organizācija, kuru prieks un gods ir vadīt man?

Manuprāt, rīkotāju apvienība un dalībnieku loks ļoti precīzi iezīmē veselības aprūpes jautājumu specifiku un kontekstu. Ir grūti iedomāties kādu nozari sabiedrībā ar vēl lielāku vērtējuma perspektīvju klāstu. Katram būs savas personiskā pieredzē balstītas domas par veselības aprūpes efektivitāti, sakārtotību, ārstu kvalifikāciju un aprūpes kvalitāti. Diemžēl, cerams, ne katram, tomēr ļoti, ļoti daudziem.. daudz par daudziem cilvēkiem Latvijā būs arī sava personiska pieredze ar mūsu valsts veselības aprūpes sistēmas ēnas pusēm. Vai tā būtu no sirds dota, sauksim to tā, pateicība ārstam par labu darbu. Varbūt tā ir aploksne aiz bailēm, ka darbs nebija gana labs un drīz būs jāatgriežas. Varbūt arī tāpēc, ka citādi darbs, par kuru tiek dota pateicība, nemaz netiktu darīts. Galu galā varbūt tā vienkārši ir augstprātīga tējas nauda, sakot, ka dakterītis jau citādi nevar izdzīvot.

Man grūti iedomāties, ka šajā ekspertu lokā kāds varētu noliegt to, ka šādas četru pacientu perspektīvas katru dienu no jauna tūkstoškārtīgi multiplicējas Latvijas veselības aprūpes sistēmā, par ārstu, māsu, slimnīcu vadītāju un citu veselības aprūpes sistēmas dalībnieku atsevišķajām un ne mazāk svarīgajām perspektīvām nemaz nerunājot. Un šis process notiek valsts radītā institucionālā kontekstā, kurā tiek apgrozīti ievērojami publiskie līdzekļi. Turklāt tas notiek tikai ļoti retu skandālu iztraucētā sociālpolitiskā klusumā, kas rada iespaidu par procesa apmierinošo dabu. Taču retie satricinājumi mēdz būt gana spēcīgi, lai apliecinātu to, cik šis iespaids ir maldīgs, bet daudzo tā cienījamo dalībnieku klusēšana – drīzāk tikai samierniecisk a. Arī augošas ārpussistēmas saliņas un veiksmīga ārvalstu pieredze arvien skaidrāk apliecina, ka par sistēmiskām turētas problēmas pašu lieta un atbildība vien ir.

Delnas loma un pienākums ir piedāvāt platformu, lai runātu par šo atbildību, atbildību, kas mums uzlikta katram savā vietā un laikā. Delnas nevalstiska sociālpolitiska sargsuņa raksturs mums dod brīvību rosināt lauzt pieminēto sociālpolitisko klusumu, jautājot, kāpēc mēs visi, kas veidojam šo abstrakto sistēmu, kas esam tik spējīgi, zinoši, kvalificēti un cienījami, nevaram vai nespējam panākt, lai šī sistēma kļūtu pieņemamāka un visu veselības aprūpē iesaistīto cilvēku cieņu patiesi garantējoša? Ņemot vēra veselības aprūpes sektora lielo lomu sabiedrības dzīvē kopumā, tās dominējoši valstisko raksturu, šis ir arī jautājums par mūsu valsti, par cerībām un ticību tās spējai garantēt apmierinošu veselības aizsardzības kvalitāti un pieejamību. Tāpat tas ir jautājums par vilšanos un neticību valstij, ko rada publisko resursu izmantošana personiska labuma gūšanai. Sistēmai var būt trūkumi, taču tie neatņem mums katram individuālo atbildību savas kompetences ietvaros censties šos trūkumus novērst.

Viens no mītiem, kas ticis kultivēts par Delnas vērtējumu veselības aprūpes sistēmas problēmām ir manis vadītās organizācijas vēlme rast sistēmisku risinājumu problēmām ārstu sodīšanā. Vēlreiz varu apgalvot, ka šāds pieņēmums ir nepatiess. Jā, Delna vienmēr ir norādījusi, ka mums katram primāra ir individuāla atbildība par savu morāli ētisko izvēli. Arī ārstam, kas klusē par sistēmisku problēmu, kas patiesībā garantē viņam pietiekamu personisko komfortu uz publisko

resursu bāzes. Tomēr Delna ir norādījusi un šodien varu to tikai atkārtot, ka ārsta profesija pilnīgi noteikti nav dēmonizējama: vairumā nozaru Latvijas ārsti ir ļoti tālu no pat minimāla personiska komforta, bet darba apjoms un apstākļi joprojām mēdz būt pazemojoši. Tāpat Delna ir norādījusi, ka ārstu kriminālatbildības ieviešanai par nelegālu maksājumu pieņemšanu par ārstniecības procesa veikšanu būtu jānāk roku rokā ar principiāliem un konsensusā balstītiem sistēmas uzlabojumiem.

Ceru, ka šodien mēs spersim kādu soli uz priekšu. Tāpēc lūdzu pieņemt visus foruma dalībniekus šo Delnas piedāvājumu sanākt šodien kopā un uzsākt vizionāru sarunu kā labas gribas aktu un aicinājumu mainīt vēl vienā mūsu valsts sektorā lietas kaut nedaudz uz labo pusi. Man ir īpašs prieks par Valsts prezidenta izvēli virzīt veselības aprūpes reformu jautājumus kā vienu no savas prezidentūras prioritātēm. Jūsu, Valsts prezidenta kungs, stingrie vārdi par politisku iniciatīvu virzību neapmierinošo gaitu ir devuši skaidru signālu sabiedrībai, ka veselības aprūpe nepaliks pabērna lomā. Delna ir solījusi uzticamu labas gribas partnerību šajā darbā un lai šis forums ir pirmais solis mūsu sadarbībā.

Tomēr mūsu mērķis, šodien šeit sanākot kopā, nebūt nav konstatēt vispārzināmas problēmas. Mēs esam sanākuši kopā, lai rastu atbildes uz problēmām, lai ieskicētu ilgtermiņa veselības aprūpes sistēmas vīziju, kas balstītos labas pārvaldības principos: atklātība, caurskatāmība, atbildība, uzraudzība un līdzdalība. Mums šodien ir iespēja ieskicēt tādu Latvijas veselības aprūpes sistēmu, kurai ir skaidri mērķi, finanšu avoti, resursu pārvaldes principi, kontroles mehānismi, līdzdalības nosacījumi un iespējas, kas galu galā ir brīva no korupcijas un kurai sabiedrība tic un jūtas droša par savu veselību.

Par šīs programmatiskās vīzijas pieturas punktiem forumam esam izvēlējušies trīs:
Pirmkārt tie ir veselības aprūpes stratēģiskie mērķi un ceļi uz tiem; pārvaldība finanšu vadībā, cilvēkresursu vadībā un kvalitātes kontrolē, kam veltīsim dienas pirmo daļu. Man jau tagad ir liels prieks par augsto sarunas kvalitāti, ko sola kvalificēto runātāju loks!

Otrajā daļā mēs pārrunāsim ārstniecības personu un pacientu līdzdalību veselības aprūpes sistēmā un aicinātie runātāji piedāvās lielu skatījumu dažādību.
Bet dienu noslēgsim ar veselības aprūpes sistēmas neatņemamu aspektu - pacientu tiesību jautājumu, jo galu galā tieši pacientu drošība par sistēmas pieejamību ar kvalitatīvu aprūpi ir visas diskusijas virsmērķis.

Lai nepazaudētu šīsdienas domugraudus šo forumu mēs protokolēsim un domu apmaiņu vēlāk padarīsim pieejamu rakstiskā formā. Publikācijas nodrošināšana gan būs atkarīga no tālākas ziedotāju labvēlības. Forumu vispār iespējamu mums ir darījusi Eiropas Savienība, bet papildu finansiālu atbalstu sniegusi *Latvijas Patentbrīvo medikamentu asociācija*, kā arī uzņēmums *Berlin Chemie*. Šeit vietā personisks paldies abu institūciju pārstāvēm Agitai Lazdiņai un Intai Saprovskai.

Vēlreiz vēlos pateikties Valsts prezidentam un Valsts prezidenta juridiskajai padomniecei Inesei Lībiņai-Egner, kā arī Veselības ministrijai un personiski Jurim Bundulim par radošo sadarbību, veidojot šo forumu. Sirsnīgs paldies arī Delnas politikas analītiķei Līgai Stafeckai un līdzstrādniecei Katei Nītiņai par ieguldījumu šī pasākuma izstrādē un norisē.

Ņemot vērā mūsu foruma temata nozīmi, varu tikai novēlēt lai katra no mums goda lieta šodien iziet ārā no šī foruma motivētākiem un atbildīgākiem pret sabiedrības dāvāto uzticību.

1. daļa.
Veselības aprūpes stratēģiskie mērķi un laba pārvaldība

Veselības aprūpes stratēģiskās prioritātes un mērķi veselības aprūpē un ceļš uz to Latvijā.

Armands Ploriņš
Veselības ministrijas valsts sekretārs

Sākumā jāizsaka pateicība par iespēju šeit uzstāties. Mana prezentācija būs par veselības aprūpes prioritātēm un mērķiem veselības aprūpē un ceļu uz to Latvijā. Es gribētu to papildināt vēl ar vienu piebildi, ko es mēģināšu prezentācijas laikā iet cauri. Par dažiem mītiem, kuri varbūt arī būtu jāievēro šajā kontekstā, par kuru šodien debatēsim un diskutēsim.

Pirmais mīts, par kuru es gribētu runāt jau pašā sākumā ir tas, ka mēs runājam par krīzi medicīnā. Mēs runājam par krīzes pārvarēšanu medicīnā un būtībā tas drusku līdzinās padomju laikiem, kur vienmēr bija cīņa vai kauja par kaut ko – kauja par metālu, labību, cīņa par vēl kaut ko. Šobrīdī Latvijā ļoti strauji attīstās jaunās tehnoloģijas medicīnā. Šeit sēž speciālisti, kuri ar pārliecību pateiks, ka tik strauja tehnoloģiju attīstība vēl nav bijusi Latvijā kā pašlaik. Tiek būvētas jaunas slimnīcas, lai ko mēs runātu, mums paaugstinās medicīnas personāla atalgojums. No šī gada mēs ceram, ka pieaugs arī ārstu skaits, rezidentu skaits, pieaug arī uzņemto studentu skaits medicīnā. Es domāju, ka pilnīgi lietderīgi būtu runāt par ceļiem, kuriem mums būtu jābūt, lai nodrošinātu turpmāko attīstību, jo attīstības ātrums ir neizmērāms un vienmēr gribas arvien ātrāk un vairāk. To arī vienmēr vajag censties izdarīt un uz to arī vajag iet.

Tālāk, runājot par stratēģisko darbību, par konferences tēmu „laba pārvaldība", tad prezidents jau minēja, ka būtība tas galvenais medicīnas aprūpē, kas arī ir problēma – tā ir uzticība. Es gribētu vilkt paralēles – uzticība – tā būtībā arī ir laba pārvaldība un laba pārvaldība savukārt ir uzticība. Ja mēs runājam par kvalitātes sistēmām, tad tas tā tieši arī ir – uzsvars ir radīt tieši šo uzticību. Un tā vadības sistēma, jeb kvalitātes vai labas pārvaldības sistēma tad rada arī šo uzticību.

Stratēģiskās darbības virsmērķis

Sabiedrības veselības nodrošināšana veicinot slimību profilaksi, tajā skaitā popularizējot veselīgu dzīves veidu, kā arī radot nosacījumus izmaksu efektīvai, fiziski un finansiāli pieejamai kvalitatīvai veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai

Par ministrijas darbības virsmērķiem - sabiedrības veselības nodrošināšanu, veicot slimības profilaksi, tai skaitā popularizējot veselīgu dzīvesveidu, kā arī radot nosacījumus izmaksu efektīvai, fiziski un finansiāli pieejamai, augsti kvalitatīvai veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanai. Pamatā tad būtu jāsāk no paša sākuma, kas attiecas uz veselīga dzīves veida popularizēšanu, uz slimību profilaksi, lai mūsu sabiedrība kļūst veselāka. Te ir labi piemēri Somijā, kur ir acīmredzami rezultāti, ko dod līdzekļi, kas ieguldīti veselīga dzīvesveida popularizēšanā – kādi ir šie rezultāti pēc 25 gadiem.

Politikas plānošanas dokumenti veselības aprūpē

- Veselības aprūpes reformas vidusposma un tālākās attīstības nodrošināšanas pamatnostādnes

- Sabiedrības veselības stratēģija un tās ieviešanas rīcības programma 2004.-2010.g.

- Ambulatorās un stacionārās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstības programma tās ieviešanas plāns 2005.-2010.g.

- Pamatnostādnes "Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē“ un programma "Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2006.-2015.g.“

- Pamatnostādnes “e-Veselība Latvijā“ un pamatnostādņu “e-Veselība Latvijā“ īstenošanas plāns 2008.-2010.g.

- Veselības ministrijas darbības stratēģija 2007.-2009.g.

- Eiropas Savienības fondu 2007.-2013.g. plānošanas perioda darbības programmas

Virzienu, kādā veidā veselības aprūpei butu jāattīstās parāda virkne politikas plānošanas dokumentu, kurus es atsevišķi nepārlasīšu. Gribētu minēt vienu mītu: pastāv uzskats, vismaz lielā sabiedrības daļā, ka vajag nomainīt visus ierēdņus, ministrus, un vienā dienā pieņemt vienu lēmumu, un viss būs pilnīgi savādāk, visi būs apmierināti ar veselības aprūpes sistēmu. Jāsaka, ka, iepazīstoties ar veselības sistēmām, to, kā tās attīstījušās pasaulē, tas attīstības ceļš ir apmēram 25 gadu garumā līdz tam, kamēr nonāk līdz tādam līmenim, kad tā tiek plānota, attīstīta, virzīta un kaut kādi noteikti mērķi tiek nosprausti. Līdz ar to mums nebūs tādu risinājumu, kas būs nedēļas laikā strauji pieņemti, strauji mēs viņus uzsāksim. Kā piemērs bija veselības apdrošināšanas jautājums, kur tika paziņots, ka mēs sākam domāt par šo jautājumu kā vienu no risinājumiem. Tai pat laikā no mums pēc nedēļas tika prasīts – būs apdrošināšana vai nebūs un cik tad mums būs par to jāmaksā. Šādi jautājumi nevar tikt sasteigti, jo skar visus Latvijas iedzīvotājus.

Stratēģiskās darbības aktivitātes

- Kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana iedzīvotājiem
- Veselības aprūpes pakalpojumu uzraudzības sistēmas pilnveidošana
- Ātra un efektīva pakalpojumu sniedzēju “struktūrplāna” realizācija
- Ārstniecības personāla atalgojuma nodrošinājuma jautājums

Runājot par stratēģiskās darbības aktivitātēm, tās būtu kvalitatīvu veselības aprūpes nodrošināšana iedzīvotājiem, veselības aprūpes pakalpojumu uzraudzības pilnveidošana, ātra un efektīva pakalpojumu sniedzēju struktūrplāna realizācija un ārstniecības personāla atalgošanas jautājums.

Savukārt, runājot par kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu, pašlaik tiek izstrādāti dokumenti, kuros mēs runājam par šo pakalpojumu nodrošināšanu. Viens no būtiskākajiem, lai nodrošinātu pakalpojumu kvalitāti, ir arī klīniskās vadlīnijas, pie kā tiek strādāts pašlaik.

Kvalitatīvu veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšana

- Sagatavots Ministru kabineta noteikumu projekts “Kārtība, kādā izstrādājamas klīniskās vadlīnijas”
(Veselības nozares stratēģiskās padomes aktīva līdzdalība vadlīniju prioritāšu noteikšanā)

- Izstrādes stadijā Ministru kabineta noteikumu projekts par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām (prasības dežūrējošā personāla skaitam atkarībā no slimnīcas veida)

- Izstrādes stadijā Ministru kabineta noteikumu projekts par grozījumiem veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtībā (ietverot veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes nodrošinājuma apjoma indikatorus)

- Zālu sarakstu veidošana slimnīcās

Lai realizētu šīs vadlīnijas, Veselības ministrijā izveidota stratēģiskā padome, viens no galvenajiem tās uzdevumiem ir šo vadlīniju izvērtēšana. Stratēģiskās padomes viens no galvenajiem uzdevumiem ir arī atsevišķu slimību programmu izvērtēšana. Kā būtiskākais bez šiem dokumentiem ir atkal tā pati ārstniecības iestāžu loma un ārstniecības iestāžu vadītāju loma kvalitatīvu pakalpojumu nodrošināšanā. Es kādreiz jau minēju, ka, runājot par kvalitātes vadību veselības aprūpē un kvalitatīvu pakalpojumu nodrošināšanu, vienā ļoti cienījamā auditorijā pirms kādiem septiņiem gadiem es stāstīju par to, ka pacients būtībā ir klients un ārstniecības iestādēm ir jāapmierina klientu vēlmes. Šajā auditorijā cienījams medicīnas darbinieks pateica man, ka slimnīca nav bordelis, kurā jāapmierina kādam vēlmes. Šobrīd attieksme pret vadības sistēmām un kvalitāti iestādēs ir ļoti strauji mainījusies. Mūsu valsts prezidents laikam ir celmlauzis šajā veselības aprūpē un kvalitātes nodrošināšanā. Protams, mums jāpopularizē un Veselības ministrija to turpmāk arī darīs – šo moderno pārvaldības sistēmu ieviešanu veselības aprūpē. ISO 9000 standarts ir tikai pirmais solis, pasaulē jau tiek izmantotas daudz modernākas sistēmas.

Veselības aprūpes pakalpojumu uzraudzības sistēma

- Veselības inspekcijas izveide ar 2007.gada 1.oktobri
- Vienotas un saskaņotas uzraudzības sistēmas izveide Veselības inspekcijā un valsts aģentūrās
(prioritāšu noteikšana, informācijas apmaiņa, kopēja pārbaužu plānošana un īstenošana)
- Uzraudzības organizācijas principu maiņa
(darbība "pēc pašu iniciatīvas", savlaicīgi prognozējot un konstatējot veselības aprūpes problēmas)
- Skaidri noteiktas uzraudzības sistēmas prioritātes:
  - veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība iedzīvotājiem
  - iedzīvotāju maksājumi ārstniecības iestādēs
  - ārstniecības procesa atbilstība normatīvo aktu prasībām
  - ārstniecības iestāžu atbilstība obligātajām prasībām
  - finanšu pārskatu analīze un resursu izmantošanas lietderība

Ja paskatās uz ārvalstu hospitāļiem, kas atrodas Eiropā, reti atradīsies kāds, kuram pie sienas nekarāsies apliecība jeb sertifikāts par sertificētu ISO 9000 standartu ieviešanu. Bet atkal es gribētu runāt par vienu mītu, kas pašlaik tiešām jau mainās. Tas, ka ārstniecības iestāde ir mākslinieku apvienība, kur katrs ārsts ir mākslinieks, un tāpēc viņam nevar būt nekādu noteikumu, nekādu standartu. Būtībā šis uzskats pašlaik tiek mainīts un mēs nonākam pie tā, ka ir noteiktas vadības sistēmas, noteikti standarti, ko mēs varam sākt ieviest. Un, kas ir jāsāk prasīt un, ko VM arī plāno prasīt no ārstniecības iestādēm, bet ne kā obligātu prasību, bet kā veidu, lai slimnīcas nodrošina šos pakalpojumus.

Nākamais - veselības aprūpes pakalpojumu uzraudzības sistēma. Šajā uzraudzības sistēmā es gribētu minēt to, ka būtisks jautājums ir šī kopējās atbildības novērtēšanas sistēmas pielietošana arī veselības aprūpē. Tas attiecas, pirmkārt, gan uz akreditāciju jeb sertifikāciju, ko Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra veic ārstniecības iestādēm, gan uz inspekcijām, ko veic attiecīgi gan Valsts Obligātās apdrošināšanas valsts aģentūras inspekciju sadaļa, gan pašlaik izveidotā jaunā Veselības inspekcija. Tātad šīm institūcijām ir jāiet tas pats ceļš, jāveic akreditācija, sertifikācija. Kaut vai balstīsimies uz šo pašu standartu, kas noteikts inspekcijā. Standarts sākas ar teikumu „Šis standarts ir izstrādāts, lai nodrošinātu uzticību tām institūcijām, kuras ir ieviesušas šo standartu. Domāju, tas visprecīzākajā veidā pasaka, kā panākt uzticību, tas ir tas ceļš, kas būtu ejams. Veselības inspekcijai viens no svarīgākajiem jautājumiem būtu atiet no sodīšanas veselības aprūpē, kļūt par palīgu ārstniecības iestādēm, kā nodrošināt pakalpojumu, to atbilstību standartiem.

Ātra un efektīva "struktūrplāna" realizācija

▪ Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju centralizācija (neatliekamās stacionārās palīdzības koncentrācija slimnīcās, kurās ir veselības aprūpes kvalitāti nodrošinājumam nepieciešamais ārstniecības personāls un tehnoloģijas, kā arī attiecīgs teritoriālais izvietojums pakalpojumu pieejamības nodrošinājumam)
- slimnīcu apvienību veidošana
- centralizēta katastrofu un neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izveide

▪ Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pārprofilēšana ("mazās" slimnīcas tiek veidotas kā veselības aprūpes un sociālās palīdzības centri, kur iedzīvotājiem nodrošina primāro veselības aprūpi, atkarībā no katrā teritorijā pieejamiem resursiem – ārstu -speciālistu konsultācijas, diagnostisko izmeklējumu minimumu)

Runājot par struktūrplānu un efektīvu tā realizāciju, tas patiešām paredz, ka stacionārie pakalpojumi ir jācentralizē savukārt ambulatorie pakalpojumi ir jādecentralizē. Pie tā arī struktūrplānam būs jāstrādā un pie tā mēs strādāsim arī tālāk. Pašlaik tiek strādāts pie tā, lai radītu modeli mazajām slimnīcām, kurš nepieciešams, lai nodrošinātu šos nepieciešamos pakalpojumus pietiekami augstā kvalitātē lauku teritorijās, tuvāk iedzīvotāju dzīves vietai. Te atkal jāatiet no mītiem, ka visiem visas tehnoloģijas būs pie mājas – tas tā nevar būt. Latvijā pašlaik ir 81 slimnīca – tas ir nenormāli liels skaits, kuras visas pretendē uz modernāku tehnoloģiju ieviešanu pie sevis. Mums nekad nebūs tik daudz ārstu, jo tas pacientu skaits ir tik neliels priekš šīs dārgās tehnoloģijas uz doto brīdi un pakalpojums tādēļ maksās ļoti dārgi. Līdz ar to mums ir jāizvēlas, vai mēs gribam nodrošināt lētu tehnoloģiju pie mājas vai tomēr centralizētu un visiem pieejamu kvalitatīvu tehnoloģiju.

Ārstniecības personāla atalgojuma nodrošinājuma jautājums

Ārstniecības personāla darba samaksas principi:
▪ Ārstiem 2,5 reizes lielāka par vidējo tautsaimniecībā ar 2009.gada 1.janvāri
▪ Ārstniecības un pacientu aprūpes personām 60% no ārsta darba samaksas
▪ Ārstniecības un pacientu aprūpes atbalsta personām 40% no ārsta darba samaksas
▪ NMP transportlīdzekļu vadītājiem – 85% no ārstniecības un pacientu aprūpes personāla darba samaksas

Beidzamais ir par atalgojumu. Gribētu teikt, ka tas būtu jāsaprot, ka ministrijas kontekstā var runāt tikai par algas daļu no valsts apmaksātās pakalpojumu daļas. Mēs nevaram runāt par algu ārstam, ka ministrija var nodrošināt algu ārstam. Visas ārstniecības iestādes, izņemot divas, ir pārgājušas uz to, ka tās ir uzņēmumi – tikai divas būtībā strādā kā iestādes. Arī būtu jāsaprot tas, ka no budžeta tiek apmaksāta pakalpojumu finansiālā pieejamība iedzīvotājam, nevis algas ārstiem, māsām, ārstniecības personālam. Algu daļa, kuru ieliekam pakalpojumos, nepārtraukti pieaug. Šogad tas būs no 175 milj. latu, kas bija 2007.gadā, bet 2008. gadā tas ir jau 213 milj. latu – tas ir būtisks pieaugums. Protams, vienmēr varam vēlēties arī lielāku. Diemžēl manas uzstāšanās laiks ir beidzies, tāpēc te apstāšos. Paldies!

(Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā)

Better governance for improving health system performance. Case study: Lithuania.

Gintaras Kacevičus
World Health Organization consultant

It is great pleasure to participate in this high level forum, because we are discussing governance of your system – topic, which is extremely interesting, important and complicated. My task today is to present for you study of Lithuania, which was prepared for one event in Pernu two months ago. I adapted it to this forum. When I saw the program this morning I realized that my presentation is at least twice too long.
Next to boxes are about what is governance and what is management. The idea is to show, that

What is governance?	**What is management or administration?**
• Creating the vision and mission • Defining the goals and objectives in order to achieve the vision and mission • Articulating the values and the policies that derive from these values • Putting in place the management necessary to achieve those outcomes and evaluating the performance of managers. • Tools of governance are: o influence, o direction, o planning, o funding, o incentives, penalties and rules.	• Has to do with how policies are implemented and how things are done. • Is an executive function with authority for the operational control and direction of activities. • Requires and employs a wide range of skills: o design of the organizational structure, o budgeting and operational planning, o finances, o human and physical resources, o internal and external communication, o record keeping, o evaluation of progress.

governance is more like regulation, like setting targets and mechanism to control how these targets are achieved. Governance and management is something operational, executional – it is about process how these targets are achieved. Governance does not interfere in management and managers do not interfere in governance.

I will base my presentation on the following criteria for good governance:
- strategic priorities are clarified, consistent, and supported by explicit goals and targets;
- the roles and responsibilities are clearly delineated and organized to deliver optimal outcomes;
- Multiple stakeholders and health system actors including citizens and patients are actively involved in the decision-making processes;
- Clear and transparent accountability mechanisms, accompanied by appropriate incentives and funding arrangements.

Main milestones in improving health system governance in Lithuania

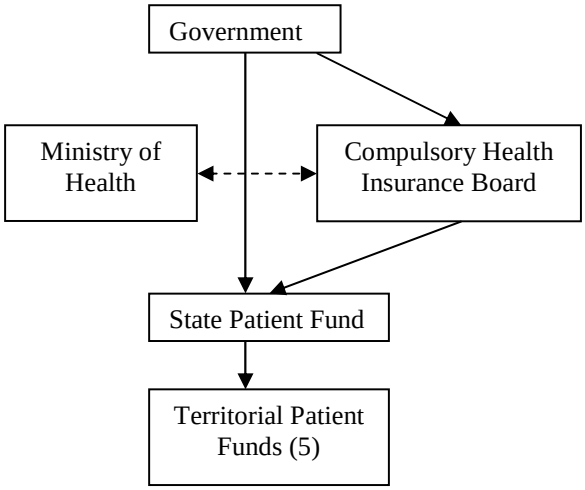
- Lithuanian Health Program (1998 - 2010)
- Implementation Strategy of Health Care Reform's Aims and Objectives (2004)
- Health care institutions restructuring strategy, 2003-2005 (stage 1) and 2006-2008 (stage 2)
- Evaluation of the Lithuanian Health Programme (2005, 2006) - the impact on health
- Outline of health system development for 2007-2015 (2007, draft)

In Lithuania we have a list of strategic documents elaborated. These are 5 documents (see the box), the last one is still draft and probably will be adapted this year. This seems impressive; this is good, because in LT we always were concerned of continuation. Governments are changing, but we have to have some process. Now I will present some problems which we faced. We have a lot of strategic documents. What problems we see are that strategies are not always based on overall system goals like level and equity, like financial protection of population and sometimes important aspects are missing. Strategies are not translated into explicit and clear goals and very often they are not followed by implementation plans and they are not consequently implemented. The abstractation is that we have good strategies, but the reality is different. When we talk about delegation of roles and responsibilities, remember – governance and governors, management and managers – what we see in reality is that this delegation is not enough clear. And sometimes traditions are also inherited from Soviet period here and governance on very top would like to manage pretty small things instead of doing strategies. And health system remains too vertical; situation management sometimes takes place and this misbalance between responsibilities.

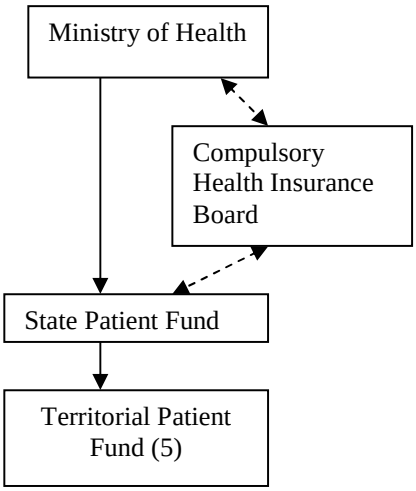
In LT we have some mechanisms how to involve population in decision making process, but they are weak yet. Health system is still a bit closed, information is not always accessible. I realized this when I became independent consultant. When I needed information I sometimes met some obstacles. Comparison with systems should be taken more regularly. What I met in several countries is that very often we think we are so unique, so different from others, so special. But we have to compare our neighbor countries – LT, LV, EST and other countries – then we can see that we are not so unique. And there are some general rules what we have to take into account. Then we can better see our selves.

Now about the governance mandatory health insurance in LT.

Governance of MHI in Lithuania before 2003

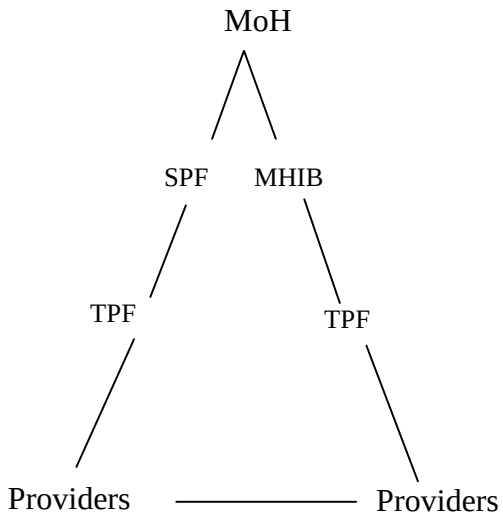


Governance of MHI in Lithuania after 2003



We had law on health insurance in LT in 1994 this is 10 years of functioning of insurance system, But in 2003 we did reform of this governance of health and insurance. The main points of this reform was subordination of state patient fund which was switched from government to ministry of health and mandatory health insurance board, which was like health insurance parliament became only body which was making recommendations to ministry – so no decision right. Above you see the scheme of previous system and almost horizontal relations between ministry of health and compulsory health insurance board. Almost, because ministry was always the chair of compulsory health and insurance board, so ministry has influence on health insurance – this was before. Now the role of government has almost disappeared and ministry of health is on the top of this pyramid. And compulsory health insurance board is making recommendations.

Mandatory health insurance system developed not based on overall system goals, especially financial protection and we are missing long term vision. In LT we are talking a lot about supplementary, voluntary health insurance. But we do not know yet and this is under process of elaboration about long term vision of mandatory health insurance system and how these work together.



I want to talk about the role of providers in system. As you can see, providers are on the bottom of this pyramid and the relations of health providers, territorial patient funds and state patient fund are not based on partnership. They are based on subordination, despite that providers in LT are public not profit institutions – autonomous institutions. Burt it is too early to talk about partnership. Composition of mandatory health insurance board is not well balanced – I mean the role of health providers in the board. Unfortunately they have so big influence in this board therefore decisions of this board; recommendations are often medicalised and serve more for providers than patients.

Top 3 recommendations for health governance improvement in LT are:
1) To concentrate on supervising of implementation strategy. We have a lot of strategies and we have to concentrate on implementation; 2) we have to delineate responsibilities and reducing hierarchical structures; 3)we have to create more open system in terms of education and involvement stake holders, information sharing and the use of expertise, including expertise of such consultants as me. And three plus one recommendation for improvement governance in health insurance in LT – it's elaboration of long term pension. Delineation of supervisor and executive functions – we have kind of mix now. Restitution of autonomy which seems to me very important issue. If we want to have effective and officinal purchase so we have to restitute purchase autonomy and shift the subordination back to government. And probably we even have to change legal status of health insurance into the state agency outside civil service, because now we have within civil service and we lose flexibility. The salaries of doctors are growing up as well but health insurance is loosing employees because doctors go back to hospitals.
(Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā.)

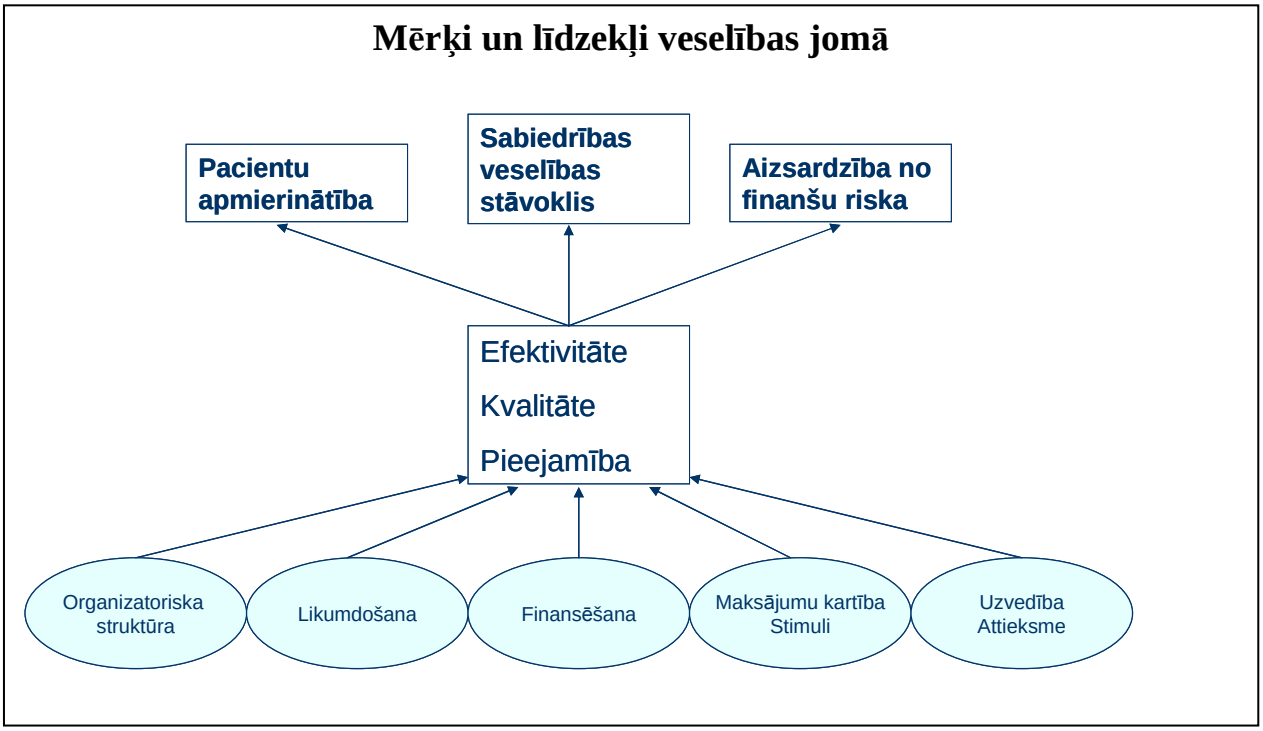
Laba pārvaldība veselības aprūpē un efektīvas veselības aprūpes politikas rādītāji.

Uldis Mitenbergs
Ārsts,
Jeilas Universitātes maģistrants biznesa administrācijā ar koncentrāciju veselības aprūpē

Labdien visiem! Augsti godātais prezidenta kungs, dāmas un kungi!

Man ir patiešām prieks, ka es šeit esmu un ka jūs esat mani uzaicinājuši. Šodien ir arī tāda ļoti zīmīga diena, jo šodien ir Lielās oktobra sociālistiskās revolūcijas deviņdesmitā gada diena, un, kā jūs zināt, tad revolūcijas vienmēr iezīmē pārmaiņas. Tā revolūcija nenesa labas pārmaiņas, bet es ceru, ka mūsu pasākums iezīmēs pārmaiņas, bet šoreiz labas pārmaiņas veselības aprūpē. Labas pārmaiņas veselības aprūpē nav iespējamas bez labas pārvaldības.

Es mēģināju atrast, vai Latvijā eksistē labas pārvaldības standarts sabiedriskajā sektorā. Tādu dokumentu neatradu, bet ir atsevišķi dokumenti, kuri runā par labas pārvaldības jautājumiem. Viens no šiem dokumentiem ir Latvijas Nacionālais attīstības plāns, kur mēs redzam tādus kritērijus, kā ilgtermiņa plānošanas esamība, mērķu un rezultātu mērīšana, korupcijas novēršana un citus kritērijus. Ir arī citi dokumenti citās valstīs, kas it kā iezīmē šos kritērijus, kas ir laba pārvaldība. Dažās valstīs ir pat speciāls standarts šajos jautājumos. Bet jebkurā gadījumā labas pārvaldības pamattēmas ir: mērķi, to mērīšana, sistēmas kapacitātes un efektivitātes attīstība, caurskatāmība un sabiedrības iesaistīšana.



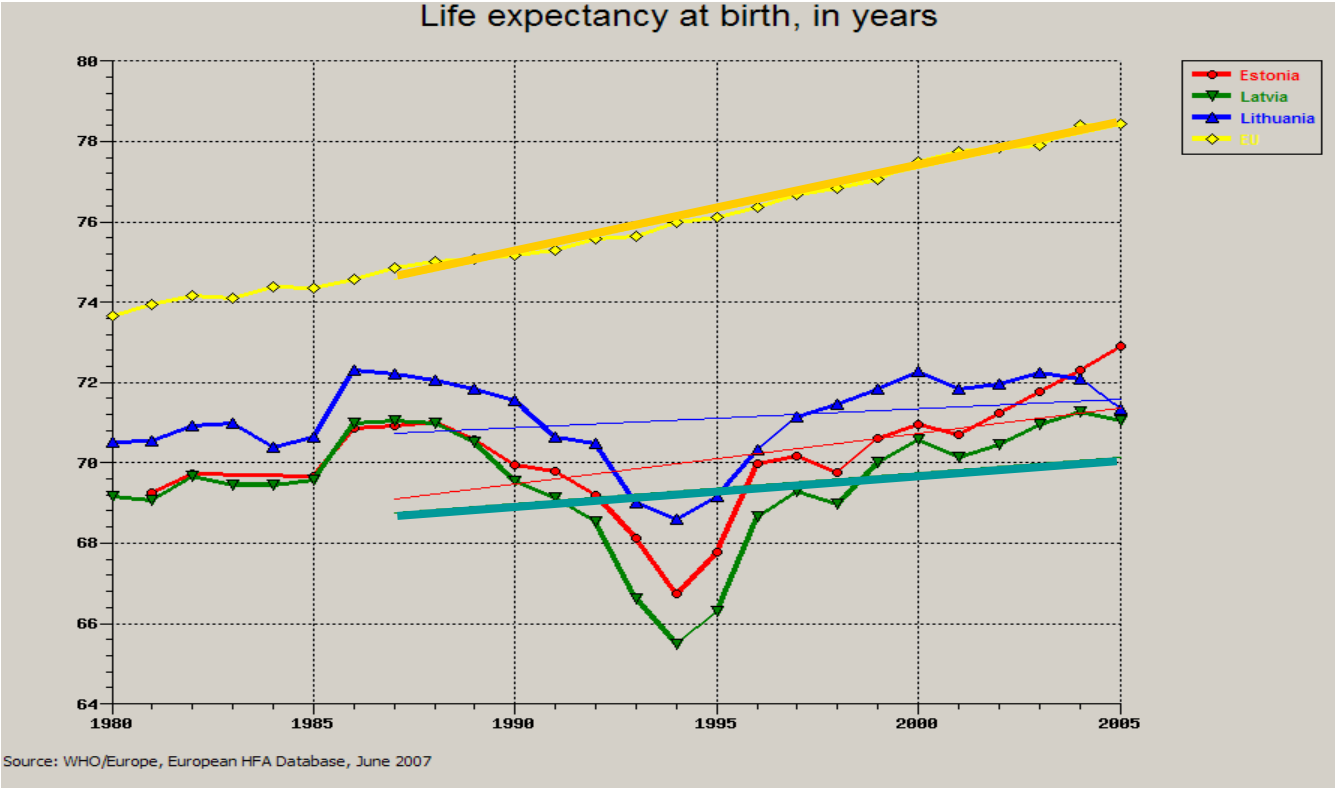
Es šodien esmu aicināts runāt vairāk par to pirmo kritēriju, tas ir, mērķi un to izpildes kontrole. Tātad es šim jautājumam arī vairāk pievērsīšos. Vispirms mums ir jāsaprot, kas veselības aprūpē ir mērķi un kas ir līdzekļi. Veselības aprūpes politikas efektivitāti pēc būtības mēs varam mērīt, balstoties uz trim ļoti precīzi noteiktiem kritērijiem. Pirmkārt, tas ir sabiedrības veselības stāvoklis, kuru raksturo dažādi veselības indikatori, tai skaitā, paredzamais mūža ilgums. Otrkārt,

tā ir, aizsardzība no finanšu riskiem. Trešais ir tas, ko jau minēja Ploriņa kungs, par to vēlmju apmierināšanu, kas izrādās ir ļoti, ļoti svarīgs kritērijs, lai mēs izvērtētu veselības aprūpes sistēmas – vai politika ir efektīva.

Tagad es gribu tādu nelielu mini aptauju uztaisīt. Es gribēju pajautāt cienījamajai auditorijai – paceliet rokas, lūdzu, tie, kuri zina, vai Latvijai ir kaut kādi specifiski mērķi šajās jomās? *(Auditorijā daži paceļ rokas.)* Tātad ir daži cilvēki, kas to zina. Nu es nezinu, vai kāds varbūt arī zina, kādi tie mērķi ir? Principā mēs jau šeit iezīmējam vienu tādu labas pārvaldības elementu, tas ir komunikāciju, proti, mums ir jārunā, ja šādi mērķi ir, jo izrādās, ka šādi mērķi vispār eksistē.

Šos te mērķus ir noteikuši divi dokumenti. Ir tāds dokuments, kas jau pieņemts 1996.gadā – tā ir Latvijas veselības aprūpes stratēģija, kur šis mērķis - "pagarināt Latvijas iedzīvotāju pilnvērtīga mūža ilgumu" - ir ļoti izplūdis, praktiski nemērāms, jo nav teikts ne tas, kad mēs to mērķi gribam sasniegt, ne arīdzan, kā mēs viņu gribam mērīt. Bet Sabiedrības veselības stratēģijas dokuments, kas ir pieņemts 2001.gadā, diezgan precīzi iezīmē mērķus, un pirmais vispārējais mērķis runā par to, ka mums tātad ir jāpagarina jaundzimušo paredzamais mūža ilgums un līdz 2010.gadam mums ir jāpietuvinās 95% no Eiropas Savienības vidējiem rādītājiem. Tātad tas ir ļoti, ļoti būtisks pamatkritērijs, ar kura palīdzību mēs tad varam vērtēt, cik sistēma ir efektīva vai neefektīva.

