



NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



**EIROPAS SAVIENĪBA**

Eiropas Sociālais  
fonds

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

## **Ekspertu ziņojums Latvijas Republikas Veselības inspekcija**

**2018. gada oktobrī**

Eiropas Sociālā fonda līdzfinansētais projekts Nr. 9.2.3.0/15/I/001 "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros"

Eksperta pakalpojumi veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības jomā  
(iepirkuma identifikācijas Nr. VM NVD 2017/36 ESF)

## Satura rādītājs

|            |                                                                                          |    |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.         | Ziņojuma ievads .....                                                                    | 7  |
| 1.1.       | Vispārīgs ievads .....                                                                   | 7  |
| 1.2.       | Iepirkuma procedūra un darbības pirms iepirkuma .....                                    | 7  |
| 1.3.       | Galvenie projektu I, II un III mērķi.....                                                | 8  |
| 1.4.       | Izmantotie materiāli un metodes .....                                                    | 9  |
| 1.5.       | Ziņojuma struktūra .....                                                                 | 9  |
| 2.         | Veselības inspekcijas darbība Latvijā .....                                              | 11 |
| 2.1.       | Vispārīgie un juridiskie jautājumi.....                                                  | 11 |
| 2.2.       | Prioritātes un politika .....                                                            | 13 |
| 2.3.       | Finansiālais konteksts .....                                                             | 13 |
| 3.         | Dažas vispārīgas piezīmes .....                                                          | 14 |
| 3.1.       | Kultūra .....                                                                            | 14 |
| 3.2.       | Vadība.....                                                                              | 14 |
| 3.3.       | Darba slodze .....                                                                       | 14 |
| 3.4.       | Sūdzības un ĀRF lietas .....                                                             | 15 |
| 4.         | Dažas ekspertu grupas novērotās tendences Eiropā .....                                   | 17 |
| 4.1.       | Kvalitāte un pacienta drošība kā prioritāte.....                                         | 17 |
| 4.2.       | Kvalitātes veicināšana, novērtējot rezultātu.....                                        | 17 |
| 4.2.1.     | Ar pacientu saistīto rezultātu mērījumi .....                                            | 17 |
| 4.2.2.     | Procesa mērījumi.....                                                                    | 17 |
| 4.3.       | Integrēta aprūpe.....                                                                    | 17 |
| 4.4.       | Uz datiem un pierādījumiem balstīta pieeja .....                                         | 18 |
| 4.5.       | “Drošības kultūra” atbalstošā vidē .....                                                 | 18 |
| 4.5.1.     | Instrumenti, kurus inspekcijas bieži izmanto atbalstošajā pieejā: .....                  | 18 |
| 4.5.1.1.   | Iekšējā kontrole kā sociālo un veselības aprūpes pakalpojumu klīniskā pārvaldība .....   | 18 |
| 4.5.1.2.   | Personāla apmācība .....                                                                 | 18 |
| 4.5.1.3.   | Iesaistīšanās stratēģija.....                                                            | 19 |
| 4.6.       | EDSO Regulējuma politikas labās prakses principi.....                                    | 19 |
| 5.         | Ārstniecības iestāžu uzraudzības joma .....                                              | 20 |
| 5.1.       | Projekts I - Eksperta pakalpojumi ārstniecības iestāžu uzraudzības jomā .....            | 20 |
| 5.1.1.     | Veselības inspekcijas pašreizējais stāvoklis un procedūras.....                          | 20 |
| 5.1.1.1.   | Neatkarība .....                                                                         | 20 |
| 5.1.1.2.   | Uzraudzības metožu izvēle un piemērošana.....                                            | 21 |
| 5.1.1.2.1. | Uz mērījumiem un risku balstīta pieeja pārbaudei .....                                   | 21 |
| 5.1.1.2.2. | Paziņošanas un iesaistes stratēģija .....                                                | 22 |
| 5.1.1.3.   | Uzraudzības metožu stiprās un vājās puses.....                                           | 23 |
| 5.1.1.4.   | Pašnovērtējuma metodes.....                                                              | 24 |
| 5.1.1.5.   | Ārstniecības iestāžu uzraudzības un konsultāciju sniegšanas indikatori .....             | 24 |
| 5.1.1.6.   | Uzraudzības metožu attīstības iespējas .....                                             | 25 |
| 5.1.1.7.   | Priekšlikumi pašnovērtējumam .....                                                       | 25 |
| 5.2.       | Projekts II Eksperta pakalpojumi pacientu sūdzību analīzes jomā .....                    | 27 |
| 5.2.1.     | Sūdzības un negadījumu ziņošana. Latvijas sūdzību izskatīšanas sistēmas novērtējums..... | 27 |
| 5.2.2.     | Pacientu sūdzību un nelaimes gadījumu cēloņu analīzes metodes .....                      | 28 |
| 5.2.3.     | Ārstniecības iestāžu iesaiste negadījumu analīzē un turpmākajā novēršanā.....            | 28 |
| 5.3.       | Projekts III - Eksperta pakalpojumi Ārstniecības riska fonda darbības izvērtēšanai.....  | 28 |
| 5.3.1.     | Latvijas Ārstniecības riska fonda galvenās iezīmes un novērtējums .....                  | 29 |
| 5.3.2.     | Ārstniecības riska fonda galvenās problēmas: .....                                       | 31 |
| 5.3.3.     | (Ārstniecības) prasību izskatīšanas piemēri citās valstīs .....                          | 33 |

|          |                                                                                                                                     |    |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.3.4.   | Ieteikumi ārstniecības personu atbildības apdrošināšanas sistēmas pārskatīšanai Latvijā .....                                       | 34 |
| 6.       | Ekspertu grupas ieteikumi .....                                                                                                     | 36 |
| 6.1.     | Projekts I. Grupas vērtējums un priekšlikumi Latvijas Veselības inspekcijas realizētajā ārstniecības iestāžu uzraudzības jomā ..... | 36 |
| 6.1.1.   | Neatkarība un pārredzamība .....                                                                                                    | 37 |
| 6.1.2.   | Mācīšanās kultūra kā prioritāte .....                                                                                               | 38 |
| 6.1.3.   | No atbilstības pārbaudes uz sadarbībā balstītām pārbaudes metodēm .....                                                             | 39 |
| 6.1.4.   | Aprūpes kvalitātes un pacientu drošības uzlabošana .....                                                                            | 40 |
| 6.1.5.   | Latvijai speciāli izveidota sistēma .....                                                                                           | 41 |
| 6.1.6.   | Proaktīvāka pašnovērtējumu izmantošana .....                                                                                        | 41 |
| 6.1.7.   | Uz risku balstīta uzraudzība un (organizācijas, procesa un rezultātu) indikatoru izmantošana .....                                  | 42 |
| 6.2.     | Projekts II. Ekspertu grupas viedoklis par sūdzību izskatīšanas kārtību .....                                                       | 42 |
| 6.2.1.   | Sūdzību izskatīšanas kārtības izvērtējums .....                                                                                     | 42 |
| 6.2.2.   | Priekšnosacījumi atklātai sūdzību pārvaldībai .....                                                                                 | 43 |
| 6.2.3.   | Ārstniecības riska fonda loma sūdzību izskatīšanas procedūrā .....                                                                  | 44 |
| 6.2.4.   | Sūdzību izskatīšana citās valstīs .....                                                                                             | 44 |
| 6.2.5.   | Sūdzības: paturiet prātā, ko varētu vēlēties saņemt pacients! .....                                                                 | 45 |
| 6.2.6.   | Meklējiet vienkāršu sūdzību izskatīšanas sistēmu .....                                                                              | 45 |
| 6.2.6.1. | Ceļš sūdzības iesniegšanai .....                                                                                                    | 45 |
| 6.2.6.2. | Sūdzību novirzīšana pakalpojumu sniedzējam .....                                                                                    | 46 |
| 6.2.6.3. | Sūdzības kā informācijas avots .....                                                                                                | 46 |
| 6.2.6.4. | Inspekcija kā uzticams partneris sūdzību izskatīšanā .....                                                                          | 46 |
| 6.2.6.5. | Efektīvāka sūdzību izskatīšana .....                                                                                                | 47 |
| 6.3.     | Projekts III Ekspertu grupas secinājumi par Ārstniecības riska fonda darbību .....                                                  | 47 |
| 6.4.     | Grupā secinājumi par ĀRF juridisko kontekstu Latvijā .....                                                                          | 49 |
| 6.4.1.   | Pārbaužu biežuma juridiskais pamats un kā un ko pārbaudīt .....                                                                     | 51 |
| 6.4.2.   | Sūdzību izskatīšanu nav nepieciešams reglamentēt ar likumu .....                                                                    | 51 |
| 6.4.3.   | Neaizsargāto sociālo grupu un cilvēktiesību likumiskā aizsardzība .....                                                             | 51 |
| 6.4.4.   | Inspekcijas juridiskais pamats .....                                                                                                | 52 |
| 6.4.5.   | Pašnovērtējuma sniegšanai juridiskā bāze nav nepieciešama .....                                                                     | 52 |
| 6.5.     | Pārskats par 6. nodaļā ieteikto uzraudzības metožu "Stiprajām un vājajām pusēm" .....                                               | 52 |
| 6.5.1.   | Ieteikto metožu un sistēmas izmaiņu stipro un vājo aspektu kopsavilkums .....                                                       | 52 |
| 6.6.     | Ekspertu grupas viedoklis par 4. pielikumā "Citas pārbaudes metodes" ieteikto uzraudzības metožu "Stiprajām un vājajām pusēm" ..... | 60 |
| 6.6.1.   | Citas pārbaudes metodes .....                                                                                                       | 60 |
| 6.7.     | Grupā viedoklis par 4. pielikumā un 5. pielikumā minētajiem dažādu valstu labās prakses piemēriem                                   |    |