Tagad šī bilde mums parāda, kas tad notiek ar tendencēm šī te mērķa sasniegšanā. Šie ir Pasaules Veselības organizācijas dati, un te es esmu centies iezīmēt tās tendences. Tā dzeltenā ir tendence, kas notiek Eiropas Savienībā, un ar zaļo jūs redzat tendenci, kāda ir Latvijā. Man vismaz izskatās ar manu aci, ka šī te starpība diemžēl palielinās. Izrādās, ka arī Sabiedrības veselības aģentūrai ir līdzīga acs kā manējā, jo savos secinājumos un monitoringā par to, vai šis mērķis tiek izpildīts vai nē arī viņi ir teikuši jau 2006.gadā, ka mēs visticamāk netuvināsimies šim mērķim un ir



jāturpina darbs pie veselības aprūpes sistēmas sakārtošanas. Tātad pēc būtības tajā brīdī, nu man

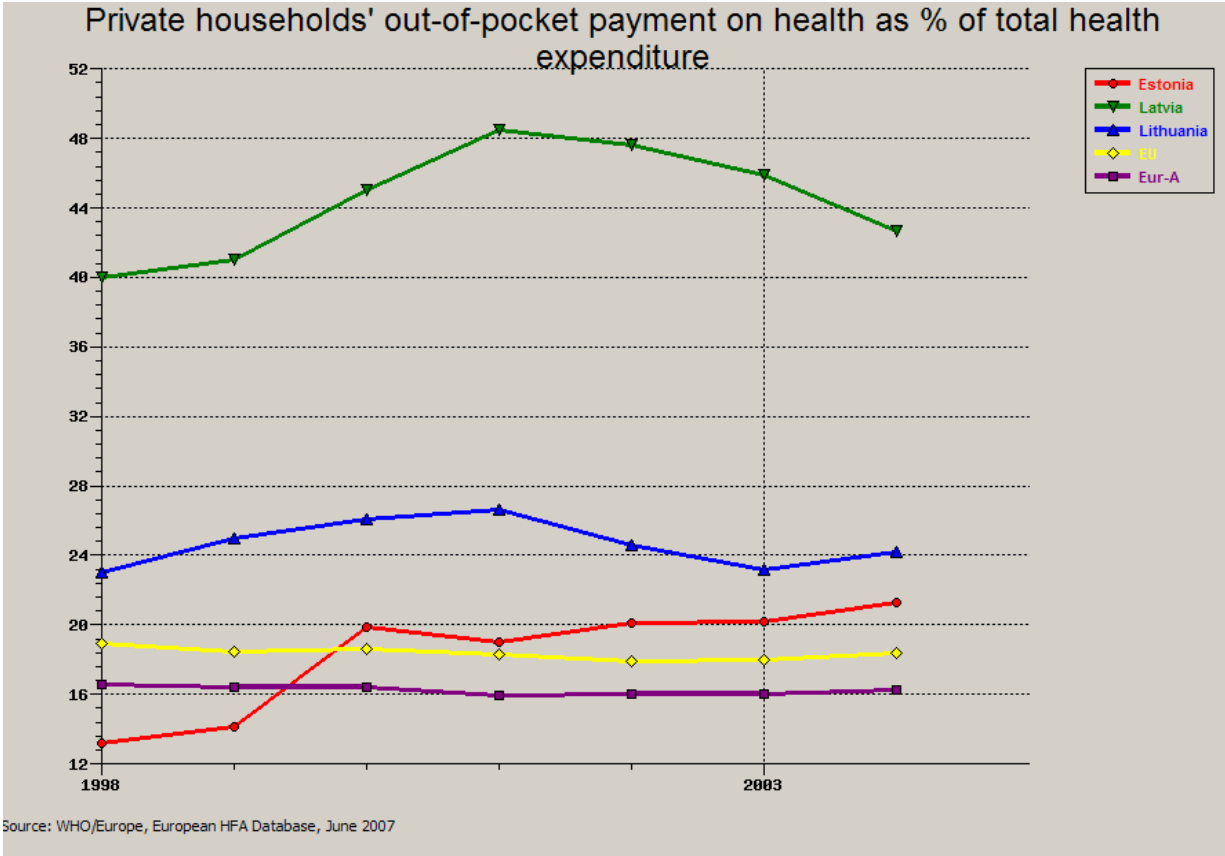
vismaz tā šķistu, bija jāskan ļoti lielam trauksmes zvanam, jo mēs nu laikam nesasniegsim to mērķi, ko mēs esam sev uzstādījuši. Vai jūs atceraties to trauksmes zvanu?

Otrs būtisks mērķis ir aizsardzība no finanšu riska. Tātad tas ir otrs kritērijs, kā mēs vērtējam efektīvu veselības aprūpes politiku. Pēc būtības tas nozīmē to, ka pacienta materiālajam stāvoklim nevajadzētu būt šķērslim, lai viņš saņemtu medicīniskos pakalpojumus. Tad atkal jautājums ir, vai pastāv konkrēts mērķis.

Jāsaka, ka šāds mērķis Latvijā ir noteikts jau 2001.gadā, un ir arī teikts, ka ir nepieciešams radīt sistēmu, lai mēs varētu monitorēt šī mērķa izpildi. Sabiedrības veselības stratēģijā rakstīts, ka "līdz 2010.gadam Latvijā veselības rādītāju atšķirības dažādu sociāli ekonomisko grupu starpā jāsamazina vismaz par vienu ceturto daļu (..)." Bet pēc būtības Sabiedrības veselības stratēģijas dokuments nosaka šos te mērķus un arī domā par to, kā mēs viņus varētu monitorēt. Rezultātu mērīšanai nepieciešams nodrošināt "visaptverošu sistemātisku informāciju par veselības stāvokļa saistību ar iedzīvotāju sociāli ekonomisko stāvokli".

Bet kāda tad ir tā situācija? Izrādās, ka mēs nevaram īsti tos mērķus monitorēt, un to arī saka Sabiedrības veselības aģentūra savā monitoringa ziņojumā, jo izrādās, ka mēs nevaram īsti izmērīt, kāds tad ir šis progress šajā jautājumā. Eksistē tikai atsevišķi pētījumi, kuri varbūt mums parāda konkrēto situāciju, bet mēs īsti nevaram monitorēt tendenci. Viens no šādiem pētījumiem, kas ir 2005.gadā veikts, parāda, ka vairāk nekā 1/3 iedzīvotāju gada laikā nevar vērsties pie ārsta, jo viņiem ir pietrūcis vienkārši līdzekļu. Tātad tas bija šis otrais nozīmīgais efektīvas veselības politikas izvērtēšanas kritērijs.

Jā, vēl šajā grafikā jūs redzat to, kas patiesībā laikam izskaidro, kāpēc tad šī te veselības pakalpojumu pieejamība ir tāda, kāda viņa ir, un te mēs redzam, ka Latvija, Latvijas veselības sistēma ir ārkārtīgi atkarīga no privātiem maksājumiem. Jūs redzat, ka Latvijā pacienti maksā starp 40% un 50% no kopējiem izdevumiem veselības aprūpē no savas kabatas. Kamēr, ja jūs paskatāties uz to bildi, kas notiek attīstītās valstīs, teiksim, dzeltenā strīpa parāda to, kas notiek tādās bagātākās Rietumeiropas valstīs. Viņi no savas kabatas maksā kādus 16% - 18%. Tātad ir diezgan saprotams, kāpēc ir tāda situācija.



Savukārt, ka runājam par pacientu apmierinātību, mērķa Latvijai šajā jomā nav, un atkal ir atsevišķu aptauju rezultāti, kuri mums vienkārši raksturo situāciju, kā tad ir ar pacientu apmierinātību. 2005.gadā 25% no aptaujātajiem min veselības aprūpi starp divām svarīgākajām valsts problēmām. Citas aptaujas 35% respondentu norāda, ka situācija veselības aprūpē ir kļuvusi sliktāka, bet 35%, ka nekas nav mainījies. Savukārt 20% norāda, ka sistēma ir kaut nedaudz, bet uzlabojusies.

Ko tad es izdarīju šajā īsajā laikā? Es vienkārši nodemonstrēju jums, kādi tad ir šie efektīvas veselības aprūpes politikas izvērtēšanas kritēriji un jūs paši redzat, kāda tur pašreiz ir situācija. Tātad ministra kungs teica, ka mums vajag būt asiem. Es nebūšu ass, es būšu tiešs. Es vienkārši teikšu to, ka attiecībā uz pamatmērķi, vismaz visas pazīmes liecina, ka mēs neizpildīsim pirmo vispārējo mērķi, ko mēs esam noteikuši, proti, mēs netuvināsimies Eiropas Savienības vidējiem rādītājiem vismaz šinī pārskata periodā un attiecībā uz pārējiem kritērijiem, man jāsaka, ka vienā gadījumā tāds kritērijs vispār pat nav noteikts, otrā gadījumā mēs viņu nevaram īsti izmērīt. Nu acīmredzot mums ir kaut kādas problēmas un mums ir vajadzīgas tās labās pārmaiņas.

Tas liecina, ka ir nepieciešama detalizēta analīze - kas tad mums ir jādara, lai mēs panāktu uzlabojumus šajos kritērijos. Es šodien neveikšu šo detalizēto analīzi un es pieņemu, ka ministrijā tāds darbs tiek veikts un tas tiek darīts. Es tikai varu iezīmēt dažas acīmredzamas lietas.

Pirmkārt, tas attiecas uz veselības aprūpes finansēšanu. Atkal es citēju Sabiedrības veselības aģentūru un mani komplimenti Sabiedrības veselības aģentūrai, jo pēc būtības mana uzstāšanās gandrīz neietver nevienu manu domu. Tā kā es esmu praktiski citējis mūsu institūciju pārstāvjus, tā kā tas ir vienkārši kompliments viņiem. Un ko viņi ir teikuši? Viņi ir teikuši, ka mērķu sasniegšanai netiek piešķirti pietiekami budžeta līdzekļi. Nu nav nekāds brīnums, ja jums iedot

litru benzīna un saka: „Aizbrauciet ar šo no Rīgas uz Ventspili!” Nu nekur jūs īsti netiksiet. Zemāk tabulā jūs varat apskatīties Veselības ministrijas datus par finansējumu. Jūs redzat to, cik mēs tērējam veselības aprūpei – tas visu laiku ir bijis mazāk par 4%. No kopējiem valsts izdevumiem veselības aprūpei tie ir ap 10%. Jūs varētu teikt varbūt, ka tas ir daudz? Varbūt citas valstīs tērētu mazāk? Ja mēs apskatāmies salīdzinoši uz veselības aprūpes finansējumu (pielikumā autora prezentācijā ir atrodami salīdzinošie dati), tas mums parāda, ka Latvija ar saviem 10% atrodas diezgan zemās pozīcijās. Ir valstis, kuras veselības aprūpei tērē ap 20% no kopējiem tēriņiem kā Čehija, Norvēģija, taču aiz Latvijas, es teikšu tā, atrodas pārsvarā Vidusāzijas valstis. Tātad jautājums par prioritātēm. Mēs esam dzirdējuši, ka veselības aprūpe ir prioritāte. Man arī tam gribas ticēt, bet ja es skatos uz cipariem, tad laikam tā tas tomēr nav.

Līdzekļi veselības aprūpei salīdzinājumā ar IKP un valsts koppbudžetu

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
IKP milj.Ls*	3562,9	3902,9	4224,2	4685,7	5168,3	5689,4	6317,8	7333,0	8404,0	9439,1
Valsts kopbudžets, milj.Ls **	1176,6	1329,6	1470,5	1449,9	1536,5	1695,1	1878,6	2226,1	2851,0	3353,8
Līdzekļi veselības aprūpei, milj.Ls ***	123,3	139,6	146,3	144,2	156,5	176,1	202,0	236,9	288,0	347,0
% no IKP	3,46	3,58	3,46	3,08	3,03	3,10	3,20	3,23	3,43	3,68
% no valsts koppbudžeta	10,48	10,50	9,95	9,95	10,19	10,39	10,75	10,64	10,10	10,35

Ekonomiskais novērtējums:

Izmaksu efektivitātes analīze:
-palīdz izvēlēties starp konkurējošām alternatīvām;
-veicina sabiedrības līdzekļu lietderīgu izmantošanu;
-palīdz lēmumu pieņemšanai sabiedrības līmenī;
-nodrošina caurskatāmu un racionālu pieeju resursu izlietošanai;
-nodrošina vienotu platformu diskusijai.

Kāds no jums atkal varētu teikt: „Labi, bet vai tad daudz iztērētas naudas nozīmē labus rezultātus?” Es, protams, teikšu, ka tā tas nav, un šodien ir dakteris Gruntmanis no ASV, kur viņi tērē veselības aprūpei ap 16% no kopprodukta, neraugoties uz to, tur ir gandrīz 50 miljoni cilvēku, kuriem nav veselības apdrošināšanas. Kanāda, viņu kaimiņi, tērē uz pusi mazāk no kopprodukta, lūk rezultāti salīdzinājumā ir pat labāki. Tad arīdzan Francija, kura 2000. gada Pasaules veselības pētījumā tika novērtēta kā valsts ar vislabāko veselības aprūpes sistēmu, arīdzan netērē 16%, viņi tērē ap 9%. Tātad, protams, naudas daudzums nav pats galvenais, ir svarīgi arī, kā mēs šo naudu izlietojam. Tāpēc es vēlreiz gribu pavisam īsi akcentēt arīdzan ekonomiskā novērtējuma un ekonomiskā izvērtējuma nozīmi – kā mēs naudu tērējam. Cik man ir zināms, atkal varbūt es kļūdos, mani varēs ministrijas pārstāvji labot, ka Latvijā tiek veikts medikamentu ekonomiskais izvērtējums, bet es neesmu dzirdējis, ka tāds izvērtējums tiktu veikts tehnoloģijām un lielākām sabiedrības veselības programmām. Tātad tas ir kaut kas, par ko mums noteikti būtu jādomā.

Viens cits būtisks traucēklis ir vērojams likumdošanas līmenī. Cik man zināms, tad joprojām nav pieņemts Veselības aizsardzības likums, un es nezinu, kāpēc ir tāda kavēšanās. Taču tas acīmredzami arī ir viens no iemesliem, kas mums traucē labi virzīties uz priekšu.

Noslēgumā es vēlētos pievērsties dažiem ieteikumiem. Pirmkārt, acīmredzot mums ir nepieciešams papildināt mērķus būtiskās jomās, ja šādi mērķi nav noteikti un pārskatīt esošos. It īpaši, ja mēs zinām, ka mēs tos nesasniegsim - tad ir skaidri jāpasaka, ka mēs tos nevaram sasniegt, mēs tos modificējam.

Otrkārt, ir nepieciešams veikt problēmu diagnostiku un pārskatīt rīcības programmu. Atkal man liekas, mani ministrijas darbinieki var labot, bet man liekas, arī Sabiedrības veselības aģentūra vienā savā monitoringa ziņojumā teica, ka šī rīcības programma, kas tika pieņemta 2004.gadā, daudzās jomās ir novecojusi. Treškārt, ir, protams, jānodrošina nepieciešamā informācija mērķu izpildes kontrolei. Visbeidzot, ja mēs gribam labu pārvaldību, protams, ir jānodrošina nepieciešamais finansējums un tā efektīvs izlietojums un, protams, jāinformē un jāiesaista sabiedrība.

Tagad ir jautājums, kas tad ir vajadzīgs, lai viss tas notiktu? Atkal tā nav mana doma, te jau kāds ir pateicis, ka laba rezultāta sasniegšanai ir nepieciešams panākt atbalstu visaugstākajā valdības un valsts pārvaldes līmenī. Kā jūs domājat, kas to saka? Izrādās, ka tā ir valdība, kas to saka! Šis ir citāts no rīcības programmas, kas ir pieņemta 2004.gadā. Tad mēs, protams, varam jautāt, kur ir vēl augstāks valdības un pārvaldes līmenis? Tas ir vairāk tāds retorisks jautājums.

Ar to es savu uzstāšanos gribētu beigt un es atgriežos pie tā, ko teicu sākumā, proti, ka es ceru, ka šis pasākums šajā dienā, Oktobra sociālistiskās revolūcijas gada dienā, iezīmēs pozitīvas pārmaiņas veselības aprūpē. Es patiesi ticu, ka tā tas varētu notikt, un es pateikšu arī kāpēc – tāpēc, ka Valsts prezidents ir pievērsis īpašu uzmanību šai jomai un tas palīdz šo jautājumu aktualizēt. Šeit ir arī ministrs un ministrijas pārstāvji, kas liecina, ka šim jautājumam tiek pievērsta uzmanība un ka ir labā griba. Kā jūs zināt, lai būtu labi darbi, ir jāsāk ar labu gribu, un laba griba mums ir. Paldies!
(Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā.)

Laba pārvaldība veselības aprūpē un Veselības ministrijas loma tās nodrošināšanā.

Juris Bundulis

Veselības ministrijas Valsts sekretāra vietnieks

Augsti godājamais prezidenta kungs, augsti godājamais ministra kungs, cienījamie kolēģi, nozares profesionāļi, mīļie pacienti!
Es esmu tādā dīvaina situācijā –ja es ieskatos mūsu programmā, tad mans laiks jau ir beidzies, un es ļoti gribētu, lai mums tiešām ir konstruktīva diskusija, bet es mēģināšu īsi dažus vārdus tomēr teikt. Mitenberga kungs aicināja ministrijas pārstāvjus uz diskusiju, oponēšanu. Tas nebija mans mērķis, bet domājot par labu pārvaldi, es gribētu teikt tā: mums katram ir pieredze veselības aprūpē pilnīgi noteikti, ļoti dažāda, arī man tai skaitā.

Runājot par labu pārvaldību, arī tur mums katram ir savs priekšstats par to, kas tad tas ir. Bet es gribētu teikt, ka lielākā daļa no cilvēkiem droši vien būtu gatavi parakstīties, ka tas ir pasākumu kopums vai sistēma, kas ar optimāliem, ne vienmēr lētākiem, bet pilnīgi noteikti izmaksu efektīviem resursiem, nodrošina skaidri definētu un izmērāmu mērķu sasniegšanu, kas ir ļoti svarīgi. Tik tiešām, ja mēs redzam, ka mēs mērķus nevaram izpildīt, tie savlaicīgi ir jākoriģē, lai nebūtu vilšanās, un īstenībā tas arī ir viss. Es procesu, kurā mēs visi piedalāmies, gribētu salīdzināt ar laivošanu pa mežonīgu kalnu upi. Faktiski laivošana pa kalnu upēm bez labas pārvaldības nav iespējama. Pie sliktas pārvaldības labākajā gadījumā mēs saņemsim aukstu ūdens šalti, varbūt veselīgu, atvēsinošu, bet nekad nenonāksim pie mērķa.

Runājot par labas pārvaldības priekšnosacījumiem, es negribētu atkārtoties par to, ko Mitenberga kungs jau teica, bet es gribētu tā pavisam vienkārši pateikt. Skaidri definēti mērķi un viņu savlaicīga aktualizēšana ir mūsu panākumu pamats un garantija tam, ka mēs nonāksim pie gala rezultāta.

Labas pārvaldības priekšnosacījumi

- Skaidri definēti mērķi un prioritātes
- Stabila ilgtermiņa plānošana (t.sk. finanšu līdzekļu)
- Efektīva visu resursu izmantošana
- Pacientu līdztiesība un atbildība

Stabila ilgtermiņa plānošana, tai skaitā, finanšu, un pilnīga skaidrība ir tas - uz to mēs ejam un tas jau notiek, es gribētu teikt – kas mums garantē finanšu risku izslēgšanu, jo tad, kad ir skaidrs, cik ir naudas, ir skaidrs, ka šī nauda maksimāli efektīvi ir jāapsaimnieko.

Ja mēs runājam par visu resursu efektīvu izmantošanu, tad es gribētu minēt citu datumu, un tas ir 2007.gada 1.oktobris. Es nezinu, vai visi to pamanīja, bet tas ir datums, kad resursu organizēšanā veselības aprūpes sistēmā tika sperti ļoti nozīmīgi soļi tika izveidota jauna Veselības ministrijas struktūra un stājās spēkā jaunā Veselības inspekcijas struktūra, kas ir uzraugoša institūcija. Es domāju, ka tas ir skaidrs signāls sabiedrībai, ka izmaiņas būs, ka Veselības ministrija politikas plānošanu un stratēģiju ir skaidri nodalījusi no politikas īstenošanas, kas bija lielākā problēma, jo vienmēr, īstenojot ikdienas jautājumus, mums nav laika

Laba pārvaldība veselības aprūpē nodrošina šādu mērķu izpildi:

- Sabiedrības veselības uzlabošanos (prioritātes: mērķi – kritēriji- rezultāts)
- Iedzīvotāju finanšu risku kontroli
- Pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes sistēmu.

stratēģiski domāt. Es lieku ļoti lielu cerību, ka mana diskusija ar ļoti pieredzējušu cilvēku veselības ministrijā Rinaldu Muciņu, dos iespēju mums sabalansēti un līdzsvaroti sagatavot priekšlikumus ministrijas vadībai un ļoti ātri viņus arī realizēt. Vēl nozīmīgāks instruments ir Stratēģiskā padome, kas ir izveidota. Caur šo stratēģisko padomi, kas regulāri nāk kopā, mēs esam izlaiduši vairākus nozīmīgus dokumentus, vadlīnijas, ka ļaus mums izmaksu efektivitātes instrumentu piemērot gan uz tehnoloģijām, gan uz jebkuru veselības aprūpes pakalpojumu. Tas, manuprāt, ir instruments, kas dos esošā finansējuma ietvaros nozīmīgu ietaupījumu un ļaus mums resursus novirzīt prioritātēm.

Tātad par mērķu verifikāciju un rezultātu izmērīšanu. Tas ir instruments, kas mūsu ikdienas dzīvē ir absolūta nepieciešamība, un nevajadzētu baidīties par to, ka mēs mainām termiņus. Daudz sliktāk ir viņus nepildīt, jo tad mēs zaudējam sabiedrības uzticību. Runājot par mērķiem un kritērijiem, es pozitīvā nozīmē gribētu teikt, no vienas puses, tas, ka liela sabiedrības daļa nezina mūsu mērķus, nezina, kā mēs viņus mēram, ir, tai skaitā, mūsu neizdarība, kas pilnīgi noteikti ir jāuzlabo, bet tajā pašā laikā ar pozitīvām jūtām es atceros pasākumu mēnesi atpakaļ, kad Mitenberga kungs uzstājoties pieminēja, ka ir vajadzīgi mērķi, ka mums viņu nav, un šodien es ar gandarījumu secināju, ka viņš ir iepazinies ar mūsu mērķiem, viņš jau runā par viņu pamatotību, par termiņiem. Tas nozīmē, ka faktiski šīs sarunas dos mums iespēju visiem apzināties, uz kurieni mēs ejam, un tad jau tai laivošanai ir ļoti lielas un drošas garantijas. Mūsu panākumos izšķirīgais ir informēts pacients. Ja kādam liekas, ka nezinošs pacients ir ieguvums, tad tas ir pilnīgi nepareizi. Zinošs pacients ir uzraugs papildus kvalitātes novērtēšanā, zinošs pacients ir mūs sabiedrotais veselības aprūpes sistēmas sakārtošanā.

Tagad es atļaušos, salicis tos akcentus, ļoti ātri skriet uz priekšu, jo laiks spiež. Tātad veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātē ir vēl viena lieta, kas mums ļoti rūpīgi jāizvērtē. Mēs līdz šim esam, faktiski, koncentrējušies uz procesiem nevis uz rezultātiem. Es domāju, ka veselības aprūpes apmaksas sistēmā un arī pakalpojumu pirkšanas sistēmā, mums no procesa ir jāpāriet uz rezultātu. Mums ir jāmaksā par izārstētiem pacientiem, mēs nedrīkstam maksāt par pacientu ārstēšanu, jo mēs visi ļoti labi zinām, ka nav tādas summas, ko nevarētu iztērēt. Ko lūdzu?

V.Zatlera, LR valsts prezidenta replika: Es tomēr nevaru noturēties no replikas. Nevajag aizmirst, ka daži tomēr neizārstējas, un tas var vest uz to, ka viņus varbūt neārstēt...

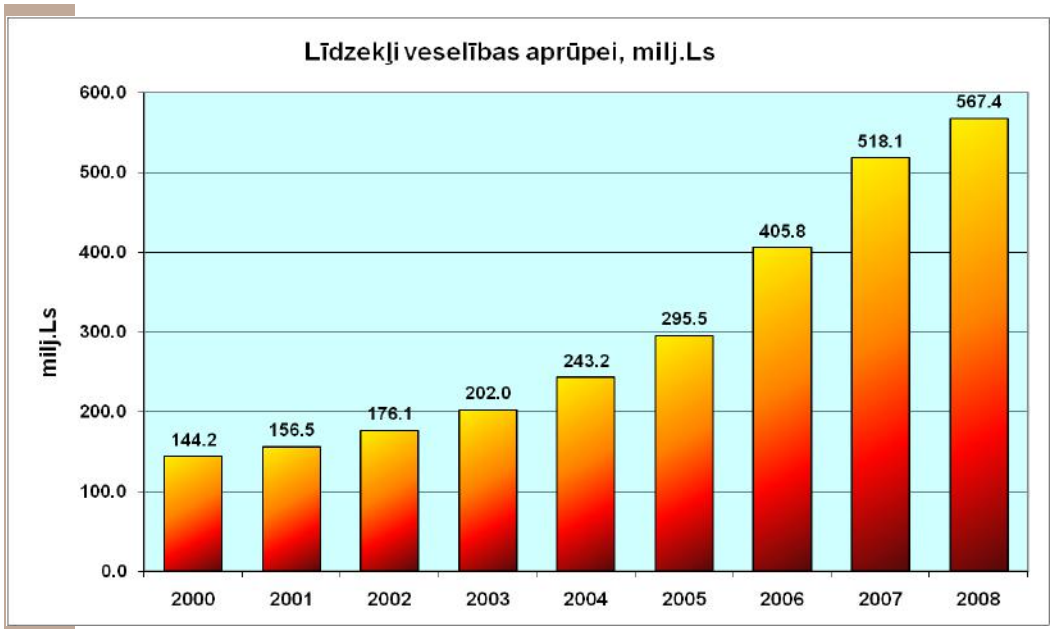
Nē, nu es saprotu arī šo aspektu, bet es runāju par pamatoto un kvalitatīvo aprūpi, es nerunāju par tiem gadījumiem, kad tiešām tas nav iespējams.

Es vēl vienu lietu gribētu, ja mēs nonākam pie likumiem. Es gribētu runāt par likumdošanu kā par instrumentu, jo ļoti bieži mēs dzirdam: „Mēs nevaram to izdarīt tāpēc, ka nav likumu.” Es gribētu teikt, ka labāk, ja mēs nezinām, ko gribam darīt, nerakstīt likumus, jo likums ir instruments, kas piedod legālu spēku loģiskām sistēmām, un šis ir diezgan izšķirīgi.

Veselības aprūpes finansēšanas sistēma

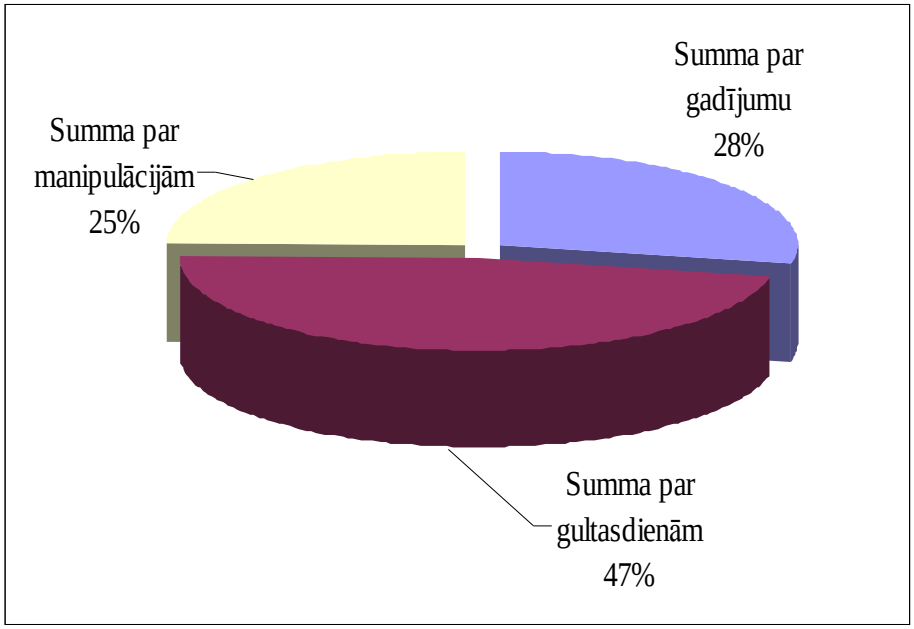
IKAS
ŘIJA

Finansējuma pieaugums veselības aprūpei



Es skatos savā pulkstenī, es vienkārši gribētu te pieminēt, ka ja mēs runājam nevis par procentiem, bet par naudas pienesumu veselības aprūpei, tad tik straujš finansējuma pieaugums naudā, kad to rāda citiem kolēģiem, viņi šad tad brīnās – kā jūs to esat dabūjuši gatavu? No otras puses, tad, kad naudas ir daudz, vienmēr ir risks viņu ātri lietojot, ne visos gadījumos izlietot pamatoti. Līdz ar to izmaksu efektivitāte un pamatotība ir tie instrumenti, kas ir labi sevi attaisnojuši zāļu gadījumā, un es domāju, ka visi citi veselības aprūpes pakalpojumi šādi ir mērāmi, it īpaši, ņemot vērā to, ka zāles arī ir viena no tehnoloģijām, ja es drīkstētu tā teikt.

Maksa par pakalpojumu 2006.gadā



Tad acīmredzot es gribētu vēl parādīt vienu aplīti. Tātad ja mēs runājam par to, kā tad izskatās šī maksas pakalpojumu struktūra, tad redziet, maksa par manipulācijām, maksa par gadījumiem, kas ir faktiski vairāk virzīti uz rezultātu, es gribētu teikt, sastāda tikai pusi, summa par gultas dienām sastāda otru pusi. Mēs veicam ļoti rūpīgu analīzi par to, teiksim, cik efektīva ir

gultu aprite, cik racionāli tas tiek izmantots. Runājot daudz pozitīvu vārdu par to, kā mēs pieturamies pie Māsterplāna, es gribētu arī atzīmēt, ka diemžēl, ja arī ārstniecības iestāžu skaita ziņā mēs pieturamies, gultu skaita ziņā mēs stipri atpaliekam no pašu uzstādītākiem mērķiem.

Par cik man ir palikušas vairs tikai dažas sekundes, es atļaušos pāriet pie secinājumu daļas, lai tad varētu arī diskutēt. Tātad es gribētu vēlreiz teikt, ka manā vērtējumā liels darbs ir veicams ar pacientu, piemēram, pacienta informēšana ārstniecības iestādēs. Ļoti bieži, kaut vai šī mēneša laikā, ejot pie kasēm, kur pacienti maksā, es gandrīz nekur neesmu redzējis informāciju, kuru ļoti labi ir sagatavojusi mūsu Veselības obligātās apdrošināšanas aģentūra par to, cik ir jāmaksā pacientam, kā ir jāmaksā pacientam, kas faktiski rada ļoti daudz jautājumu un dod nedrošību arī pašam pacientam. Jaunā veselības inspekcija savu galveno akcentu pirmajos mēnešos veltīs tam, lai paskatītos, kā tas, ko mēs esam paredzējuši, darbojas reālajā dzīvē. Pēc tam tad mēs pieņemsim lēmumus visi kopā par to, kādi uzlabojumi ir nepieciešami. Ar šo es gribētu savu uzstāšanos arī beigt, novēlēt, lai mēs visi veiksmīgi nolaivojam līdz laimīgam finišam, esam apmierināti un domājam par jauniem stratēģiskiem mērķiem. Paldies!

(Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā.)

DISKUSIJA

Inese Voika, „Sabiedrības par atklātību - Delna" padomes locekle
Diskusijai uzsākšu punktu par to, ko nupat pateica Juris Bundulis, sasaistot ar Ulda Mitenberga teikto par veselības aprūpes mērķiem un to, cik svarīgi, lai tos mērķus mēs spētu realizēt līdz praksei. Un katrs ārsts, sistēmas dalībnieks saprastu, uz ko mēs strādājam. Jūs, Juri, teicāt, ka vajag mainīt to, kā maksā, es pat teiktu, kā mēra darba panākumus - mainot no apkalpotiem pacientiem uz izārstētajiem. Es tikai gribēju uzsvērt, ka ir svarīgi, ka mums šī diskusija ir, kādi ir kritēriji. Jo, domājot par ģimenes ārstu līmeni, domājot par mērķi – ilgāka dzīve – ,es domāju, ka mērķis varētu būt nevis apkalpotie vai izārstētie, bet nesaslimušie. Tie, kas bijuši pie ārsta, izgājuši profilaktisko pārbaudi un nav saslimuši – tie mums ir vislētākie pacienti. Tāpēc svarīgi, domājot par sistēmu un struktūru, noteikt pareizos mērķus un uzstādījumu, jo tas palīdzētu gan, naudu, gan domāšanu, gan informāciju novirzīt pareizajos virzienos.

Juris Bundulis, VM
Es varu uzreiz atbildēt – protams, ka es piekrītu, jo es pieminēju tikai dažas. Mēs pie viņiem visiem strādājam un es laika trūkuma dēļ nerunāju arī par kvalitātes momentu, kuram vajadzētu arī zināmu finansiālu ietekmi. Un tas ir instruments, kuram vajadzētu motivēt darba kvalitāti. Tai skaitā, ja kāda konkrēta speciālista vietā strādā cits, tad šīs kvalitātes naudas maksāt šim citam, lai ir finanšu instruments, kas motivē šādu darbu.

Gunta Anča, „Sustento"
Man bija prieks dzirdēt šīs uzstāšanās, jo katrā dzirdējām vārdus – pacienti, pacienti.....Man šķiet ļoti svarīgi, ka šī grupa, kuras dēļ patiesībā pastāv sistēma, beidzot ir pamanīta un uzsvērta. Tai pat laikā man gribas atgriezties arī pie Ploriņa kunga prezentācijas, kurā tika minēti daudzi brīnišķīgi dokumenti, kuri šobrīd ir izstrādāti. Gribas jautāt, cik daudz pacientu organizācijas, un tieši pacientu organizācijas, nevis medicīnas darbinieku, ir iesaistītas šo dokumentu izstrādē? Man šķiet, ka es par to neesmu daudz dzirdējusi.

Vēl viena replika, runājot par pacientiem, ir ļoti svarīgi atcerēties divas lietas: ir individuālie pacienti, kuriem jautā, vai jums patīk medicīnas aprūpe - tie, kurus mēs aptaujājam, tie, kurus mēs pētām; un ir pacientu organizācijas. Un tad ir svarīgi, kurā reizē par kuriem mēs runājam, jo tās ir lielas atšķirības.

Vinets Veldre, Veselības ministrs
Mums ir pietiekoši laba sadarbība ar visām organizācijām un tas ir jāturpina, jākāpina. Bet ar sadarbību ir tā, ka sadarbībā ir jāievieš kvalitatīvi faktori. Tik daudz sabiedrisko organizāciju, kā ir konkrēti profesionālās – es nesaku, ka viņas nav vajadzīgas (medicīnas organizācijas ir tuvu 150). Jautājums ir par kvalitāti pie to faktiskās dibināšanas. Ir tomēr jāpanāk tas līdzsvars starp profesionālajām organizācijām medicīnā. Bieži vien šie profili varbūt savā starpā konkurē un izglītotība, specializācija ir cita., arī pacientu aprindās.

Es gribētu atgriezties pie izskanējušā prezentācijā un dažām domām, pie kurām esmu nonācis. Sapratu, ka ir daudz izstrādātu dokumentu, katrā gadījumā esmu lietas kursā par to. Man būtu jāatvainojas, ka līdz galam nevarēšu palikt, bet es paaicināšu savus kolēģus, konkrēti Valsts sekretāra personā apkopot pārējās prezentācijas, kuras nav šeit mapē. Es parunāšu par diviem aspektiem.

Es nerunāšu par budžetu, nelielīšos ar programmām, likumiem. Acīmredzot par programmām un likumu iniciatīvām ir jāstāsta vairāk, kas ir izdarīts, lai cilvēkiem nerodas priekšstats, ka nav vai ir ļoti minimāli. Bet parunāt par to, ko „Delnas" līderis minēja atklāšanā par atklātību. Tas ir ļoti labi. Medicīnā to desmitreiz labāk pateiks praktizējošie ārsti, veselības aprūpes darbinieki, ka medicīnā ir izņēmums terminā „atklātība". Tās ir pacientu un ārstu savstarpējās attiecības, dažādas attiecības – pārsvarā profesionālas, par to informāciju, kuru uztic pacients tikai un vienīgi ārstam – pat ne iestādei, pat ne kolektīvam. Tā it tā informācija un uzticība, uz kuru jābalstās. Ja mēs aicināsim un liksim, vai kā savādāk atklāsim, protams, lielā daļā tas notiksies, nebūsim naivi, jo jebkurā demokrātiskā sabiedrībā ir tā

saucamā dzeltenā prese. Šeit nerunāju par finansēm, kas sabiedrībā ir ļoti jūtīga tēma, es runāju par savstarpējo attiecību mediķim ar pacientu.

Un tad ir otra tēma, par kuru varēs debatēt. Protams, gribas maksimāli maz naudas iztērēt un panākt maksimāli lielu rezultātu – un tas ir tas par ārstēšanu un izārstēšanu. Tie ir jēdzieni, kas ir paralēli vektori, bet tas nav viens un tas pats. Tur ir diezgan rūpīgi jādomā par to, vai mēs maksājam par ārstēšanu vai izārstēšanu. Ne vienmēr mēs varam samaksāt par izārstēšanu un ne vienmēr mēs varam arī izārstēt. Pie pēdējā ir ārkārtīgi jūtīgi momenti, un te es nonāku pie secinājuma, ko atgādināja tā saucamais „jumta likums" veselības aprūpē. Tas ir ilglaicīgs process un pienāks laiks, kad šis likums sāks staigāt uz skolu, ko sauc par likumdošanas normatīvu apriti ar sabiedriskajām organizācijām, savu gaitu uz citām ministrijām un savu gaitu uz parlamentu. Tā kā visam savs laiks, līdzīgi arī ar apdrošināšanu maksājumiem un elektronisko veselību, u.t.t., vienkārši lielīties negribas.

Proti, nostiprināt un uz līdzvērtīgiem kausiem padarīt trīs būtiskas lietas: pacientu tiesības, ārstu un aprūpes darbinieku, personāla tiesības. Par šiem jautājumiem vajadzētu runāt un šo pakalpojumu devēju un ņēmēju savstarpējo atbildību. Lai beigās nesanāk tā, kā bija labajos vai sliktajos padomju laikos, ka par to, ka nav izārstēts pacients x – ārstam varēja draudēt ar kriminālo atbildību. Bet tādas slimības kā seksuāli transmisīvās, arī imūndeficīts mums nebija gandrīz pieejams. Vai tā bija - grūti teikt. Ar sabiedrības veselības informāciju var manipulēt diezgan un arī to dara. Bet es pieņemu, ka visus, es daļu arī pierakstīju no debatējamiem jautājumiem...diemžēl es došos prom. Vēlāk es aicinātu prezentācijas iedot Valsts sekretāram, lai var iepazīties.

Uldis Mitenbergs
Neliels komentārs par pieaugumu finansējumā veselības aprūpei. Protams, ka absolūtajos ciparos finansējuma pieaugums bijis iespaidīgs. Bet, ja, piemēram, paskatāmies uz Finansu ministrijas prognozi par to, cik augs kopprodukts faktiskajās cenās – tas ir 16 %. Tad mēs varam palūkoties uz to, kādu finansējuma pieaugumu mēs paredzam veselības aprūpei. Mēs saprotam to, ka, ja pakalpojuma izmaksas veselības aprūpē augs aptuveni līdzīgi kā mēs prognozējām mūsu ekonomikas pieaugumu, tad tas nozīmē, ka diemžēl pat ar labu pieaugumu absolūtos ciparos, palielināsies privāto maksājumu īpatsvars veselības aprūpē.

Gribu pateikt arī kaut ko pozitīvu. Tas ir pavisam nopietni un arī attiecas uz finansējumu, ka daudzas lietas var izdarīt arīdzan ar nelielu finansējumu. Un ir ļoti labi piemēri, kur VM un Veselības ministrs ir izdarījis, kas varbūt nav pietiekami novērtēts. Šeit gribu minēt to, kādi lēmumi tika pieņemti par smēķēšanas ierobežošanu. Es domāju, ka tas ir nenovērtēts pasākums, kuru novērtēs tikai Pasaules Veselības organizācija, bet kuru mēs neesam pietiekami novērtējuši. Jo šī lēmuma rezultātā ieguvumus redzēsim tikai nākotnē, bet lēmumu pieņemšanas brīdī, es pieņemu, ka no ministra puses tā bija ļoti laba iniciatīva, jo viņš nevarēja plūkt vēl tos ieguvuma laurus. Gluži otrādi – bija jāsaskaras ar pretestību. Ar to es gribēju pateikt, ka ir arīdzan ļoti labi piemēri, ļoti labas iniciatīvas, kuras var tiešām veikt ar niecīgiem naudas līdzekļiem. Tas ir mans komentārs par finansējumu.

Valdis Zatlers, valsts prezidents
Man ir privilēģija, ka varu runāt gan kā ārsts, gan pacients. Es domāju, lai tā diskusija būtu tieši par lietu nevis par kaut ko ap lietu, ir jāsaprot, kas tad ir tas galvenais uzdevums. Galvenais uzdevums tomēr ir slimību novēršanas vai slimību iznīcināšanas – profilakses process, un otrs ir ārstniecības process. Un katrs slimnieks vēlas, lai viņu sauc par pacientu nevis klientu vai pakalpojumu saņēmēju. Lai viņš nejustos kā ķīmiskajā tīrītavā, bet kā ārsta kabinetā vai slimnīcā. Ja mēs visi sāksim lietot pareizos terminus un saukt lietas īstajos vārdos, process būs daudz precīzāks. Šeit izskanēja jautājums par procesu novērtēšanu, izārstēto novērtēšanu. Kad mēs strādājam pie kvalitātes kritērijiem traumatoloģijas slimnīcām, mēs vienojāmies par vienu lietu – tas ko mēs darām ir veselības uzlabošana. Jebkura slimība, vienalga, cik viegla, atstāj organismā sekas. Mēs vairs neesam tādi kā bijām pirms saslimšanas.

Nākamais ir tas, ka veselības uzlabošanā jābūt skaidram mērķim. Jebkurai ārstēšanas epizodei ir mērķis – cik tālu mēs varam, spējam un ir nepieciešams šo veselību uzlabot. Ja jums ir salauzta kāja – kādi ir mērķi? Lai kauls saaug, lai kāja būtu tādā pašā garumā, kā pirms tam un, lai viņa būtu taisna – ļoti

vienkārši, bet cik grūti pie šiem kritērijiem bija nonākt. Ja jums ir iesnas, ko jūs gribat? Lai varat paelpot, nebūtu jāšķauda, nebūtu drudzis, jūs nesvīstu. Es runāju par šiem primitīvajiem piemēriem tikai tāpēc, lai varētu saprast, ka katrā epizodē ir iespējams definēt konkrētu mērķi un viņu izmērīt. Un tie ir jānodala no sistēmiskiem mērķiem, par kuriem vairāk runā šajā telpā. Sistēmiskie mērķi ir divi: kā organizēt veselības aprūpi un, kā kontrolēt. Izglītības sistēmā esmu pamanījis, ka, kontrolējot šos mērķus, kontroles organizēšana ierēdņiem nez kāpēc patīk daudz vairāk, jo to ir vienkāršāk izdarīt nekā organizēt pašu pamatprocesu. Un tajā brīdī tiek pazaudēts laiks, resursi galvenajam uzdevumam – ārstēt slimnieku.

Man ir tikai viens instruments, ar kuru varu iedarboties tieši. Tā ir Stratēģiskās analīzes komisija. Un viens no komisijas mērķiem bija savākt cilvēkus, kas ir spējīgi pateikt un izveidot indikatīvus kritērijus, mērāmus kritērijus konkrētām nozarēm. Tagad man ir vienkāršs jautājums – kurš no jums ir gatavs strādāt šajā komisijā? (Zālē vairāki klātesošie paceļ roku.) Nav tik slikti. Jo redziet, kas par momentu. Mums īstenībā valstī ir nenormāla korupcija, veselības aprūpe ir pilnīgi korumpēta – valsts pati definē, ko viņa grib pasūtīt, pati sastāda cenrādi, un vēl pati pērk – vai vēl var būt korumpētāka sistēma? Kaut kas šajā sistēmā jādara, lai šie spēlētāji būtu atsevišķi un viens otru drusku kontrolētu. Tas būtu viens no pamatuzdevumiem. Man prieks, ka jūs atsaucāties un es tiešām gaidu šajā komisijā cilvēkus, kuri spēs uzstādīt mērķi, indikatīvus kritērijus Veselības ministrijai. Un valdība atnāks un teiks: „Ja viņi šos mērķus sasniegs un kritērijus izpildīs, tiks izmaksāta prēmija 2 milj.apmērā". Es ceru, ka viņi to izdarīs.

Laba pārvaldība veselības aprūpes finanšu vadībā.

Lūcija Akermane

Valsts Obligātās Apdrošināšanas Valsts Aģentūras direktore

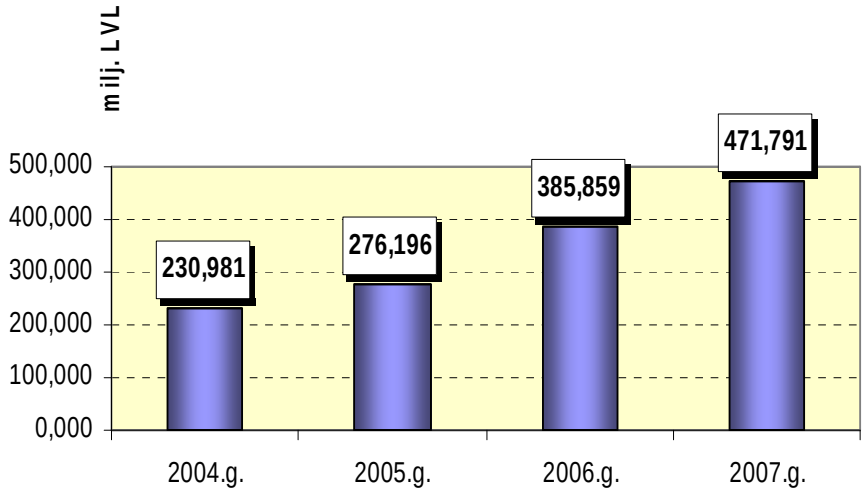
Man ir tas nepatīkamākais moments - runāt par naudu, jo nauda vienmēr ir ļoti jūtīga tēma, it sevišķi tad, ja tās nav pietiekamā apjomā. Mēs esam viena no tām iestādēm, kurai, kā izteicās pirmajā daļā, ar tiem diviem litriem benzīna jātiek līdz Ventspilij.

VOAVA galvenie uzdevumi:
- Administrēt veselības aprūpes finanšu līdzekļus
- Slēgt līgumus par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu ar ārstniecības iestādēm
- Nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību
- Informēt sabiedrību par tai pieejamiem veselības aprūpes pakalpojumiem un to saņemšanas kārtību
- Analizēt veselības aprūpes pakalpojumu finanšu un apjoma rādītājus, prognozēt veselības aprūpes pakalpojumu apjomu un izvērtēt šo pakalpojumu nepieciešamību

Sabiedrībai ir izveidojies priekšstats, ka VOAVA risina visus jautājumus, kas attiecas uz veselības aprūpi. Tomēr es gribētu atgādināt, ka aģentūra ir valsts pārvaldes iestāde, kas izveidota, lai īstenotu veselības aprūpes politiku, VM noteikto politiku pakalpojumu pieejamības nodrošināšanā un administrētu šos VAOVA līdzekļus.

Pamatdokumenti, pēc kuriem aģentūra strādā ir „Likums par valsts budžetu kārtējam gadam", kas ir noteikts finanšu apjoms. Otrs normatīvais dokuments ir Ministru Kabineta noteikumi, kas nosaka veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtību, tātad gan pakalpojumu apmaksas nosacījumus, tarifus, līgumu slēgšanas un finansēšanas noteikumus.

Aģentūras administrējamais veselības aprūpes budžets



Jau iepriekšējie foruma dalībnieki runāja par veselības aprūpes budžetu. No 2004.g. līdz 2007.g. ir pieaudzis budžeta apjoms, ko administrē tieši aģentūra pakalpojumu nodrošināšanai. Tas ir pieaudzis divas reizes. Lai rastos priekšstats par to, cik daudz mēs slēdzam līgumus ar pakalpojumu sniedzējiem, šeit redzams līgumu slēgšanas apjoms. Kopumā tie gadā ir pāri par diviem tūkstošiem, aptuveni 2300 līgumu.

Kopējais līgumu skaits ar pakalpojumu sniedzējiem	
Stacionārā palīdzība	81
Neatliekamā medicīniskā palīdzība	39
Ģimenes ārstu prakses	1214
Sekundārie ambulatorie pakalpojumi	386
Zobārstu prakses	272
Aptiekas	400

Ja mēs runājam par labu pārvaldību finanšu jomā, mēs salikām dažus akcentus, kas norādītu, kā mēs uzskatām, kas tad ir šī labā pārvaldība. Protams, pirmkārt tas ir atklātums un caurspīdīgums, jo finanšu jomā svarīgi, lai sabiedrība un pacients redzētu, kur aiziet viņa maksātā nodokļu nauda, kādā veidā aģentūra slēdz līgumus, nosaka apjomus.

Laba pārvaldība:
- Atklātums, "caurspīdīgums"
- Konsekvence
- Uzskaite un atskaitīšanās
- Dalībnieku līdzdalība
- Efektivitāte

Otrs svarīgs moments ir konsekvence, jo finanšu jomā ļoti slikti ir, ja bieži mainās normatīvie dokumenti. Kā jūs ziniet, veselības aprūpes reforma notiek kopš 1992. gada un laiku pa laikam notiek šīs izmaiņas. Līdz ar to, neievērojot konsekvenci, ir ļoti grūti novērot rādītājus un izdarīt secinājumus. Treškārt, visām iesaistītajām pusēm ir svarīgi saprast, ka finanšu jomā ļoti būtiska ir uzskaite un atskaitīšanās. Šeit es domāju ne tikai aģentūras līmenī, bet arī ārstniecības iestāžu līmenī. Tātad gan ārstniecības iestādēm, gan aģentūrai, lai gūtu salīdzinošos rādītājus, jābūt šiem uzskaites un atskaites momentiem. Līdz ar to arī dalībnieku līdzdalība. Tātad gan tās ārstniecības iestādes, kas sniedz šos veselības aprūpes pakalpojumus, gan arī finanšu aģentūra – svarīgi, kādā veidā šīs iestādes sadarbojas, kādā veidā rādītāji tiek uzskaitīti un salīdzināti. Līdz ar to var panākt galā efektīvu līdzekļu izlietojumu.

Pēdējos gados daudz darīts, lai uzlabotu finanšu pārvaldību. Viens no tādiem momentiem bija aģentūras centralizācija. Ja līdz 2005.gadam bija aģentūras centrālais aparāts un pašvaldību slimokases, tad ar 2005.gada 1.janvāri tika izveidota viena centrālā aģentūra, kas veic šo finanšu pārvaldību. Būtībā tas ir pozitīvs moments, jo tika izstrādāti vienādi nosacījumi gan līgumu slēgšanai, gan uzskaitei visā valsts teritorijā. Otrs pozitīvs moments finanšu pārvaldības uzlabošanai bija Vadības informācijas sistēmas (VIS) ieviešana. Iestāžu vadītāji noteikti atceras, cik sākotnēji ar neticību tika uzņemta sistēmas ieviešana un uzskatīja, ka ar sistēmu strādās tikai viena aģentūra. Tad šobrīd sistēmu lieto visas ārstniecības iestādes, sistēmu lieto pāri par 5 tūkstošiem lietotāju. Par katru pacientu var pateikt, kas viņam darīts, kurā vietā, kādas manipulācijas veiktas, cik daudz strādā katra ārstniecības iestāde, privātā prakse. Mums ir pietiekami laba datu bāze, lai izdarītu secinājumus un piedāvātu ministrijai informāciju lēmumu pieņemšanai. Trešais būtiskākais moments, kas uzlaboja finanšu pārvaldību ir vienāda apmaksas nosacījumu izstrāde un to iekļaušana MK noteikumu līmenī, jo līdz noteikumu pieņemšanai šī noteikumu izstrāde bija aģentūras iekšējā līmenī.

Kādas ir nepilnības, kuras uzlabojot varētu uzlabot arī finanšu pārvaldību. Jau foruma pirmajā daļā par to runāja - tas ir saistīts ar pakalpojumu nodrošināšanu. Tātad ir jābūt pakalpojumu nodrošināšanas programmai, jo jābūt skaidram, kurā vietā ieguldām kādas tehnoloģijas, kurā tās attīstām. Jānovērš tādas situācijas, ka pat vismazākā, ārstniecības iestāde ir „bruņojusies" ar vislabāko tehniku, bet tai pat laikā tā netiek noslogota. Tas rada papildus izmaksas valstij. Šobrīd tehnoloģijas attīstās ļoti strauji, to redzam uz ambulatorās atlases procedūru rezultātiem, kur piesakās uz ļoti daudziem pakalpojumiem, tai pat laikā nespējot nodrošināt ar speciālistiem. Šie speciālisti kursē no vienas pilsētas uz otru, no vienas iestādes uz otru. Paskatoties uz to, varētu sarēķināt, ka viens otrs speciālists strādā vairāk kā 24h dienā un ir jautājums, kā viņš var nodrošināt kvalitāti un vai nevajadzētu domāt, ka jābūt pakalpojumu pirkšanas programmai, kad skaidri zinām, kur tehnoloģijas tiek izmantotas. Līdz ar to speciālisti nav tik pārstrādājušies, pakalpojumi tai pat laikā ir pieejami iedzīvotājam.

Nākamais attiecībā uz tarifu rēķināšanu ir profesionālo asociāciju spiediens, jo aktīvākās nāk gan uz aģentūru, gan ministriju un panāk varbūt to, ka tieši viņu konkrētie pakalpojumi tiek apmaksāti vairāk. Jārēķinās, ka, pieaugot apjomam un uzdevumu atbildīgumam papildus nepieciešama darbinieku kompetences palielināšana gan aģentūras, gan ārstniecības līmenī.

Esošās nepilnības:

- Nav apstiprināta pakalpojumu pirkšanas programma
- Straujas tehnoloģiju un pakalpojumu klāsta izmaiņas
  - jaunas tehnoloģijas
  - speciālistu trūkums
- Profesionālo asociāciju "spiediens"
- Pieaugot apjomam un uzdevumu atbildīgumam, nepieciešama darbinieku kompetence (motivācija, apmācības)
- VOAVA konsultatīvā padome ar padomdevēja tiesībām
- Profesionālās asociācijas pārstāv šauri profesionālas intereses, nereti obstruktīvas
- Pacientu organizācijas – vienas nelielas grupas interese, nereti zāļu firmu lobētas
- Tiek uzskaitīti resursu izlietojums, veiktie pasākumi, nevis iedzīvotāju veselības stāvokļa izmaiņas
- Dažāds IT izmantošanas līmenis
- Ārstniecības iestāžu dažāds juridiskais statuss
- Ārstniecības iestāžu iesniegtā informācija atšķiras no grāmatvedības uzskaites
- Trūkumi ārstniecības iestāžu finanšu pārvaldībā un uzskaitē

Aģentūrā darbojas konsultatīvā padome. Šobrīd mūsu skatījums uz šo padomi un konsultatīvo sadarbību ir ne visai pozitīvs. Pozitīvi tas ir reģionu līmenī, kur padomēs ir iesaistītas pašvaldības un tās uz vietas redz vairāk šīs vajadzības un darbs ir produktīvs. Tai pat laikā vajadzētu domāt par lielās konsultatīvās padomes sastāvu, jo šobrīd interese no padomes locekļiem par aģentūras darbību ir minimāla.

Vēl var runāt par minētajām asociācijām, kas pārstāv šaurās intereses un neredz nozari, vajadzības kopumā. Pozitīvi ir tas, ka izveidota stratēģiskā padome pie VM, kas varbūt varētu dot kādu pozitīvu ieguldījumu. Kas attiecas uz finansēm, ir pārstāvji arī no pacientu organizācijām, kas atsevišķos gadījumos varbūt arī lobē dažu zāļu firmu vajadzības. Viena otra firma pierāda pacientiem, ka kāds medikaments ir labāks, kaut gan pieejami arī tādi medikamenti, kas dod to pašu efektu un ir lētāki. To mēs arī redzam, kad analizējam datu bāzi, parādās, ka tiek izrakstīti vienas vai otras firmas medikamenti. Šeit negribu vainot pacientus, jo viņiem tiek radīta ilūzija par to, ka medikaments sniegs vajadzīgo efektu. Vēl varētu piebilst, ka šobrīd mēs vairāk uzskaitām resursu izlietojumu, veicam pasākumus par to, kādā veidā uzskaitām, bet neuzskaitām iedzīvotāju veselības stāvokļa izmaiņas. Tas izskanēja arī pirmajā sadaļā. Lai to nodrošinātu, ārstniecības iestādēs ir ļoti dažāds IKT līmenis. Tātad, ja iestādē ir iegādātas labas tehnoloģijas, bet ir darbinieki, kas ar tām nemāk strādāt un citā iestādē, kur grāmatvedības uzskaite tiek nodrošināta ar kalkulatoru, tabulas. Diemžēl tā ir un jautājums – kā mēs to sakārtojam.

Nākamais ir ārstniecības iestāžu juridiskais statuss. No vienas puses ir veselības aģentūras, valsts, pašvaldību iestādes un privātpraksē strādājošie. Katrs, kurš saņem valsts līdzekļus uzskata, ka viņi nav jāuzskaita tā kā pēc valsts uzskates veida. Ja mums ir juridiskais statuss, privātprakse, tad nav nekāda daļa. Jūs šajā gadījumā maksājiet mums par pakalpojumiem, bet to, kā līdzekļi tiek izmantoti, ir prakses atbildība. Attiecībā uz valsts budžeta līdzekļiem uzskatu, ka tas nav pareizi. Lai nodrošinātu efektīvu izmantošanu, mums ir jāzina, kā līdzekļi tiek izmantoti un kur ir šīs rezerves.

Daži priekšlikumi, kurus mēs piedāvājam. Pirmais ir pakalpojumu pirkšanas programmas izstrāde, kur jāņem vērā investīciju sadalījums, kādā veidā tiek veidots struktūrplāns, tehnoloģiju attīstība un, kādā veidā, mainoties šim struktūrplānam pieaug, apjoms. Jāizveido vienota uzskaites pārskatu sistēma visām ārstniecības iestādēm, jo šobrīd tā ir ļoti dažāda un kā jau teicu, ir ļoti dažāds līmenis. Nevar viennozīmīgi salīdzināt vienu ārstniecības iestādi ar otru, jo vienā uzskaite ir noorganizēta, bet otrā nav. Dažāds ir sadalījums pa ieņēmumu veidiem.

Priekšlikumi finanšu pārvaldības uzlabošanai

- Pakalpojumu pirkšanas programmas noteikšana
- Plānojot investīcijas jāņem vērā:
  - Struktūrplāns
  - Pakalpojumu pirkšanas programma
  - Pakalpojumu apjoma sekojošais pieaugums
- Vienota uzskaites un pārskatu sistēma visām ārstniecības iestādēm
- Tarifu un izmaksu atbilstības izvērtēšana
- Nosūtīšanas kārtības izvērtēšana uz dārgajām diagnostikas un ārstēšanas metodēm

Tarifu un izmaksu atbilstības izvērtēšana. Šobrīd, kad ir VIS, varam domāt par to, ka varētu izveidot pilotprojektu, kur ārstniecības iestādes iesaistītos un parādītu visas savas izmaksas, lai mēs varētu atbilstošāk novērtēt. Vēl viens moments ir tehnoloģiju izmantošana. Padomāt, kādā veidā izstrādāt kārtību uz dārgajām diagnostikas un ārstēšanas metodēm, šeit piesaistot arī profesionālās asociācijas, attiecīgi tām domājot, kā efektīvāk izmantot šos līdzekļus. Ar to arī noslēgšu. Paldies!
(Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā.)

Cilvēkresursu attīstība un vadība veselības aprūpē – mērķi un darāmie darbi slimnīcas vadītāja skatījumā.

Ivars Zvīdris

Jēkabpils rajona centrālās slimnīcas valdes priekšsēdētājs

Sākumā man tika piedāvāts analizēt visas valsts cilvēku resursu programmu, bet tas būtu par augstu tēmēts. Tāpēc palūdzu atļauju runāt no savas slimnīcas pozīcijām – kā ir ar cilvēku resursiem, to vadību, kas tad notiek samērā nelielā slimnīcā.

Sākšu ar to, ka mēs visi tikām pārveidoti par komersantiem, un no šī statusa izriet daudz un dažādi nosacījumi, kā vadīt šo sabiedrību, cilvēku resursus, kā rīkoties ar iekārtām u.t.t. Iesākumā varu teikt, ka tāpat kā citviet, slimnīcā ar cilvēkresursiem nav „spoži". Es runāšu tikai par ārstiem, kas ir pamats veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā. Jēkabpilī vajadzētu 140 ārstus, bet pamatā strādā 66 un 22 ir „savienotāji". Līdz ar to ir daudz vakanču un esošie veic savu darbu vairāk kā tas būtu normāli pieņemams. Arī „nolietojums" ārstiem ir liels – vidēji tas ir ap 50 gadiem, jaunie speciālisti šajā gadsimtā noteikti nav nākuši klāt.

Ko es gribētu teikt kā komersants? Man jānodrošina līgumā noteiktās darbības attiecībā pret pasūtītāju VOAVA, ir arī citas saistības, kas ir pret manu īpašnieku komersantu. Un galvenais uzdevums, kā visi zinām, ir gūt peļņu. Lai gūtu peļņu ir jābūt labiem darbiniekiem, tehnoloģijām, apmierinātam klientam un par to jāsaņem samaksa.

Kā dabūt mediķus? Te uzskatu, ka pirmais faktors - lai būtu ārsts, kurš mācās 10 un vairāk gadus, līdz nonāk līdz iespējai praktizēt. Kāpēc viņš mācās par ārstu? Lai iegūtu profesiju un ienākumus, nodrošinātu savu dzīvi, ģimeni. Un te nevajag jaukt ar Hipokrāta zvērestu, kas ir voluntārisms, dāvināšana. Nē, tā tas nav. Izglītojoties mediķis gūst zināšanas, kas ļauj analizēt situāciju valstī, situāciju pret citām nozarēm, ka ārsts nav sliktāks, lai viņam būtu personīgā māja, auto, lai nevarētu atpūsties pēc smaga, atbildīga darba.

Kāpēc mēs pērkam Akermanes kundzes pieminētās augstās tehnoloģijas? Jo speciālisti vairs nesēž mājās, viņi redz, kas notiek pasaulē, viņi ir labi mācījušies un grib gūt rezultātus ne ar vecajām metodēm, bet strādāt vieglāk, precīzāk, drošāk, lai rezultāts būtu pozitīvāks un viņiem būtu mazāks risks būt pakļautiem dažādām kontrolēm, represijām, sankcijām. Līdz ar to tiek iegādātas tehnoloģijas, ar kurām ārsti strādā. Tās ir viena no motivācijām, ar kuru aicinām strādāt uz Jēkabpili un tehnoloģijās esam ieguldījuši ne mazums līdzekļu. Tā ir motivācija aicināt darbā speciālistus, varbūt pat pārvilināt vai paturēt mājās mūsu medicīnas augstskolu beigušos. Cenšamies radīt arī dažādus bonusus, piemēram, iespēju atpūsties vasarā. Mēģinām atrast dažādas piemaksas, iespējas strādāt papildus darbus, ieguldām izglītībā, sabiedrība apmaksā dažādus kursus, mācību braucienus. Ļoti nopietni strādājam ar pašvaldībām. Tas ir viens no aspektiem, kā atkal vadīt cilvēkresursus, kā viņus vilināt – tādas lietas kā stipendijas ar zināmām saistībām uz darba vietu tiem, kas mācās pēdējos gadus rezidentūrā. Strādājam ar pašvaldībām pie tā, lai nodrošinātu dzīves apstākļus, protams, arī citas apmierinātības – iespēja nokļūt uz kultūras pasākumiem.

Atkāpjoties nedaudz no šīs tēmas, gribētos pieskarties tam, kas varbūt atbaida potenciālos cilvēkresursus medicīnā. Skolu beidzējus, kas dzirdējuši no saviem vecākiem, ir pieredzējuši vecāku negulētās naktis, tāpēc jaunā paaudze maz dodas studēt medicīnu. Protams, šeit zināma

artava ir disbalansam starp atbildību un sankcijām. Šīs sankcijas biedē jaunos speciālistus pakļaut savu dzīvi turpmākam riskam, jo pēc manas pārliecības sankcijām jābūt samērojamām ar augsto atbildību. Savukārt šai atbildībai jābūt pietiekami segtai, lai ārstniecības personai, kura ķērusies pie slimnieka, būtu iespējas realizēt ārstniecības likumā noteikto, ka ārsts dara visu labāko, ko viņš ir iemācījies un zina, lai pacientam sniegtu adekvātu palīdzību. Tas ne vienmēr iespējams ierobežoto resursu apstākļos.

Es gribētu parunāt par to, kas draud Jēkabpils un citām slimnīcām cilvēkresursu piesaistē. Mēs esam iestājušies ES, studenti daudz dodas mācību braucienos un viņiem ir ar ko salīdzināt.
Šis salīdzinājums nāk par labu Latvijas valstij, tomēr šis jaunais ārsts, kurš jau ir gandrīz 30 gadus vecs, viņš ir gana mobils, spēcīgs un gatavs doties labākas dzīves meklējumos, pēc lielāka atalgojuma nākotnes garantiju vārdā tajās valstīs, kur atalgojums ir liels, vietu ir diezgan. Protams, tehnoloģijas ir samērā līdzīgas, bet ir viens būtiskais stimuls – atalgojums un tālākā dzīves kvalitāte. Vēl ir parādība, kas pagaidām nav izplatīta mūsu valstī, no kuras baidos kā drauda. Tie ir nedēļas nogales izbraukumi, kur Vācijas jaunie dakteri uz trim dienām dodas uz Lielbritāniju un nopelna mēneša samaksu. Attīstoties satiksmes iespējām baidos, ka tas varētu notikt arī Latvijā. Pagaidām speciālisti ierodas Jēkabpilī uz nedēļas nogales dežūrām, ar kurām, protams, nākas apiet esošos normatīvus, jo man kā komersantam savai sabiedrībai ir jānopērk speciālists, neatkarīgi no noteikumiem. Ne reti tas ir dārgāk, kā šajos noteikumos paredzēts.

Drauds ir neuzticība, kas šobrīd ir diezgan izteikta starp ārstniecības personām, starp sabiedrību – mūsu pakalpojumu saņēmējiem. Es domāju, ka lielā mērā šī neuzticība ir apzināta, vairāk vai mazāk kultivēta, varbūt aiz nezināšanas, negribēšanas, jo solīts tiek ļoti daudz un samērā neobjektīvi. Ārsts ir iespīlēts tajās iespējās. Tad, kad šīs iespējas un solījumi nesakrīt, tas ir viens no pamatiem konfliktam. Tāpēc varbūt turpmāk, veidojot reformas, dalot līdzekļus, būtu precīzāk jānorāda, kas tie ir par resursiem, kādi ir šie solījumi, ko pacients dabūs, kāda būs viņa pakalpojuma kvalitāte, cik lielā mērā viņiem vajadzētu būt vairāk vai mazāk saskaņotiem ar šīm iespējām, ko ārstniecības persona var sniegt.

Kādas tad varētu būt iespējas situācijas labošanai? Viena iespēja ir budžets nevis 3.5% no kopbudžeta, bet tā, kā tas ir normāli – sāksim ar 5% un kāpsim uz augšu līdz 6%. Jo vidēji valstīs, kur medicīna ir mazāk apsūdzēta, mazāk problemātiska, tas sākas no 6% no IKP. Pakalpojumu cenas atbilstība izmaksām, ieguldījumam. Protams, tā ir lielāka skaidrība starp pacientu un ārstējošo personu, lielāka skaidrība man kā slimnīcas vadītājam – kas es īsti esmu – komersants vai ne komersants. No tā izriet ļoti daudzas lietas, kā vadīt medicīnas biznesu. Un vēl viena iespēja ir radīt uzticību caur objektīvu situācijas analīzi, lai gan pacientam, gan ārstniecības personai būtu skaidrs, ko mēs varam, gribam un kā šo gribēšanu sedzam.

Valsts un privātā partnerība Latvijas veselības aprūpes sistēmā.

Māris Rēvalds
Veselības centrs 4 valdes priekšsēdētājs

Paldies godātie klātesošie par iespēju izteikties šajā te ļoti prestižajā auditorijā!

Es tātad pārstāvu ne tikai Veselības centru 4, bet arī Veselības aprūpes darbinieku asociāciju, kura principā apvieno pārsvarā privātās medicīnas iestādes, un mans viedoklis zināmā mērā ir veidojies, arī strādājot šajā asociācijā.

Ko gribu sākumā pateikt? Valsts un privātā partnerība – samērā jauns nosaukums mūsu valstij, bet ierasts vārdu sakopojums jebkurā civilizētā pasaules malā, un valstis pēc savas attieksmes pret veselības aprūpi, pēc savas sociāli ekonomiskās domāšanas ir atšķirīgas, un ir valstis kā Skandināvijas valstis, Ziemeļvalstis, kur ir lieli veselības aprūpes budžeti, labi finansēta valsts medicīna, tur šādi projekti ir retāk iespējami. Savukārt tās valstis, kas ir attīstības valstis vai liela daļa valstu, kas pieder pie attīstītām valstīm, plaši lieto šo instrumentu un Centrāleiropā vai Austrumeiropā šādi mehānismi ir plaši attīstīti. Šeit dakteris Mitenbergs pieminēja, ka ir lietas, kuras var izdarīt ar mazu finansējumu, tad es gribu pateikt, ka ir lietas, kuras var izdarīt bez nekāda valsts finansējuma, tas arī ir šis ķieģelis sienā, ko varētu iemūrēt valsts un privātā partnerība. Un ja mēs runājam par labu pārvaldību, tad noteikti šo iespēju vajag mums dot.

Valsts un privātās partnerības pozitīvie piemēri Latvijā:

- E.Gulbja Laboratorijas filiāles valsts un pašvaldību slimnīcās
- Privātie hemodialīzes centri valsts un pašvaldību slimnīcās
- Privātās MR iekārtas Vidzemes reģiona slimnīcā (Valmierā) un Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcā (Rīgā)
- "Gastro" privātie gastroenteroloģijas centri SIA "Rīgas Austrumu slimnīcā" un KUS "Gaiļezers".

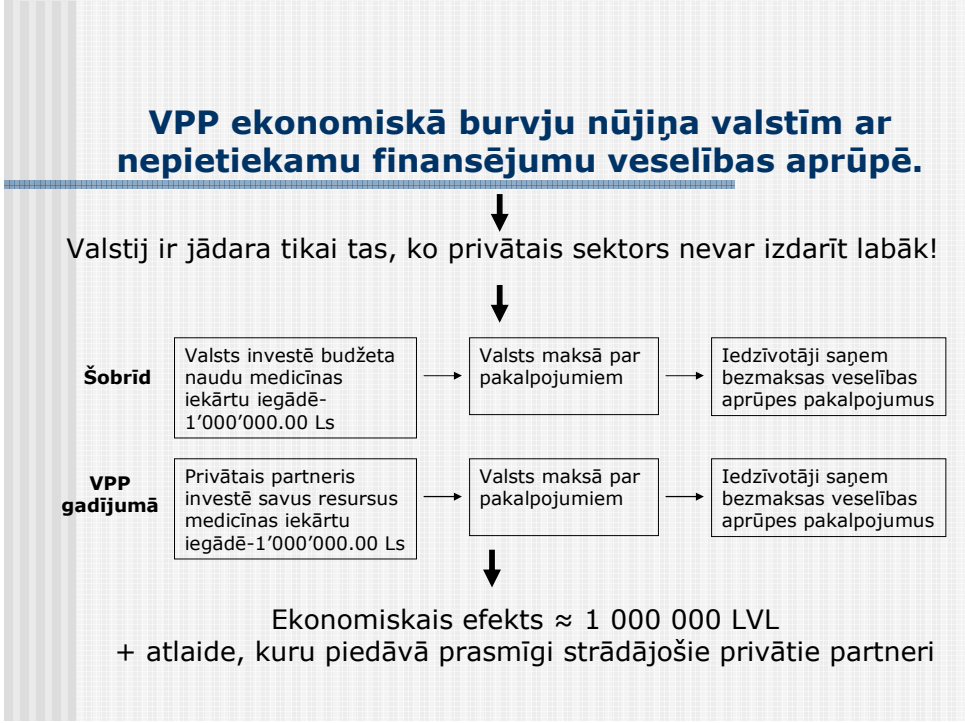
Šeit attēlā ir projicēti daži pozitīvi piemēri. Īstenībā, ja mēs tā domājam, šādi piemēri jau ir - kaut vai teiksim labi pazīstamās Gulbja laboratorijas filiāles, kas ir integrētas vairākās valsts slimnīcās, kas lieliski papildina slimnīcu infrastruktūru.
Slimnīcu vadītāji ir pieņēmuši lēmumu, ka viņi šo funkciju deleģē privātam partnerim un es zinu, ka tādās vietās viņi ir ļoti apmierināti. Privātie hemodialīzes centri, kas arī integrēti slimnīcās. Divi piemēri ar dārgām diagnostikas tehnoloģijām – magnētiskās rezonanses iekārtām, kuras ir integrētas vajadzīgajā veidā un vajadzīgajās vietās, ļaujot ievērojami ietaupīt slimnīcas resursus un novirzīt viņus tādiem mērķiem, kas slimnīcai varbūt pašai ir vairāk vajadzīgi. Līdzīgi kā es pieminu zināmo gastroenteroloģijas centru „Gastro", kurš ir veiksmīgi integrējies Austrumu slimnīcā. Es zinu, ka viņiem pašreiz ir plāns iekļauties Gaiļezera slimnīcā, kur arī šis privātais partneris tādējādi sakārtos veselu segmentu un lieliski papildinās slimnīcas infrastruktūru, vēlreiz ļaujot taupīt līdzekļus.

VPP neveiksmes:

"DUSMANN" ēdināšanas kompleksa neveiksme "Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcā".

Ir arī sliktie piemēri - jūs zināt skandālu ar DUSMAN? Jā, diemžēl pēc būtības arī šis bija valsts privātās partnerības projekts. Tātad ir gadījumi, kad šie projekti mēdz būt arī slideni, ir arī negatīvi piemēri.

Nu ko, VPP ir ekonomiskā burvju nūjiņa.. Valstīm ar nepietiekamu finansējumu. Tātad, Latvija, man te nav jāatkārtojas, iepriekšējie runātāji skaidri un gaiši nodemonstrēja, kā reiz ir tā valsts ar ilgstoši, ilgtermiņā zemu finansējumu nozarei. Tās ir lielas problēmas. Medicīnā ir tāds jēdziens kā kumulēšanās, tā problēma ir uzkrājusies, akumulējusies pa šiem gadiem, un kaut arī šobrīd tiek investētas lielas naudas summas un situācija iet uz labo pusi, problēma ir ilgstoša, nozare ir turēta badā un ātri uzlabot neko nevar, tāpēc laipni lūgti izmantot šo burvju nūjiņu!



Tālāk ir vēl viens izteiciens, kuru es esmu daudzkārt dzirdējis, dažādās vietās dažādi cilvēki ir izteikušies, ka valstij ir jādara tikai tas, ko privātais sektors nevar izdarīt labāk. Ārkārtīgi vienkārša formula, pēc kuras visā pasaulē rīkojas tās valstis, kuras iet šo kapitālistisko, uz tirgus ekonomiku balstīto attīstības ceļu, un kuru neiet valstis, kuras veic kaut kādus eksperimentus sociālismā, komunismā un tamlīdzīgi. Bet nu ar ko tas viss ir beidzies, mēs zinām. Tālāk, piedodiet par primitīvu piemēru, bet iekļāvu grafikā, lai jūs saprastu, par ko es te vispār runāju. Kas piemēram notiek, ja gadījumā kāda valsts struktūra, piemēram, slimnīca vēlas iegādāties kādu iekārtu? Tā dodas pie valdības vai pie VOVA, iesniedz kaut kādus projektus un lūdz, lai valdība piešķir investīcijas. Parasti valdība, ja ir pietiekami pamatota nepieciešamība, to arī dara. Investīciju avoti ir Latvijas valsts veselības aprūpes budžets, kādreiz tā ir struktūrfondu nauda, kādreiz tie ir pārrobežu projekti, citu valstu finanšu instrumenti. Šī nauda tiek piesaistīta, investēta tiek nopirkta iekārta un tālāk, kas notiek tālāk? Akermanes kundze pērk pakalpojumus, un iedzīvotāji saņem šo pakalpojumu praktiski par brīvu, maksājot tikai pacientu nodevu. Rezultāts zināms!

Otrs gadījums. Privātais partneris investē, piemēram, miljons latu. Tālāk viss tāpat. Akermanes kundze atkal maksā par pakalpojumu un iedzīvotājs iegūst to pašu pakalpojumu. Kas ir noticis? Esam ieekonomējuši miljons latu. Ļoti vienkārši, vienkāršāks par vienkāršu, un es tā pašreiz mazliet uzvelkos, brīnoties par to, kāpēc šis vienkāršais mehānisms nav guvis popularitāti mūsu valstī un kāpēc man ir tā daudz par to jārunā, lai gan ir arī šie pozitīvie piemēri. Patiesībā es pieminēju arī atlaidi, privātie partneri piedāvā arī atlaidi, un es ceru, ka no nākošā gada tā tiks izmantota.

Nu, protams, ka budžeta ekonomija, kas ļauj novirzīt šo naudu daudz kur, visur tur, kur tik ļoti viņu vajadzētu, vai arī uz vietām, kur VPP nav iespējams. Protams, ka VPP var notikt tur, kur privātais partneris ekonomiski redz kaut kādu izdevīgumu. Tas arī lieliski parāda - viņš ir tāds kā indikators - kuras medicīnas nozares daļas, vai kuri pakalpojumi vedi ir adekvāti un ne tik adekvāti finansēti, pie tam veselības aprūpē vienmēr būs tādi finansējumi veidi, tādas investīcijas, kuras neatmaksājas. Tie ir ilgtermiņa projekti kā onkoloģijā, psihiatrijā, tuberkulozes ārstēšanā, transplantoloģijā utt., kur diez vai būs iespējams šis mehānisms.

VPP pozitīvie aspekti:

■Veselības aprūpes budžeta ekonomija, kas ļauj ietaupīto naudu novirzīt infrastruktūras un cilvēkresursu attīstībā vai projektiem, kur VPP nav iespējams;
■Labas saimniekošanas prakses piemērs valsts un pašvaldību medicīnas iestādēm;
■Nav problēmu ar personāla motivāciju;
■Nav problēmu ar nelegālo maksājumu pieņemšanu un slimnīcu tehnoloģiskā aprīkojuma nelegālu izmantošanu;
■Nav korupcijas risku, kas saistīti ar dārgu tehnoloģiju iegādi valsts un pašvaldību medicīnas uzņēmumu vajadzībām.

Labas saimniekošanas prakses piemērs. Šeit parasti privātais partneris tomēr bieži parāda, ka ar to pašu finansējumu, viņš var izdarīt to, ko citi nevar. Privātais partneris taču neiet un neprasa to naudu, viņš par to iegādājas iekārtu, maksā kredītu, atalgo personālu – personāls nestreiko, starp citu. Nav problēmu personāla motivācijā. Es privāto iestāžu darbiniekus ne pārāk bieži esmu redzējis ar transparentiem rokās, nu kaut kā mēs tiekam galā. Es gribu uzreiz norādīt, ka daudziem galvā tagad ir doma, ka privātie nemaksā nodokļus. Jā, tas ir viens no mīnusiem. Iespējams, kāds privātais operators pārkāpj nodokļu likumdošanu, bet ļoti liela daļa to nedara.

Līdz ar to atkrīt arī kaut kādi nelegālie maksājumi. Atkrīt arī citas parādības. Piemēram, kā jūs zināt, ja valdība investē, tad slimnīcās arī ir problēma ar tiem ēnu sektora darbiniekiem, kas apsaimnieko kaut kādas iekārtas vai sniedz kaut kādus pelēkus pakalpojumus utml. Tas varbūt ir viens no ārstu izdzīvošanas mehānismiem valsts sistēmā, kad viņi pieņem šos nelegālos honorārus, par kuriem mēs tik daudz esam runājuši. Bet privātajā sektorā arī tādas lietas nekad nenotiek. Atkrīt arī korupcijas riski, es varētu pateikt Putņa kungam, ja šīs iekārtas pērk privātais partneris, viņam ir pilnīgi citi motīvi, viņš vienkārši vēlas nopirkt vislabāko iekārtu par viszemāko cenu, un viņam nav nekāda vajadzība mēģināt saņemt kaut kādu komisijas naudu, kas diemžēl ir problēma valsts sektorā joprojām.

Kāpēc VPP nav populārs Latvijas veselības aprūpes sistēmā?

- ir personas, kurām patīk „apsaimniekot" valsts investīcijas;
- valsts un pašvaldību iestāžu vadītāju paniskas bailes no racionālas un efektīvas saimniekošanas precedentiem, ko uzskatāmi demonstrē privātais sektors;
- ēnu ekonomikas risks privātā partnera gadījumā;
- bažas par privātā partnera „ekonomisko neprognozējamību".

Esmu daudz domājis, naktīm neesmu gulējis, nu kāpēc tas tā notiek. Nu es pieļauju, ka kādam tomēr patīk darboties ar investīciju šļūteni. Ja šļūtenē pie tam parādījies kaut kāds šķidrums un ja šļūtene šļāc, tad investīcijas ir šļakatas. Ir ziņas, ka šīs šļakatas joprojām kāds kaut kur savāc. Tas varētu būt viens iemesls, kāpēc patīk rosīties un investēt nodokļu maksātāju naudu. Menedžmentam publiskajā sektorā ir dažādi piemēri, pēdējā laikā ir daudz labu piemēru. Pagājušajā gadsimtā man pārsvarā likās, ka visi piemēri ir slikti. Šogad ir parādījušies labi menedžeri, diemžēl daži no viņiem ir kļuvuši par valsts prezidentiem, vēl tur kādi par pilsētu mēriem. Bet jebkurā gadījumā ne visi saimnieko veiksmīgi un, protams, ka kādreiz ir runāts - kāpēc jūs negribat, jūs paši nevarat, mēs jums palīdzēsim. Viņi baidās ierādīt, ka tas ir slikts precedents, kāds ierāda - pag', pag', kā tad tas te iznāk, par to pašu naudu

tomēr kāds visu var, es nevaru. Tā ir tāda subjektīva problēma, bet viņa noteikti spēlē kaut kādu lomu.

Kur varētu būt mīnuss? Jā, ēnu ekonomikas risks, tas tiešām ir iespējams, jo ja es atkal gribu būt godīgs, tad, protams, privātajā sektorā darbojas dažādi mehānismi. Viens no tiem, sauksim to par nodokļu optimizāciju, - gadījumi, kad privātajos uzņēmumos arī ir ēnu ekonomika, kas vairāk ir saistīta ar nodokļu nepilnīgu nomaksu. Savukārt ja mēs runājam kādreiz ar valdību, tad ļoti bieži ir bailes par privātā partnera iespējamo ekonomisko neprognozējamību – kas būs, ja privātais partneris pēkšņi pārtrauks sniegt pakalpojumus, viņš pēkšņi pārdomās, kaut ko nedarīs. Es gan domāju, ka šeit ir ļoti vienkārša atbilde. Pirmkārt, prakse nekad neko tādu nav liecinājusi, un otrkārt, tas ir līgumu slēgšanas jautājums, tie ir precīzi jānoslēdz un ļoti rūpīgi jāizvēlas partneri.

Kāda tad būtu privātā sektora vēlme? Kā mēs varētu šo savu ķieģeli tomēr tai sienā iemūrēt un palīdzēt valstij mazliet ietaupīt savus nepietiekamos resursus. Mēs ļoti vēlamies skaidrus noteikumus, ar kādiem mēs varētu piedalīties šajā spēlē. Mēs vēlamies, pirmkārt, lai valdība identificē tās nozares, kur viņa gribētu redzēt šo privāto partnerību un pateikt noteikumus, uz kuriem mēs varam (droši vien uz kaut kādu atlasi, uz konkursa pamata) piedalīties. Mēs gribētu, lai valdība padomā par investīciju aizsardzības mehānismiem, par to, kā šīs investīcijas varētu aizsargāt. Tie būtu ilgtermiņa līgumi, tie varbūt būtu kaut kādi mehānismi, kas saistīti ar pretendentu atlasi utml. Tie būtu arī prognozējami tarifi, kas ir ļoti svarīgi, lai mēs tomēr varam prognozēt. Tarifi pašreiz arī ir pakļauti pārmaiņām, un mēs vairākkārt esam runājuši par to. Labā vēsts ir tāda, ka gan Veselības ministrijas vadība, gan VOAVA vadība ar mums sarunājas, mums ir regulārs dialogs, kurš varbūt ne vienmēr beidzas ar mums vēlamu rezultātu. Dialogs notiek. Jo pastāv bažas, ka tarifi mēdz būt labāki un mēdz būt arī sliktāki. Es noslēgšu ar to, ka ir vajadzīgi skaidri noteikumi, tie ir jāizstrādā. Mēs esam gatavi kļūt par šo burvju nūjiņu, lūdzu, izmantojiet mūs! Paldies!
(Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā.)

Laba pārvaldība veselības nozares uzraudzībā.

Egils Harasimjuks
Veselības inspekcijas vadītāja pienākumu izpildītājs

Labdien, dāmas un kungi!

Paldies organizētājiem, ka ir iespēja šeit piedalīties. 2007.gada 1.oktobrī izveidotā Veselības inspekcija ir tieši tāpēc radīta, lai nodrošinātu veselības nozares uzraudzību. Tas ir noticis pamatojoties uz Ministru kabineta rīkojumu – pārņemtas trīs inspekciju funkcijas. Mēs šīs funkcijas arī šobrīd nodrošinām, es ceru, ka neviens nepateiks, ka sliktākā līmenī, kā līdz šim. Funkcijas nav mainījušās, kā viņas bija trijās inspekcijās.

Veselības inspekcijas funkcijas:

Atbilstoši MK 11.07.2007. rīkojumam Nr.432
"Par Medicīniskās aprūpes un darbspējas ekspertīzes kvalitātes kontroles inspekcijas, Valsts farmācijas inspekcijas un Valsts sanitārās inspekcijas reorganizāciju un Veselības inspekcijas izveidošanu"

Veselības inspekcija ir iestāžu (VFI, VSI, MADEKKI) funkciju, tiesību, saistību, finanšu līdzekļu, mantas un lietvedības pārņēmēja

Galvenais uzstādījums, ka ir jānodrošina tiesiska, profesionāla, konsekventa un pietiekama valsts uzraudzība – nav mainījies, tas šobrīd ir vienā institūcijā. Patiesībā inspekcija ir instruments, lai ministrija un sabiedrība pārliecinātos, vai tie uzstādījumi, kas ir attiecīgajās politikās, tik tiešām notiek, kā paredzēts un kā var procesus optimizēt, uzlabot, novērst iespējamas darbības, kuras varbūt īsti nav pieņemamas.

Veselības inspekcijas funkcijas

Nodrošināt tiesisku, profesionālu, konsekventu un pietiekamu **valsts uzraudzību un kontroli** veselības nozarē, piedaloties **sabiedrības veselības**, **veselības aprūpes**, **farmācijas, narkotisko un psihotropo vielu** likumīgās aprites un **patērētāju tiesību aizsardzības** politiku īstenošanā.

Patiesībā, globāli, inspekcijai ir divi galvenie uzdevumi. Pirmkārt, ir jānodrošina vienota uzraudzība veselības nozarē, lai izslēgtu reizēm dublēšanos trīs institūciju pārbaudes vienā ārstniecības iestādē, pa vidu vēl atstājot kaut kādas pelēkās zonas, kuras īstenībā neviens īsti nepārbauda. Domāju, ka tas ilgtermiņā tik tiešām nozīmēs, ka politika tiks īstenota, tiks īstenota precīzāk un labāk. Rezultātā arī mēs pieliksim savu roku, lai Latvijas iedzīvotājiem būtu labāki veselības rādītāji. Es saprotu, ka tas ir ilgtermiņa mērķis un pilnībā nav atkarīgs ne no viena te sēdošā. Domāju, ka tas ir tas, kas mums jāpanāk kopā.

Veselības inspekcijas galvenie uzdevumi

Vienota uzraudzība veselības nozarē, kas nozīmē efektīvāku veselības politikas īstenošanu ilgtermiņā – labākus veselības rādītājus Latvijas iedzīvotājiem.

Otra lieta ir uzraudzības prognozējamība, lai notiktu pēc vienotiem principiem – gan uzraugāmie zinātu, gan darba devējs, gan Veselības ministrija zinātu, kā tas notiek. Vēl viens uzdevums, kas Inspekcijai veicams ilgākā laika posmā un nedomāju, ka tas ir īsāks par diviem gadiem. Ir jāpanāk, lai vienotā inspekcija šobrīd būtu arī ieviesusi kvalitātes vadības sistēmu un strādātu pēc attiecīgiem standartiem.

Par labo pārvaldību, pirmais solis, ko šobrīd jau mēs esam spēruši - metodoloģisko plānošanas stratēģijas funkciju pilnīga nošķiršana no uzraudzības funkcijas, tas ir redzams arī Inspekcijas struktūrā. Pašreiz mēs strādājam pie lietām kopā ar ministriju un aģentūrām, lai izstrādātu nepieciešamās lietas, pēc tam tās izrunātu ar profesionālajām asociācijām, ar ārstniecības iestāžu vadītājiem. Tas nepieciešams, lai mēs saprastu, kādā virzienā ejam un ko gribam panākt nākotnē, definētu arī tās lietas, kuras pilnīgi noteikti tiks uzskatītas par nepieņemamām, lai mēs vienkārši visi zinātu spēles noteikumus. Pie tā šobrīd tiek strādāts.

Veselības aprūpes iestāžu uzraudzība:

•Uzraudzības prioritāšu noteikšana
•Kontroles metožu un kritēriju izvēle
•Pasākumi neatbilstību novēršanai
•Kontroles procedūru izstrāde
•Informācijas apmaiņa starp institūcijām – VI, VOAVA, VSMTVA

Galvenie ieguvumi, tas ko es jau minēju, vienotā uzraudzība. Uzraudzība balstās uz preventīvām darbībām. Viena lieta, kas pašreiz ir galvenā un pēc statistikas datiem palielinājusies oktobra mēnesī - pacientu sūdzību plūsma pieaug apmēram par 20%. Pieaug arī pārsūdzību plūsma. Es domāju, ka nākamā gada laikā ir jāpanāk, ka šīs sūdzības nebūtu galvenais mūsu darbības pamats. Svarīgi, lai darbotos plānoti pasākumi sistēmas iedarbībai uz sistēmu nevis uz atsevišķiem ārstiem, par kuriem šobrīd sūdzas. Domāju, ja tas tiks ieviests, tas novedīs arī pie veselības aprūpes politikas efektīvākas īstenošanas.

Galvenie ieguvumi:

•Nodrošināta vienota uzraudzība veselības nozarē
•Uzraudzība balstās uz preventīvām darbībām
•Ietekme uz veselības aprūpes sistēmu kopumā, nevis atsevišķiem darbību veicējiem (ārstiem)
•Efektīvāka veselības aprūpes politikas īstenošana

Ir viena lieta, kas nav vēl pateikta. Es domāju, ka mēs nekādi nevaram izdarīt izolēti veselības inspekcijā, mēs to nevaram izdarīt izolēti pat ministrijā, sadarbojoties ar aģentūrām. Šeit būs pilnīgi noteikti vajadzīga informācija no ārstniecības iestādēm, informācija no profesionālajām asociācijām, jo mums visiem kopā ir jāsaprot, kādā veidā lietas notiek, kā viņas ir jāietekmē, lai procesus uzlabotu. Tas ir kopējs darbs. Pilnīgi noteikti mums ir jāmācās un nekādi mēs nevaram mācīties vieni paši, mēs ceram mācīties kopā ar, profesionālajām asociācijām, apmainoties ar informāciju. Es domāju, ka tādā veidā efektu var panākt daudz, daudz labāk nekā iedarbojoties uz atsevišķiem gadījumiem. Vēl gan jāpiebilst, ka kadru trūkums ir izjūtams arī Veselības inspekcijā, tāpēc man ir aicinājums - ja ārstniecības iestādēs ir cilvēki, kuri vēlas sistēmu balstīt arī no mūsu puses, sekojiet līdzi konkursiem, mēs labprāt ar šiem cilvēkiem runāsim, jo mums arī ir vajadzīgi profesionāļi. Paldies!

(Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā.)

Ārstu darba apmaksas piesaiste darba kvalitātei un kvantitātei.

Uģis Gruntmanis
Teksasas Universitātes Slimnīcas Asociētais profesors,
Endokrinoloģijas slimnīcas vadītājs

Labdien!

Ar lielu rūpību sekoju, kas notiek Latvijas medicīnā, tāpēc, ja varu kaut mazliet piedalīties diskusijā, tad mēģinu to darīt. Sākšu ar zināmā mērā polemisku domu. Pēdējā laikā medijos par veselības aprūpes jautājumiem lasāmi dažādi izteikumi. Piemēram, Latvijas ārstu biedrības vadītājs Pēteris Apinis pirms pāris dienām Neatkarīgajā Rīta avīzē bija izteicies, ka pacienti grib apiet rindu un tas ir tas, kāpēc pacienti maksā naudu. Kalvīša kunga atbilde uz to ir: „Nē, mums ir par daudz ārstu, par ko jūs runājat?" P.Apinis arī izteicies, ka nav jau zināms nekas par ārstu kvalitāti, pacients grib iet pie ārsta B nevis pie ārsta A, jo kāds teicis, ka šis ārsts ir labāks. Bruno Kokars, Madonas galvenais ārsts savukārt ir izteicies ļoti pesimistiski – ja nav finansējuma, ko var atrisināt? Savukārt VM pārstāve ir izteikusies, ka līdzekļu daudzums veselības aprūpē un bāzes alga neatrisina neoficiālo maksājumu problēmu, jo 5 gadu laikā mediķu alga dubultojusies, bet problēma paliek. Tātad kurā vietā mēs esam?

Ir vairāki fundamentāli jautājumi - ir jāsagatavo vairāk vai mazāk ārstu, kāpēc ārsti ir neapmierināti ar algām un kā celt kvalitāti? Es apskatījos gan Eiropas, gan Amerikas kopējos datos, cik tad daudz ārstu ir ES, Amerikā un Kanādā.

Cik ārstu uz 100,000 iedzīvotājiem pasaulē?

- **Latvijā 291**
- **Igaunijā 319**
- **Somijā 244**
- **Norvēģijā 362**
- **Čehijā 354**
- ASV 293
- Kanādā 220
- **Anglijā 231**

Kā redzam, tad Latvijā ir 291 ārsts uz 100 tūkst. Iedzīvotājiem. Igaunijā vairāk, Somijā daudz mazāk, Norvēģijā stipri vairāk, Čehijā vairāk, Polijā pavisam maz. Paskatījos, cik ārstu ir Teksasā – tikai 210. Domāju, ka mūsu aprūpe ir pavisam slikta, ja mēs skatāmies uz ārstu daudzumu.

Nākamais, ko gribēju akcentēt kā būtisku problēmu ir šo ārstu demogrāfiskās grupas. Ārsti, kas ir par 65 gadiem vecāki – ir 30%, 25 – 35 gadus vecie ir 10%. Jautājums, ja mēs skatāmies attīstītās valstis, kas notiks, kad šie ārsti aizies pensijā? Kas notiks ar Latvijas medicīnas sistēmu? Skaidrs, ka jauno ārstu pie mums ir salīdzinoši maz.

Ārsti Latvijā pēc vecuma:

- **25-35 gadi 11%**
- 65 gadi un vecāki 32%
- Ārsta sagatavošanai paiet no 9 līdz 15 gadiem !!!

Cik veselības aprūpei atvēlēts no budžeta?

- Latvijā ~4%
- Anglijā 6.7%
- Norvēģijā un Francijā 10%
- ASV 16%

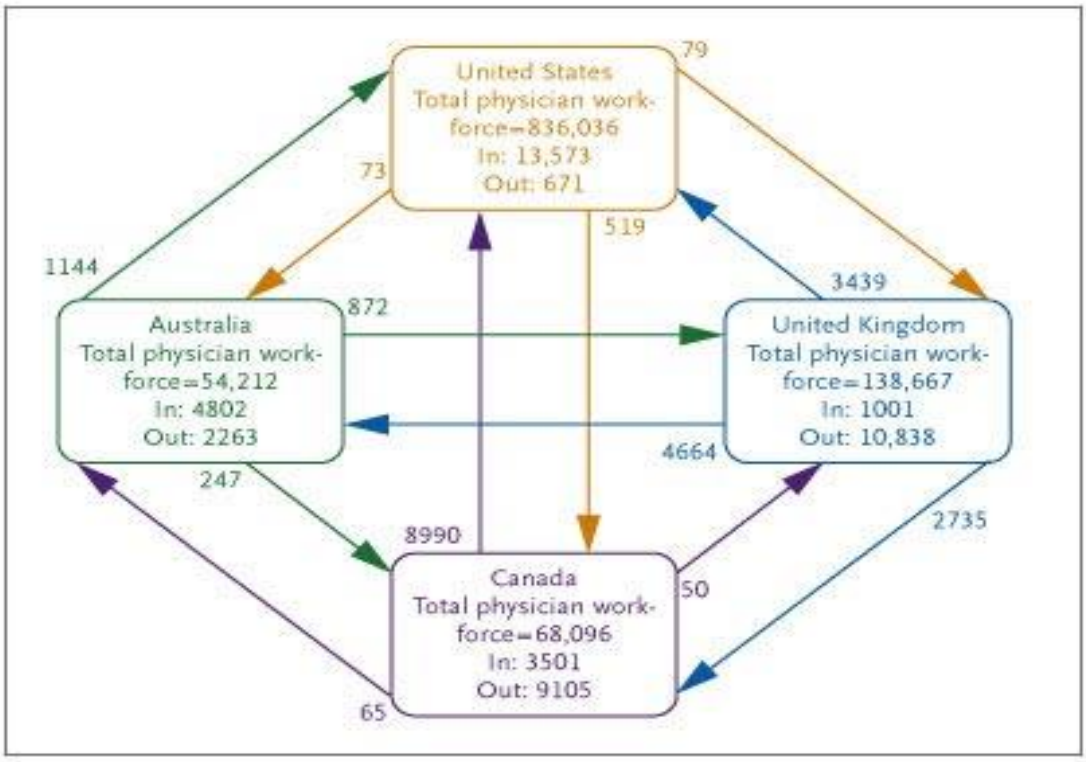
Tika jau runāts, cik veselības aprūpei tiek atvēlēts no budžeta. Latvijā tas ir 4%, Anglijā 6.7%, Norvēģijā, Francijā 10%, vidēji ES apmēram 9%, ASV 16%. Tātad ASV vajadzētu būt pašai labākajai sistēmai, ko es mēģināšu apgāzt.

Veselības izmaksas gadā uz vienu iedzīvotāju:

- Latvijā 440USD
- Irijā 2386USD
- Kanādā 3038USD
- ASV 6096USD

Latvijā uz 1 iedzīvotāju veselības aprūpe izmaksā 440 USD, Īrijā 2300 USD, Kanādā 3000USD, ASV 6000 USD. Atkal redzam, ka ASV ir vislielākās izmaksas, tātad, vai aprūpe ir pati labākā? Algas, tas ir no 2006.g. pētījuma par Anglijas, ASV, Austrālijas u.c. valstu algām, kur redzams, ka vecajā ES vismazākās algas ir Vācijā. Tāpēc arī ārstu streiks pagājušajā gadā, kur ārsti izgāja baltos halātos pie Bundestāga un pieprasīja lielākas algas.

Samērā mazas algas ir arī Zviedrijā – ap 40 līdz 50 tūkst. USD gadā. Vislielākās algas ES ir Holandē – ap 120 tūkst. USD gadā un Francijā, kur U.Mitenbergs uzsvēra, ka šajā gadā Francijā no ES ir patlaban vislabākā veselības aprūpes sistēma. Ja paskatās ārstu kustību pasaulē jeb saucamo „*brain drain*", kā smadzenes aizplūst uz vairāk apmaksātām valstīm, kas ir ASV, Kanāda, Austrālija, Anglija, tad var redzēt, ka no Polijas aizbraukuši aptuveni 20% ārstu praktizēt uz Angliju, ASV, Austrāliju. Vienmēr, kad lasu „Neatkarīgo" vai „Dienu", redzu, ka Latvija tiek salīdzināta ar Īriju. Īrija diemžēl bija ļoti slikta pieredze tad, kad 80.gadu beigās un 90. sākumā no Īrijas uz Angliju aizbrauca aptuveni 50% ārstu tikai lielāku algu dēļ. Tādēļ ir skaidrs, ka tas, cik viens ārsts saņem, ir ļoti svarīgi, lai piesaistītu jaunos ārstus.



Mullan et al. New England Journal of Medicine. 2005 353(17) 1810-18

No šīs bildes var izdarīt secinājumus, ka medicīnas personālam jāmaksā bāzes alga un pārējais jānopelna atkarībā no tā, kāda ir aprūpes kvalitāte, arī aprūpes daudzums, par ko jau tika runāts. Kad tas ir nodrošināts, slimnīcām jāveicina tā saucamā nepiestrādāšanas politika. Ja ārsts strādā divas, trīs slodzes, man rodas jautājums – kur ir tas laiks, kad viņi strādā? Jo zināms, ka kolēģi Eiropā, kuri bieži uz darbu aiziet sešos un pārnāk sešos, es zinu, ka divas slodzes noteikti

nevarētu strādāt. Ja nu vienīgi pa sestdienām, svētdienām. Tātad jautājums ir – kā tad šīs slodzes tiešām tiek izmērītas. Tālāk mēģināšu nedaudz pieskarties šai tēmai.

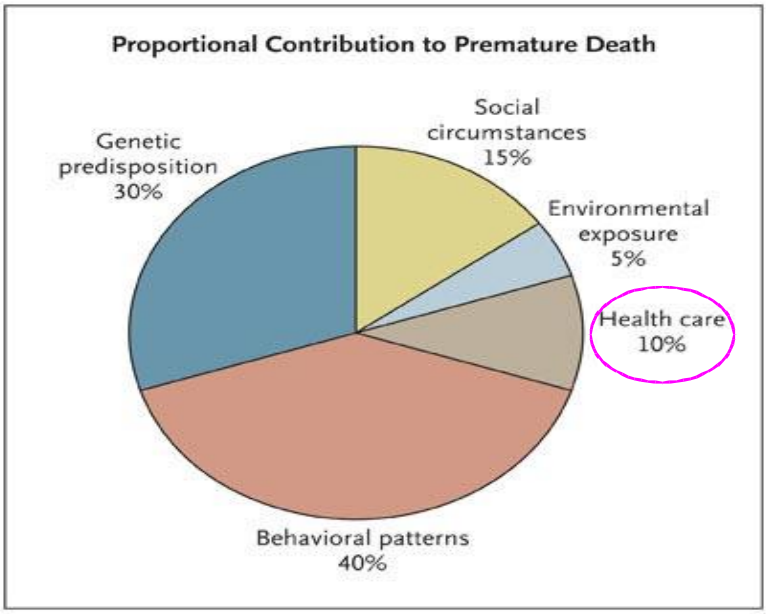
Pagaidu situācijā, domāju, būtu labi, ja slimnīcās un klīnikās ļautu izveidot tā saucamās maksas nodaļas, kur tie ārsti, kas ir A kategorijā, pie kuriem pacienti dodas, varētu legāli šos pacientus uzņemt maksas nodaļā un saņemt apmaksu. Līdz ar to uzlabojot slimnīcas finansiālo situāciju un arī nodokļu maksājumus, kurus sākumā vajadzētu nedaudz pazemināt.

Secinājumi par algām

- Jāmaksā bāzes alga un pārējais jānopelna atkarībā no tā, kāda ir aprūpes kvalitāte un arī kvantitāte.
- Kad tas ir nodrošināts, slimnīcām jāveicina "nepiestrādāšanas" politika, (jocīga ir situācija, kad ārsts ilgstoši strādā "divas slodzes").
- Pagaidu situācijā, slimnīcas un poliklīnikas varētu izveidot "maksas nodaļas", kur tiek veikti legāli maksājumi un maksāti nodokļi (sākumā nodokļu slogam vajadzētu būtu atvieglotiem).
- Kolēģi Latvijā bieži izsaka vienkāršu risinājumu: pārliecināt slimokasi, ka par slimniekiem ar konkrētām diagnozēm vai procedūrām apmaksai jābūt augstākai.
- Taču šis ieteikums darbojas tikai gadījumā, ja ārsti neprasa visi reizē, jo ja naudas kopējā summa budžetā ir noteikta, tad visiem nepietiks.

Kad ar kolēģiem gan Latvijā, gan arī pagājušo nedēļ Vašingtonā runāju, kā to atrisināt, viņiem risinājums bija diezgan vienkāršs – vajag iet uz slimo kasi un teikt, ka tava ķirurģiskā operācija, diagnoze ir ļoti svarīga un tāpēc jāmaksā vairāk. Manuprāt, tas ir tuvredzīgs secinājums, jo, ja mēs visi 5000 Latvijas ārstu gāztos uz šo apvienību un teiktu, ka esam vissvarīgākie un teiktu, ka mums jāmaksā vairāk, zinot to, ka naudas kopējais apjoms ir tāds, kāds tas ir, nekas nepalielināsies. Tātad šeit, es domāju, zināmā mērā pastāv korupcijas risks, ka cilvēki, kam ir sakari, draudzības var iet uz šo inspekciju un dabūt sev vēlamu rezultātu.

Tātad, vai ārstiem ir jāmaksā vairāk, vai tam ir sakars ar pakalpojumu kvalitāti un padarītā darba apjomu? Kā jau teicu, par cik ASV tiek tērēti 6tūkst. USD uz katru iedzīvotāju. Tātad ASV būtu jābūt pirmajā vietā bērnu, mātes mirstībā, cilvēku dzīves ilgumā, taču tā tas nav. ASV ieņem necilo 25.vietu no 29 pasaules valstīm bērnu un mātes mirstības ziņā. Cilvēka dzīves ilguma ziņā ASV ieņem 23. un 22.vietu. Visilgāk dzīvo Islandē un Japānā. Taču pēc 65 gadu vecuma stāvoklis būtiski uzlabojas. Jautājums ir – kāpēc? Tāpēc, ka ASV ir „*medic care*" sistēma, kur cilvēki pēc 65 gadu vecuma visi ir apdrošināti. Kā Uldis Mitenbergs minēja, ASV ir 50 milj. iedzīvotāju, kuriem nav veselības apdrošināšanas. Tā galvenokārt notiek uzņemšanas nodaļās, kur tiek ārstēts asins spiediens, diabēts vai kaut kas tamlīdzīgs. Visi zinām, ka tas nav pats labākais ārstēšanas veids.



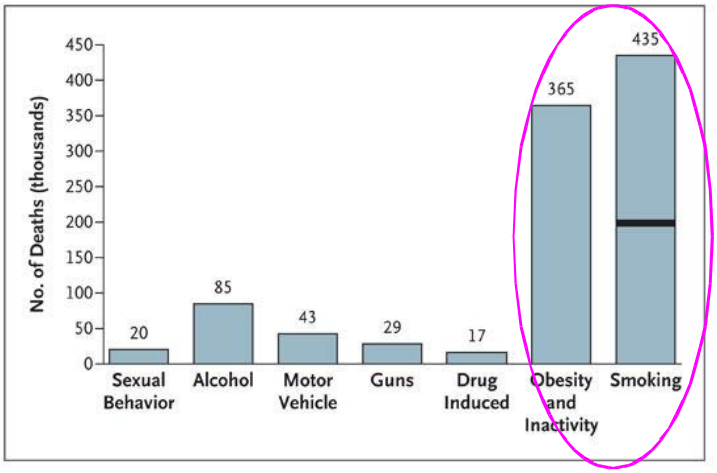
Kāpēc ASV veselības aprūpes sistēma nav pati labākā? Vai tad, kad veselības aprūpe ir nepieciešama, vai tā ir augstas kvalitātes un vienlīdzīgi pieejama katram iedzīvotājam? Šeit bija jautājums par to, kā dakteris Mitenbergs teica,

Schroeder et al. New England Journal of Medicine. 2007 357(12) 1221-28

30% iedzīvotāju ir bail doties pie ārsta, viņiem bail, ka nevarēs par to samaksāt. Tieši tāpat ir arī ASV. Vai cilvēks ir vesels vai nē? Salīdzinoši maz ietekmē veselības aprūpes sistēmā, bet vairāk tas atkarīgs no paša uzvedības – tā, ko ēdam, cik aktīvs ir mūsu dzīves veids. To parādīja 500 tūkst. pētījumi, kas tik apvienoti šī gada Journal Medicine pētījumā, kur skaidri un gaiši tika parādīts, ka veselības aprūpe kopumā ir atkarīga tikai no priekšlaicīgas miršanas riska un 10% tikai atkarīgi no veselības aprūpes. Kopumā 40% gadījumu atkarīgs no tā, kā paši uzvedamies.

Kādas intervencijas būtu jāizdara, lai cilvēku uzvedības mainītos? Kā redzam, ja ASV visi cilvēki pārtrauktu smēķēt, kas ir aptuveni 40 milj. smēķētāju, mirstība samazinātos par 400 tūkst. iedzīvotāju gada laikā. Ja cilvēki neaptaukotos, ēstu pareizi, ietu uz sporta zālēm, mirstība samazinātos par 365 tūkst. Domāju, ka ārsti un arī ministrija var darīt lielu darbu, lai stimulētu šo pareizo veselības uzvedību un aprūpi.

Kas to nosaka?



Schroeder et al. New England Journal of Medicine. 2007 357(12) 1221-28

Secinājumi: ārstu darbs būtu finansiāli jāstimulē, lai samazinātu priekšlaicīgas mirstības riskus – aptaukošanās novēršana, smēķēšanas pārtraukšanas, diabēta un asins spiediena kontroles, holesterīna un alkoholisma samazināšana. Vai ir pētījumi, kas parāda, ka šāda stimulācija darbojas un uzlabo aprūpes kvalitāti? Šeit gribu minēt Anglijas modeli, kas, manuprāt, ir veiksmīgākais un tika ieviests 1998.gadā, vēlā, 2004. gadā tika papildināts ar 146 tā saucamajiem kvalitātes indikatoriem. Desmit hronisku slimību ārstēšanā, kas Anglijas valdībai izmaksāja 1.1milj.dolāru un kas plānoja labiem ārstiem ar labiem kvalitātes rādītājiem palielināt algas vidēji par 25%. Ko tas nozīmē? Maksimāli primārās aprūpes ārsts varēja saņemt 1050 tā saucamos kvalitātes punktus. Protams, ka neviens nesaņēma maksimālos punktus un samaksa varēja būt 133 dolāri par vienu punktu. Tātad teorētiski ārsti varēja darīt visu, lai viņu algas pieaugtu līdz 130 tūkst. gadā. Tas nav atbilstoši Latvijai, bet tomēr par to varētu domāt. Šis ir vienkāršs piemērs, kā tas darbojas. Ja ārsts savā praksē uzlabo paciena asinsspiedienu 145 uz 85, tad saņem maksimālo punktu skaitu un saņem 2000 dolāru piemaksu gada beigās. Ja ārsts to pacientam sasniedz tikai līdz 25%, viņš nesaņem neko. Es arī gribētu minēt Hipokrāta zvērestu, jo Hipokrāta zvērestā nav tikai labas lietas. Mums jāatceras, ka zvērestā tika teikts, ka ārstam nebūs izdarīt abortu vai ārstam nebūs lietot nazi, tas nozīmē, neizdarīt ķirurģiskas operācijas. Tā kā mēs bieži vien nepaļaujamies uz Hipokrāta zvērestu. Pateicos par uzmanību! *(Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā.)*

Anglijas modeļa piemērs:

- Ja slimniekam ir diabēts, un ja panāktais asinsspiediens zemāks par 145/85mm/Hg 55% un vairāk pacientu, tad ārsta prakse saņem maksimālos 17 punktus (133x17=2261USD).
- Ja noteiktie kritēriji sasniegts mazāk kā 25% no pacientiem, tad punktus un piemaksas nesaņem.

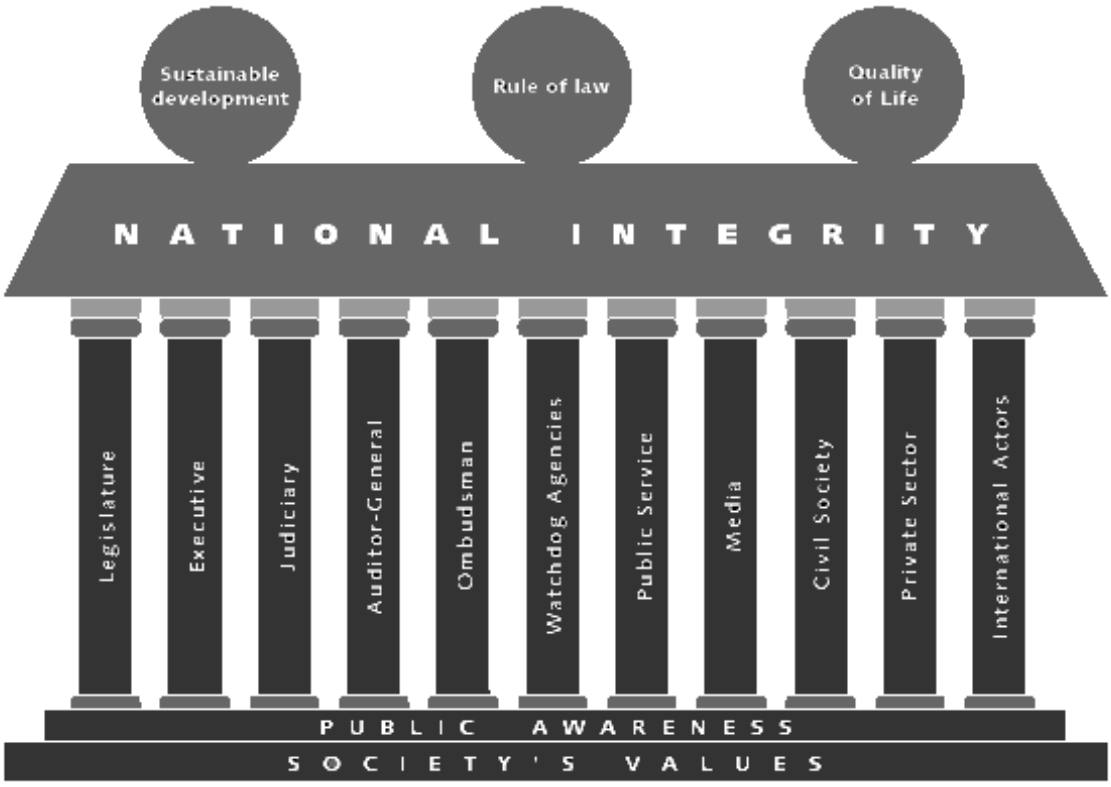
Informācijas atklātība veselības aprūpes sistēmā.

Inese Voika

Sabiedrības par atklātību – Delna padomes locekle

Cienījamie klātesošie! Rīta sesijā Juris Bundulis, uzsākot savu uzrunu, sadalīja klātesošos trīs kategorijās. Viņš teica: „Cienījamie kolēģi, ārsti, veselības eksperti un pacienti.” Nu starp šīm kategorijām pavisam skaidri es iekrītu pēdējā. Es esmu pacients, jo es neesmu ne veselības eksperts, ne arī ārsts. Tāpēc uz informācijas atklātību veselības aprūpes sistēmā es skatīšos no pacienta viedokļa.

Šodien, runājot par veselības aprūpi, mēs runājam par vienu Satversmes pantu - par 111.pantu: “Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu.” Valsts prezidents tik bieži ir teicis, ka ir jālasa Satversme. Es droši vien no viņa ietekmējos, par to domājot. Un mēs runājam par veselības aprūpi, ko Satversme garantē Cilvēktiesību sadaļā, kuru papildina mūsu tiesības pēc informācijas. “Ikvienam ir tiesības uz vārda brīvību, kas ietver tiesības brīvi iegūt, paturēt un izplatīt informāciju, paust savus uzskatus. Cenzūra ir aizliegta” (100. pants). Taču runājot par to, ko mēs varam iegūt no informācijas atklātības veselības aprūpē, es gribu minēt vēl vienu pantu, kas ir 90., un tas ir tas, ka ikvienam ir tiesības zināt savas tiesības. To es gribētu attiecināt uz veselības aprūpi un mērķi, kam veselības aprūpē iesaistītajām institūcijām būtu jāseko. Tas varētu palīdzēt vest pie šodien jau vairākkārt minētiem diviem mērķiem – par uzticības palielināšanu sistēmai, sistēmas darbībai, starp tiem, kas to nodrošina un pacientiem, iedzīvotājiem, kā arī efektivitāti un caurspīdīgumu. Mēs bieži korupcijas novēršanā arī runājam par preventīvām metodēm, par profilaksi kā par svarīgāko elementu, lai varētu novērst korupciju un sakām, ka tas ir lētāk, līdzīgi tāpat kā ar ārstēšanu un visu veselības aprūpes sistēmu.



Šī ir mūsu godaprāta māja. Tā ir tā valsts sistēma, kurai uz jumta, ja tā var teikt, ir tās lietas, uz ko arī mēs tiecamies, runājot par veselības attīstību, proti, par ilgtspējīgu attīstību un par dzīves kvalitāti. Veselības aprūpē šiem pīlāriem, uz ko balstās sistēma, ir jābūt stipriem, labi stāvošiem, ja kāds no viņiem iztrūkst vai sabrūk, tad māja brūk un arī mūsu ilgtspējīgā attīstība un dzīves kvalitāte ripo no jumta lejā.

Informācijas pieejamība ir līdzeklis nevis mērķis

- Sniedz informāciju pacientiem
- Nodrošina kontroli par medicīniskā personāla darbību
- Nodrošina finansu kontroli par valsts naudas izlietojumu
- Sniedz pamatu politikas veidošanai

Es runāju par informācijas atklātību kā par līdzekli. Tas ir viens no labas pārvaldības līdzekļiem, ko mēs arī redzējām Ulda Mitenberga prezentācijā, ar caurspīdīgumu, kurš, pirmkārt, protams, sniedz informāciju pacientiem, klientiem, jebkuram veselības sistēmas dalībniekam par to, kas notiek. Mēs nevaram dzīvot, ja mēs nezinām par to, kas notiek. Šī man liekas ir pirmā un svarīgākā lieta, kurai es arī pieskaršos – kā es redzu, ko šobrīd dažādas veselības aprūpes iestādes Latvijā dara un ko nedara. Taču informācijas pieejamība palīdz arī pašai pārvaldei, tiem pīlāriem, par ko mēs šeit runājam. Informācijas pieejamība palīdz nodrošināt kontroli pār medicīniskā personāla vai medicīniskās iestādes darbību un nodrošina finanšu kontroli, jo nauda ir viens no atklātības ļoti būtiskiem punktiem. Tāpēc informācijas atklātību sniedz pamatu pamanīt kļūdas – jo vairāk cilvēku kaut ko redz un zina, jo labāk var pamanīt kļūdas, tās labot, tālāk tās izmantot un saprast, kā jāiet tālāk.

Veselības aprūpē dubultā domāšanas maiņa:

- Jādomā no klienta viedokļa
- Jāatmet birokrātiskās domāšanas rāmis
- Jāsaprot, ka par valsts līdzekļu uzskaiti ir jāatskaitās

No tā, ko es šobrīd esmu novērojusi kā klients un pacients, apskatot pieejamo informāciju, es redzu, ka mūsu iestādēm ir jāmainās dubulti. Daudz kas jau ir padarīts, daudzas lietas es atradu, kuras varētu pilnveidot. Tomēr ir dažas lietas, kas atsedz problēmas. Veselības aprūpe ir tik sarežģīta, tik daudz normatīvu dokumentu, tik daudz dažādu lietu, kas ir jāizdara, ka tā domāšana par informācijas sniegšanu ir ļoti birokrātiska, proti, mēs mēģinām pateikt, ko mēs jau darām, taču mazāk domājam no tā viedokļa, kas ir vajadzīgs cilvēkam un kā cilvēks varētu justies drošs par šo sistēmu. Ja cilvēkam nav drošas informācijas, tad rodas arī dažādās problēmas. Informācijas sniegšana ir tās durvis, pa kurām viņš mēģina ieiet vai nu tajā poliklīnikā, vai nu uzzināt, cik viņam būs jāmaksā slimnīcā, uzzināt daudzas citas lietas. Ja šī informācija ir nedroša, pretrunīga, vai atklājas arvien jauni fakti, tad drošība un vēlme izmantot šos pakalpojumus mazinās. Ja 35% cilvēku saka, ka viņi nav izmantojuši medicīnas pakalpojumus, jo viņiem nav bijis naudas, būtu ļoti interesanti paskatīties un uzdot jautājumu, cik no šiem 35% patiešām ir noskaidrojuši, cik tas maksā. Vai viņi to nav darījuši tāpēc, ka viņiem šķiet, ka viņiem nav naudas un tajā virzienā nevar iet, jo tur kaut ko prasa, vai arī viņu pašu pieredzes, vai kaimiņu pieredzes dēļ viņi to nav izdarījuši.

Tas ir no vienas puses, bet tā dubultā mainīšanās ir arī tajā, ka no otras puses mums ir ļoti plašs valsts veselības aprūpes sektors, kurš ir daudz mazāk pieradis atskaitīties par naudas izlietojumu, nekā citas valsts pārvaldes struktūras un daļas. To mēs redzējām gan Delnas pētījumos par informācijas atklātību, kad studenti dažādos gados gāja un prasīja informāciju, lielākoties par finansēm gan valsts iestādēs, gan, teiksim, Latvijas Bankā. Studenti gāja arī uz slimnīcām, arī uz skolām. Interesanti bija tas, ka gan ministrijās, gan arī citās vietās viņiem labprāt sniedza

informāciju, dokumentus par to, cik, par ko ir maksāts, kas ir iztērēts. Savukārt slimnīcas un citas veselības aprūpes iestādes, kas tiek finansētas no valsts, bija tās, kurās informāciju nedeva, kurās tika izsaukts galvenais ārsts, kurās tika sacelta liela, liela ažiotāža par to, ka ir atnācis kāds un prasa jautājumu par naudu. Tā ir tā domāšanas maiņa, ka daļa no uzticības ir arī atklātība par to, kādā veidā tērē naudu un par ko tas notiek.

Pozitīvās ziņas. Es gan uzzināju to tikai vakar, un tāpēc es gribēju prasīt jums – vai jūs zināt, ka Veselības ministrijai ir uzticības tālrunis, kurā var noskaidrot dažādus ar ārstēšanos saistītus jautājumus? Vai jūs varat pacelt rokas tie, kas zina, ka ir šāds tālrunis?
Komentārs no auditorijas: „Es tikai gribētu precizēt – tas nav ministrijai, tas ir aģentūrai."
Man kā pacientam, man kā lietotājam ir pilnīgi vienalga. Paldies, ka jūs to uzturat, un jūs varat strīdēties, kurš, ko, kam maksā. Es to atradu Veselības ministrijas mājas lapā, un ļoti labi, ka es to tur atradu. Ir labi, ka puse no klātesošajiem vai trešdaļa to zina, taču arī pārējie mēs to nezinām. Ir ļoti viegls tālruņa numurs, kā jūs dabūjāt tik labu numuru – 8001234? Uzzināju arī, ka šo tālruni lieto arvien vairāk cilvēku. Šogad 8 mēnešos jau 47 tūkstoši cilvēku ir zvanījuši, un tie jautājumi, ko var noskaidrot, ir patiešām tie, kas cilvēkam varētu būt svarīgi: kas ir mans ģimenes ārsts, cik ir mana pacienta iemaksa, vēl svarīgāk – vai ārsts man neprasa par daudz, kas ir tās zāles, kas man ir - vai man tās zāles kompensēs vai nekompensēs? Šeit es tikai varu teikt to, ka arī mums kā informētai sabiedrībai ir jādomā par to, kā novest šo informāciju pie tiem, kas to informāciju izplata, jo mēs šeit acīmredzami esam tie, kas arī citiem var pateikt. Mēs nezinām visas atbildes, es par ārstniecību nezinu, bet tā ir tā lieta, kur mēs varam palīdzēt.

Tad es gāju tālāk. Veselības ministrijas mājas lapā ir arī ļoti interesanta sadaļa „Tas tev ir jāzina". Tur arī ir daudzas lietas, kas saistās ar profilakses jautājumiem, tāpat dažas, kas saistās arī ar naudu – pacientu iemaksām, piemēram, par to, cik maksā slimnīcas gulta. Es varu ilustrēt piemēru, kur rodas tā pretruna. Piemēram, mājas lapā es aizeju uz pacientu iemaksu daļu. Lasu, ka ja es gribu šādu vizīti, tas maksās 50 santīmu, savukārt ja iešu pie speciālista uz izmeklēšanu, tas maksās no 3 līdz 18 latiem par kaut ko ļoti sarežģītu. Skaidrs, tas ir tas, ar ko es kā pacients rēķinos. Hops! Es uzklikšķinu uz sadaļu par to, cik man būs jāmaksā, ja es aiziešu uz slimnīcu. Slimnīcā man būs jāmaksā 5 lati par gultas vietu Rīgā vai 3 lati kurā tur slimnīcā. Tad es pēkšņi sāku saprast – bet tagad ir divas informācijas, iespējams, ka vēl ir trešā un ceturtā. Cik tad es īsti iztērēšu, ja es gulēšu slimnīcā? Tā kā man nav īstas drošības, ka es zinu, cik man tas maksās, es labāk vispār neiešu pat pie ģimenes ārsta par 50 santīmiem, jo tik un tā man nebūs naudas, lai ietu slimnīcā. Līdz ar to informācijas atklātība nenozīmē tikai sniegt šo informāciju. Ir labi, ka viņa ir un ir tas solis sperts, bet svarīgi domāt no pacienta puses – kur ir tā vieta, kur es varu uzzināt informāciju tā, kā man tas ir nepieciešams.

Par slimnīcām labā ziņa bija tā, ka lielākajai daļai slimnīcu ir mājas lapas. Slimnīcas ir bijušas arī mūsu Delnas lokā, īpaši lielās Rīgas slimnīcas, kā ar daudzām monopolstāvoklī esošām lietām. Tomēr ne visas mājas lapas mani iepriecināja, jo es tur nevarēju atrast gandrīz neko, kas būtu svarīgs man kā pacientam.

Ja mēs paskatāmies kaut vai uz Gaiļezera slimnīcas mājas lapu, kur pirmajā lapā ir informācija par kādu tālākās izglītības pasākumu māsām, Eiropas struktūrfondi un vēl kaut kas. Varbūt, ka man ir jāzina tikai tas, kā mani aizvedīs uz slimnīcu un es tur nonākšu, taču noteikti ir daudzas lietas, kuras būtu svarīgas man, ja mans radinieks tur guļ, un citas lietas, kas man būtu svarīgas, ko uzzināt. Kā pozitīvu piemēru no mājas lapu viedokļa, kur cilvēks var iegūt neitrālu informāciju, es varu minēt Dzemdību namu, jo tur ir sadaļas par bērnu aprūpi, par grūtnieču aprūpi, par pirmsdzemdību un pēcdzemdību procesu. Tur nav informācija par naudu varbūt tādā veidā kā man līdz galam gribētos, lai tas būtu, skaidri un pārskatāmi, taču tur ir aprakstīts tas, kas

ar mani notiks, kad nonākšu tajā slimnīcā - kad mani apskatīs ārsts un kādā veidā tas notiks. Es varēšu kontrolēt to, kas ar mani notiek un ja gadījumā pie manis neatnāks ārsts un neatnāks arī pie bērna, es zināšu prasīt, ka tas ir kaut kas tāds, ko jūs man solāt. Varbūt, jūs, ārsti, neiedomājaties, cik pacienti jūtas bezspēcīgi nezinot, kas un kad viņiem pienākas. Šī ir daļa no tās manipulācijas, kur parādās arī korupcija.

Ja paskatās mediju saturu, jāsecina, ka dažreiz no ziņām es varu uzzināt daudz vairāk. Piemēram, turoties pie tās pašas jaundzimušo un dzemdniecības prakses. Es ziņās izlasīju, ka jaundzimušajiem veic vienotu dzirdes pārbaudi. Es uzzināju arī, ka ir dažādas programmas, kurās es varu iesaistīties, ka ir dažāda nauda, ko es varu iegūt par to, ja es kopšu bērnu mājās. Taču man šī informācija nāk tikai tāpēc, ka es viņai pievēršu uzmanību kā potenciāls jaunais vecāks, un es kaut ko zinu. Taču tādas vietas, kur es, ejot uz slimnīcu, varētu uzzināt visu, ko valsts man apmaksā, manam bērnam un man, šajā te vietā nav. Es aicinātu aktīvi domāt par to, kā šādu informāciju izstrādāt.

Informācija par finansēm – grūti sasniedzama

- Nesaista finansu informāciju ar atbildību iedzīvotāju priekšā
- Nav sadaļas par budžetu
- Nav informācijas par iespējām sūdzēties

Informācija par finansēm ir grūti sasniedzama, arī slimnīcu mājas lapās tādas nav ne izvērstā, ne īsā veidā, tāpēc tas būs arī viens no maniem ietikumiem. Mani ieteikumi ir sekojoši. Pirmais ir izstrādāt uz konkrētu klientu grupām orientētu visaptverošu informāciju par valsts nodrošinātajiem pakalpojumiem tādā griezumā kā es runāju – lai es vienā vietā varētu droši uzzināt, kas tas ir, attīstīt šīs te ārstniecības iestāžu mājas lapas, kuras jau tur ir, nodrošināt vajadzīgo informāciju un noteikti rūpēties par to, lai tur būtu informācija par budžeta līdzekļu izlietojumu - gan plānoto, gan izlietoto par dažādām programmām.

Ieteikumi

- Izstrādāt uz konkrētu klientu grupām orientētu visaptverošu informāciju par valsts nodrošinātajiem pakalpojumiem un maksas pakalpojumiem
- Attīstīt ārstniecības iestāžu mājas lapas, orientējoties uz pacientiem nepieciešamo informāciju
- Iekļaut informāciju par budžeta līdzekļiem, programmām, naudas izlietojumu
- Izstrādāt un ieviest skaidru sistēmu, kā vienkārši ziņot par nesakārtotību

Pēdējais punkts. Ir arī ļoti svarīgi, lai visā šajā sistēmā, katrā vietā, kur es eju, man būtu skaidrs, kur es varu sūdzēties, ja man kaut kas šķiet neskaidrs, nesaprotams, vai nepareizs, kas nav informācijas tālrunis, jo tur sēž cilvēki, kas man var sniegt informāciju. Man vajag drošu sajūtu par to, ka mani kāds aizstāvēs, ja man liksies, ka tas nav pareizi. Paldies!

(Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā.)

DISKUSIJA

Armands Ploriņš, VM valsts sekretārs:

Gribētu sākt ar to, ka piekrītu visam, kas iepriekš tika runāts, jo tās ir pozitīvas, ļoti labas lietas. Tās problēmas, kas tika paceltas, tiešām ir problēmas. Sarežģītāk ir, ka ne visām paceltajām problēmām uzreiz tiek piedāvāts risinājums un ne visām mēs varam pateikt, kāds risinājums būtu labākais. Ja runājam par informētību, tad, neiedziļinoties sīkumos, mēģināšu informēt par to, kas izdarīts atsevišķās lietās. Ministrijā mēs apzināmies situāciju, ka ministrija ar savu mājas lapu un savām publiskajām aktivitātēm ne būt nav tajā labākajā līmenī, apzināmies, ka nav pietiekami tas, kā mēs informējam par visu, pirmkārt, jau pašus pacientus, ārstniecības personālu, slimnīcu vadītājus, pašvaldību vadītājus u.t.t. Apzināmies, ka vairāk būtu jāinformē par to, kā veselības aprūpes sistēma attīstās, kādā virzienā tā attīstās, kas sagaida nākotnē.

Par Akermanes kundzes runu. Pirmais, lai sakārtotu šos tarifus, pie kā pašlaik strādājam, ir jānodala nost maksājumu aģentūra no tarifu aprēķināšanas. Tas nav korekti, ka viena institūcija veic gan tarifu aprēķināšanu, gan arī veic šos maksājumus. Pie tā pašlaik tiek strādāts, baidos nosaukt termiņus, bet tas ir pāris mēnešu jautājums, kad tas tiks atdalīts.

Nākamais, kas tika aizskarts un kā vieniem no organizatoriem, tas ir būtisks jautājums, tas ir korupcijas jautājums. Tad kā jūs zināt, pašlaik visus visvairāk interesē jautājums par nelegālajiem maksājumiem un kā izskaust šo un tas ir būtiskākais jautājums. Es gan gribētu teikt, ka koruptīvās problēmas ir daudz plašākas. Nebūt ne tikai šīs aplokšņu algas. Bet, ja runājam par aplokšņu algām, tad bija izveidota īpaša darba grupa, vairāki cilvēki arī piedalījās šīs darba grupas darbā. Darba grupa darbu ir pabeigusi un secinājumi ir iesniegti VM – ministram, man. Ministrijā tie pašlaik tiek pārskatīti un, domāju, ka nākamnedēļ vai arī uzreiz pēc svētkiem, tiks prezentēta kopējā rīcības programma, kas paredzēs ļoti daudz, dažādu jautājumu risinājumus, kuriem būtu jānoved pie nelegālo maksājumu izskaušanas.

Kopumā jāsaka, ka jebkura ministrijas darbība, iniciatīva ir vērsta uz korupcijas mazināšanu. Jo sakārtotāka būs sistēma, jo mazākas ir iespējas koruptīvām darbībām. Līdz ar to, kā jau pirmajā daļā teicām, būtisks instruments ir tas, ka ministrija pašlaik kā būtisku faktoru uzsver šo politiku realizācijas sadaļu, ko tagad vada Bunduļa kungs. Bet atsevišķi tiek strādāts pie tā, kā slimnīcā ieviest labas pārvaldības metodes, kā risināt koruptīvos jautājumus. Otrs ir Veselība inspekcijas izveidošana. Trešā, kas ir viena no būtiskākajām un ko mēs noteikti un konkrēti apzināmies, ir jautājums par sabiedrības informētību, kas būs viens no būtiskākajiem, lai atrisinātu koruptīvās problēmas. Jo tiešām tas, ja ārstam maksā 10tūkst.latu, vēl nenozīmē, ka ārsts neņem kukuļus, tas nebūt to vēl negarantē. Bet tas, ka cilvēks zina, ka par viņu viss jau ir samaksāts, lielā mērā garantē to, ka ārstam viņš nemaksās. Pašlaik Latvijā ne tik liela ir šī problēma, kas patiesībā ir jau krimināla problēma, ka ārsts nesniedz pakalpojumus, kamēr viņam netiek dots nelegālais maksājums, bet lielākā problēma ir tas, ka pacients jau pats maksā pat tad, kad ārsts viņam to nemaz neprasa. Faktiski tā ir mūsu problēma, tā nav tā pacienta problēma, tā ir ministrijas, sistēmas problēma, kas nespēj efektīvi informēt pacientu.

Nākamais, par ko gribēju komentēt ir Zvīdra kunga minētas par nepietiekamo nodrošinājumu. Jā, tā ir problēma un objektīvi paskatoties, cik studenti tika uzņemti mācīties medicīnā, mēs redzēsim, ka tā bija problēma pirms vairākiem gadiem, ļoti būtiska problēma. Pirms vairākiem gadiem tā tika iedēstīta, jo strauji tika samazināts studējošo skaits. Bez tam, daudzi studenti, ārsti brauc prom. Analizējot šā brīža situāciju, gribētu teikt, ka tas ārstu prom braukšanas bums ir beidzies, taču iztrūkums ir tāds, kāds nu viņš mums ir. Viens, ko es minēju ir šīs 80 slimnīcas. Ja mums būs 80 slimnīcas, tad to ārstu būs vajadzīgs vēl vairāk. Tas, ko VM ir darījusi, VM šogad ļoti mērķtiecīgi ķērās klāt pie informatīvās kampaņas, lai piesaistītu skolēnus studēt medicīnu, mēs piedāvājām palielināt budžeta vietu skaitu. Rezultātā bija ļoti augsts konkurss, bet diemžēl rektoram nācās atzīt, ka nākošo studentu sagatavotības līmenis ir diezgan zems, lai vispār būtu vērts uzsākt mācības. Līdz ar to studentu skaits faktiski tiek saglabāts tāds pats kā pagājušajā gadā. Tas noteikti nepaliek zemāks, bet mēs gribējām, lai tas pieaug. Papildus tam, ko jau minēju, mērķtiecīgi tiek strādāts pie rezidentu skaita palielināšanas, piesaistot arī

tos cilvēkus, kas ir pabeiguši augstskolu iepriekšējos gados, bet nebija stājušies rezidentūrās. Līdz ar to rezidentu skaits tiks palielināts un nākamgad tas tiks palielināts vēl vairāk. Aktīvi strādājam arī pie citiem jautājumiem, piemēram, kādai kompetencei, kvalifikācijai atbilsts students, kas mācās un students, kas tikko pabeidzis augstskolu. Nevar būt tā, ka cilvēks ir sešus gadus nomocījies un viņš neko nevar darīt medicīnā, kā ir pašlaik Latvijā. Viņam likumdošana neatļauj neko darīt. Tāpēc jādomā, kā iesaistīt studentus jau pēc pirmā, otrā, trešā studiju gada, tādējādi ļaujot jau aktīvi iesaistīties medicīnas iestāžu darbā atbilstoši savai kompetencei. Vēl viena lieta - pašlaik ļoti smagnēja situācija ir ar apmācībām tiesīgo ārstniecības iestāžu noteikšanu. Mēs vēlamies panākt, lai rezidenti varētu mācīties kaut vai daļēji un daļu no šīs rezidentūras laika mācīties jau reģionālajās slimnīcās. Tas ir būtiski, lai piesaistītu cilvēku šai slimnīcai un viņi justos ieinteresēti tajā turpmāk strādāt.

Tālāk ejot pie Rēvalda kunga teiktā par valsts un publisko partnerību. Protams, es neapšaubāmi saku, ka tas ir ceļš, kā varam palielināt naudas masu medicīnā. Viens no veidiem ir apdrošināšana, par ko tiek runāts – obligātā apdrošināšana. Bet viens no veidiem, kas jau pašlaik var strādāt, ir valsts un privātā publiskā partnerība. No otras puses, piekrītot visam iepriekš teiktajam, ir arguments pašlaik ar tiem pāris gadījumiem, kad publiskā partnerība faktiski tiek izmantota gandrīz vai kriminālā veidā. Faktiski kaut kādā veidā tiek mēģināts izspiest naudu no valsts budžeta. Varbūt šo gadījumu ir mazāk kā kāda desmitā daļa, bet tie tomēr rada bailes. Tie rada bailes manī, citur ministrijā mums un nepieciešama ārkārtīgi precīza kārtība, kā šis varētu darboties. Kā zināms uz doto brīdi likumdošanas ļoti precīzi nenosaka šo mehānismu, kā tas varētu darboties. Kaut vai, ja paskatīsimies uz koncesijām, jo būtu vesela rinda privāto, ko ņemt koncesijā. Tas jautājums ir jārisina caur Ministru kabinetu un jābūt MK lēmumam. Lai tas notiktu, protams, tas ir ļoti laikietilpīgs, sarežģīts jautājums un vesela rinda cilvēku saka, ka to nemaz nav vērts sākt darīt. Tā pati nelaimīgā DUSMANN lieta bija izgājusi šo procesu cauri un mēs zinām, ar ko tas beidzās. Tās ir bailes, kuras ierēdņiem jādomā kā novērst un pie tā mēs arī strādāsim.

Runājot par ārstu piesaistīšanu, par ko runāja Gruntmaņa kungs, pagājušajā nedēļā tikāmies ar slimnīcu vadītājiem un tieši to uzsvērām, ka faktiski pašlaik tas dārgākais vairs nav iekārtas, bet cilvēks, ārsts. Cilvēkam, strādājot uz trim slodzēm dažādās vietās, kur viņš, protams, nestrādā tās astoņas stundas, viņš strādā kaut vai divas, četras, ceļā vien ir jāpavada milzum daudz laika. Tad šis cilvēks, kurš mācījies 11 gadus un apguvis ļoti daudz, viņš faktiski iztērē laiku, pilnīgi nelietderīgi sēžot mašīnā. Tai pat laikā viņš varētu strādāt 2h īsāku laiku, saņemt tikpat daudz un padarīt tikpat daudz. Līdz ar to, protams, ir jāveicina gan šī stacionārā palīdzība, gan ambulatorā palīdzība, gan privātprakšu atvēršana un privātās partnerības ieviešana arī šajās pašās slimnīcās. Jāstrādā ar slimnīcu vadītājiem un to mēs noteikti arī darīsim.

Vēl viena lieta ir par šo darba samaksu. Attiecībā uz atalgojumu ļoti aktīvi tiks apspriests, kā būtu jāveido darba samaksas veidošanas modeļi ārstēšanas iestādē. Mēs nonācām pie slēdziena, ka labākie modeļi ir privātajās struktūrās, kur saka, ka viņiem problēmu nav. Mēs aicināsim līdzīgus veidot pārējās slimnīcās, kas ir pašvaldības, valsts kapitāla sabiedrības. Bet mēs nonācām arī pie viena slēdziena, ka nav universāla modeļa, kā to maksāt, jo katra slimnīca ir atšķirīga. Katrā ārstniecības iestādē atsevišķi, katrs ārstniecības profils ir pilnīgi atšķirīgi. Te es gribētu teikt, ka uz doto brīdi slimnīcas mums ir uzņēmumi, un zināmā mērā mums vajadzētu iziet no šīm pozīcijā, ka tie ir uzņēmumi, kur pilnīgi noteikti jāparādās bāzes samaksai, samaksai par izārstētajiem pacientiem, patiesībā, par ko jau te runāja, par dzīves kvalitātes uzlabošanu – cik lielā mērā tā ir uzlabota. Par darba apjomu, kompetenci galu galā. Protams, vairāk jāmaksā tam ārstam, kuram ir lielāks pieprasījums, jo tā ir normāla tirgus attiecība. Ja pēc tā cilvēka ir pieprasījums un visi saka – jā, mēs gribam pie viņa - , tad ļoti iespējams, ka pie viņa ir arī vairāk jāmaksā. Bet tā, protams, ir slimnīcas iekšējā darīšana, kā sadalīt šos maksājumus. No valsts tik precīzu regulējumu gaidīt ir neprāts. Tik unikālu sistēmu, pat iepazīstoties ar ārzemju praksi, nav, kur valsts varētu tik precīzi noregulēt, pretējā gadījumā slimnīcas strādā pēc tāmes principa un maksā parasti par stundām.

Beidzamais ir šī informētība un tas, lai mēs varētu veidot šajā veselības aprūpē vienotu informācijas telpu. Es gribētu uz to iet, lai mēs mērķtiecīgi veidojam vienotu informācijas telpu, kas sākas un ietver sevī ministriju, aģentūras, ministrijas iestādes un arī ārstniecības iestādes. Īpaši svarīgi, lai šī telpa tiktu vērsta uz pacientiem, jo šī informācijas sistēma tik, cik pašām valsts iestādēm vajadzīga, tā faktiski jau

darbojas pašlaik. Bet ir jautājums, kā to radīt tādu, kas būtu vērsta tieši uz pacientiem, lai arī pacients saņemtu šo informāciju. Tad atkristu ļoti daudz jautājumu, par ko šodien diskutēt, ja mums tas jau darbotos. Bet tas atkal ir ceļš, kas nebeigsies nekad, jo nekad nevar pateikt, ka ir pietiekami daudz informācijas vai, ka tā ir pietiekami labā kvalitātē, vai, ka tā ir pietiekami pieejama.

Juris Bundulis, VM valsts sekretāra vietnieks:
Lai iznāktu diskusija, nevis atkal tikai VM uzstāšanās, centīšos ļoti īsi. Pirmais, ko gribētu pateikt par jautājumu vai naudas veselības aprūpē ir pietiekami? Atbilde ir vienkārša – nav. Lai ko es neteiktu pirms tam par tās apsaimniekošanu. Tam labs piemērs ir tas, ka pamat prioritātei – veselības veicināšanai – mēs naudu atlicinām pēc pārpalikuma principa. Pacientu informēšanai mēs naudu atlicinām pēc pārpalikuma principa – „pilnīgs sviests", es ļoti atvainojos par šiem vārdiem. Protams, arī mums ir zināmas bažas, ka, ja mēs novirzīsim šim lielākus līdzekļus, tas tiks pasniegts kā PR kampaņa tā vietā, lai ārstētu cilvēkus. Ir ļoti grūti šīs prioritātes aizstāvēt. Bet tas ir mūsu darbs, tas ir normāli. Tai pat laikā ir tāda lieta kā finansu disciplīna un es esmu pieradis tā, ka politiskajai gribai jāmaterializējas kādos finansu līdzekļos. Ja tas nenotiek, tad ierēdniecībai tiek uzlikts ļoti stingrs režīms. Jūs drīkstat dzīvot tikai esošās naudiņas ietvaros. Kas ir normāli, citādi valstij būtu bankrots. Lai dzīvotu esošo līdzekļu ietvaros, ļoti daudz kas ir izdarāms. Piemēram, par tarifiem. Tiešām, institūcija, kas varētu ar to nodarboties, pašlaik intensīvi to dara un mēs to ļoti drīz uzsāksim.

Pirmais indikators ir ļoti vienkāršs. Tur, kur iet privātais sektors, tarifi ir ļoti labi, viņus ātri varētu sadalīt divās kaudzītēs. Ja agrāk visi runāja, ka speciālisti iemaksāja firmām un nezin kur, tad tagad mūsu tikšanās ar ārstniecības iestādēm parādīja citu tendenci. Ārstniecības iestādes speciālistus pārpērk viena otrai un pat ne vienmēr ir gatavas pateikt, cik maksā, ka tik no otras nepiemet kādu latu klāt. No vienas puses, no ārstu viedokļa tas ir labi, no otras puses zināms risks, ka pakalpojuma cena varētu augt straujāk nekā gribam pašlaik. Tas nav slikti, bet tai pašā laikā mani izbrīna reģioni Latvijā, kur māsas stāv rindā un viņām maksā smieklīgi maz. Ar to negribu teikt, ka māsu ir pietiekoši, bet tas būtu jāizvērtē VM, veidojot infrastruktūru un vadot personāla politiku. Tas ir man pašam jautājums pārdomām.

Ļoti gribētu uzsvērt, ka Veselības inspekcija mums ir analītisks un preventīvs instruments, nevis sodošs. Mēs daudz pie tā strādājam, lai tā uzsāktu darbu, tai skatā pārliecinoties arī par to, kā mēs informējam pacientus. Ja mēs runājam par pacientu informēšanu, tad bez visa tā, ko Ploriņa kungs teica, esam ieplānojuši, ko gribam laist publiskajā telpā. Mēs gribam panākt, izmantojot informācijas vadības sistēmas iespējas, kas ir VOAVA, lai katram pacienta, izejot no ārstniecības iestādes, tiek izdots skaidrs čeks, par ko ir samaksājis pacients un cik daudz līdzmaksājusi valsts. Ideālā variantā viņš to zinātu pirms iestāšanās un tas ir otrs mērķis. Domāju, tas daudzus jautājumus atrisinātu.

Es visnotaļ atbalstu PPP, man bija paredzēts par to arī mazliet parunāt un šeit ir dažādi līmeņi, lai tā efektīvi notiktu. Ir labi piemēri, kad tiek vērti vaļā veselības centri, lai arī tur ir zināmi riski. Bet, lai tas notiktu efektīvi, mums privātajam sektoram ir skaidri jāparāda, kur ir tā niša, kurā gribam, lai privātais sektors nāktu iekšā, jo viņi ir gatavi investēt naudu. Tas ir jāatbalsta. Protams, reāli ir jāredz komersants, lai kā mēs negribētu runāt par peļņu veselības aprūpē. Komersantam ir jāpelna, tikai tad viņš var attīstīties. Viņš nedrīkst uzvārīties uz pacientu rēķina, bet bez peļņas nav attīstības, Tas ir jautājums, kas ļoti svarīgs. Par PPP es negribētu, lai tas izskan tā, ka neuzticamies šobrīdējām ārstniecības iestādēm, sadarbības partneriem. Tur notiek ļoti daudz labu lietu. Labais ir jāceļ saulītē, jāatbalsta un mēs visi būsim ieguvēji. Lai kā PPP neizskanēja šis DUSMAN gadījums, es visnotaļ atbalstu ārpakalpojumus. Es uzskatu, kā ārpakalpojumi ir veids, kas ārstniecības personām ļaus koncentrēties uz galveno – savu profesionālo darbību nozarē.

Runājot par sadarbību ar sabiedriskajām organizācijām, es gribētu uzsvērt vienu lietu, kas ir mūsu pirmdien parakstītais sadarbības memorands ar sabiedriskajām organizācijām, kas savā pirmajā punktā paredz pacientu vajadzību, interešu izzināšanu, izvērtēšanu un, iespēju robežās, realizēšanu. Manā vērtējumā tas ir ļoti nozīmīgs dokuments, kur puses vienojušās veikt noteiktas darbības. Ja VM to nedarīs, tad viņai par to pienākas „pa biksēm".

Vitālijs Orlovs, Saeimas deputāts:
Tieši šodien otrajā lasījumā skatām Pacientu tiesību likumu, kas ir ļoti nepieciešams un gaidīts Latvijā. Ja šodien ir tēma par labu pārvaldi veselības aprūpē, gribu „iemest akmeni" VM Valsts sekretāra dārzā un piezīmēt, ka dažreiz, kad tiek grozīts kāds likums, kam jābūt izstrādātiem MK noteikumiem, ne vienmēr šie noteikumi ir gatavi. Gribu minēt konkrētu piemēru. Tagad mēs skatām Tabakas reklāmas likumu, un jūs piedāvājat ieviest krāsaino attēlu uz cigaretes paciņas, kur būs rādīti bojāti orgāni. Bet, ko piedāvā VM? Pirmkārt, MK noteikumi, ja par tiem trešajā lasījumā nobalsosim, tie būs pieņemti 1.septebrī nākamajā gadā. Un pārejošais laiks vēl pusotra gada. Tas nozīmē, ka jūs gribat piedāvāt ražotājiem un izplatītājiem pēc likuma pieņemšanas pārejošo laiku 2,5 gadus. Man liekas, ka Gruntmaņa un Mitenberga teiktais, ka mums vajag ierobežot smēķēšanu un tas, ko komisija saņēma no VM, es vienkārši nevaru saprast, kā jūs mēģināsiet aizstāvēt to lielo pārejas laiku? Mēs kopā ar Bunduļa kungu pārdzīvojām, kad Latvija 2004.gadā iestājās ES. Tiem medikamentiem, kas nebija ražoti ES, pārejas laiks, cik atceros, bija viens gads, kamēr tie nebija izpārdoti. Bet 2.5 gadi smēķētājiem, lai ieviestu, prasa par daudz.

Juris Bundulis, VM valsts sekretāra vietnieks:
Tika minēts konkrēts piemērs par zālēm. Ja mēs gribam, lai mūsu partneri (industrija arī ir partneri) uzticas, ir jāpieņem tādi lēmumi, lai viņi var jebkurām izmaiņām, it sevišķi tik nopietnām, sagatavoties. Jo uz ko tad mēs norakstīsim zaudējuma risku? Protams, ka piemērs ar zālēm no vienas puses nebija slikts, mēs ļoti daudz diskutējām ar industriju. Bet atcerēsimies, Orlova kungs, ka, gada laikā ieviešot, pēc tam vēl divus gadus ļāvām izplatīt atlikušos krājumus, kas bija tikai ļoti loģiski, lai iedzīvotāji neciestu. Šinī ziņā summa nemainās no saskaitāmo kārtības. Vai mēs pasakām, ka jums ir kopā 3 gadi, kas sastāv no 1+2 vai pasakām, ka pēc 2.5 gadiem nedrīkst neko. Protams, es tik ļoti neesmu piedalījies šajās diskusijās un centīšos šajā jautājumā iedziļināties. Es personīgi uzskatu, ka ir svarīgi, ja gribam rezultātu, tad termiņiem jābūt pamatotiem. Mēs nevaram uzlikt tādus termiņus, ka pēc tam saņemam tik daudz negāciju, ka rezultāta nav. Smēķēšanas jautājums ir ļoti nopietns un mēs esam saņēmuši no ārstu biedrības jautājumā par akcīzes nodokli, tātad, kuru varētu novirzīt veselības aprūpei. Tad, ka mēs ministrijā sākām, kas bija interesanti man un es to nezināju, visām aktivitātēm, kuras gribējām darīt smēķēšanas ierobežošanai, tad konstatējām, ka viena no vietām, kur smēķēšana notiek regulāri un daudz, ir ārstniecības iestādes. Smēķē gan speciālisti, kuru misija būtu tā kā.. gan arī paši pacienti.

Inese Voika, Delnas padomes locekle
Man ir jautājums veselības aprūpes praktiķiem par labu pārvaldību, slimnīcām un uzticību. Katra lieta, kas nonāk publikas uzmanībā ar negācijām, to uzticības kredītu grauj proporcijā 5 pret 1, tas ko jūs būvējat, tiek sagrauts. Zinot ka veselības aprūpē naudas nav, mēs uzzinām, ka daži slimnīcu vadītāji sev piešķir lielas prēmija. Piemēram, Onkoloģiskās slimnīcas vadītājam prēmija bija 64 tūkstošu latu apmērā. Jautājums nav par konkrēto gadījumu. Es nezinu, cik tālu tas ir nonācis, bet ir arī citi jautājumi, kuros slimnīcu vadītāji izmanto savā rīcībā esošos līdzekļus tā, ka sabiedrībai elpa aizraujas. Vai ir kaut kādas sistēmiskas izmaiņas notikušas vai plānotas, lai šādas lietas principā nevarētu notikt un otrs, ja tās notiek, kā tās var atklāt ātrāk nekā tikai tad, kad žurnālists to atklāj?

Juris Bundulis
Par konkrēto piemēru gribētu teikt, ka cilvēks, kas pārkāpj noteikumus, sistēmā vairs nestrādā un pilnīgi viennozīmīgi reakcija uz to bija. Neviens jau nesaka, ka drīkst pārkāpt. ***Jautājums ir par to, vai regulāri tiek organizēts darbs, lai identificētu šos riskus.*** *Tajā pašā laikā jāmēģina saprast tos cēloņus, jo domāju, ka nevienam nav žēl, ja labs speciālists saņem cienīgu samaksu par savu darbu. No vienas puses mēs gribam, lai ārstniecības iestādes būtu komersanti, no otras mēs sakām, ka, ziniet, vienu izmaksas pozīciju, kas ārstniecības iestādēm sastāda 80% un vairāk (nezinu, kā ar tādām izmaksām vispār iespējams attīstīties) mēs jums stingri noteiksim – tās ir algas. Kurš komersants, kas zina, ka šī ietvaros es varu labi maksāt un novirzīt līdzekļus kaut kam citam, kurš parakstīsies uz tādu? Ja sakām, ka mēs jums uzticamies, tad ir jākontrolē, bet jāļauj arī taupīt tur, kur var taupīt un novirzīt naudu tur, kur viņa var*

dot labu rezultātu. Tas ir tas, kur paši pašlaik diskutējam, jo vajadzētu stingri pateikt – mazāk par noteiktu līmeni nedrīkst saņemt. Tas nu ir galīgi nepieņemami, jo tad ir risks visam pārējam.

Lūcija Akermane, VOAVA direktore:
Būtībā tas nebija mans jautājums, jo iestādes vadītāja atalgojumu nosaka īpašnieks. Tātad tas ir jautājums, par kādu darba samaksu ir vienojies īpašnieks un attiecīgi, kāds ir šis darba līgums. Aģentūra nosaka pakalpojumu apmaksas apjomu un tarifu, kurā iestrādā atbilstoši MK noteikumiem noteikto darba samaksu.

Inese Voika, Delnas padomes locekle:
Jautājums Zvīdra kungam kā slimnīcas vadītājam – cik lielā mērā jūs jūtaties, ka jums ir tā brīvība, par ko Bunduļa kungs runā, attīstīt uzņēmumu tā, lai jūs ietu tur, kur jūs redzat. Un no otras puses jums ir arī palīdzīgs ietvars no valsts, lai jūs neiekristu galējībās?

Ivars Zvīdris, Jēkabpils slimnīcas vadītājs:
Vispār nav tādas vēlēšanās iekrist galējībās, tā īsti nav skaidrs, ko jūs ar tām saprotat. Mums ir līguma attiecības ar aģentūru – Akermanes kundzi. Mans pamatuzdevums šajā sakarā pildīt līguma attiecības, sniegt noteikto pakalpojumu apjomu un noteikto pakalpojumu sortimentu tajā apjomā, kā esam nolīguši.

Otrs uzdevums kā komersantam attiecībā pret maniem īpašniekiem un dibinātājiem ir menedžēt resursus tā, lai, veicot šos pakalpojumus, uzņēmumu nenovestu bankrotā, kā jebkuru – privātu vai ne privātu – komercsabiedrību. Balanss diemžēl nav pietiekams, jo ne reizi vien šodien dzirdējām, ka tarifi diemžēl ir gana zemi, darbaspēks savas pretenzijas uzstāda arvien augtākas, izmaksas ir arvien lielākas. Nereti ir gadījumi, kad speciālists patiešām, kā jūs teicāt, ir jāpārpērk un tur jau vairs nav runa par kaut kādiem limitiem vai ierobežojumiem. Protams, mēs centīgi ievērojam MK noteikumus par minimālajām samaksām, kuras varbūt, ja tās nebūt, tad tā būtu sociālā spriedze un riska draudi. Bet nu kur mēs varam, tur mēs ekonomējam. Kur nav iespējams, piemēram, tur, kur tarifi aug, neaug līdzi mūsu tarifi – t.i. gāze, telefons un elektrība. Kā iekšēji menedžējam, tā ir mūsu darīšana. Jahtas man nav, slimnīcai atpūtas bāzi neesam uzbūvējuši. Tā kā resursi tiek tērēti slikti – jā, darbiniekiem tā kā derētu atpūsties pēc darba, bet tas tā. Nav viegli naudas deficītā un pie tam vēl lielākā darbinieku deficītā, bet tā nav tikai mūsu problēma.

Viesturs Boka, Austrumu slimnīcas valdes priekšsēdētājs:
Gribēju teikt īsu repliku. Jau vairakkārt dienas pirmajā pusē izskanēja tāds jēdziens kā slimnīca kā valsts iestāde, kā valsts finansēta iestāde un tālāk no tā viss izrietošais. Patiesībā vajadzētu drusku precizēt, jo valsts jau finansē pacientu. Tie, kas atnāk uz slimnīcu, tie ir tie valsts finansējuma pienesēji. Valsts apmaksā pakalpojumu. Savukārt slimnīca, kā valstij piederoša komerciestāde valstij strādā ar visām komercijai raksturīgajām īpašībām – nosaka algu fondu, plāno resursus, iepirkuma plānus u.t.t. Tā kā šeit varbūt ir tā nelielā starpība. Un ***no pacienta viedokļa ir divas iespējas – vai nu iet ar savu naudu un saņemt pakalpojumu vai ar valsts noteiktajiem tarifiem.*** *Un tad tā nākotne visticamāk būs jāmeklē tur, kas tad nosaka šos tarifus, vai nav nepieciešama kāda neatkarīga tarifu komisija, kā tas mēdz būt citur tautsaimniecībā. Un tad šīs valsts īpašumā piederošās iestādes kā īsti komersanti varētu ar šo tarifu noteikšanu runāt par pašizmaksu u.t.t. Savukārt slimnīcas šodien ir ieinteresētas sniegt šos pakalpojumus vairāk, palielināt apjomu. Ja tas tarifs ir normāls un ietver arī attīstību, tad šeit ir arī plānojama slimnīcu attīstība. Bet tās nekādā gadījumā nav valsts finansētas iestādes. Naudu valsts nedeleģē pa tiešo kādai iestādei, bet pacientam.*

Armands Ploriņš, VM valsts sekretārs:
Ļoti īsi precizēšanai un Voikas kundzei zināšanai - attiecībā par algām un prēmijām vadītājiem kapitālsabiedrībās. Tātad algu noteikšanai ir precīzi kritēriji, cik var saņemt algu. Tas ir viens, savukārt tās problēmas, kas iepriekš tika minētas, un tā nebija vienīgā ārstniecības iestāde, kad ārstniecības iestādes vadītājs piešķīra pats sev prēmijas. Uz doto brīdi tas ir novērsts. ***Visas prēmijas, kas tiek izmaksātas, valdes priekšsēdētājs pats sev nav tiesīgs parakstīt nevienu maksājumu.*** *To var apstiprināt divu lielāko slimnīcu vadītāji, kas arī ir valsts kapitālsabiedrības, šeit sēdošie. Tā kā faktiski šis risks ir*

noņemts. Ja tiek konstatēts, ka tomēr kāds ir sev parakstījis, tad būtībā tā ir viņa pēdējā darba diena šajā amatā. Tad Valsts kontrole un KNAB uzreiz darbojas pie šī jautājuma.

Uģis Gruntmanis, Endokrinoloģijas klīnikas vadītājs, ASV:
Man jautājums Akermanes kundzei. Gribēju vaicāt par šo datu bāzes izveidošanu, kas ir izveidota pie jūsu iestādes, kur Jūs minējāt, ka ir iespējams uzskaitīt, kas ir izdarīts, par ko ir samaksāts. Jautājums man no tā ir, ja slimnieks ir bijis gan Kuldīgas, gan Liepājas slimnīcā, pēc tam pārvests uz Gaiļezera vai Stradiņa slimnīcu. Vai no tā var noskaidrot, ka divas reizes nav izdarīta datortomogrāfija vai magnētiskā rezonanse, un kā tas tiek kontrolēts, lai nebūtu šī maksājumu pārklāšanās starp šīm iestādēm, kas iet līdzi šiem pacientiem?

Lūcija Akermane, VOAVA direktore:
Protams, principā ***pēc VIS datu bāzes ir redzama visu slimnieku kustība****. Vai viņš gulējis Kuldīgā, Liepājā, Gaiļezera slimnīcā un kas ar viņu darīts. Ja šinī gadījumā magnētiskā rezonanse izdarīta Gaiļezerā un pēc tam pacients pēc mēneša atkārtoti nokļūst Liepājā, mēs, protams, skatāmies. Mūsu ārsti, eksperti paskatās, kāds ir pamatojums šādam maksājumam. Un, ja tiek pierādīts, ka ir nepamatots, tiek vai nu sodīta slimnīca vai arī attiecīgi dati tiek nodoti Veselības inspekcijai, pirms tam MADEKKI, lai varētu izvērtēt šo veselības aprūpes kvalitāti, jo mēs nevērtējam kvalitāti, bet līguma izpildes uzraudzību. Bet tādi fakti tiek konstatēti, ja tas ir pierakstījums, tad ārstniecības iestāde tiek sodīta trīskārtīgā apmērā par konkrēto maksājumu. Un mēs maksājam par konkrēti veiktajām manipulācijām, tātad izmeklējumiem konkrētajā ārstniecības iestādē, kas tiek darīts ar šo pacientu.*

Juris Bundulis, VM valsts sekretāra vietnieks:
Gribētu teikt, ka tas, ko Jūs iezīmējāt, ir problēma. Tā nav problēma, ka nevarētu identificēt, bet tas, ka ļoti bieži, nonākot citā ārstniecības iestādē, tur tiek teikts, ka tas iepriekšējais izmeklējums ir nekvalitatīvs, ne par ko nevar spriest. Un tas ir tas jautājums, kas risināms ar vadlīnijām. Mēs pie tā ļoti nopietni strādājam. Protams, ja izmeklējums nav kvalitatīvs, labāk to veikt tur, kur tas ir iespējams kvalitatīvs, citādi tā ir zemē nomesta nauda. Medicīnas tehnoloģijas ir vēl viens jautājums, kuram ļoti nopietni pievērsīsimies, jo šobrīd ir vēl viena niša, ko diskutējām arī Statistikas aģentūrā. Likumdošanā ir ļoti skaidri noteikts, kas ir ar reģistrētām tehnoloģijām, kur valsts uzņemas atbildību par rezultātu. Ir tikpat skaidri pateikts, kas jādara ar nereģistrētām tehnoloģijām – tās drīkst lietot, bet tā ir ārstniecības iestādes vadītāja un ārstniecības iestādes personas, kura to nozīmē, atbildība. MK noteikumi nosaka, ka par šo tehnoloģiju lietošanu ārstniecības iestādēs ir jāinformē valsts. Jāsaka godīgi, pagājušajā gadā aģentūra ir saņēmusi ļoti maz šādas informācijas. Protams, par šo ir jāinformē arī pacienti. Tā ir vēl viena niša, pie kā patlaban nopietni strādājam.

Ilze Lietuviete, Rīgas Dzemdību nama valdes priekšsēdētāja:
Gribētu īsi par divām lietā. Tātad, ja ir nolemts maksāt par izārstētu pacientu ārstam, tad domāju, ka arī pastāv zināms risks, jo kuri tad ārstēs to smagos pacietus, tos, kurus grūti izārstēt? Tas noteikti jāņem vērā, jo arī Dzemdību namā bija nodaļa, kurā bija tikai smagie pacienti. Un, kad nodaļām maksājām tikai par rezultātu, tad vienmēr bija jāņem vērā arī tas koeficents, kas ir par to smagumu. Tātad tas ir obligāti jāievēro, jo pretējā gadījumā pacientiem ir tikai ļaunums, nevis labums nodarīts.

Otra lieta, ko gribētu teikt ir, ka līdz šim ir pietrūkusi ***politiskā varēšana veikt visas tās reformas, kas valstī bija paredzētas****. Es nezinu, kā līdz 2010.gadam paveiks visu to, kas paredzēts normatīvajos dokumentos, jo aktos daudz kas ir paredzēts ļoti labs, bet reforma neiet to gaitu, kas vajadzīga. Vai tas ir koordinācijas trūkums, finanšu līdzekļu trūkums, man grūti teikt. Bet tik daudz slimnīcās neefektīvi strādā un ir mazs noslogojums, un bez šaubām resursi ir nepieciešami, lai uzturētu personālu un visu pārējo. Es nezinu, kāpēc šis viss tā līdz šim ir ticis atbalstīts. Bet domāju, ka pašlaik, mainoties ministrijas struktūrai, un redzot šo labo gribu, tas viss tiks savests kārtībā. Bez šaubām termiņi atkal tiks pagarināti.*

Juris Bundulis, VM valsts sekretāra vietnieks:
Tik kategorisks es nebūtu. Uz pirmo jautājumu es jums pilnībā piekrītu un atbildēju uz prezidenta piezīmi par pacienu ārstēšanu nevis par izārstēšanu. Jo patiešām ir gadījumi, kad nevar izārstēt un arī tad par

darbu ir jāmaksā. Bet jautājums ir par to, ka faktiski jāmaksā par konkrētu rezultātu, konkrētu apjomu, nevis par naudas apjomu, kas būtībā jāapgūst. Pie tā es palieku, jo nav tāda naudas apjoma, ko nevar apgūt un rezultātu jau vienmēr var uzrakstīt.

Kas atteicas, es sapratu, ka jūs runājat par struktūrplānu, tad neteiktu, ka tas nav realizējams. Mums ir pavisam konkrēti priekšlikumi sagatavoti tā realizācijai. Un es ļoti ceru, ka mums izdosies atbildīgajiem par politiku visos līmeņos pierādīt, ka tas ir pareizi. Svarīgi , lai necieš pacients un lai pakalpojums ir pieejams. Faktiski, ja šie argumenti parādās, es neredzu, kāpēc to nevarētu realizēt.

Armands Ploriņš, VM valsts sekretārs:

Gribētu, lai ir skaidrība attiecībā uz šo struktūrplānu. Ja mums VM ļautu un šīs 80 slimnīcas visas būtu VM kapitālsabiedrības, tad reforma būtu pabeigta jau vakar. Diemžēl šis jautājums netiek pacelts tik daudz veselības un ekonomiskā plāksnē kā politikas, tādēļ man ir lielas bažas par 2009.gadu, kad gaidāmas pašvaldību vēlēšanas. ***Jo katrs, pat visnelielākās pašvaldības vadītājs par savu pienākumu uzskata iznākt ar lozungu – mums ir slimnīca. Bet, kad pajautā, vai jūs esat gatavi gulties zem naža tajā slimnīcā, tad atbilde vairs nav tik pārliecinoša.*** *Tā ir galvenā problēma pašlaik, nevis VM vēlme vai nevēlēšanās.*

2. daļa.
Ārstniecības personu un pacientu līdzdalība veselības aprūpes sistēmā

Institucionālie mehānismi pacientu un ārstniecības personu līdzdalībai veselības aprūpē.

Aivita Putniņa
Sociālantropoloģe

Līdzdalība parasti ir tur, kur ir ārkārtīgi skaidri noteikumi un, kur cilvēki to sistēmu parasti pārzina. Tas attiecas kā uz ārstiem, tā uz pacientiem. Tas, ko mēs dzirdējām iepriekš, skaidri pierāda, ka visi dalībnieki, kas šajā sistēmā ir iesaistīti, nejūtas tajā pietiekami ērti un kompetenti un vienmēr ir kaut kas tāds, ko mēs nezinām. Šīs problēmas ir nākušas līdzi jau no 90.gadu sākuma, kad tiek periodiski taisītas aptaujas par to, kā ārsti un pacienti jūtas veselības aprūpes reformā, jo 90.gados cilvēki bija apjukuši par to, kur tā reforma iet un kur mēs tagad esam un kas tagad notiek.

Resursu centrs sievietēm "Marta" – sievietes veselība

•Viena no pastāvīgām darba grupām Latvijas sieviešu organizāciju forumos 2004-2007:

- Vājas zināšanas par savām tiesībām;
- Informācijas trūkums par pakalpojumiem;
- Pakalpojumu nepieejamība reģionos;
- Maza izvēle pakalpojumu saņemšanā;
- Augsta ticība alternatīvām un tautas metodēm.

Es šodien gribētu runāt par vairāk tādu personīgo pieredzi, kas man bijusi vairāk kā divus gadus, strādājot sieviešu resursu centrā „Marta", kas ir lielākā sieviešu nevalstiskā organizācija, lielākā NVO, kāda Latvijā ir. Jau trīs gadus sievietes veselība ir viena no patstāvīgām tēmām darba grupās Latvijas sieviešu organizāciju forumos, un šī organizācija ir arī dalībniece Eiropas sieviešu lobijā. Tas, kas visus trīs gadus atkārtojas ir, ka sievietēm ir vājas zināšanas par savām tiesībām un to, kas viņām pienākas. Viņas nezina, kur un kādi pakalpojumi viņām ir pieejami, ko viņas var prasīt un tas veicina to, ka viņas izvēlas labāk vispār neiet un saņemt šos pakalpojumus. Viņām liekas, tad ir ārkārtīgi maza izvēle – tas, ka īsti nevar aizbraukt, nezina, kur pieteikties. Īpaši pagastos neveidojas laba sadarbība ar to vienu ārstu, kas tur ir, tad sievietes viena otrai stāsta briesmu stāstus, ka tā vietējā ģimenes ārste ir pagasta veča sieva un tā ir viena liela mafija. Tā situācija no cilvēka perspektīvas ir tāda, ka katru gadu tiek stāstīti stāsti – šoreiz neatbrauca tā un tā sieviete; viņai bija 36 gadi, 3 bērni un viņa nomira no krūts vēža tāpēc, ka to par vēlu diagnosticēja. Tai pašā laikā, lai noturētos, sieviešu vidū valda augsta uzticība alternatīvām un tautas medicīnas metodēm. To arī parādīja pagājušā gada lielā aptauja, ka Kurzemē tas ir bijis populārākais sektors, kur vispār cilvēki vēršas pēc palīdzības. Viņi vispār vairs neiet pie valsts garantētā pakalpojumu sniedzēja, bet labāk pie viena dziednieka. Viņas labāk klausās nevis viena ārsta lekciju, kura nebūs saprotama vai arī tas ārsts vispār neatnāks, bet labāk aiziet pie dziednieka, kurš ir laipns un atnāk nolasīt arī lekcijas. Tas ir arī rezultāts tiem rādītājiem, kas ir ārkārtīgi būtiski. Mēs nevaram šo lietu novirzīt tikai veselības veicināšanas sfērā, sakot, ka mēs tagad tās sievietes piebarosim ar informāciju un nu tik viņas dosies pie ārstiem.

Problēmas ir, pirmkārt, informācijas pieejamība un cik piemērota sabiedrības vajadzībām tā ir. Te nav runa tikai par pacientiem, bet sabiedrību kopumā un dažādām sabiedrības grupām. Otra lieta, ja runājam par līdzdalību plašāk, tad tā ir sabiedrisko organizāciju un ekspertu loma. Mana pieredze liecina, ka veselības nozare ir ļoti slēgta un hierarhiska. Es esmu mēģinājusi iesaistīties darba grupās, kas man nav izdevies. Arī tad, kad esmu tikusi klāt, piemēram, kad bija grupa par mājdzemdībām, tad tas ir pat nepatīkami, ka grupas vadītājs uzreiz pasaka – šis ir mans viedoklis

un tas tad arī būs grupas viedoklis. Tas nav veids, kā notiek darbs grupās. Tas, ka darba grupās ir tikai ārsti, tur nav pietiekami pārstāvētas vecmātes, tur vispār nav pārstāvēti pacienti. Šī problēma, strādājot kā ekspertei, bijusi, apspriežot arī nacionālās attīstības plānu. Proti, sabiedrības viedoklis netiek atpazīts, un tā ir liela problēma, kas tālāk ved arī uz ārstu un pacientu attiecībām.

Problēmas

- Informācijas pieejamība: piemērotība sabiedrības vajadzībām
- NVO un ekspertu loma: veselības nozare slēgta un hierarhiska
- Ārsta un pacienta attiecības: pacientu un ārstu tiesības un pienākumi
- Atšķirība starp tiesībām un iespējām saņemt pakalpojumus: vēža skrīnings

Kādām tad tām būtu jābūt? Tie nelegālie maksājumi ir varbūt virspusēja problēma, kurai ir ārkārtīgi daudz cēloņu. Tai skaitā tas, cik ārsti vai ārstniecības personas un pacienti zina savas tiesības un pienākumus. Tāpat, kāda ir šī sadarbība. Mēs dzirdējām Ineses referātu, nav noslēpums, ka ir šis informācijas tālrunis, bet ir jāzina, ko prasīt. Un cilvēks bieži vien pat nezina, ko prasīt un kas viņam pienākas. Ir jābūt kaut kādai pamata informācijai un tai ir jānāk no ārstu praksēm. Tāpat arī ārstam ir jābūt informācijai, ko pacientam var dot, jo ir grūti iedomāties to pašu pacientu perspektīvu. Es esmu runājusi ar ārstiem, kuri saka, ka tā ir milzīga problēma – kāpēc es nevaru strādāt privātajā sektorā? Jo vienkārši nemāku ar to cilvēku runāt. Viņš negrib pie manis nākošreiz vairāk iet. Viņš paliek valsts sektorā un sava darba manipulācijas veic labi.

Tāpat ir liela atšķirība starp tiesībām un iespējām saņemt pakalpojumu. Vēža skrīnings ir viens no piemēriem, kur „Marta" un arī Ginekologu asociācija ir gājusi cauri. Proti, valsts garantē šo pakalpojumu. Piezvanot uz maģisko tālruni, tiek pateikts, ka Rīgā tomēr ir četras vietas, kur var saņemt to valsts apmaksāto, piemēram, dzemdes kakla vēža skrīningu. Es piezvanu uz šīm vietām, un man tajās saka, ka pakalpojumu nevar piedāvāt, jo nav vienotas uzskaites sistēmas, mēs nezinām, vai jūs jau neesat izmantojusi savu pakalpojumu. Un, ja jūs to izmantosiet otro reizi, mēs nezinām vai mums par jums ir jāsamaksā. Tas notika vairāk kā pirms gada un, piemēram, Jelgavā pakalpojums bija pieejams. Mēs vēlāk rakstījām VOAVA izziņu, cik daudz sieviešu Rīgā ir spējušas dabūt valsts apmaksāto pakalpojumu. Ticiet vai nē, tur bija pie simtiem tūkstošu. Tas nozīmē, ka tā naudas plūsma kaut kur aiziet, un tad jautājums ir par uzskaiti un par ko valsts maksā. Ja valstij neinteresē, tad pacienti patiesībā maksā dubultā. Tas pats ir Ginekologu asociācijas veiktajā izpētē par mamogrāfiju, kas arī sievietēm pienākas un ko valsts apmaksā. Arī tur zvanīja uz vairākām iestādēm, kur laipni atbildēja, ka šo mēnesi viss pieraksts ir pilns – lūdzu, zvaniet nākamo mēnesi. Tāpat pacients nezina, kāda ir mamogrāfijas kvalitāte, tad klīst baumas par to, kā tas notiek. Reti kuram ir pacietība iziet visai šai sistēmai cauri un saprast, jo arī to vietu, uz kuru piezvanīt, nav viegli atrast.

Padarītais

- Informācija par pacientu tiesībām viegli saprotamā tekstā www.marta.lv;
- Piedalīšanās veselības politikas monitoringā, Latvijas nacionālā plāna izstrādē;
- Sadarbība ar citām NVO par krūts rekonstrukcijas operācijām;
- NVO koalīcija seksuālās un reproduktīvās veselības interešu aizstāvībai: dzemdes kakla vēža novēršanas projekts.

Tas, ko izdarījis resursu centrs sievietēm „Marta" , ir tas, ka esam mēģinājuši apkopot informāciju par pacientu tiesībām un viegli saprotamā tekstā ievietot mājas lapā, lai sieviešu organizācijām ir viegli apskatīties un tās zina, ko var darīt. Jo tajā laikā arī VOAVA mājas lapā bija saglabājusies vecā informācija vienā vietā, bet citā atkal bija jauna, un tās kādreiz ir pretrunīgas. No pacientu viedokļa ir grūti atrast, kas tad pacientam pienākas. Ir ļoti viegli no pakalpojumu sniedzēja perspektīvas šo mājas lapu lietot. Tāpat darba grupa, kas piedalījās veselības politikas monitoringā, Nacionālā attīstības

plāna izstrādē – arī tur mums īsti labi negāja, jo nav šo institucionālo mehānismu, kā strādāt. Mēs bijām ciemos VM, kur runājām par dzimumu līdztiesību, sieviešu interesēm. Mūs laipni uzklausīja un ar to arī visa saruna beidzās. Un nostāja no sieviešu tiesību un interešu viedokļa ir paradoksāla, jo saruna beidzās ar to, ka VM mums pasaka, ka mēs ārstējam pacientus pēc personas koda nevis pēc dzimuma. Līdz ar to pacienti ir viena liela izplūdusi grupa, un mēs viņus nespecificējam pēc noteiktām interesēm, kas ir liela kļūda, jo dažādām sabiedrības grupām ir atšķirīgas vajadzības.

Labs projekts bija sadarbība ar citām NVO par krūts rekonstrukcijas operācijām pēc krūts vēža un krūts amputācijas. Un seksuālās un reproduktīvās veselības koalīcijas panākums, kad tika izstrādāts un panākts vēža skrīninga projekts, kad viss sākas ar dzemdes kakla vēža novēršanas projektu. Ar krūts rekonstrukcijas operācijām tiešām bija auglīgs dialogs un 2006.gada martā sievietes varēja saņemt valsts apmaksātu krūts rekonstruktīvo plastisko operāciju. Likās, ka, re, cik skaisti un viegli visu izdarījām. Gada beigās izrādījās, ka veiktas ir tikai 15 operācijas. Tad izrādījās, ka pacienti un ārsti nav informēti par šo iespēju. Tad, kad viņi tika informēti, izrādījās, ka operāciju slimnīcā nav iespējams ieplānot. Līdz ar to sākās jauna kampaņa, kur gan pacienti, gan ārsti tika informēti un mēs tikāmies ar plastikas ķirurgiem, lai mēģinātu situāciju risināt. Bet katrs solis ir ārkārtīgi grūts un lēns, ja katru reizi sastopies ar kādu šķērsli.

Krūts rekonstrukcijas operācijas

- Kopš 2006. gada marta ir iespēja veikt valsts apmaksātu krūts rekonstruktīvo vai plastisko operāciju pēc krūts onkoloģiskajām saslimšanām;
- Līdz 2006. gada novembrim veiktas tikai 15 operācijas (625 mastoektomijas 2005. gadā) – pacientes un ārsti netiek informēti par iespēju; plastiskās operācijas netiek plānotas atbilstoši vajadzībām;
- "Marta" uzsāk jaunu kampaņu

Otrs projekts bija darba grupa organizēta vēža skrīninga ieviešanai. Tas ir labs sadarbības piemērs, jo bija laikam pirmais apaļais galds, kur notika sarunas. Te ir klātesošie, kas bija šajā grupā, un žēl, ka to izveidoja Ministru prezidents nevis VM. Ir tapis un ceru, ka drīz tiks laists klajā informatīvais ziņojums, kas raksturo augsto mirstību, vēža atklāšanu vēlīnā stadijā, mazo aptveri un to, ka vispār nav datu, cik sievietes vispār iziet cauri skrīningam, un, cik būtu jāiziet cauri, tāpat arī precīzas uzskaites trūkumu par tehnoloģijām. Šī sistēma ir necaurspīdīga gan no veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja, gan saņēmēja puses. Likās, ka uzdevums būs viegls, bet datu iegūšanas problēmas bija tas, kas patiesībā kavēja uzrakstīt pamatotu un kvalitatīvu ziņojumu. Mēs nonācām pie tā, ka organizētais skrīnings būtu labākais risinājums. Tas būtu ieguldījums iedzīvotāju veselībā. No cilvēku perspektīvas t.i. skaidrs ceļš, ko katrs cilvēks iet – sākot ar uzaicinājuma vēstuli, analīžu nodošanu, atbilžu saņemšanu un pēc tam skaidru tālāko ceļu, kur jāiet atkarībā no atbildes. No otras puses valsts plāno resursus atbilstoši iedzīvotāju vajadzībām un kas ir svarīgi – kontrolē pakalpojumu kvalitāti. Jo patlaban pakalpojuma apdrošinātāji, pacienti, valsts nezina, cik īsti cilvēku šo pakalpojumu iziet un kāda ir loģika valstij garantēt pakalpojumu, kuru cilvēki pēc tam paši apmaksā.

Darba grupa organizētā vēža skrīninga ieviešanai

- Ministru prezidenta izveidota darba grupa ar Veselības ministrijas un NVO pārstāvjiem;
- Top informatīvais ziņojums, kas konstatē problēmas valsts skrīninga programmā: augsta mirstība; atklāšana vēlīnā stadijā; maza aptvere, sistēma necaurskatāma gan no veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, gan saņēmēju puses
- Risinājums: organizētais skrīnings – ieguldījums iedzīvotāju veselībā: skaidrs ceļš, ko katrs cilvēks iziet, sākot ar uzaicinājuma vēstuli, analīžu nodošanu, atbildes saņemšanu un tālāku ceļu, saskaņā ar rezultātu;
- Valsts plāno resursus atbilstoši reālajām iedzīvotāju vajadzībām un kontrolē pakalpojumu kvalitāti.

Runājot par risinājumiem, tā ir pakalpojumu plānošana, piedāvāšana un kontrole no klienta viedokļa. Bet, lai mēs to varētu izdarīt, ir vajadzīgi skaidri spēles noteikumi visiem dalībniekiem.

Mēs parasti runājam, ka tagad iedosim labi daudz informācijas un cilvēki rīkosies. Jāsaka, sociālajās zinībās daudzu desmitu gadu atpakaļ jau sen pierādīts, ka informācijas nodošana nav tāda liela caurule, kur ieberam iekšā kaut ko un pēc tam pa ausi vai muti tas viss cilvēkam ienāk un tad viņš zina. Bet tā informēšana ir partnerība uz līdzvērtīgiem pamatiem.

Risinājumi

- Pakalpojumu plānošana, piedāvāšana un kontrole no klienta viedokļa
- Skaidri spēles noteikumi visiem dalībniekiem
- Informēšana nav vienvirziena caurule no ministrijas uz pacienta vai mediķa ausi/aci, bet partnerība uz līdzvērtīgiem pamatiem
- Savstarpēja mācīšanās; nevis aptaujas
- Veidot jaunas sadarbības pieredzes politikas veidošanā (laba sadarbība NVO starpā)

Viens no veidiem ir darba grupa. Manuprāt, tā, ko izveidoja ministru prezidents, bija ļoti labs piemērs, kā mēs varam strādāt. Man ir nācies strādāt gan ar māsām, gan vecmātēm un arī ar ārstu asociācijām un mums tiešām ir ļoti labas sadarbības piemēri savā starpā. Veselības ministrija diemžēl nekad nav bijusi šīs sadarbības partneris. Manuprāt, mēs esam potenciāls, kuru noteikti vajadzētu izmantot, mēs arī esam gatavi nākt, runāt un piedalīties. Mums katram noteikti ir sava kompetence un tas, ko mēs darām, ir savstarpēja mācīšanās. Sabiedrības iesaistīšana nenotiek, cilvēkiem liekot aizpildīt vienu anketu un tad pasakot, ka tik un tik cilvēku domā to un to. Tas nav risinājums. Mēs varam uzdot absolūti jebkādi noformulētu jautājumu un dabūt to vajadzīgo atbildi, bet tas, kas ir svarīgāks, ir cilvēkus dabūt atpakaļ. Jo tas lielākais drauds ir nevis aplokšņu alga, nevis pat šo pakalpojumu pieejamība, bet tas, ka cilvēki vairāk netic šai aprūpes sistēmai un izvairīsies viņu lietot. Ir skaidri piemēri un tāpēc būtu pēdējais laiks veidot jaunas sadarbības pieredzes tieši veselības politikas veidošanā, izmantojot jau to pieredzi, kas mums visiem ir. Paldies!
(*Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā.)*

Ģimenes ārstu līdzdalība veselības aprūpes politikas veidošanā.

Līga Kozlovska
Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas priekšsēdētāja

Labdien, cienījamie foruma dalībnieki!

Šodien mans uzdevums ir konkrēts, runāt tieši par ģimenes ārstu līdzdalību veselības aprūpes politikas veidošanā. Putņa kungs jau teica, ka tā ir tikai viena no mūsu aktivitātēm, jo mēs tiešām esam ļoti daudzu koalīciju, arī asociāciju sadarbības partneri. Bet varbūt visi klātesošie nezina, kāda ir ģimenes ārstu medicīna Latvijā. Ļoti īsi pastāstīšu, cik mēs esam, ko darām, cik tālu esam salīdzinājumā ar citām ES dalībvalstīm. Mēs esam 1356 ģimenes ārsti, kas noslēguši līgumu ar mūsu slimo kasi par valsts pakalpojumiem. Pavisam veselības primārās aprūpes ārsti, ieskaitot privātos ģimenes ārstus, ir nedaudz vairāk kā 1600. Bet kopējais ārstu skaits, tas varbūt arī, atbildot uz profesora Gruntmaņa jautājumu, ir ap 8000.

Ģimenes medicīna Latvijā veidojusies no 1992./1993. gada. Mēs uzskatām, ka tā ir mūsu specialitātes dzimšanas diena. Pa šiem gadiem ir ļoti raibi gājis, ir izveidojušās divas ģimenes ārstu asociācijas, kas ir ļoti aktīvas - Latvijas Ģimenes ārstu asociācija un Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija. Un mēs jau no pašiem pirmsākumiem esam, cik varējuši, mēģinājuši piedalīties visos veselības aprūpes politikas veidošanas jautājumos, kas īpaši skar primāro veselības aprūpi.

Ja salīdzinām mūsu primārās veselības aprūpes sistēmu ar ES valstīm, tad tā, kas izveidota pašreiz attiecībā uz organizācijas un finansēšanas sistēmu, ir līdzvērtīga Eiropas attīstīto valstu ģimenes primārās veselības aprūpes sistēmām. Cita lieta, cik tur ielikts finansējums. Tā ir problēma, par kuru stāstīšu vēlāk. Taču salīdzinājumā ar citām ES valstīm un arī Baltijas republikām diemžēl mums ir tāda situācija, ka mums nav akadēmiskā līmeņa. Mūsu ģimenes ārsti ir pietiekoši kompetenti, lai arī vienmēr kāda melnā avs varētu parādīties, bet tomēr šī akadēmiskā līmeņa - ģimenes medicīnas katedras Latvijā nav. Līdz ar to mūs ģimenes ārstus kā atsevišķu specialitāti īstenībā māca citi specialitātes ārsti. Tas īstenībā nav pieņemams un nākotnē tas tiks risināts. Pirmie seši doktoranti mācās ģimenes medicīnā. Kad beigs, tad varētu veidot šo ģimenes medicīnas katedru.

Bet ģimenes medicīna kā specialitāte Latvijā vienalga ir jauna. Pasaulē tieši attīstītajās valstīs ģimenes medicīna ir kā veselības aprūpes pamats, stūrakmens. Savā veidā mūsu politikas dokumenti, tādi, kā pieminētais „Veselības aprūpes stratēģija", kas izstrādāta 1997.gadā, arī ir viens no galvenajiem pamat postulātiem, kur uzdevumiem ir tieši primārās veselības aprūpes lomas uzsvēršana, komandas veidošana, koordinācijas nozīmīguma uzsvēršana, sadarbības veidošana ar speciālistiem mūsu pacientu aprūpē u.t.t. Kaut arī mūsu Latvijas pacienti vēl viena daļa neizprot ģimenes ārsta lomu, tam ir dažādi iemesli. Viena daļa ir, ka ģimenes ārstiem dažkārt trūkst kompetences, darbs nav sirds lieta. Otra svarīga lieta ir sabiedrības izpratnes loma – vai sabiedrība izprot šī ģimenes ārsta lomu, viņu galvenos uzdevumus.

Galvenie uzdevumi ir četri: veselības veicināšana, profilakse, saslimstību ārstēšana un laba darba organizācija, kas ļauj visus šos uzdevumus labā līmenī veikt. Šie ir ģimenes medicīnas pamatprincipi, pie kuriem specialitātes pārstāvji var normāli strādāt. No 1992./1993. gada arī valdībā nepārtraukti ir bijusi virkne dokumentu, izdoti dažādi likumdošanas akti, kuru mērķis ir

nostiprināt ģimenes medicīnu kā specialitāti. Tādēļ varētu teikt tā, ka tieši šos pēdējos gadus ģimenes medicīnā kā sistēma primārajā aprūpē ir tāda, kāda tā ir.

Ceļš uz šo mērķi nav bijis viegls. Mēs esam strādājuši, ģimenes ārstu asociācijas man liekas ir vienas no aktīvākajām profesionālo mediķu asociācijām visā Latvijā. Mēs esam strādājuši praktiski pie visām ministrijām - Labklājības, Veselības, Izglītības - visās, kurās tiek risināti primārās veselības aprūpes jautājumi. Taču vislielākais darbs ir bijis pēdējos deviņus, desmit gadus, kad valstī tika ieviests tā saucamais kapitācijas modelis, turpmāk pēdējos gadus jauktais kapitācijas modelis, kad ģimenes ārstiem tiek maksāts uz katru pacientu viena noteikta naudas summa un papildus par veiktajām manipulācijām ir fiksētie maksājumi u.t.t. Tā kā varu teikt, ka sistēma ir izveidota un tur ir mūsu ģimenes ārstu asociāciju aktīva līdzdalība – ne vienmēr esam uzklausīti, bet tomēr ejam uz priekšu un modelis ir līdzvērtīgs tādām labajām, attīstītajām Eiropas valstīm.

Profesors Boka ir teicis, ka „organisms nevar funkcionēt bez asinīm". Tāpat arī mūsu sistēma nevar funkcionēt bez finansējuma. Ja profesors Gruntmanis teica vārdus, ka „tik daudz mūsu veselības rezultāti ir atkarīgi no mūsu uzvedības", tas ir īstenībā veselības veicināšanas jautājums, veselības, saslimstību profilakse. Īstenībā tas, ar ko pamatā nodarbojas ģimenes ārsts. Katru gadu arī mūsu ģimenes ārsti iesaistāmies finansējuma pieprasīšanā. Arī šogad prasām palielināt finansējumu primārās veselības aprūpei, jo vienā no pēdējām konferencēm, kurā uzstājās mūsu PVO pārstāvniecības vadītāja Aiga Rūrāne, viņa pieminēja, ka šajās valstīs primārajai veselības aprūpei tiek atvēlēts ne mazāk kā 25% no veselības aprūpes budžeta. Mūsu valstī budžets primārajai aprūpei ir aptuveni 14 %. Līdz ar to mēs ar ļoti maziem cilvēku resursiem (mūsu komandā ir tikai viens ģimenes ārsts un viens palīgs (māsa vai feldčeris)) mēģinām veikt visus tos lielos, jāsaka politiski valstiskos uzdevumus, kas mums ir uzlikti. Tā ir gan profilakse, gan veselības veicināšana, gan ārstēšana. Es domāju, ka pēdējos gados mēs arvien vairāk ejam uz konstruktīvām sarunām, dialogiem, un mūsu sarunas ir vairāk balstītas uz priekšlikumiem, kas balstīti uz pierādījumiem, un šie pierādījumi savukārt ir ņemti no citām ES valstīm. Un man jāsaka par konkrētajiem priekšlikumiem, kurus esam iesnieguši pašreiz gan VM, gan Saeimai, lai mums tiktu paplašināta šī primārās veselības aprūpes komanda. Tātad no valsts tiktu apmaksāts viens reģistrators vismaz ar minimālo algu 1800 reģistrētajiem pacientiem, jo patiesībā mūsu māsas, ārstu palīgi ļoti daudz nodarbojas ar birokrātisko darbu.

Kā dzirdēju vakardienas Saeimas Sociālo un darba lietu komitejas Sabiedrības veselības apakškomisijā, ka šis mūsu priekšlikums neesot (informācija man bija mutiska) akceptēts, jo kam tad mums vajagot reģistratora apmaksu. Es varu pateikt, ka ārstam ir jāārstē, māsai ir jāpalīdz veikt profilaktisko darbu, veselības veicināšanas darbu, bet reģistrators ir nepieciešams visu pārējo birokrātisko darbu veikšanai. Arī profesora Gruntmaņa prezentācijā parādījās, ka ir jāpaplašina šīs ārstu prakšu komandas gan ar ofisa darbiniekiem, gan ar medmāsām.

Vēl viens no mūsu pēdējiem priekšlikumiem, kādā veidā mēs iesaistāmies no vienas puses veselības primārās aprūpes politikas veidošanā, ir uzsvars uz profilaksi. No vienas puses tā ir – nav labāka motivējoša faktora, varianta, kā tikai finansiālais. Neapšaubāmi vienmēr otrajā galā ir kontrole, pirmajā ir noteikumi, bet motivējošais faktors ir šis finansējums. Ar nākamo gadu mums paplašinās profilaktiskā programma attiecībā uz bērnu veselības aprūpi. Tas darbs vienkārši prasa ļoti lielu laiku, tas nozīmē, ka mēs uz to vienu pacientu varētu pieņemt divus, bet šinī gadījumā mums jau būs jāpieņem tikai viens pacients. Tāpat arī par feldšeru finansējumu. Lauku feldšeris, lauku ģimenes ārsta palīgs arī būtu jāieliek šajā vienotajā sistēmā, kur ģimenes ārsts ir darba koordinators un tad mums ir savstarpējā atgriezeniskā saite.

Vēl viens no pēdējiem priekšlikumiem ir par e-veselību, par kuru nedaudz runāja arī iepriekšējie runātāji. Ir nepieciešama savstarpējā informācijas apmaiņa, darbs pie kvalitātes kritēriju izstrādāšanas. Pašreiz mēs Latvijā esam tikai pašā darba sākumā, un es domāju, cienījamie VM priekšstāvji arī ņems vērā, ka mēs, ģimenes ārsti esam gatavi līdzdarboties tālākas šīs politikas veidošanā un konkrētu jautājumu risināšanā. Paldies!

Līdzdalības mehānismi pieejamas un kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošināšanā.

Jolanta Zālīte,
Latvijas Māsu asociācijas prezidente

Labdien, cienījamie, aktīvākie foruma dalībnieki, tiem, kuriem izturība bijusi visilgākā!

Runājot par līdzdalības mehānismiem un procesu saistībā ar māsu profesiju, gribu savu uzstāšanos strukturēt pēc sekojoša principa: ko mēs gribam risināt; kādi ir mūsu mērķi; kā tie sakrīt ar izvirzītajiem mērķiem veselības aprūpes reformu kontekstā; kādas ir pastāvošās problēmas un kā tās tiek risinātas; ar kādām metodēm mēs, kā profesionāla sabiedriskā organizācija, līdzdarbojamies; kas ir mūsu sadarbības partneri un kādi ir mūsu ieteikumi saistībā ar līdzdalības mehānismu pilnveidošanu.

Tātad par to, ko mēs gribam risināt un kādi ir mūsu mērķi, jo skaidrs, ka laba pārvaldība nav iespējama bez precīziem un konkrētiem mērķiem. Latvijas Māsu asociācija teju pirms 20 gadiem ir definējusi skaidru mērķi, pie kura pieturamies vēl šodien. Šis mērķis ir veicināt gādību par tautas veselību un pacientu aprūpes uzlabošanu, attīstīt māsu praksi atbilstoši pacientu aprūpes vajadzībām, līdzdarboties stratēģijas izstrādē un īstenošanā, kas saistās ar māsu pamatizglītības, tālāk izglītības un profesionālās prakses attīstību.

Salīdzinot šos mērķus, ko ir izvirzījusi mūsu organizācija nu jau kādu laiku atpakaļ ar tiem mērķiem, kas ir izvirzīti veselības aprūpes reformu kontekstā, jāsaka, ka mūsu mērķi absolūti sakrīt ar Veselības ministrijas stratēģiskās darbības aktivitāti – kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošināšana iedzīvotājiem. Veselības ministrs savā ievadrunā minēja nozīmīgu politisku dokumentu, nozīmīgu politisku apņemšanos saistībā ar reformu veikšanu veselības aprūpes sistēmā - tā bija Ļubļanas harta. Šajā sakarā varu minēt ne mazāk svarīgu dokumentu, ko veselības ministri parakstīja 2000.gadā un kuru apstiprināja Latvijas Māsu un Vecmāšu organizācijas 2001.gadā. Daži citāti no šī dokumenta, un šis dokuments saucas Minhenes deklarācija, proti, „Māsas un vecmātes – spēks veselības aprūpē”.

Dažas sadaļas, atļaušos minēt, šajā deklarācijā saka tā: „Mēs, proti, ministri, kas parakstām šo deklarāciju, uzsveram nepieciešamību izstrādāt māsu un vecmāšu profesiju attīstības stratēģiju, lai nodrošinātu sabiedrības vajadzībām atbilstošu veselības aprūpes kvalitāti, kā arī māsas un vecmātes profesiju autonomiju, radīt māsu un vecmāšu profesijām iespēju attīstīties, nodrošināt finansiālos stimulus un profesionālās karjeras stimulus.” Tā ir apņemšanās, kas ir parakstīta pirms septiņiem gadiem, un, ja atļausiet nelielu ekskursu par to, kā šīs apņemšanās ir mēģinātas pildīt šo gadu garumā, koncentrējoties uz pašreiz pastāvošajām problēmām.

Kā pirmo no pastāvošajām problēmām es gribu minēt pēctecības, nepārtrauktības un politiskās atbildības trūkumu, īstenojot veselības aprūpes reformas. Šodien tika gan prezidenta vārdiem, gan ministra vārdiem aicināts teikt asus, patiesus, kritiskus vārdus, minēt piemērus, kas apliecina teikto vārdu pareizību. Te būs piemēri, ko es varu minēt saistībā ar pēctecības nepārtrauktības un politiskās atbildības trūkumu. Šodien jau vairākkārt minētās Sabiedrības veselības stratēģijas kādā no pantiem minēts, ka „ģimenes ārsts un sabiedrības veselības māsa ir tie cilvēki, kuriem būtu deleģējama vārda vērēja funkcija uz labu sabiedrības veselību". Laikā kopš 2000.gada ir mēģināts īstenot attiecībā uz labu māsu praksi dažas iniciatīvas par labu pacientu aprūpei, proti,

dibināt struktūru, kas nodrošina pieejamu un kvalitatīvu pacientu aprūpi primārās veselības aprūpes līmenī, taču pietika mainīties ministram, lai šī aktivitāte tiktu aktīvi izsvītrota no darbībām, no veicamo darbu sarakstiem. Līdz ar to mēs esam tur, kur mēs esam. Iepriekšējais runātājs apstiprināja to, ka pašreiz ir daudz nepadarītu darbu, ir daudz darbu, kurus būtu jāveic sabiedrības veselības māsai, un šie darbi nestu reālus rezultātus. Par to mēs esam pārliecināti un gatavi pierādīt.
Otrs pierādījums pēctecības nepārtrauktības un politiskās atbildības trūkumam ir situācija, kas ir saistīta ar māsu un vecmāšu profesionālās darbības stratēģijas izstrādi un ieviešanu. Par šīs stratēģijas izstrādāšanu tika samaksāts. Šī stratēģija tika izstrādāta, samaksāja par to Pasaules Veselības organizācija. Pietika mainīties ministriem, lai šis, manuprāt, un ne tikai manuprāt, bet arī pēc daudzu manu kolēģu domām, šis dokuments varētu nest būtiskus uzlabojumus visā veselības aprūpes sistēmā. Šis dokuments iegūla atvilktnēs uz daudziem, daudziem gadiem un vēl joprojām tur arī atrodas.

Kā trešo problēmu es gribētu minēt to, ka pastāv mazefektīvi pacientu aprūpes organizēšanas modeļi, kam par iemeslu kā arguments galvenokārt tiek minēts cilvēku resursu trūkums. Šeit es gribētu mazliet paskaidrot. Ja ārsti vairāk runā par ārstēšanu, tad mēs, māsas, runājam par savu kompetences sfēru, tas ir, aprūpi. Tā ir profesionāla darbība, kas ir vērsta uz pacienta fizisko, garīgo un sociālo vajadzību aprūpēšanu, un to, ka māsu darbs lielākajā daļā no veselības aprūpes iestādēm netiek efektīvi organizēts, kaut gan māsas zina, kā to darīt, ir gatavas to darīt, viņas visbiežāk nesaņem darba devēja atbalstu šajos procesos.

Tāpat, ja mēs runājam par labas pārvaldības trūkumiem, ir jāņem vērā, ka pašreiz netiek pilnā apjomā izmantota māsu intelektuālā jeb zināšanu un pieredzes kapacitāte tajās jomās, kurās tas ir īpaši svarīgi - tā būtu jau minētā sabiedrības veselība. Mēs runājam par to, ka gultu skaita ziņā rādītāji Latvijai nav visai iepriecinoši, pacienti pavada ilgu laiku stacionāros. Man kā māsai ir jāsaka, paldies, Dievam, ka tas tā ir, jo patiesībā mūsu primārās aprūpes sistēma, bez pārmetumiem ģimenes ārstiem, nav gatava saņemt pacientu, kurš atrodas mājās un kuram ir vajadzīga aprūpe, un tas ir māsu darbības lauciņš.

Tāpat netiek izmantota māsu intelektuālā un zināšanu kapacitāte tādās jomās kā diabētu pacientu izglītošana, un statistiskie rādītāji parāda to, ka diabētu pacientu skaits pieaug un komplikāciju skaits saistībā ar šīm saslimšanām arī pieaug. Te ir tieša saistība ar māsu darbu izglītošanas jomā. Toties diemžēl ir samazinātas iespējas diabēta pacientiem pašreiz saņemt pieejamu kvalitatīvu veselības aprūpi māsas kompetences ietvaros. Tāpat var minēt onkoloģisko pacientu aprūpi ambulatorajā dienestā, kur māsu loma netiek pilnvērtīgi novērtēta, un protams, arī joma, kas attiecas uz pacientu aprūpes procesa labu pārvaldību jeb māsu darba organizēšanu.

Vēl jāmin cita problēma, ka māsu praksē trūkst pacientu aprūpes vadlīniju un standartu, kas balstīti uz pierādījumiem, un tas ir pamats kvalitatīvai pakalpojumu nodrošināšanai. Kvalitātes vadības sistēmas trūkumi. Pacientu aprūpes kvalitāte uz pašreizējo brīdi netiek vērtēta, ņemot vērā objektīvu kritērijus. Māsas darbs tiek vērtēts galvenokārt subjektīvi. Māsu praksē trūkst pacientu aprūpes vadlīniju, trūkst standartu, pēc kuriem tad mēs varētu izvērtēt, vai rezultāti patērētajam darbam ir labi, slikti vai viduvēji.

Kā pēdējo, bet ne mazāk svarīgo no esošajām problēmām, es gribu minēt cilvēkresursu trūkumu māsu profesijā. Mēs varētu debatēt, cik izteikts šis trūkums ir un kādas pozitīvas tendences iezīmējas mūsu profesijā – tādas arī pašreiz pastāv, jo māsas sāk atgriezties praksē pēc vairāku gadu prombūtnes darbā citās pakalpojumu sfērās. Tas nozīmē, ka māsu profesijā notiek arī kaut

kas labs, kas cilvēkiem liek atgriezties, ka ir stabilitāte un cerības, ko cilvēki saista ar šo profesiju.

Par pozitīvajiem piemēriem līdzdalībai un panākumiem jomā, kas saistās ar māsu profesionālo darbību veselības aprūpes reformā, gribu minēt, ka pašreiz notiek aktīvs līdzdarbošanās process starp Veselības ministriju un Latvijas Māsu asociāciju, jo tiek veidota pacientu aprūpes līmeņu sistēma un tiek plānota šīs sistēmas ieviešana, kas neapšaubāmi uzlabos pacientu aprūpes darba efektivitāti. Tāpat notiek darbs pie specialitāšu klasifikācijas sistēmas izveides, kas savukārt ietver arī tālākizglītības sistēmas attīstību.

Runājot par to, ar kādām metodēm mēs līdzdarbojamies veselības reformu procesa ietvaros, gribu minēt, ka mēs kā sabiedriska organizācija neapšaubāmi paužam savu viedokli, atsauksmes, priekšlikumus un ieteikumus. Mēs esam atklājuši, kuri ir tie svarīgākie cilvēki, uz ko mums būtu jāliek lielāks akcents, līdzdarbojoties svarīgos procesos. Tie droši vien tomēr ir ierēdņi, jo diemžēl jāsaka, ka Veselības ministri mums Latvijā mainās visai ātri. Mūsu organizācija par pacientu aprūpes problēmām ir izglītojusi jau 12 ministrus. Tas nozīmē, ka lielu lobēšanas darbu saistībā ar mūsu profesiju, mēs esam veikuši atkārtoti, atkārtoti un atkārtoti. Mums ir labi sadarbības partneri no ārstu - speciālistu profesionālajām organizācijām, un tie galvenokārt ir ķirurgi, gastroendokrinologi, intensīvās terapijas ārsti. Idejas apstiprinājumu darbības pareizībai mēs rodam sadarbībā ar starptautiskajiem sadarbības partneriem. Šīs idejas mēs cenšamie pārcelt un pielāgot Latvijas apstākļiem.

Tāpēc mēģinot ātri beigt savu uzstāšanos, es gribētu minēt dažus ieteikumus. Kā māsu profesionālās organizācija pārstāve, es gribētu rosināt gan foruma dalībniekus, gan citus cilvēkus, kas, iespējams, saņems informatīvos materiālus par forumu nedaudz vēlāk, stiprināt cieņas pilnu attieksmi pret sadarbības partneriem, neatkarīgi no tā, kuru profesiju viņi pārstāv, vai kuru pacientu grupu viņi pārstāv. Ir svarīgi ievērot ētiskos principus, veidojot tiešām paliekošu sadarbību. Kā argumentu tam, kāpēc māsas ir nozīmīgas veselības aprūpes sistēmā, gribu oponēt kādam pašreiz klāt neesošam šī foruma dalībniekam, kas teica, ka veselības aprūpes pamats ir ārsts. Starptautiski pētījumi liecina, ka 80% no sniegtajiem pakalpojumiem veselības aprūpes sistēmā nodrošina māsu personāls. Paldies, ka mani uzklausījāt!

Efektīvākie interešu grupu apvienību līdzdalības mehānismi veselības aprūpē.

Gunta Anča

Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācijas „SUSTENTO" valdes priekšsēdētāja, Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejas padomniece

Es pārstāvu Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizāciju SUSTENTO. Mūsu organizācija apvieno gan cilvēku ar invaliditāti organizācijas, gan pacientu organizācijas. Tātad, ņemot vērā, ka kopējais biedru skaits ir apmēram 25 000 cilvēku, kas pārstāv šīs organizācijās, mēs esam tiesīgi šodien runāt pacientu vārdā. No rīta pacienta vārds skanēja ļoti, ļoti daudz, un ļoti bieži, bet šodien mans uzdevums, runājot par labu pārvaldību, ir runāt tieši par tiem mehānismiem, kādā veidā pacientu organizācijas varētu tikt iesaistītas labas pārvaldības nodrošināšanā.

Klausoties iepriekšējos runātājus, es tā pavisam nejauši paņēmu rokās šīs dienas programmu un paskaitīju - līdz brīdim, kamēr mēs uzklausām pacientu viedokli, ir runājuši 16 cilvēki. It kā jau tā sistēma ir pacientiem, bet runā jau galvenokārt sistēmas pārstāvji - ministrijas un ierēdņi. Lai tā būtu, bet man tomēr ļoti gribas, lai centrā būtu pacients un tad visi pārējie apkārt.

Es gribu jūs iepazīstināt ar divām lietām. Gribu pieminēt vienu pētījumu, kas ir iznācis burtiski šī gada oktobrī. Šo pētījumu ir veikusi pasaulē diezgan pazīstama organizācija, kas saucas *Health Consumer Powerhouse*, un šī organizācija ir veikusi pētījumu tieši par Eiropas Savienības valstīm, lūkojoties tādā perspektīvā, kā šajās valstīs tiek nodrošināta veselības aprūpe no vairākiem skatu punktiem. Primārais skatu punkts ir klients, nevis vai labi strādā ministrija, vai labi strādā ierēdņi, bet ko tad klients, jeb kā mēs šodien sakām, pacients, no tā var iegūt. Pamata skata punkti šeit bija vairāki: pirmais ir pacienta tiesības un informācija. Kā mēs dzirdējām, par informāciju jau mēs runājām daudz un dikti; otrais – gaidīšanas ilgums, tātad, cik ilgi ir jāgaida uz to, lai saņemtu konkrēto pakalpojumu; trešais ir aprūpes rezultāti, kādi ir rezultāti aprūpei; ceturtais un piektais ir gan sistēmas, gan medikamentu pieejamība. Tas tiek veidots, apvienojot gan sabiedrisko statistiku, gan arī neatkarīgas izpētes rezultātu, kad eksperti brauc uz mūsu valsti un pēta, kas tad notiek.

2007. gada Eiropas veselības aprūpes patērētāju viedokļu ikgadējā pārskatā par veselības aprūpi ES, no 29 sabiedriskās veselības aprūpes sistēmām **Latvijas veselības aprūpes pakalpojumi ierindojās pēdējā 29. vietā.** Piecās kategorijās, kas aptver 27 darbības rādītājus, Latvija ir saņēmusi 435 punktu novērtējumu no 1000 iespējamiem.

Kas tad notiek Latvijā? Šajā pētījumā Latvija ir ieņēmusi godpilno 29 vietu, ņemot vērā, ka 29 vietas vispār bija. Pagājušogad šajā vietā bija Lietuva. Ir piecas kategorijas, kurā tas viss ir aptverts un Latvija no1000 punktiem ir ieguvusi 435 punktus. Kāpēc es to saku? Ne jau tāpēc, lai parādītu, re, kāds man ir pētījums un cik Latvijā ir slikti. Pirmkārt, gribu vērst jūsu uzmanību, ka tad, kad mēs kā pacientu organizācija, sakām, ka mums arī vajag vārdu, ka mēs arī zinām, kā mums ir labāk, ka mēs patiešām to arī zinām un ka patiešām ir vērts mums to arī pajautāt. Tas nav tikai tāpēc, ka tā ir mūsu iegriba, vai ka mums gribas vienā līmenī ar Veselības ministriju runāt par šiem jautājumiem.

Rekomendācijas situācijas uzlabošanai:

- Latvijas pacientiem ir jāsniedz atbalsts, lai viņi paši spētu pieņemt ar veselības aprūpi saistītos lēmumus.
- sistēmas izmaiņām ir nepieciešams spiediens no pacientu puses.

Ko tad ir ieteikusi šī organizācija, ko vajadzētu darīt, lai uzlabotu situāciju? Faktiski pamatideja, kas ir ieteikta, lai uzlabotu visas šīs jomas, ne tikai vienu jomu ir, ka Latvijas pacientiem ir jāsniedz atbalsts, lai viņi paši varētu pieņemt ar veselības aprūpi saistītos lēmumus vietās, kur tas ir iespējams.

Pacientu NVO iesaiste:

- Ekspertu komitejās un darba grupās (piem., ētikas, likumdošanas izstrādes, resursu sadalīšanas utt.)
- Rindu regulēšanas procesā
- Ārstniecisko iestāžu celtniecības un remontu plānošanā
- Apmācību programmu izstrādē medicīnas profesionāļiem
- Zinātnisko pētījumu attīstības procesā
- Aprūpes un ārstniecības vadlīniju izstrādē

Savas organizācijas arī konkrēti mūsu organizāciju mēs redzam ļoti daudzās un ļoti dažādās vietās. Pirmkārt, tās varētu būt ekspertu komitejas un darba grupas. Es gribu teikt, ka nevajag baidīties gan tajās padomēs, kas ir pie slimnīcām, gan tajās darba grupās, kas ir veselības ministrijā, ielaist pacientus, jo tik ļoti bieži notiek tā, ka mēs lemjam par viņiem, bet īstenībā jau bez viņiem. Man ļoti gribētos ticēt, ka memorands, ko Bunduļa kungs jau šodien pieminēja vairākas reizes, būs ne tikai ļoti jauks un nozīmīgs papīrs gan mūsu organizācijas, gan Veselības ministrijas plauktā, bet tiešām būs darba dokuments, ar ko mēs varēsim strādāt tālāk.

Pacientu nevalstisko organizāciju būtiska iesaiste varētu būt arī rindu regulēšanas procesā. Arī kā mēs šodien dzirdējām, rinda ir tā vieta, kur sākas korupcija, jo kāds kādam – *var, es tevi ielikšu ātrāk*, un tā tās lietas arī notiek.

Nākamais ir ārstniecības iestāžu celtniecības un remontu plānošanas lietas. Ir tik svarīgi, ka plānojot celtniecību, plānojot rekonstrukciju, tajā piedalās pacienti, sakot kādās telpās viņi grib uzturēties. Ne mazāk svarīgi ir, veicot apmācību programmu izveidi, tieši medicīnas profesionāļiem, šajā darbā iesaistīt arī pacientus, lai nenotiek tā, kā šeit kāds teica, ka ārsts baidās runāt ar pacientu, un viņam ir vieglāk strādāt vietā, kur daudz nav jārunā. Tieši tikpat būtiski ir iesaistīt pacientus zinātnisko pētījumu attīstības procesā, un ne mazāk svarīgi – ārstniecības un aprūpes vadlīniju izstrādē. Mēs absolūti nepretendējam uz to, ka mēs teiksim dakterim, kādas kuram zāles jādod vai kādas kuram *šprices* jāspricē, bet mēs pretendējam uz to, ka šī savstarpējā ārsta, ārstnieciskā personāla, vai ārstniecības personas un pacienta savstarpējās attiecības tiktu būvētas uz līdzvērtības principiem, jo viens sniedz pakalpojumu un otrs saņem pakalpojumu.

Šodien Akermanes kundze teica - pacientu organizācijas ir vājas un pacientu organizācijas biedri, nu teiksim godīgi, tiek uzpirkti no farmācijas firmām. Man ļoti žēl, bet man daļēji ir jāpiekrīt tam, ko jūs teicāt. Kāpēc tas tā notiek?

Priekšnoteikumi:

- Izglītojošs un finansiāls atbalsts
- Iesaiste iniciēšanas, izstrādes, realizācijas un novērtēšanas procesā
- Spēcīgs un caurspīdīgs mehānisms, kas apliecina, ka pacientu vēlmes ir ne tikai uzklausītas, bet arī ņemtas vērā

Es gribu teikt, ka ir ļoti svarīgi, kā mēs atbalstām savas pacientu organizācijas. Vai mēs vienkārši sakām – taisiet organizāciju, strādājiet brīvprātīgi, esiet eksperti, piedalieties darba grupās, nāciet uz ministriju darba dienā, darba laikā, pēc tam rakstiet ziņojumus par to, kas pēc jūsu domām ir jāmaina un dariet to visu par velti, jo jūs taču esat pacienti un jūs varat strādāt visu pacientu labā. Bet tieciet man, pacienti arī grib ēst. Tas nozīmē, ka reizēm viņiem ir

arī jāstrādā, ne tikai ministrijā.

Tāpēc ir ļoti svarīgi vairāki priekšnoteikumi, lai patiešām būtu reālas organizācijas, kas reāli darbojas. Šīs organizācijas ir jāizglīto, viņām jāsniedz finansiāls atbalsts. Šīs organizācijas ir jāiesaista gan iniciēšanas, gan izstrādes, gan realizēšanas, gan novērtēšanas procesā. Vēl ir jāizveido, manuprāt, valstī mehānisms, kurā mēs ne tikai aizejam uz ministriju, pastāstām, ko mums vajag, mūs laimīgi uzklausa ministrijas pārstāvji, saka *„jā, protams, tas ir ļoti būtisks jautājums*", un ar to šī lieta beidzas. Ir vajadzīgs mehānisms, kurā mēs ne tikai varam izteikt to, kas mums rūp, bet kurā mēs arī varam redzēt, kā lietas mainās pēc tam. Svarīgi redzēt, ka mēs esam ne tikai uzklausīti, bet, ka mēs esam ņemti arī vērā. Paldies visiem!
(Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā.)

Līdzdalība ģimenes plānošanas un seksuālās veselības aprūpes nodrošināšanā.

Solvita Olsena

„Papardes zieds” padomes locekle

Kā „Papardes zieda” valdes locekle esmu uzņēmusies pienākumu pārstāvēt organizāciju gadījumos, ja izpilddirektors nevar atnākt. Šajā forumā man ir jārunā „Papardes zieda” valdes vārdā un es gribēju „Papardes zieda” vārdā teikt, ka (kas ir svarīgi ne tikai organizācijai, bet visiem šeit klātesošajiem) viens no ilgi mētātajiem „karstajiem kartupeļiem” šurpu turpu pa MK un ministriju, ir Jauniešu veselības koncepcija. Mums nebūs šo jauniešu, veselo cilvēku, un, kā profesors Gruntmanis teica, viņš jau ir redzējis viņus slimus, ja mēs nerūpēsimies par jauniešu veselību.

„Papardes zieds” kā sabiedriska organizācija rūpējas par jauniešu veselību vairāk kā desmit gadus, bet „Papardes zieds” jautā visiem pārējiem – kāpēc VM nerūpējas par jauniešu veselību, kāpēc MK nerūpējas par jauniešu veselību? Mēs aicinām ministru prezidentu rūpēties par jauniešu veselību. Tad, kad mēs būsim veci, kas par mums rūpēsies un ārstēs? Tie, kas tagad ir jaunieši. Tad, mīļie cilvēki, šī jauniešu veselības koncepcija mums visiem ir akūti nepieciešama un „Papardes zieds” ir izdarījis visu, ko varējis, lai nepieņemtu pilnīgi nederīgu koncepciju. Bet mēs aicinātu pabeigt šo veselības koncepcijas izstrādāšanu un ieviest viņu dzīvē. Tā ir viena lieta, kas „Papardes ziedam” ir svarīga.

Otrs jautājums veselības aprūpes kontekstā ir tas, ka nedrīkstam aizmirst cilvēka reproduktīvo veselību. Tā ir viena no svarīgākajām cilvēka dzīves sastāvdaļām vairāku iemeslu dēļ. Un reproduktīvā veselības ir viens no veselības aprūpes mērķiem – sasniegt pēc iespējas augstāku reproduktīvās veselības līmeni. Mums, pirmkārt, jānodrošina veselīgs reproduktīvās veselības sākums. Būtībā persona attīstās no *padsmit* gadiem nevis no viena gada vecuma. Mums ir jānodrošina, lai jauniešiem šīs jomas sākums ir atbalstošs. Mums ir jārūpējas par veselības mācību, kas šobrīd izņemta no izglītības sistēmas. Mums ir jānodrošina, ka jaunieši brīdī, kad viņiem šis jautājums kļūst aktuāls, saņem nepieciešamo atbalstu profilakses izpratnē. Tātad ir nepieciešami pasākumi. „Papardes zieds” nodrošina savu karsto pastu, pārējā jomā kā nu kuro reizi sanāk. Sabiedrība jānosargā no augstajiem riska faktoriem tieši seksuālās reproduktīvās veselības jomā. Ja mēs diezgan daudz darām HIV jomā, tad ļoti maz esam darījuši dzimstības regulēšanas jomā, jo abortu skaits ir ļoti liels. Mums ir daudz lielāka vērība jāpiegriež tieši jautājumiem, kas saistīti ar dzimstības regulēšanu.

Stāstu tādēļ, ka šie ir tie jautājumi, kas nav aktuāli tikai „Papardes ziedam”. Tie ir tie, kur „Papardes zieds” ir izdarījis, bet mēs gaidām visus pārējos, lai arī dara. Kā NVO pārstāvis gribēju teikt, ka mums, tāpat kā SUSTENTO, ir ļoti svarīgi, lai mums ir šie atbalstošie partneri, pirmkārt, valsts struktūrās. Otrkārt, svarīgi, lai privātais sektors mūs atbalsta un atbalsta arī sabiedrības indivīdi. Mēs strādājam sabiedrības labā, mēs nestrādājam valsts labā, jo valsts strādā pati par sevi. Kā sabiedriska organizācija mēs sagaidām, ka tad, ja valsts vēlas saņemt mūsu ekspertu viedokli (un „Papardes ziedā” patiešām ir augsti kvalificēti eksperti), tad mēs piedāvājam šo viedokli. Bet mēs varam tikai samainīt – mēs jums, jūs mums. Mēs nevaram iet uz valsts institūcijām un vienkārši dalīt savas lielās vērtības pretī neko nesaņemot. Un tas tad ir jautājums valstij – ko tad mēs varam saņemt pretī?

Es domāju, ka ikviens, kurš uzaicina „Papardes ziedu” uz kādu valsts pasākumu un valsts, mēs zinām, ir institūcija ar miljoniem lielu budžetu, tad papardes zieds kā maza institūcija ar vairākus simtus tūkstošus lielu budžetu jautā: „Tad, dārgie, bagātie partneri, kādi ir šie sadarbības noteikumi?” Tas ir tas obligāti nepieciešamais jautājums, kas jāatrisina visām sabiedriskajām organizācijām. It īpaši ar tādām spēcīgām organizācijām kā „Papardes zieds” un „SUSTENTO”.

Mēs esam gatavi sadarboties, bet mēs neesam gatavi sadarboties uz tādiem principiem, kas izmanto mūsu resursus. Es nerunāju šobrīd par darbu sabiedrības labā. To mēs darām un neprasām neko pretī. Bet ļoti bieži mūs aicina darboties valsts labā šajās darba grupās un Saeimā, paust ekspertu viedokli. Ja VM grib, lai mēs tai palīdzam, tad jums jāsaprot, ka tiem jābūt citiem noteikumiem. Valsts ļoti pieprasa, lai piedalāmies. Jā, mēs piekrītam, bet tad kā mēs to varam izdarīt?

DISKUSIJA

Armands Ploriņš, VM valsts sekretārs

Man ir pāris replikas. Atkal sākšu no pirmā galda. Kas attiecas uz ginekoloģiju, reproduktīvajām saslimšanām u.t.t, tad, problēma ar ginekoloģiju ir pilnībā skaidra. Tā ir apzināta - ārstiem ginekologiem dotajā brīdī ir daudz izdevīgāk strādāt privātpraksē. Tā arī ir galvenā problēma. Protams, kad sieviete gaida bērnu, viņa ir tādā vecumā, kad noteikti bieži vien ir pietiekami maksāt spējīga. Un līdz ar to situācija ir tāda, ka mums slimnīcās vienkārši katastrofāli trūkst ginekologu. Tā ir akūta problēma, kura tiešām jārisina. Problēmas cēlonis ir tas, ka valsts tarifi nesakrīt ar šo cenrādi un peļņas iespējām, kādas ir privātajā sektorā. Vienkārši ginekologs privātajā sektorā uz doto brīdi pelna daudz vairāk, ja izveido privātpraksi. Tā ir tā dzīves patiesība, bet, protams, šis jautājums patlaban tiek risināts.

Nākamā replika par tiem reģistratoriem. Kas attiecas uz ģimenes ārstiem, tad reģistratoriem tā nauda budžetā jau ir iedalīta un viņa priekš tā ir paredzēta. Un tas, ka noteikumos Saeimā kāds nav izskatījis, tad noteikumus nepastiprinās valdība, tur mēs vienkārši neredzam pat pamatu, kāpēc lai tas tā nenotiktu. Tur finansiāli viss ir sakārtots, un procesam vienkārši jānotiek tālāk.

Komentārs par šo „jauko" pētījumu, kas parādīja, ka Latvija ir pēdējā vietā veselības aprūpē. Labi, ka tur nav Vidus Āzijas vai Āfrikas republikas, jo tad pēc šī pētījuma iznāk, ka mēs arī viņiem visdrīzāk kaut kur otrajā pusē. Īstenībā interesanti, te vajadzēja drusku plašāk arī paskatīties, kā šis pētījums ir radies. Mēs atradām arī šo cilvēku, kurš deva rezultātus pētījumam un kurš neizskatīja un neaizsūtīja atpakaļ pārējos rezultātus. Līdz ar to vesela rinda rezultātu vienkārši ir ļoti nekorekti.. Šis cilvēks gan ir arī mūsu pašu institūcijas darbinieks. Tāpēc par šo pētījumu uzņemamies visu atbildību, protams.

Ja runājam par rindām un gaidīšanu rindās, tad ir jāsaprot arī šī iepriekšējā pieredze. Dažādās valstīs ir pilnīgi dažādi. Ja aptaujāsim pacientus, vai pie mums ir ilgi jāgaida rindā, ja pajautāsiet pacientam, kurš slimnīcā 15 minūtes gaidījis uzņemšanā, viņš teiks, ka man lika šeit gaidīt. Ja jūs pajautāsiet Lielbritānijā, kurš būs nosēdējis trīs stundas uzņemšanā, viņš teiks – man te teica pagaidīt. Vienkārši mums tā pieredze ir tāda. Protams, atkal citos jautājumos mums ir vesela rinda operāciju, kur par ilgu gaidām. Tas vidus ceļš varbūt ir Somijas gadījums, kur somi strikti noteikuši – ģimenes ārstam jāpieņem tik un tik dienu laikā. Tur gan atkal ir cits jautājums, ka ģimenes ārsts absolūti nerēķinās ar jūsu laikiem. Viņš dara tajā un tajā trešdienā, plkst. 14.00 tev jābūt pie manis, ja neatnāksit – pats vainīgs. Tas, ka jums jāstrādā, nevienu neinteresē. Trīs mēnešu laikā tiks nodrošināts, ka tiksiet uzņemts slimnīcā, operācija tiks nodrošināta pus gada laikā. Kas viņiem ir noteikts likumdošanā? Varbūt tas ir viens no veidiem, kā arī Latvijā mēs varētu iet.

Kas attiecas uz rindu regulēšanu, tad tas tiešām ir viens no cēloņiem korupcijai. Ne velti mums ir uzsvars uz šo, kā mēs maksimāli ātri varam izveidot šo e-veselības programmas ieviešanu reālajā dzīvē, lai tā sāk strādāt, jo šīm rindām ir jābūt vienotām, pārskatāmām, elektroniskā formātā, ko nav iespējams izmainīt, kur jebkādas šādas izmaiņas, katram cilvēkam faktiski redzamas uzreiz.

Par jauniešu veselību vakar vēl bija informācija presē par to, kā Sabiedrības veselības aģentūra sarunājas ar jauniešiem internetā un tā tālāk. Tā kā ir ļoti daudz jautājumu, kas tiek risināti tieši ar veselības veicināšanu saistībā ar jauniešiem. Bet tas, ka varbūt nav vienota pieeja un programma, tur es varētu piekrist. Daudzas lietas tiek darītas. Tā pati „Sirds diena", kur jaunieši paši aktīvi piedalās, tās pašas donoru kustības.

Es gribētu noslēgt ar to, ka es jūs, sabiedriskās organizācijas pilnībā saprotu, un pilnībā atbalstu to, kāpēc sabiedriskajām organizācijām būtu jāstrādā par velti. Bet iemesls tam, kāpēc es jūs tik ļoti atbalstu īstenībā ir aiz viena cita iemesla. Ko sabiedrība uzskata, kas ir labs ierēdnis? Kas strādās 24h diennaktī, kam jāmaksā maksimāli maz, jo visi seko līdz, ka tik par daudz nesamaksā, kur nu vēl, ja viņam būs liela alga. Vienlaikus ierēdnim jābūt ļoti kvalificētam, jo viņa darbība tiešām ietekmē pilnīgi visus. To, ko tas ierēdnis VM uzraksta uz papīra, tas ietekmēs pilnīgi visu Latvijas sabiedrību, katru cilvēku individuāli.

Mēs gribam, lai VM strādā ārsti, bet ārstu algas uz doto brīdi ir lielākas, par kurām mēs paši VM cīnāmies. Bet tiem ierēdņiem, kas tur strādā, viņas ir zemākas. Līdz ar to mēs mēģinām darbā paņemt ārstu, kurš strādās par zemāku algu, atbildēs pilnīgi par visu valsti un mēs prasām no viņa šo rezultātu. Tā ir mana sāpe kā Valsts sekretāram, pilnīgi izprotot arī jūsu problēmu. Es arī dažkārt jūtos tā, ka tie cilvēki neatbilstoši saņem par padarīto darbu. Mēs, protams, esam ļoti ieinteresēti, ka kāds nāk palīdzēt strādāt, un mums, protams, nav, ko samaksāt par jūsu padarīto darbu lielākoties. Tāda ir tā situācija.

Juris Bundulis, VM valsts sekretāra vietnieks:
Nezinu, ko daudz pie šī vēl varētu pateikt, bet dažas lietas tomēr ir tādas, kuras gribētu teikt. Pirmkārt, ka laikam esmu nelabojams optimists. Otrkārt, ka esmu ļoti tipisks un diezgan stagnātisks ierēdnis Latvijas valstī. Pēc desmitā ministra es ministrus pārstāju skaitīt. Es pavisam nesen dzirdēju pa radio un tas mani ļoti aizskāra, jo tika teikts, ka ierēdņiem vairs nespīd acis. Mēs ļoti bieži par daudzām lietām diskutējam un es negribētu sūdzēties, jo daudzus vārdus, kurus parasti saka – arī šeit izskanēja, ka esam ķīlnieki, tādi un šitādi. Mums bija ļoti interesanta diskusija ar Ārstu biedrību par uztura bagātinātāju izplatīšanu, un cienījamā daktere Kozlovska tur arī piedalījās. Un tur izskanēja apmēram tā – jūs tur sakārtojiet un mēs tā kā paskatīsimies. Redziet, ne velti es savu uzstāšanos dienas pirmajā pusē sāku ar salīdzinājumu par to laivošanu. Man ir liels prieks, ka bieži sakām, ka sēžam vienā laivā. Un, ja gribam sasniegt to mērķi, tad drusku ir jāatsakās no tās pagātnes, it sevišķi, ja viens otru nepazīstam. Jāsaka, ka no šodienas gribētu izdarīt vairākus labus darbiņus, sākam viņus darīt un tad jau redzēsim.

Ar SUSTENTO mums bija konference gadu atpakaļ un šo sestdien būs atkal. Un mēs gājām garu gadu, kamēr parakstījām memorandu. Mums likās, kas tur ko neparakstīt, un bija daudzas lietas, ko solījām izpildīt. Es personīgi no saviem solījumiem esmu arī izpildījis un sestdien par to plānoju parunāt. Un ir daudz lietu, kas ir notikušas un ir daudz, kas nav notikušas. Bet tai pašā laikā man bija prieks piedalīties arī citā projektā. Man bija jauns amats un ministrija mani aizsūtīja uz MK par vēža skrīningu. Es domāju, ka tas ir ļoti labs un populārs rezultāts, fantastisks darbs. Tas parāda, ka īstenībā sistēmā pašā, es varētu tagad tā kā tāds ierēdnis pateikt, ka, ziniet, divu gadu laikā mēs trīs reizes palielinājām aptveri. Bet zinot, ka tie ir 14% un mūsu pašu mērķis ir 70%, tas nav nekas. Tai pašā laikā valsts bija paredzējusi vēža skrīningam 2.5 miljonus latu. Kā jūs domājat, cik ir iztērēti? Tuvu pie 400 tūkst. latu. Bija ļoti laba konference, mēs nolēmām, ko darīsim, nākošgad skrīnings ir ieplānots un sieviete tiks uzaicināta no aģentūras puses un viss sāks strādāt.

Protams, vienmēr gribas, lai tavu darbu novērtē un ļoti bieži mēs varbūt aizmirstam, pateikties viens otram. Protams, gribas, lai par to arī maksā. Un es esmu tās nostājas piekritējs - ka valsts, un man ir arī laba pieredze farmācijā ar šo, deleģē kādu funkciju sabiedriskajai organizācijai. Un valsts budžetā tam ir paredzēti līdzekļi, tā naudiņa ir jāatdod sabiedriskajai organizācijai, lai viņa to dara. Bet tad arī jāprasa rezultāts, un tas ir tikai normāli un labi. Es nezinu vai šodien, zinot reālo finansiālo situāciju, ja man personīgi prasītu, es būtu gatavs parakstīties, ka visām sabiedriskām organizācijām mums jādod nauda. Tad sākas tas, kas ir saistīts ar vērtēšanu.

Vēl viena ļoti nozīmīga lieta, ko es te pierakstīju ir tas, ka visi sakām, ka strādājam indivīda labā, bet mums tomēr ir problēma komunikācijā ar pacientiem. To es atzīstu, un Ančas kundze ļoti precīzi to atzīmēja, ka mums brīžam šķiet, ka zinām to, ko pacients grib, bet mēs ļoti reti mēģinām viņam to pavaicāt. Ļoti dažādu iemeslu dēļ, es neiedziļināšos. Un tas ir tas, kas mums būtu ļoti intensīvi jādara, jo tikai šādā veidā rodas uzticība. Un ir ļoti daudzas lietas, tai skaitā arī par jauniešu veselību. Es domāju, ka uz priekšu ir jāvirza dokumenti, kuri ir tādi, kas palīdz sasniegt mērķi un par kuriem mēs esam vienojušies.

Aivita Putniņa, sociālantropoloģe:
Es īsi gribēju ilustrēt Ploriņa kunga runu. Kur ir tā problēma? Jūs sākāt ar to, kas attiecas uz ginekoloģiju. Bet problēma ir tā, ka tā jau nav ginekoloģija. Skatoties uz ginekoloģiju, mēs sakām, jā, tas ir privātais un valsts sektors un tarifi. Ja mēs skatāmies uz šo lietu veselības profilakses viedokļa, tad mēs redzam, ka tie nav tarifi, bet normatīvie akti, kas nav konsekventi pareizi saplānoti. Problēma ir tas, ka privātais sektors nevar nosūtīt uz to analīzi, lai šo analīzi apmaksātu valsts. Tā ir tā lielā problēma, nevis

tie tarifi, jo tā ir katra pacienta personiska lieta, pie kura ārsta viņš iet tādā vai citādā kabinetā ar tādu vai citādu servisu. Bet, ja valsts apmaksā vēža skrīningu, tam ir jābūt. Bet, lai uz to paskatītos, mums nedaudz ir jābūt no citas perspektīvas. Un tur tā sadarbība, lai mēs to varētu ieraudzīt ir vajadzīga. Ja VM pieturēsies pie uzskata, ka tā ir ginekoloģija, domās, ka tā ir tarifu celšana mainīšana, nekas neies uz priekšu un tiks izšķiests laiks.

Solvita Olsena, „Papardes zieds" padomes locekle:
Es gribu teikt ministrijai pirmkārt un arī pārējiem kā „Papardes zieda" pārstāve. „Papardes zieds" pilnā mērā var garantēt informācijas sniegšanu pacientiem par dažādiem veselības aprūpes jautājumiem. „Papardes ziedam" ir zināšanas, ir ļoti ilga pieredze. Mums ir jau desmitiem bukletu, kā nogādāt līdz visiem līmeņiem šo informāciju, kas ir tieši saistīta ar veselības aprūpes pakalpojumiem. Un es domāju, ka mēs arī varam jums pierādīt, ka mēs kā organizācija būtu daudz efektīvāks veids, kā nogādāt pacientiem informāciju salīdzinot, ja jūs tagad dibināsiet kādu jaunu struktūru un visu to ieguldīsiet no jauna. Es domāju tāpat arī SUSTENTO ir līdzīgi, kā tas bija ar Latvijas pacientu tiesību biroju. Šīs sabiedriskās organizācijas tik tiešām vienā jomā ir eksperti. Un, lūdzu, es tik tiešām aicinu jūs šo funkciju deleģēt sabiedriskajām organizācijām, bet ne visām, bet tām, kam ir reāls pamats, kas var pierādīt ar saviem darbiem, ka šīs organizācijas spēj to veikt. Lieliska ideja, un es domāju, ka mēs varam rezultātu sasniegt daudz ātrāk un daudz ievērojami lētāk, nekā tad, ja sāksim kaut ko no jauna darīt. Tā kā, Bunduļa kungs, es aicinu jūs uz „Papardes ziedu", runāsim, kā mēs to varam izdarīt.

Juris Bundulis:
Es uzreiz varu atbildēt, ka „Papardes ziedā" esmu bijis jau vairākas reizes un mani regulāri audzina „Papardes zieds". Tā kā ar informācijas trūkumu es nevaru sūdzēties ...

Inese Voika, Delnas padomes locekle:
Man ir viens komentārs. Komentārs ir par to, ka, klausoties Ploriņa kunga reakciju uz runātājiem, es sapratu, kāpēc man Bokas kungs aizrādīja, ka es biju teikusi – mums ir tās valsts slimnīcas -, un viņš teica, ka, nē, nauda taču iet pakaļ pacientam, mēs jau tikai piedāvājam pakalpojumu. Bet kāpēc manā valodā ienāk tas, ka mums ir tās valsts struktūras? Tāpēc, ka naudu tad mēs pacientam pakaļ aizsūtījām, bet to domāšanu sistēmā neesam mainījuši. Solvita nedaudz iededza uguntiņu, sakot – mēs, jūs, mēs, ministrija. Es domāju, ka ne no vienas, ne no otras puses nav lietderīgi celt ārā to institucionālo, bet svarīgi saprast, kas ir tas mērķis. Un ministrijai ir daudz mērķu, kas saistīti ar sabiedrības veselības nodrošināšanu. Ir jāmeklē tie efektīvākie veidi, un man liekas, ka VM ir labā situācijā, ka jums ir daudz nevalstisko partneru, kas ir profesionāli uzticami un ilggadīgi.

Tā ir daļa no tās politikas realizēšanas mehānisma. Nav runa par to, ka kādai organizācijai vajadzētu...Nu var būt dažādas shēmas, ka finansē nevalstisko sektoru, ir kaut kādas lietas, ko viņas patiešām varētu palīdzēt izdarīt. Taču, lai tas notiktu tādā konstruktīvā veidā, domāšanas veids, ko mēs darām, kurš ar ko cīnās...Es saprotu, ka VM, dakteri un visi citi klauvē vairāk nekā pacienti. Pacienti šodien 25 tūkstoši klauvē tikai vienas personas ietvaros. Varbūt vajag nākt ar pusi no viņiem uz ministriju, lai viņi redz to, ko jūs, Gunta, teicāt - runāsim vispirms par pacientu. Tā kā es redzu, ka tur ir tas ceļš ejams, un šī saruna ir daļa no tā.

Uģis Gruntamnis, Endokrinoloģijas klīnikas vadītājs ASV:
Viens komentārs, mani tiešām pārsteidz, cik daudz cilvēku pazuda no šejienes, norādot, kāda ir šī domāšana. (Piebilde: uz otro foruma daļu puse no foruma dalībniekiem neatgriezās zālē.) Ko cilvēki domā par šo problēmu tad, kad vēlēja prezidentu Zatleru? Es lasīju avīzē un domāju, ka būs revolūcija, bet tad es atbraucu, pirmā daļa paiet un lielākā daļa ir pazudusi. Otrs, es gribēju prasīt ģimenes ārstiem – tātad Latvijā ir tikai 1600 primārie ārsti un pārējie visi ir speciālisti?

Līga Kozlovska:
No 8000 ārstiem viena daļa strādā administrācijā, sanitārajā inspekcijā, un pa specialitātēm, piemēram, ginekologi ir 400. Apmēram tikpat daudz ir ķirurgu. Visādā ziņā ģimenes medicīnas specialitāte pārstāv vislielāko speciālistu skaitu.

Uģis Gruntamnis:
Tas ir absolūti pārsteidzoši. Es nezinu, ko ministrija ir domājusi. Man nav zināma neviena valsts, kur ir šāda attiecība starp primāriem ārstiem un speciālistiem. Amerikāņiem vienmēr pārmet to, cik mēs esam daudz speciālistu – mums ir apmēram 60% pret 40% attiecība. Par tām lietām kā smēķēšana, aptaukošanās, augstu asinsspiedienu, seksuālo izglītību u.tml., es tiešām nesaprotu, kā var nodrošināt 1600 ārsti, ja viņiem papildus par to vēl nemaksā?

Vēl gribēju pieminēt par nevalstiskajām organizācijām, šeit manī nedaudz ierunājās amerikānis, kur NVO ir ļoti populāras. ASV es arī pāris padomēs sēžu, arī bērnu skolā, kur rīkojam dažādas izsoles, koncertus, lai savāktu naudu un iztaisītu datorklasi vai ko tamlīdzīgu. Es domāju, ka būtu labi, un ministrijai patiešām šodien ir smaga diena – visi kaut ko prasa, ja ministrija izdomātu, cik pacienti ir piesaistīti katrai no šīm organizācijām, un iespējams kā Somijā un Zviedrijā, izdalītu šo naudas summu. Bet es domāju NVO ar šo naudas summu vajadzētu būt nedaudz biznesmeņiem, kas ir gatavi rīkot gan mazus koncertus, sporta pasākumus, un savākto naudu dabūt nevalstiskajām organizācijām, un mēģināt stimulēt to, ko gribam popularizēt.

Juris Bundulis:
Viena lieta, ko aizmirsu pateikt, kas, manuprāt, ir būtiska par to vēža skrīnigu, kad MK bija jādibina darba grupa nevis VM. Ir viena lieta, ko gribētu paskaidrot, ko arī Zatlera kungs no rīta teica. Ir jautājumu, kuri ir jāpaceļ noteiktā līmenī. Un, ja mēs runājam par vēža skrīningu, tad tas nav tikai VM jautājums. Tas ir Izglītības ministrijas un citu ministriju jautājums, tas ir Bērnu ministrijas jautājums. Un īstenībā, pat, ja nedod naudu, tas, ko var izdarīt bez jebkādas naudas, ir dot šo pietiekoši augsta līmeņa atbalstu idejai un tad arī tās virzību tālāk bīdīt MK un citur ir vieglāk. Tas nav tāpēc, ka VM nedara..VM izdara to, kas ir viņas kompetencē. Īstenībā, kad paskatījāmies par ginekologiem, ja es pareizi atceros, tad aģentūrā mums ir pāri par 400 līgumi ar ginekologiem. Ar ginekologiem ir līgumi, tā kā tik traki nav, ka tas ir tikai privāts pakalpojums un neviens to negrib sniegt. Protams, ir lietas, kas ir uzlabojamas un lielā mērā tās var atrisināt. Bet šis ir tas gadījums, kad nevar teikt, ka naudas vai kaut kas cits nav. Ministrijai, Gruntmaņa kungs, šodien nav smaga diena, mums ir normāla darba diena, mēs iesim vēl pastrādāt ar papīriem.

Līga Kozlovska:
Es gribētu vēl sniegt papildu informāciju. Man ir bijusi tā iespēja piedalīties abās darba grupās gan pie MK, gan VM visu šo gadu, kur vienā darba grupā savā ziņā tika izstrādāts nacionālās programmas projekts saistībā ar organizētā vēža skrīningu. Un otra darba grupa strādāja pie šī izpildes realizācijas mehānisma. Es saprotu, ka galvenā problēma, cik ātri šis organizētais vēža skrīnings tiks ieviests dzīvē, ir atkarīgs no budžeta, jo ir jau šī organizācija pie aģentūras, ka būs viena atsevišķa nodaļa, kas izsūtīs teiksim šos ielūgumus pacientiem ierasties uz četrām profilaktiskajām skrīninga programmām. Un arī es sapratu, tur ir arī atrisināts šis privāto ginekologu ņemšanas, apmaksas darbs, jo tas tiek uzskaitīts caur laboratorijām un privātajiem ginekologiem šis pasākums tiek apmaksāts. Īstenībā es domāju, ka šī sistēma varētu normāli strādāt, bet tas, kas saistās ar sabiedrības izglītošanu, izpratni, tur ir darbs mums visiem, neapšaubāmi.

Aivita Putniņa:
Es pavisam mazu komentāru Bunduļa kunga teiktajam. Jāsaka, ka mēs arī visa darba grupa ministrijā beidzām ar tādu vēlmi, ka labprāt turpinātu to darīt arī VM. Un es tā ceru, ka tagad pēc jūsu vārdiem saņemsim arī kādu oficiālu ielūgumu un kāds mūs tur arī gaidīs. Paldies!

Lūcija Akermane, VOAVA direktore:

Es gribēju papildināt par šo skrīningu, jo MK ir sagatavojis šo ziņojumu un kopā ar VM ir iesniegti priekšlikumi grozījumiem Veselības aprūpes finansēšanas organizēšanas kārtībā. Tur praktiski tiek paredzēts, ka tas darbs tiek uzsākts ar 2009.gadu un 2008.gads gads ir sagatavošanas gads, kur aģentūra uz pašreiz esošajiem resursiem veido šo nodaļu un arī veic šo tiešo organizēšanas darbu. Jo skaidrs ir viens, ka tas prasa pietiekoši ilgu sagatavošanas darbu. Un tā, kā jūs paši arī minējāt, ir jautājums par aparatūru, kurā vietā tas notiek un arī, cik lielu aptveri var paņemt, jo tas nevar vienā gadā uzreiz paņemt visas sievietes, vienkārši fiziski tas nav iespējams.

3. daļa.
Pacientu tiesības

Kas ir pacientu tiesības?

Aiga Rūrāne
Pasaules veselības organizācijas pārstāvniecības Latvijā vadītāja

Paldies par šo lielisko iespēju šodien uzstāties! Tā diena bija ārkārtīgi intensīva, es teiktu, ka no sava viedokļa es esmu ārkārtīgi liela ieguvēja. Tā bija loti intensīva informācija, loti intensīva domu apmaiņa, labi ierosinājumi. Tā kā es varu tikai ieteikt organizatoriem iet un turpināt šo pašu ceļu tālāk, tikai ieteiktu padomāt par dienas sadalījumu, jo tas patiešām ir par daudz intensīvu, prasa diskusijas, prasa iedziļināšanos. Tā kā esam nonākuši pie manas nelielas uzstāšanās un faktiski, nu jūs piekritīsiet, man ir iedota neiespējamā misija, bet es darīšu, ko varēšu.

Tā ka man organizatori palūdza iedot tādu vispārēju ieskatu – par to, ko mēs saprotam ar pacientu tiesībām, tad manas uzstāšanās mērķis būs kopējas izpratnes radīšana – ko mēs īsti saprotam ar pacienta tiesībām, tādā mūsdienīgā skatījumā. Manuprāt, dzirdot visas šīs dienas uzstāšanās, vismaz formāli ar izpratni mums viss ir kārtībā. Prezidents ļoti apstājās pie pacientu tiesībām, tāpat Veselības ministrs speciāli norādīja, ministrijas augstākās amatpersonas arī. Faktiski visi norādīja, par to, ka pacients ir centrā, ka pacienta tiesības ir svarīgas un ka mēs visi pie tā strādājam, ka informēts pacients- tā ir mūsu vērtība.

PVO pilnīgi noteikti uzskata, ka tā ir ļoti, loti būtiska joma. Mēs pie pacientu tiesību veicināšanas strādājam jau no pagājušā gadsimta 80-iem gadiem, kas ir labu laiku atpakaļ. Jāsaka, ka kopš mēs esam strādājuši Latvijā, jau kādus 8 gadus pacientu tiesības ir bijušas mūsu prioritāte Latvijā. Tā ka man ir zināma pieredze darbā ar šo jautājumu. Pacientu tiesību jautājums nav viegli runājams nevienā auditorijā, jo tikko mēs liekam šo vārdu kombināciju „pacienta tiesības", tā auditorija uzreiz nedaudz iespringst. Ja tie ir ārsti, tad tie ieņem zināmu psiholoģisku aizsardzības pozīciju, ja tie ir pacienti - tad tiem atkal ir savi argumenti. Un tas, ko mēs redzam pēdējo gadu laikā, runājot par pacientu tiesībām, ir tāda zināma spriedze. Abām pusēm šie argumenti ir atbilstoši un vērā ņemami. Tā ka faktiski mūsu mērķis un arī šīs dienas diskusijas mērķis būtu parunāt patiesi - ko mēs katrs saprotam ar šīm tiesībām. Vai tas patiesi ir drauds vai gluži pretēji - tas ir uz pozitīvu attīstību vērsts jautājums.

Pacientu domas
***(**PVO apsekojums, Latvija, 2002.gads)*

- Nav pietiekami efektīva medikamentu kompensēšanas sistēma pacientiem ar hroniskām slimībām;
- Pašreizējā ĢĀ sistēma ir izdevīga jauniem un veseliem cilvēkiem un liek ĢĀ 'izvairīties' no pacientiem ar multiplām hroniskām slimībām
- ĢĀ nesūta pacientus pie speciālista, jo grib ietaupīt naudu. Tā vietā viņi ārstē paši, kaut gan viņiem nav speciālu zināšanu
- Veselības iestādēs nav labas medicīnisko ierakstu uzglabāšanas sistēmas. Netiek pietiekami nodrošināta pacienta datu aizsardzība
- Eksistē 'aplokšņu' sistēma
- Netiek ievērota medicīnisko datu slepenība;
- Realitātē sūdzību iesniegšana lauku rajonos ir gandrīz neiespējama;

Pasaules veselības organizācija veica apsekojumu, kāda tad ir situācija ar pacientu tiesībām Latvijā. Šos reālos piemērus paņēmu, tikai lai demonstrētu situāciju, bet jāņem vērā, ka šie ir reālie tā laika secinājumi, ko teica pacienti, ārsti un vadība. Tātad 2002.gadā pacienti teica, ka kompensācijas sistēma nav pietiekama un ka nav pietiekami vērsta uz hronisko slimnieku interesēm. Tad pacienti arī domā, ka ģimenes ārstu sistēma nav īsti

efektīva un ka ir vairāk izdevīga jauniem, veseliem cilvēkiem. Un ģimenes ārstu doma ir izvairīties no pacientiem ar hroniskām slimībām. Par to toreiz runāja, ka pacienti īsti netiek sūtīti pie speciālistiem, ka ģimenes ārsti grib ietaupīt naudu. Visas šīs lietas, ko mēs esam zinājuši un pārrunājuši jau labu laiku atpakaļ. Arī šis jautājums par medicīnas ierakstu uzglabāšanas sistēmu, ko pacienti atzīmē kā neefektīvu. Par pacienta drošības aizsardzības trūkumiem un arī par to, ka eksistē aplokšņu sistēma. Tā ir ilustrācija, ko domā pacienti. Tajā pašā laikā atkal par to, ka netiek ievērota medicīnas datu slepenība. Un, kas ir interesanti, ko atzīmē tajā laikā Latvijas pacienti - ka realitātē sūdzību iesniegšana lauku rajonos ir gandrīz neiespējama. Tāpat tiek norādīts uz zemo atalgojumu veselības aprūpē, par ko runā arī tagad. Tas tiek norādīts kā iemesls aplokšņu naudai. Par to, ka pirms regulē pacientu tiesības, ir jānosaka ārstu tiesības, tas ir citādas, tātad arī šīs ārstu bažas par to, ka apdrošināšanas maksas jeb kompensācijas naudas ir nopietns drauds, īpaši valsts apmaksātiem ārstiem. Tomēr lielākā daļa no aptaujātajiem ārstiem atzina, ka būtu jāveic nopietni uzlabojumi pacientu regulēšanas jautājumos. Arī valsts pārstāvji izteica savas domas. Faktiski tajā laikā un arī tagad, šodien, kā jau dzirdējām - tās ir pozitīvas. Ka ir jābūt sakarotai likumdošanai un ka ir jānosaka ne tikai likums, bet ārkārtīgi jāfokusējas uz tā ieviešanu. Par to, ka svarīga pacientu drošība, dokumentu drošība, glabāšana. Visi izteica vienotu secinājumu, ka neapšaubāmi finansējums veselības aprūpes sistēmā ir būtiska loma.

Ārstu domas
(*PVO apsekojums, Latvija, 2002.gads)*

- Zemais atalgojums nosaka aplokšņu naudu
- "Pirms regulē pacientu tiesības, ir jānosaka ārstu tiesības''
- Pieaugošās apdrošināšanas maksas ir nopietns drauds, īpaši valsts apmaksātiem ārstiem
- Kopumā lielākā daļa atzina, ka būtu jāveic pacientu tiesību regulācija

Valsts pārstāvju domas
(PVO apsekojums, Latvija, 2002.gads)

- Vajadzīga skaidra likumdošana
- Fokuss uz likuma ieviešanu
- Svarīga pacientu drošība
- Jāuzlabo slimnieku dokumentu drošība; medicīniskās dokumentācijas glabāšana

Kādēļ pacientu tiesību ievērošana ir būtiskāka nekā jebkad agrāk
Nepārtrauktas izmaiņas veselības aprūpes sistēmā:
Arvien komplicētāka
Medicīniskā iejaukšanās bīstama
Nereti: bezpersonīgums, iejūtības trūkums;
Birokrātiskais faktors

Kādēļ pacientu tiesību ievērošana ir būtiska un mūsu izpratnē pat būtiskāka, kā jebkad agrāk. Tas arī šodien tika uzsvērts. Faktiski iemesls ir progress medicīnā, zinātnes un tehnoloģiju ļoti straujā attīstība, milzīgais temps, veselības aprūpes reformas, kas notiek. Un medicīnas veselības aprūpe kļūst arvien komplicētāka. Mēs visi zinām, ka medicīniskā iejaukšanās ir bīstama, tā kļūst arvien agresīvāka, birokrātiskais faktors ir ļoti nopietns. Un visā šajā jūklī, kur tad ir pacients? Kur paliek iejūtība, cilvēciskais faktors, kur paliek pacientu autonomiju pašiem noteikšanās tiesības. Tātad šis ir galvenais arguments, kāpēc ir būtiski runāt par pacientu tiesībām, un šī joma būtu jāsakārto arī likumdošanas līmenī.

Paskatīsimies, kas notiek Eiropā, īsa ilustrācija par pacientu tiesību likumdošanu Eiropā. Pašreiz ir 15 valstis, kur ir pacientu tiesību aizsardzības likums. Tai pašā laikā ir labi attīstītas valstis, kā Vācija, Zviedrija, Spānija, Portugāle, Itālija, kur nav vienota likuma, kas ir tieši paredzēts pacientu tiesību aizsardzībai. Tas nenozīmē, ka šinīs valstīs netiek ievērotas pacientu tiesības. Tas vienkārši nozīmē, ka pārējā likumdošana labi nosedz šo pacientu tiesību aizsardzības jomu.

Tātad 15 valstis Eiropā, kur ir pacienta tiesības aizsargājoši akti. Gribētu vērts jūsu uzmanību uz gadu skaitļiem. Jūs redzat, ka lielākā daļa likumu ir veidoti deviņdesmito gadu vidū, beigās,

divtūkstošie gadi. Pilnīgā līdere šajā jomā ir Somija. Faktiski pirmā valsts Eiropā, kur pacientu tiesību likums tika pieņemts 1992.gadā. Ko ar to gribu teikt? Ka faktiski mūsdienu koncepcija un izpratne par pacientu tiesībām nav tik sena vēsture. Tas nav tik sen, ka runājam par pacientu tiesībām ļoti nopietnā problēmas līmenī.

Nedaudz vēsturē – kā tad īsti tas viss attīstījās un kas ir tie pamatdokumenti, uz kuriem mēs raugāmies, runājot par pacientu tiesībām. Nosaukšu būtiskākos: tā ir ANO harta, kas tika pieņemta1945.gadā, tālāk Vispārējā cilvēktiesību deklarācija, pēc tam Eiropas Cilvēktiesību konvencija, arī pārējās, kas sekoja. Eiropas Sociālā harta 1961.gadā. Tas ir tas pamats tādām nopietnām diskusijām, kas tika izvērstas un kādā veidā tālāk tika strādāts pie pacientu tiesībām 70.tajos un 80.tajos gados.

Likumdošana par pacientu tiesībām Eiropā

•**Beļģija** 2002, *(Act on Patients' rights)*
•**Kipra**, 2005, *(Patients' right law)*
•**Dānija**, 1998, *(Law on Patients protection)*
•**Igaunija**, 2002, *(Act on Patients' Right, Draft)*
•**Somija**,1992, *(Law on Patients' rights)*
•**Francija**, 2002, *(Law on quality and Patients' rights)*
•**Grieķija,**1997, *(Medical law)*
•**Gruzija,** 2000, *(Act on Patients' rights)*
•**Ungārija**, 1997, *(Rights and Obligations of Patients)*
•**Islande**, 1997, *(Act on Patients' rights)*
•**Izraēla**, 1996, *(Patients' Rights Act)*
•**Lietuva,**1996, *(Law on the rights of Patients and damage done to Patients)*
•**Nīderlande,** 1994, *(Medical Treatment Act)*
•**Norvēģija**, 1999, *(Patients' Right Law)*
•**Šveice**, 2003, *(Patients' Rights Act Only in some Cantons)*

•Valstis, kur nav detalizēta likumdošana par pacientu tiesībām
Vācija, Zviedrija, Spānija, Portugāle, Itālija

Pamatdokumenti:

•ANO Harta, 1945
•Vispārējā Cilvēktiesību Deklarācija,1948
•Eiropas Cilvēktiesību Konvencija,1950
•Starptautiskā Konvencija par Ekonomiskajām, Sociālajām un Kultūras tiesībām, 1966
•Eiropas Sociālā Harta, 1961
•**PVO Deklarācija par pacientu tiesībām, 1994**
•Eiropas Konvencija par bioētiku, 1997

Es īpašu uzmanību gribētu pievērst nākamajam dokumenta, kas ir izcelts – PVO deklarācija par pacientu tiesībām, kas tika pieņemta 1994.g. Amsterdamā. Faktiski šis ir pamatdokuments, kas formulē mūsdienu izpratni par pacientu tiesībām, kas lielā mērā ņemts par pamatu nacionālo likumdošanu attīstībai tālāk valstīs.

Fons ir tāds, ka likumdošanas iniciatīvas, politikas iestrādes sākās jau arī agrāk – 70.80.gadi, bet tas notika katrā valstī savādāk. Somija bija pirmā valsts, kas bija vistālāk tikusi. Taču ārkārtīgi trūka vienota dokumenta, kas formulē pamattiesības, pamatprincipus. Tādēļ deklarācija par pacientu tiesībām ir starptautiskā nozīmē ļoti svarīga. Par to vienojās 36 valstis un PVO bija tā, kas šo konvenciju iniciēja un uztur spēkā.

Tātad, kā es minēju, šis ir būtisks dokuments, kas nosaka mūsdienu izpratni par pacientu tiesībām Eiropā. Tas ir būtisks, pirmkārt, ar to, ka piedāvā jaunu koncepciju. Līdz šai hartai 70.tie - 80.tie gadi bija tāds laiks, kad skats bija no tāda tēvišķā skatu punkta, tādas patronāžas. Bija iestrādes pacientu tiesību likumos, bet tās bija lielākoties sniegtas no profesionāļu perspektīvas, un arī specializējās uz konkrētām pacientu grupām. Pirmkārt ir runa par psihiatrijas nozari. Tātad šī deklarācija pirmo reizi piedāvā jaunu konceptu, kur pacientu tiesības tiek skatītas no pacientu viedokļa un pacienta, kā sistēmas lietotāja un līdzvērtīga partnera perspektīvas.

Kāds, tad ir mērķis? Par ko mēs jau šodien runājām un tas viss ir pareizi. Pirmkārt un galvenokārt tas ir uzlabot veselības aprūpes sistēmas kvalitāti. Gan indivīdu līmenī, kad tiek runāts par indivīdu veselības diagnosticēšanu u.t.t, saprotams, ka vajadzīga pacientu iesaistīšanās, mēs visi to zinām. Tikai tad ir sagaidāms rezultāts, ja ir aktīva, informēta ārsta un pacienta līdzdarbība. Tikpat svarīgi, ja skatās uz sistēmu kopumā, tikai tad, ja nodrošināta

pilsoniskās sabiedrības iesaistīšanās, tas ir tas svarīgais komponents, kas nodrošina un virza uz kvalitāti.

Tālāk mērķis ir nodrošināt cilvēku vispārējo tiesību aizsardzību un veicināt iejūtīgu attieksmi pacientu aprūpē. Te ir runa īpaši par visneaizsargātākajām grupām – bērniem, psihiatriskajiem pacientiem, veciem cilvēkiem un smagi slimiem pacientiem.

Tālākais mērķis, un šis ir punkts, uz kuru vēlētos vērst īpašu uzmanību, ka šis ir tas punkts, ar kuru bieži tiek spekulēts, kurš tiek interpretēts. Te ir runa par to, ka pacientu tiesības un deklarācijas mērķis ir nostiprināt izpratni par tiesībām un atbildību, savstarpēji papildinošo iedabu. Tas ir ārkārtīgi būtiski saprast, ka pacienti joprojām, arī ar visu pacientu tiesību aizsardzības likumu ir atbildīgi attiecībā uz rūpēm par savu veselību. Tāpat, kā viņi ir atbildīgi pret veselības aprūpes darbiniekiem, kas bauda tieši tādas pašas cilvēktiesības, kā visi pārējie. Jo šis jautājums bieži tiek diskutēts un spekulēts no tā viedokļa: *„Tad kā? Pacientu tiesību likums atbrīvos pacientu no rūpēm par savu veselību? Un kur tad ir medicīnas darbinieku tiesības?”* Tās ir šeit un pacientu tiesību likums paredz, ka pacients uzņemas atbildību, un cilvēktiesības attiecas absolūti uz visiem.

PVO Deklarācija par PT Eiropā:
Amsterdama, 1994

- **Piedāvā jaunu koncepciju:** pacientu tiesības no pacienta, kā sistēmas lietotāja un partnera perspektīvas
- **Mērķis** :
  - Uzlabot veselības aprūpes sistēmas kvalitāti kopumā (pacientu līdzdalība, iesaistīšanās);
  - Nodrošināt **vispārējo cilvēktiesību aizsardzību** un veicināt **iejūtīgu attieksmi pacientu aprūpē**, arī attiecībā uz **visneaizsargātākajām grupām**, t.i., bērniem, psihiatriskajiem pacientiem, veciem cilvēkiem un smagi slimiem pacientiem;
- nostiprināt izpratni par **tiesību un atbildību savstarpēji papildinošo iedabu**: pacienti ir atbildīgi attiecība uz rūpēm par savu veselību, kā arī uz veselības aprūpes darbiniekiem, kas bauda tādas pašas cilvēktiesības kā visi pārējie;
- Uzlabot pacientu/veselības aprūpes darbinieku savstarpējās attiecības, balstītas uz abpusēju atbalstu un cieņu;
- Palīdzēt pacientiem gūt **maksimālu labumu saņemot veselības aprūpes pakalpojumu** un atvieglot pacienta situāciju gadījumā, ja viņš saskāries ar problēmām veselības aprūpes sistēmā
- Atbalstīt Dalībvalstis uzsākt un pilnveidot pacientu tiesību īstenošanas dažādas stratēģijas

Tālāk, runājot par citiem mērķiem, neapšaubāmi viens no svarīgiem ir palīdzēt pacientiem gūt maksimālu labumu, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus. Es gribētu vēl nedaudz uzsvērt vēl vienu jautājumu, kas ir ārkārtīgi plaši diskutēts mūsu darba grupās, runājot par pacientu tiesību likumu Latvijā. Tad kas ir pacients? Pamatprincips ir tas, ka veselības aprūpe ietver visus veselības un veicināšanas aizsardzības preventīvos pasākumus – diagnozes uzstādīšanu, ārstēšanu, rehabilitāciju un aprūpi. Faktiski pacients ir jebkurš, arī vesels cilvēks, kas atnācis saņemt konsultācijas vai iegājis aptiekā saņemt bez recepšu medikamentus un pacients, protams, ir slims cilvēks. Tā kā pacients ir jebkurš, kas nonāk saskarsmē ar veselības aprūpes sistēmu. Tas ir ārkārtīgi būtiski atcerēties – pacients ir ļoti plaša izpratne.

Vēl svarīgi ir izdalīt sociālās tiesības un individuālās tiesības. Sociālās tiesības mēs labi saprotam, ka attiecas uz sabiedrību kopumā, un tā ir kopēja valsts zināmā mērā apņemšanās nodrošināt apmierinošus veselības aprūpes apstākļus visiem iedzīvotājiem kopumā. Par vārdu apmierinoši atkal var runāt, ko nozīmē „apmierinoši” veselības aprūpē, bet tas, protams, ir saistīts ar katras valsts iespējām, resursiem, likumdošanu, administratīvo kapacitāti u.t.t. Šeit mēs runājam par individuālajām tiesībām, kur runa ir par personas autonomiju, tiesībām uz privātās informācijas konfidencialitāti, atbalstu, cieņu un tā tālāk.

Kādas tad ir šīs pamattiesības? Faktiski to visu mēs lieliski zinām, un es pie tā sīkāk nekavēšos, jo tiešām ticu, ka auditorijai šodien tas ir labi zināms. Kas tad ir pamattiesības, kas formulētas arī deklarācijā? Pirmkārt, tās ir cilvēktiesības un vispārcilvēciskās vērtības veselības aprūpē. Šeit

mēs runājam par pašnoteikšanos, par tiesībām uz dažādiem uzskatiem, kas neapšaubāmi ir respektēšanas vērti. Un tie būtu jāņem vērā arī veselības aprūpes sniedzējiem un sistēmai kopumā.

Pamattiesības

- Cilvēktiesības un vispārcilvēciskās vērtības veselības aprūpē (tiesības uz cieņu, pašnoteikšanos, reliģiskiem un filozofiskiem uzskatiem);
- Informācija
- Piekrišana
- Konfidencialitāte un privātā informācija
- Aprūpe un ārstēšana
- Tiesību realizācija praksē

Tālāk pamattiesības ir informācija. Par to šodien tika daudz runāts, tāpēc pie tā nekavēšos. Informācijai ir jābūt publiski pieejamai, pacientam ir jābūt informētam par visu, kas attiecas uz viņa veselību u.t.t. Pacientam neapšaubāmi ir tiesības arī atteikties no informācijas, ja viņš to nevēlas saņemt. Par piekrišanu es domāju, ka te arī ir ļoti skaidrs – jebkura iejaukšanās, jebkura darbība var notikt tikai ar pacienta piekrišanu un pacientam ir tiesības arī noraidīt jeb pārtraukt jebkuru medicīnisku iejaukšanos, bet neapšaubāmi šajā ziņā ir jābūt skaidrojošajam darbam no veselības aprūpes personāla, no ārsta un šīm sekām par atteikšanos ir jābūt labi izskaidrotām.

Konfidencialitāte un privātā informācija - visa informācija, kas attiecas uz pacientu ir konfidenciāla arī pēc nāves. Ir jābūt īpašai piekrišanai, lai to varētu lietot, un piekrišana ir vai nu pacienta vai likumos noteikta. Aprūpe un ārstēšana – par to, ka visiem ir tiesības saņemt atbilstošu ārstēšanu, tai jābūt pēctecīgai, nodrošinot visas vajadzības garumā u.t.t.

Tiesību realizācija praksē ir viena no pamattiesībām, kas ir ļoti būtiska, kas arī šodien tika minēta, un te ir runa par to, ka tiesību realizācijai ir jāparedz atbilstoši apstākļi. Tā nevar būt deklaratīva, jābūt noteiktai sistēmai, kas paredz un nodrošina šo realizāciju dzīvē. Ir jābūt dažādiem mehānismiem, kādā veidā pacients var paust savas domas par notiekošo veselības aprūpē. Par to, ja pacients nav apmierināts ar sniegto pakalpojumu. Ja pacientam liekas, ka viņa tiesības ir pārkāptas, tad ir jābūt šai iespējai pacientam iesniegt sūdzību. Iespēja vērsties tiesā ir labi zināma, bet pirms tiesām būtu jābūt labi nodrošinātai citai iespējai, ir jābūt neatkarīgajam mehānismam, kas atvieglotu sūdzību iesniegšanu un tālāku izskatīšanu. Par to mēs Latvijā daudz esam runājuši, kā tas varētu būt. Šeit ir runa par tiesībsargu – ombudu – un tā tālāko perspektīvu Latvijā.

Pacientu tiesību likuma pamatprincipi

- Pieejamība
- Saprotams un vienkāršs
- Reāli mērķi un uzdevumi
- Nodrošina juridisku aizsardzību
- Atbalsts vājākajai pusei
- Pārraudzības/sarga funkcija
- Sūdzību un apelācijas tiesības

Runājot par pacientu tiesību likumu, tam jābūt pieejamam, saprotamam, vienkāršam, ar reāliem mērķiem un uzdevumiem. Tas ir arī tas, ko šodien runājām, ka nevar būt lieli, deklaratīvi mērķi, kas pēc tam netiek īstenoti praksē. Tad tā ir milzīga vilšanās un tas nebūtu pieļaujami. Likumam būtu jānodrošina juridiskā aizsardzība, aizsardzība vājākajai pusei. Un šis ir teikums, kas parasti īsti labi netiek uzņemts no ārstu puses. Un es vairākkārtīgi esmu dzirdējusi, *„kā, kāpēc vājākā puse, vai tad mēs, ārsti, kādam vēlam ļaun*u?” Šeit nav par to runa – protams, ka nē. Tāpēc, ka neviens ārsts neko sliktu negrib nodarīt pacientam. Šeit ir runa par to, ka ārsts personificē sistēmu ar visiem tā rokās esošajiem instrumentiem – finansēm, resursiem, likumdošanu, administrāciju. Tā neapšaubāmi ir sistēma, kas ir pret indivīdu. Tādēļ mēs runājam par likumu, kam būtu

jānodrošina vājākas puses tiesības. Pārraudzības un sarga funkcijas, ko es minēju, tiesības sūdzēties un apelācijas tiesības.

Pacientu Ombuds Eiropā

- **Grieķija** – Ombuds nacionālā līmenī
- **Austrija** – Volksanwalt reģionālā līmenī
- **Lielbritānija** – Veselības pakalpojumu komisārs *(Health Service Commissioner)* reģionālā līmenī
- **Izraēla** – Ombuds nacionālā līmenī, Veselības komisārs (*Health Commissioner)*, pacientu tiesību pārstāvji
- **Somija** – Pacientu Ombuds (Veselības aprūpes iestādēs)
- **Norvēģija** – Pacientu Ombuds (pašvaldību līmenis)
- **Ungārija** – Parlamentārais komisārs (*Parliamentary Commissioner on Citizens' Rights)*

Noslēgumā gribu pieminēt pacientu ombudu praksi, kāda Eiropā. Ļoti interesanti, ka tā ir visai atšķirīgi veidota – virknē valstu ombuds ir viens un nacionālajā līmenī, savukārt Norvēģijā ir daudz pacientu ombudu un tie ir pašvaldību līmenī. Ļoti interesanta pieredze ir Somijā, kur pacientu ombuds ir katrā veselības aprūpes iestādē.

Savu prezentāciju gribu noslēgt ar vienu karikatūru, kas ir vienkārši joks par to, kā varētu nepareizi tikt interpretētas pacientu tiesības. Šīs dažādās puses sanāk kopā – pacienti un ārsti – un ir šī neizpratne. Ārsts atnāk pie pacienta un saka – ko tad tu domā, ko man tev vislabāk vajadzētu darīt? Pacients saka – bet kā gan es to varu zināt? Tad te ir jautājums par to, ka katrs paliek pie sava, un tā galu galā ir tava veselība un tu par to maksā. Ar to es arī gribētu beigt sakot, ka svarīgi, lai mums visām veselības aprūpē iesaistītajām pusēm būtu vienāda izpratne, kas ir pacientu tiesības. Paldies!

(Pilnu prezentāciju skatīt pielikumā.)

Priekšnoteikumi efektīvai pacientu tiesību aizsardzībai Latvijā.

Solvita Olsena

„Papardes zieds" padomes locekle, Pacientu tiesību biroja pārstāve

Paldies par uzaicināšanu! Es esmu deleģēta no Pacientu tiesību biroja kopsapulces runāt ar jums. Uzreiz teikšu – esmu arī privāti praktizējoša juriste Medicīnas tiesību institūtā un Rīgas Stradiņa Universitātes lektore. Tā kā nebrīnieties, man šie krēsli dažādi. Man ir prieks runāt un zināmā mērā arī mazliet žēl runāt Latvijas Pacientu tiesību biroja vārdā, bet situācija ir tāda, kāda tā ir.

Mums ir jārunā par labu pārvaldību veselības aprūpē. Šodien pirmā daļa bija veltīta veselības politikas stratēģiskiem mērķiem, un liela daļa no runātājiem runāja nevis par mērķiem, bet par līdzekļiem. Ja mēs runājam par to, kā mēs organizēsim, kā mēs pārvaldīsim, kā mēs informāciju sniegsim, kā mēs nodrošināsim vienību. Tie ir līdzekļi, bet tie nav īsti mērķi. Žēl, ka šeit ir tik maz cilvēku, bet es gribēju citēt Eiropas Padomes Biomedicīnas konvenciju, un es gribu visiem atgādināt, un ar to mums ir jāsāk, vienmēr jāatceras šī definīcija, ka „visas darbības veselības aprūpē, tajā skaitā diagnostika, ārstēšana, profilaktiskie pasākumi ir jāveic saskaņā ar profesionālām prasībām, standartiem, lai (un šis ir mērķis, kas ir noteikts visā Eiropā veselības aprūpē) nodrošinātu pacienta tiesības un intereses". Pacienta vārdā mēs vispār organizējam veselības aprūpes sistēmu, mums nav vajadzīgs neviens ārsts, neviens funkcionārs, ja nav pacients.

Šis ir vienīgais leģitīmais mērķis arī no jurisprudences viedokļa, kā mēs vispār varam argumentēt, kāpēc mums kas ir jādara, kāpēc mums ir jātērē nauda, kāpēc mums ir vajadzīgi kādi uzlabojumi, kādas citas pārmaiņas. Tikai tādēļ, lai nodrošinātu pacienta tiesības un intereses, jo ārsti, citi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji ir pakalpojumu sniedzēji un viņi nodrošina šo pakalpojumu saņēmēju intereses. Savukārt valsts ir šī institucionālā vienība, kas nodrošina sabiedrības intereses un sabiedrībai daļa interešu ir tieši veselības aprūpes jautājumos, mēs faktiski strādājam tikai ar vienu mērķi – lai nodrošinātu pacienta tiesības un intereses. Tikai šādā veidā mums ir jāveido savi argumenti, kāpēc mēs te ko darām. Līdz ar to man nedaudz pārsteidza Veselības ministra replika pēc pirmās daļas, ka viņam ir vienlīdz jārūpējas par pacientu un ārstu interesēm. Nē, viņam nav vienlīdz jārūpējas par pacientu un ārstu interesēm, jo ārsti ir, lai realizētu pacientu tiesības un intereses un Veselības ministram kā politiķim ir jārūpējas par pacientu interesēm. Arī prezidentam ir jārūpējas par pacientu interesēm, jā, un daudziem citiem ir jārūpējas par pacientu interesēm. Tā, lūk, tādēļ es ļoti gribēju uzsvērt šo sākumu, jo ja mēs nesaskatām, kurš ir galvenais mērķis, tad mēs tieši varam nomaldīties no ceļa un aiziet nepareizā virzienā.

Kāda ir pacientu biroja izpratne par to, kas šobrīd notiek pacientu tiesību jomā Latvijā? Biroju ļoti uztrauc tas, ka šobrīd nav nevienas valsts institūcijas, kas risinātu pacientu tiesību jautājumus to visplašākā izpratnē. Mums ir dažādas iestādes, kas arī nodarbojas ar dažādiem, šauriem pacientu jautājumiem, bet tāda institūcija, kas risinātu pacientu tiesību jautājumus, mums nav. Tāpat mums nav neviena valsts institūcija, kas kompleksi rūpētos par to, lai pacientu tiesības veselības aprūpē tiktu realizētas pacientam nepieciešamā kvalitatīvajā un kvantitatīvajā apjomā. Nav mums tādu institūciju, un Pacientu birojs neredz, ka kāds kopumā rūpētos par to, lai pacients tik tiešām saņem to, kas viņam vajadzīgs, lai justos labi utml. Tāpat mums nav neviena valsts institūcija, kur pacients varētu saņemt nepieciešamo informāciju par viņa tiesībām veselības aprūpē. Mums ir dažādi iedīgļi – kaut kur kaut ko jau viņš var saņemt, bet ja viņam ir

vajadzīga informācija viņa specifiskajā situācijā, tad šāda institūcija mums nepastāv, un to daudzi runātāji jau iepriekš ir atzinuši. Tāpat mums nav nevienas institūcijas, kas pilnībā varētu izskatīt pacientu sūdzības dažādos jautājumos. Konkrēti Pacientu tiesību birojā atnāk pacienti ar sūdzībām, ko viņi ir iesnieguši MADEKI un tagad Veselības inspekcijā, bet tur, piemēram, pacienta tiesību sadaļa, sūdzību sadaļa vispār netiek izskatīta, pat nav pieminēta. Ja mēs redzam no mūsu tiesu prakses vairākās lietās, ka arī tiesa nespēj izskatīt jautājumus, kas tieši ir iesniegti par pacientu tiesību pārkāpumiem veselības aprūpē. Kā rāda Pacientu tiesību biroja pieredze, piemēram, Tiesībsargu birojs pārsūta savus apmeklētājus mums, lai tagad Pacientu tiesību birojs risina šos pacientu tiesību jautājumus. Tāpat mēs saņemam regulāri no pašreizējā Valsts prezidenta kancelejas un no iepriekšējā Valsts prezidenta kancelejas lūgumus izskatīt šo pacientu iesniegumu, atbildēt viņiem augsti kvalificēti. Tātad arī prezidents atrod, ka nav viņam pārsūtīt šo sūdzību, ja viņš šo sūdzību atsūta Pacientu tiesību birojam, kas ir tikai biedrība, tikai biedrība! Tāpat arī citas valsts institūcijas pārsūta mums un tad saka: „Lūdzu, lūdzu, dariet kaut ko!" Jā, mēs esam ļoti daudz darījuši, bet tādēļ mums ir tāds uzskats, ka, lai arī mēs runājam ar vārdiem, ar darbiem mēs neesam parādījuši, ka pievēršam nepieciešamo, vismaz minimāli nepieciešamo uzmanību pacientu tiesību jautājumiem. Kā lai citādi mēs varam novērtēt to, ka Pasaules Veselības organizācijas eksperts ir uzrakstījis, ka Pacientu tiesību likuma projekta autoriem nav bijušas zināšanas pacientu tiesību teorijā. Tas pierāda to, ka nav šī minimāli nepieciešamā uzmanība, jo pat likumu uzraksta kāds, kas vispār nezina, par ko pacientu tiesībās ir runa.

Otrs, kāpēc, man jāsaka, nav pievērsta vismaz minimāli nepieciešamā uzmanība, ir tādēļ, ka ļoti daudzi normatīvie akti, kas tiek sagatavoti un iesniegti Saeimā, ir absolūti pretrunā ar pacientu tiesībām. Mums bija tāds priekšlikums Saeimā atļaut ugunsdzēsējiem iegūt pacientu konfidenciālo informāciju. Es personīgi piedalījos, un mēs pārliecinājām Saeimu, ka tas ir galīgi absurdi no pacientu tiesību aizsardzības viedokļa., bet mums ir tik daudz normatīvu aktu, kas pacientu tiesībām ir pilnīgi pretrunīgi – normatīvais regulējums liek ārstam pārkāpt pacienta tiesības. Nu kā tas tā var būt? Tā taču nedrīkst būt! Ārsts brīžam ir pilnīgā ķīlnieka lomā, jo viņam ir jāievēro likumdošana, bet jāpārkāpj pacienta tiesības.

Kopš Pacientu tiesību birojs ir sācis savu darbību 2000.gadā kā Pacientu tiesību aizsardzības fonds un pēc tam kā Latvijas Pacientu tiesību birojs, Pacientu tiesību birojs ir tik tiešām kā biedrība, bet es uzsveru, kā nevalstiska organizācija, ir nodrošinājis ievērojamu attīstību pacientu tiesību jomā. Mēs esam panākuši to, ka ir pacienti varējuši saņemt konsultācijas dažādos jautājumos. Mēs esam snieguši skaidrojumu pacientu tiesību jautājumos dažādiem medijiem, mēs esam piedalījušies valsts organizētajās darba grupās visās valsts institūcijās. Mēs esam konsultējuši Saeimu, Veselības ministriju, Tiesībsarga biroju, citas valsts iestādes par pacientu tiesību jautājumiem, mēs esam risinājuši individuālas pacientu sūdzības un mēs esam atrisinājuši individuālas pacientu sūdzības ļoti daudzos gadījumos. Mēs esam panākuši to, ka ir mainīti noteikti liekumi, tie, kas bija pretrunā ar noteiktām pacientu tiesību idejām. Šos mērķus ir bijis iespējams sasniegt tikai tādēļ, ka mēs, organizācijas dibinātāji, ļoti šaurā lokā apzinājāmies un izpratām, kāds ir mūsu nospraustais mērķis, mēs atradām pareizos instrumentus un līdzekļus, mēs iesaistījām augsti kvalificētus profesionāļus biroja darbībā un saņēmām nelielu, tomēr ļoti nepieciešamo finansējumu no starptautiskajiem donoriem, tādiem kā Sorosa fonds, BAPP, Pasaules Veselības organizācija. Mēs izglītojām savus darbiniekus un arī apmācījām studentus Latvijas Universitātē, tātad mēs izdarījām šo darbu. Tādēļ man ir jāsaka šeit liels paldies maniem kolēģiem: zvērinātam advokātam A.Bitānam, profesorei medicīnā Andersonei, profesorei filozofijā Sīlei un maniem kolēģiem juristiem un ārstiem - Signei Dauškanei, Rolandam Rožkalnam, Lienei Šulcei un Līnai Kovaļevskai.

Pacientu tiesību biroja darbība ir reāls pierādījums tam, ka Latvijā ar šeit uz vietas pieejamiem resursiem ir iespējams vienu veselības aprūpes jomu, pirmkārt, aktualizēt un, otrkārt, sasniegt ievērojamu progresu šīs jomas attīstībā, ja vien ir zināms, kāds ir mērķis, ja vien tiek atrasti pareizie instrumenti šī mērķa sasniegšanai un, ja ir cilvēki, kas zina, ko darīt un māk to izdarīt. Šādos gadījumos progress ir neizbēgams. Pacientu tiesību birojs ir piemērs tam, ka mēs veselības aprūpes jomā varam sasniegt nepieciešamo rezultātu, ja vien mēs izmantojam visus trīs, un sasniegtais, protams, būtu daudz lielāks, ja Pacientu tiesību birojam netiktu likti šķēršļi, visdrīzāk neizpratnes dēļ, piemēram, no Latvijas ārstu biedrības, Saeimas, Ministru kabineta, no Veselības ministrijas utml.. Ar ko man ir jābeidz? Man ir jābeidz ar to, ka birojs lielā mērā ir sasniedzis nosprausto mērķus. Pacientu tiesību birojs ir panācis ievērojamu progresu pacientu tiesību jomā, bet šobrīd biroja darbībai, ne tikai šobrīd, bet jau samērā ilgstoši, netiek piešķirti nepieciešamie līdzekļi. Tāpēc Latvijas Pacientu tiesību biroja kopsapulce ir pieņēmusi lēmumu par Latvijas Pacientu tiesību biroja darbības izbeigšanu ar 2007.gada 30.novembri. Es aicinu jūs visus uz pēdējo tikšanos Latvijas Pacientu tiesību birojā šī gada 14.novembrī pkst.10.00 Pērnavas ielā. Paldies!

Vai Latvijā būtu jāievieš Pacientu tiesībsarga institūcija?

Gundega Bruņiniece
Tiesībsarga birojs

Mana tēma ir uzstādījums - vai Latvijā būtu jāievieš Pacientu tiesībsarga institūcija? Vispirms jau tiešām jāatzīstas, ka es nesniegšu konkrētu atbildi uz šo jautājumu, bet vairāk sniegšu informāciju par to, kāda pašlaik ir kompetence jau esošajam Tiesībsargam, kurš nesaucas pacientu tiesībsargs, bet vienkārši Tiesībsargs. Tāpat es iezīmēšu, ko Tiesībsargs pašreiz var darīt un ko nevar darīt, izskatot pacientu tiesību jautājumus. Ceru, ka šīs informācijas rezultātā arī diskusijā foruma dalībnieki būs kādas konkrētākas atbildes. Tad pavisam īsi mēģināšu ieskicēt, kas tad ir Tiesībsargs, jo tāpēc, ka te jau izskanēja nedaudz šis vārds, arī saistībā ar vārdu ombuds, un tad jāsaka, ka te nav nekāda kļūda, ka tiešām mēs varam runāt par Tiesībsargu jeb ombudu. Vairākās valstīs tas tiek saukts par ombudu un Latvijā, veidojot šo institūciju, arī bija daudz diskusiju, vai to saukt par ombudu, ombudsmenu, vai vēl kā savādāk. Palikām pie šī it kā latviskā vārda Tiesībsargs, kas, protams, skan latviski labāk, bet atkal rada citus sarežģījumus ar to, ka mums tiesībsargu Latvijā, ar mazo burtu rakstot ir daudz, piemēram, arī visi policisti ir tiesībsargi. Te tomēr vajag izšķirt, ka runa ir par Tiesībsargu ar lielo burtu.

Tiesībsargs un tā birojs ir neatkarīga valsts institūcija, kas veicina cilvēktiesību aizsardzību Latvijā, un tā ir, kā jau teicu, arī starptautiskā ombuda organizācija un arī starptautiskā ombuda institūta loceklis. Tiesībsargs šādā nosaukumā savu darbību ir sācis tikai šogad, tātad no 2007.gada 1.janvāra. līdz ar to vēl ir diezgan ierobežotas iespējas vērtēt paveikto darbu un iespējamo lomu. Protams, par pamatu var ņemt arī iepriekšējā Valsts cilvēktiesību biroja darbību, kas ir ļoti līdzīga institūcija, un būtībā Tiesībsargs ir tā tiesību un saistību pārņēmējs. Kā jau es teicu, atbilstoši likumam Tiesībsarga mērķis ir veicināt cilvēktiesību aizsardzību un sekmēt, lai valsts vara tiktu īstenota tiesiski, lietderīgi un atbilstoši labas pārvaldības principam. Birojs šo mērķi īsteno, pārsvarā darbojoties trijos virzienos: analizējot un pētot cilvēktiesību situāciju valstī, Latvijā, izglītojot un informējot sabiedrību par cilvēktiesībām, kā arī skatot individuālas sūdzības. Protams, šī pēdējā sadaļa aizņem lielāko biroja darba laiku. Sūdzības izskatīšana ir bezmaksas process un tiek uzklausīti visu iesaistīto pušu viedokļi un konstatēts vai ir noticis cilvēktiesību pārkāpums vai nav, un rezultātā tiek dots arī atzinums. Es gribētu uzsvērt, ka šim atzinumam ir rekomendējošs raksturs.

Citu jautājumu vidū tiesībsarga kompetence ietilpst arī pacienta tiesību jautājuma izskatīšana. Diezgan pareizi arī jau Rūrānes kundze pateica daļu no tā, ko es gribēju teikt, par šo pacientu tiesību iedalījumu. Īstenībā arī Birojā, skatot sūdzības, var vadīties pēc šī iedalījuma, kā jau minēja, ka ir šīs sociālās pacienta tiesības un individuālās pacienta tiesības. Arī Birojā, vispārīgi runājot par sūdzībām pacientu tiesību jomā, varam tās tā iedalīt. Runājot par šīm sociālajām tiesībām veselības aprūpē, pacientu tiesības Birojā tiek skatītas caur Satversmes 111.pantu, kurā garantētas tiesības uz veselības aizsardzību, un līdz ar to saistībā ar šo pantu, galvenais, uz ko Birojs koncentrējas, ir valsts pienākumi, kas izriet no šī panta. Jautājums vairāk tiek skatīts nevis attiecībā uz individuālu pacientu, bet tieši trūkumiem valsts izveidotajā veselības aprūpes sistēmā. Tā, piemēram, ir skatīti jautājumi saistībā ar medikamentu un pakalpojumu kompensācijas sistēmu, kādu konkrētu zāļu vai pakalpojumu nekompensēšanas pamatotību pie situācijas, kad noteiktais personu skaits, kas var pretendēt uz kompensējamajiem medikamentiem ir sasniegts, par medicīnas preču un pakalpojumu pieejamību un tamlīdzīgi. Bet kas ir tāds varbūt nereti no sabiedrības puses diezgan neizprasts jautājums, ir tas, ko mēs

neskatām. Neskatām mēs gadījumus, kad tiek saņemtas par ārsta konkrēto ārstēšanu, tātad par šo ārstniecības kvalitāti, par uzstādīto diagnozi, jo Tiesībsarga birojā darbojas tikai juristi. Jau pēc šīs institūcijas izveidošanas pamatiem nav plānots, ka varētu skatīt kādus jautājumus, kas nav tīri juridiski jautājumi. Tādos gadījumos tiek sniegta informācija, kur pacients var vērsties par šādiem jautājumiem agrāk tas bija MADEKI, tagad Veselības inspekcija vai arī jau par kaut kādām kaitējuma atlīdzībām tā ir tiesa.

Bez apskatītajām sociālajām, protams, ir šīs individuālas tiesības pacientu aprūpē, kas skar citas Satversmē garantētās tiesības, kuras Tiesībsargam ir patiešām lielākas iespējas risināt. Vispārīgi nodefinējot, tās būtu tiesības uz privāto dzīvi. Tiesības uz privāto dzīvi ir ļoti plašs jēdziens, un tas savukārt tālāk jau ietver šīs, piemēram, pacientu tiesības piekrist ārstēšanai – kad vispār ir jāsaņem šī piekrišana, tad pacientam ir tiesības atteikties no ārstēšanas, ir jānodrošina datu konfidencialitāte, arī informācijas pieejamība un tā tālāk. Tad šeit tiešām juristiem ir lielākas iespējas konstatēt pārkāpumus, kas arī ir daudzos gadījumos noticis.

Tad vēl pavisam neliela, bet specifiska sadaļa, kas arī Tiesībsarga birojam ir saistībā ar pacienta tiesībām, ir arī skatīt sūdzības par būtībā pacientu, kas atrodas slēgta tipa iestādēs. Tātad psihiatriskās iestādes, cietumu slimnīcas, kur arī atrodas pacienti, kas tiek ārstēti. Taču šeit tās tiesības jau ir specifiskākas un regulējums ir plašāks, savādāks, tāpēc, ka te regulējums attiecas uz personas tiesībām, piemēram, netikt spīdzinātiem, personas tiesībām uz brīvību. Šeit arī Birojam ar jauno likumu ir dotas ļoti plašas tiesības, piemēram, ierasties šajā slēgta tipa iestādē bez iepriekšēja brīdinājuma jebkurā laikā, tātad teorētiski arī 24.00 naktī ierasties, pieklauvēt pie durvīm un teikt – te nu mēs esam, laidiet mūs iekšā, mēs gribam pārbaudīt, vai te nenotiek pārkāpumi.

Tas bija tāds, pavisam īss apskats par to, ko Tiesībsarga birojs dara, vai ko nedara pašlaik. Kā jau tika minēts, arī iepriekš jau Rūrānes kundzes uzstāšanās laikā, ka ir dažādi piemēri, kā valstīs tiek organizētas šīs ombuda institūcijas. Ir valstis, kur ir viens ombuds – tā kā Tiesībsargs Latvijā, ir valstis, kur ir dažādi šie ombudi un kur šie ombudi atbild par dažādām sfērām, ir arī valstis, kur ir šāds pacientu tiesību ombuds un veselības aprūpes ombuds. Es tiešām nevaru īsti pateikt, vai viena vai otra pieeja būtu labāka vai sliktāka. Tad arī, runājot vispār par ombudu institūciju darbību efektivitāti, nekur to nevar pateikt, jo ir valstis, kut tiešām ombuda institūcija darbojas ļoti efektīvi, un kur ir tikai viens ombuds. Ir valstis, kur tāpat darbojas efektīvi un kur ir daudzi, tajā pašā laikā ir arī valstis, kur nedarbojas efektīvi, un ir arī atšķirīgi šie modeļi.

Latvijā arī ir notikušas ilgas diskusijas par to, kādam modelim sekot. Sākotnējā variantā bija paredzēti pieci ombudi. Te gan nebija paredzēts pacientu ombuds. Tomēr izšķīrās par šo vienu ombudu. Tam argumentācija ir ļoti plaša, kāpēc tieši šāda pieeja un ne savādāka. Protams, varētu runāt par to, ka kādā brīdī varētu rasties nepieciešamība vai arī vēlme pēc atsevišķa pacientu tiesību ombuda, un nereti arī šeit tika dzirdēts, ka tādā veidā varēs nodrošināt labāk pacientu tiesības un uzreiz tās pacientu tiesības tiks paceltas augstākā līmenī, viss notiks. Protams, tas nav izslēgts, ka tā tas būs un tad arī zināmā mērā vajadzētu paplašināt šo funkciju, arī ko tagad Tiesībsarga birojs nedara, piemēram, tomēr vērtēt arī jautājumus par šo aprūpes kvalitāti zināmā mērā. Taču tad būtu rūpīgi jāizvērtē, vai Tiesībsarga funkcijas nedublējas ar jaunizveidoto Veselības inspekciju

Bet jautājums, vai tas vismaz pašreizējā situācijā ir vajadzīgs un vai tas būtu efektīvi? Es nevaru piekrist tam viedoklim, kas ir izskanējis, ka tas uzreiz tiešām nodrošinās šīs pacientu tiesības labākā līmenī tāpēc, ka ombuda institūcijas darbības efektivitāte ir atkarīga no daudz un dažādiem faktoriem un apstākļiem. Es varbūt gribētu citēt arī, ko ir norādījis Eiropas Savienības

ombuds. politikas zinātņu doktors, N. Diamandoros, grieķis pēc tautības. Viņš teica tā, ka „mēs nevaram gaidīt, ka nosaucot institūciju par ombudu vai Tiesībsargu, tai ar likumu formāli piešķirot mandātu darboties, tā funkcionēs tikpat labi un efektīvi kā līdzīgas institūcijas citās valstīs. To apstākļu vidū, kas nosaka ombuda institūcijas efektivitāti, ir gan tādi, ko nevar ātri un viegli izmainīt, un ir gan tādi, ko var. Starp tādiem, ko nevar viegli un ātri ietekmēt, kā pirmais ir jāmin demokrātijas un tiesiskuma līmenis valstī" Šis Eiropas Savienības ombuds uzskata, ka valstī, kur tiesiskums nav plaši atzīta un nostiprinājusies vērtība, ombuda institūcijai ir maza iespēja būt efektīvai.

Jāatceras tas, ka Tiesībsargs, tāpat kā ombuda institūcijas citur pasaulē, ja mēs skatāmies uz .šo Tiesībsargu vai ombudu tā klasiskajā izpratnē, nekad nepieņem saistošus lēmumus. Tāpēc tā darbības efektivitāte lielā mērā ir atkarīga no tā, cik lielā mērā valsts institūcijas un amatpersonas būs gatavas pieņemt un izpildīt juridiski nesaistošas rekomendācijas, tikai tāpēc, ka tajās būs pārliecinoši argumenti.

Šeit tiešām tik daudz, cik es par šo jautājumu domāju, man liekas, ka vispirms ir jāskatās, vai līdzšinējās dotās kompetences ietvaros skatīt pacientu tiesību jautājumus, institūcijas dara to, ko viņas varētu darīt, un vai nevajag parūpēties, ja viņas to nedara, lai viņas to darītu jau līdzšinējā mandāta ietvaros, nevis veidot jaunu iestādi ar jaunu nosaukumu un gaidīt, ka tā tagad atrisinās visas tās problēmas, kas līdz šim nav tikušas atrisinātas. Tas ir mans uzskats, bet tas, vai vajadzētu atsevišķu šo pacientu tiesību ombudu vai nē, tas ir diskusijas jautājums, man nav konkrēta uzstādījuma. Paldies!

DISKUSIJA

Inese Voika:
Es saprotu, ka esam izturīgākie un varbūt arī ieinteresētākie, taču mēs arī strādājam šim dokumentam, kas pēc tam paliks, kuru tie, kas šeit nav, varēs izmantot, tāpēc rosinātu tos, kuriem ir vēl kādi novēlējumi vai konkrētas lietas nākamajiem soļiem, kaut kādu punktu tomēr liktu.

Man ir jautājums Guntai Ančai. Man patika jūsu slaids par to, kur vēl vajadzētu iesaistīt pacientus, cik daudz un dažādas jomas, kur tas ir svarīgi pacientu viedokli uzklausīt par dažādiem jautājumiem. Jautājums sasitās ar dakteru vai medicīniskā personāla apmācību. Jūs teicāt, ka vajag prasīt pacientam, ko viņam vajag no daktera. Kas ir tās divas pirmās lietas, kas jums ir prātā, ko šobrīd dakteriem nemāca, bet ja pacienti tiktu uzklausīti, ko viņiem strauji vajadzētu sākt mācīties?

Gunta Anča:
Grūti pateikt divas, bet pirmais, noteikti – runāt. Jo parasti dakteri raksta. Es piekrītu, ka viņiem daudz jāraksta, bet ir arī jārunā ar pacientu.

Inese Voika:
Otru jautājumu tad es neprasīšu, es labāk izvērtīšu viņu savā gala komentārā. Tas bija par to, ka es dzirdēju, ka bija stratēģija, kuru uzrakstīja PVO par māsu darbu, kurš iegūlās plauktā. Es ceru, ka PVO šo stratēģiju nerakstīja viena pati, bet iesaistīja Māsu asociāciju un visus pārējos. Jo skaidrs, ka tās stratēģijas, kuras kāds uzraksta viens pats, ieguļ plauktā daudz ātrāk kā tās, par kurām kāds zina.

Tas noslēguma komentārs ir par to, ka šodien daudz esmu dzirdējusi no lielākās daļas runātāju daudz labu ieteikumu tiem procesiem, kas šobrīd ir nepieciešami. Mums nav jārunā par revolūciju medicīnā, bet par pastiprinātu evolūciju un plauktu tīrīšanu. No tiem plauktiem ir jāizvelk vajadzīgās aizmirstās lietas un prioritārā secībā jāsakārto. Es ceru, ka Stratēģiskās analīzes komisijas darbs, kuru uzrunāja Zatlera kungs dienas sākumā, varētu būt tā vieta, kur tās prioritātes izvirzīt. Taču arī citi instrumenti, kas šobrīd attīstās un ir, strādās pie tā, lai tās dažādās politikas tiktu īstenotas. Citādāk arī tas, ko mēs šeit runājam, var palikt plauktā. Paldies!

Aiga Rūrāne:
Man ir īss precizējums par to PVO. Mēs nerakstījām stratēģiju. To rakstīja profesionāļi, māsas. Tas, ko mēs darījām – atbalstījām veicinājām, piegādājām ekspertīzi u.t.t. Bet rakstīja mūsu pašu Latvijas cilvēki.

Jolanta Zālīte:
Ļoti īss komentārs un ļoti pozitīvs, zināmā mērā saistībā ar plauktos iegūlušajiem dokumentiem un to, kā mēs ļoti centāmies viņus izvilkt no plauktiem ārā. Tad varu teikt, ka daļa no tā, kas stratēģijā bija ietverts, pašreiz ir atspoguļots cilvēkresursu attīstības pamatnostādnēs. Zināmā mērā mūsu uzstājība bija par iemeslu šo pamatnostādņu radīšanai. Jo argumenti bija: „Kā? Mēs nevaram apstiprināt stratēģiju tikai un vienīgi šīm divām profesijām, mums jādomā par sistēmu kopumā.”. Tas patiesībā ir pareizs arguments, taču ļoti daudz aizmirstu lietu saistībā ar darba organizāciju jo īpaši, ir iekš šīs stratēģijas un gaida piepildīšanos, pat neprasot ļoti daudz finansējuma.

Uģis Gruntmanis:
Man vienkārši jautājums – ko nozīmē ombuds? Vai viņam ir tulkojums? (tulkojums no zviedru valodas) Jā, izklausās zviedru vārds. Otrs jautājums ir, ja ārstus iesūdz tiesā – vai ir arī kaut kāds naudas limits vai var prasīt, cik grib? Vai tas ir pareizi?

Solvita Olsena:
Es varu īsi atbildēt. Mums nav nekādu limitu, jo mūsu civilsistēma nevienā zaudējumu vai personiskas kaitniecības gadījumā neparedz nekādus limitus. Un, ja kāds man ir izdarījis zaudējumus miljona latu apmērā, tad likums – mums ir, starp citu, ļoti strikts likums - , pasaka, ka jāatlīdzina visi zaudējumi. Līdz ar to attiecībā uz personisko aizskārumu mēs nevaram piemērot kaut kādus zaudējuma limitus.

Bet uz ko es, tīri kā jurists, aicinu VM? Aicinu ministriju citā konferencē pārrunāt par šiem kaitējuma atlīdzināšanas principiem. Jo es runāju tieši ar vienu ASV profesoru medicīnas tiesību jomā. Mēs nevaram aizbraukt tajā grāvī, kur aizbraukusi Amerika. Jo mēs ātrāk attapsimies, jo ātrāk varēsim sākt sakārtot savu sistēmu. Jo mūsu civillikums ir ļoti neizdevīgs no pacientu viedokļa kopumā, no sabiedrības viedokļa. Mēs nevaram kā juristi vienkārši teikt, ka civillikumu tagad neievērosim.

Es gribēju aicināt piekrist Robertam. Mums ir ļoti svarīgi runāt par privātā sektora līdzdalību visu šo problēmu risināšanai. Šī nav šodienas saruna, bet mums noteikti ir jāatceras, ka visā šajā jomā ir vairāki spēlētāji – privātais, valsts sektors un sabiedriskās organizācijas. Veselības aprūpē vēl trešais svarīgais spēlētājs ir mediji. Par to mēs šodien nerunājām daudz, tik cik minēja Rēvalda kungs. Bet par to mums ir jāprasa. Viņi bija gatavi nopirkt iekārtas, bet mums viņiem vajadzētu paprasīt, kādā veidā jūs tās pacientu tiesības gribētu palīdzēt mums attīstīt? Tā kā privātā sektora līdzdalība ir ļoti būtiska, tā ir nepieciešama, bet mums ir tā pieredze Latvijā gan no Latvijas Pacientu tiesību biroja, gan no „Papardes zieda" viedokļa, ka privātais sektors mums ir ārkārtīgi pasīvs šajos jautājumos.

Uģis Gruntmanis:
Vai ir kaut kādas nodokļu atlaides likumdošanā, ja kaut kāda nauda tiek ziedota no privātā sektora?

Roberts Putnis:
Šobrīd risinājums ir visai vājš, jo, principā, tas ir labvēlīgs tikai un vienīgi lieliem un ļoti labi pelnošiem uzņēmumiem.

Armands Ploriņš:
Faktiski tā nebūtu šī tēma pašlaik, bet pašreizējie tarifi ir tādi, ka pat izmantojot pašreizējos tarifus, privātajam sektoram ir izdevīgi iesaistīties, jo tur vienkārši veidojas bizness. Tas pakalpojums ir tik labi apmaksāts, ka no viņa sanāk pat pietiekami laba peļņa, lai apmaksātu gan iekārtas, to amortizāciju, gan ārstu darbu un visu pārējo un vēl gūt peļņu. Tas ir tas jautājums, mūsu ārstniecības iestādes būtībā pašlaik kopumā strādā ļoti daudz, ļoti neefektīvi, privātais sektors par to pašu naudu drīzāk gūtu peļņu.

Roberts Putnis:
Man liekas, ka viens jautājums Jums, Ploriņa kungs, bija par investīcijām un otrs par pilsonisko iniciatīvu atbalstu.

Armands Ploriņš:
Es vēl ļoti īsi par tiesībsargu un pacientu tiesībām. Protams, ka pacientu tiesības ir viens no stūrakmeņiem, kas arī ministrijā ir jārisina. Tas ko es ceru ir, ka pēc labākajām prognozēm, līdz gada beigām mums šis pacientu tiesību likums beidzot būs. Viņš tiks pieņemts vismaz otrajā lasījumā. Pašlaik sociālo lietu komisijā tas tiek skatīts. Bruņinieces kundze, ja nemaldos, jūs tur arī piedalāties. Man liekas, ka piecas vai septiņas sanāksmes jau tur ir bijušas un arī tieši šodien bija viena no tām. Tā kā cerams, ka likums būs.

Runājot par sūdzībām no ministrijas, kā jau minēju, tiešām šīs sūdzības ir – un tāpēc arī Veselības inspekcija zināmā mērā tika veidota, lai cilvēkam viennozīmīgi ir skaidrs. Faktiski visas sūdzības, kas ir saistīts ar veselības aprūpi, ir jāraksta Veselības inspekcijai. Pacientam vairs nav jāprāto, vai tas ir MADEKI, vai tā ir farmācijas inspekcija vai vēl kaut kas. Visas sūdzības jāraksta Veselības inspekcijai. No savas praktiskās darba pieredzes varu pateikt, ka katru dienu VM ienāk apmēram līdz desmit sūdzībām. Jāsaka, ka ceturtā daļa no tām pilnīgi noteikti ir no cietumiem. Atbildēts tiek uz visām un pilnīgi visas tiek izskatītas. Protams, jāsaprot, ka Veselības inspekcija tikai 1.oktobrī sāka strādāt, un nevar no tās prasīt, lai 1.novembrī tā pilnvērtīgi varētu visu izdarīt. Pēc pus gada, man ir pārliecība, ļoti lielā mērā tiks atslogots Ombuda darbs, savukārt ombuds varēs paļauties uz šīm tālākajām rīcībām, kas jau nāk no Veselības inspekcijas.

Ja mēs runājam par ombudu funkcijām, tad es domāju, ka tā sistēma, kāda tā pašlaik Latvijā ir, veiksmīgi strādā. Vismaz tas, kas attiecas uz veselības aprūpes jautājumiem, visas tās prasības, kas tiek iesniegtas no ombuda puses, ļoti rūpīgi tiek izskatītas.

Runājot par šiem kaitējumiem un apmaksu, jāsaka tā, ka mēs nevis iebrauksim grāvī, bet domāju, ka ļoti esam iebraukuši. Esam iebraukuši tik daudz, ka mums tā sistēma nedarbojas ne no vienas, ne no otras. Jo pilnīgi skaidrs, ka tajā brīdī, kad tiek pieprasīts apmaksāt Dzemdību namam miljonu, tad skaidrs, ka tas to neapmaksās. Ja tas tā notiks, mēs aizvērsim Rīgā vienīgo Dzemdību namu un visas pārējās sievietes paliks bez dzemdību palīdzības. Savukārt ir arī otrs grāvis. Līdz ar to neviens ārsts nevar atļauties sevi apdrošināt, jo vienkārši tādu iemaksu viņš nav spējīgs samaksāt. Valsts viņa vietā samaksāt arī nav spējīga vienam apdrošinātājam šādu iemaksu, jo apdrošinātājs prasa – ja jums jebkurā dienā prasība var tikt izvirzīta par miljonu, tad jums jāiemaksā arī attiecīga iemaksa. Līdz ar to tas ir ļoti risināms jautājums, pie kā būtu jāstrādā. Tāpēc zināmā mērā no ārstu pozīcija par to, ka viņi ir neaizsargāti, ir saprotama. Tomēr pacientu tiesības tiešām ir primāras.

Beidzamais, Olsenas kundze, es varu tikai piekrist, ka ir nekvalitatīvi dokumenti. Ja jūsu organizācija deleģēs kaut vienu cilvēku uz vienu vakanto vietu, kuras ministrijā ir gana daudz, mēs vienmēr būsim par!

Solvita Olsena:
Pacienu tiesību birojs savu darbību ir pārtraucis un, jā, cilvēki paliek un jums ir lieliskas iespējas veikt tā saucamo „headhunting" un piedāvāt. Visi, kas kādreiz strādāja birojā, ir ieinteresēti turpināt šo darbu. Ja kāds no klātesošajiem vēlas izteikt savus piedāvājumus. Pēc mums pieprasījums ir tik liels, ka uz konkursiem vairs nepiesakāmies.

Līga Kozlovska:
Patiesība Ploriņa kungs jau pateica to, ko gribēju teikt, ka mēs šodien īstenībā, runājot par labu pārvaldību veselības aprūpē, no vienas puses daudz runājam par pamatcilvēkiem – pacientiem, pacientu tiesībām. Bet es gribu teikt, ka esmu pati ļoti aktīvs un strādājošs ārsts un absolūti kā ārsts neesmu aizsargāta. Ja pacientu tiesību likums būs vismaz šī gada beigās paredzams, tad ārstu tiesību aizsardzības likums nezinu, kad būs. Tās droši vien ir tās sarunas un diskusijas, kuras jau esam iesākuši ar Ārstu biedrību, Veselības ministriju par civiltiesisko apdrošināšanu, par pacientu prasību drošiem griestiem par kaitējumu. Ir šis dzīvais piemērs ar 2 miljoniem latu, kas īstenībā ir neizpildāma lieta, lai arī reāli kaitējums varbūt patiešām ir ļoti liels. Mans vēlējums ir, lai pacients no katra ārsta kabineta aiziet apmierināts, bet, lai arī ārsts iet uz savu darbu katru rītu ar prieku. Ja tas tā būs, tad sistēma strādās, laba pārvaldība būs realizēta un ilgtermiņā tiks sasniegti PVO mērķi, saslimstība samazināta, mirstība samazināta un dzīves kvalitāte paaugstināta.

Aiga Rūrāne:
Man ir viens ļoti konkrēts priekšlikums kontekstā ar Veselības inspekcijas dibināšanu. Es ļoti rūpīgi skatījos to struktūru, ko demonstrēja Harsimjuka kungs. Ļoti mērķtiecīgi mēģināju atrast to vietu, kura būs atbildīga par sūdzību izskatīšanu. Pieņemu, ka viņa tur kaut kur ir un kaut kādos vārdos arī nosaukta, bet no pacientu viedokļa būtu labi, ja tā arī būtu rakstīts. Skaidri un gaiši, kura no struktūrām nodarbojas ar pacientu sūdzību izskatīšanu un tālāku virzību. Tur tādi vārdi kā „sūdzību izskatīšana" nefigurēja. Mans ierosinājums ir saukt lietas īstajos vārdos. Un skaidrs, ka pacientam nebūtu sūdzības jāsūta uz ministriju. Ministrijai ir politikas veidošanas darbs, bet indivīdu sūdzību izskatīšana būtu inspekcijas darbs. Būtu ļoti precīzi tas jāformulē un tur mēs atrisinātu tās lietas, kad rodas pārpratumi.

Jolanta Zālīte:
Jautājums ministrijas pārstāvjiem, ja runājam par labu pārvaldību. Manā skatījumā laba pārvaldības prakse nav iespējama bez labiem līderiem un vadītājiem. Šodien auditorijā izskanējuši daudz kritiski vērtējumi par to, kā tiek vadīti procesi ārstniecības iestādēs. Cik es zinu, tad cilvēkresursu attīstības pamatnostādnes paredz kāpināt šo te vadības kapacitāti. Vai tas varētu kļūt par prioritāru darbību VM darba plānā? Jo, ja gribam, lai lietas notiek, vajag, lai kāds tās adekvāti vada.

Juris Bundulis:
Centīšos būt īss. Gribētu pateikt, ka no vienas puses pavisam vienkārši – daudz tika izteikts konstruktīvas un pareizas kritikas. Tas ir labi, daudzas lietas arī notiek pareizajā virzienā. Gribu teikt, ka labi darbi īstenībā nepazūd. Ja mēs runājam par prioritātēm un plauktiem, kuros jāizslauka putekļi, jūs nenoticēsiet, bet VM bez visiem putekļiem šie dokumenti prioritārā secībā kā projekti stāv rindā. Daudzu izstrādē ir piedalījušies augsta līmeņa profesionāļi, tāpēc man patīk, ja ir augsta līmeņa sanāksmes, ja piedalās atbildīgas personas un ar savu piemēru rāda, ka mēs dokumentu paceļam pietiekami austā līmenī. Bet tās dzīves realitāte ir, ka tad, kad sākās diskusijas par šiem dokumentiem un mēs ejam uz valdību un visi saka - jā, tā ir prioritāte, tas ir loti laba līmeņa dokuments un visas ministrijas viņu atbalsta un pieņem. Taču tad, kad iestājas tā lēmuma daļa un VM saka – šī dokumenta realizācijai vajag, un neviens pat neapstrīd ciparu, trīs miljonu latu. Un uz visiem šiem lemjošajiem dokumentiem protokolā tiek ierakstīts – ideja ļoti laba, uzdot VM realizēt esošā budžeta ietvaros.

Par šo ļoti daudz esmu diskutējis ar privāto sektoru un teicu – nāciet, parādiet, kā esošā budžeta ietvaros šo visu var realizēt? Neteikšu, ko viņi atbildēja. Bet šobrīd tas izaicinājums ir ļoti liels Es gribētu teikt skaidri signālu, ka gribam strādāt ļoti nopietni un esam ļoti precīzi sadalījuši gan tās stratēģiskās lietas, gan tās ikdienas lietas. Es ļoti gribētu mums visiem, ne tikai VM, novēlēt, lai tas izdodas, domāju, ka arī izdosies.

Man viens komentārs vēl par to, ka vienmēr, kad tiek dibināta kāda jauna institūcija, kas aizstāv kāda tiesības, es aicinātu šo jautājumu – ne tāpēc, ka man būtu iebildumi pret to – ļoti rūpīgi izvērtēt. Jo ar katru jaunu institūciju, kas kādu aizstāv, cilvēkiem, kuru intereses viņi aizstāv, rodas daudz cerību. Jo tas nozīmē, ka iepriekšējie, kas ar to nodarbojušies, nav to labi darījuši. Ja reiz, apsēžoties pie galda, atzīstam, ka pacientu intereses un tiesības mums ir prioritāras, tad vienkārši ir jādara šie darbi. Ja nonākam situācija, kad nezinām, kuram tas īsti būtu jādara, un tas ir vienīgais, kad vajadzīga trešā puse, nu apsēdīsimies vispirms ar pacientiem pie tā galda un mēģināsim tikt skaidrībā. Es gribētu novēlēt, lai mums izdodas un domāju, ka tā arī būs!

Pielikumi