61

|    |                                                                                                            |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. | pielikums. Latvijas salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupa .....                                           |  |
| 2. | pielikums. Intervēto personu un organizāciju saraksts .....                                                |  |
| 3. | pielikums Latvijas Veselības inspekcijas apraksts, izmantojot EPSO Salīdzinošās novērtēšanas sistēmu ..... |  |
| 4. | pielikums. Izlases gadījumu izpēte, starptautiskie piemēri un labā prakse .....                            |  |
| 5. | pielikums. Ekspertu pakalpojumi Ārstniecības riska fonda darbības izvērtēšanā .....                        |  |
| 6. | pielikums. PAŠNOVĒRTĒJUMA KONTROLSARAKSTS VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU SNIEDZĒJIEM .....                  |  |

## Priekšvārds un pateicība

Fonda *Eurinspect* nolīgta Eiropas Veselības aprūpes pakalpojumu un sociālās aprūpes uzraudzības organizāciju Eiropas partnerības (turpmāk – EPSO) ekspertu grupa ir pagodināta iesniegt šo ziņojumu Latvijas Republikas Nacionālajam veselības dienestam (turpmāk – NVD).

Esam ļoti pateicīgi par Latvijas Veselības inspekcijas (turpmāk – VI) personāla un vadības pilnīgu atbalstu un sadarbību, un pateicamies visiem tiem, kas bija pieejami sarunām ar grupu, kā arī pateicamies par sniegto informāciju, iepazīstinot ar situāciju Latvijā. Bez viņu palīdzības šo ziņojumu nebūtu bijis iespējams izveidot.

Ekspertu grupas secinājumi un pārdomas ir adresētas ne tikai uzraugošajai organizācijai, bet arī Veselības ministrijai un pārējām Latvijas Veselības inspekcijas darbā ieinteresētajām pusēm.

Ceram, ka visiem, kas iesaistīti veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanas procesā Latvijā, šis ziņojums būs noderīgs un atbalstu sniedzošs.

Ekspertu grupa vēlas apliecināt gatavību atbildēt uz turpmākiem jautājumiem un atbalstīt tālāku attīstību, izmantojot savas zināšanas un kontaktus, ja tas Latvijas Veselības inspekcijai būtu noderīgi.

## Kopsavilkums

Šis ziņojums sniedz priekšstatu par veselības aprūpes pakalpojumu pārbaudi Latvijā, pamatojoties uz starptautisko ekspertu grupas redzējumu, kas gūts, viesojoties Latvijā 2018. gada jūlija pirmajā nedēļā, kā arī balstoties uz ekspertu grupai iesniegtajiem dokumentiem un intervijām ar ieinteresētajām pusēm.

Grupa konstatēja, ka Latvijas Veselības inspekcija atrodas pārmaiņu procesā. Ar spēcīgu VI vadību, kuru atbalsta personāls, ar Veselības ministrijas atbalstu, tajā skaitā politisko atbalstu, šīm izmaiņām attieksmē un darba metodēs ir lielas izredzes būt veiksmīgām.

Izdarīto secinājumu kopsavilkums īsumā:

### ***Pacientu drošības uzlabošana***

- VI Latvijā būtu lielāka ietekme, ja tā spētu efektīvi koncentrēties uz pacientu drošības un aprūpes kvalitātes uzlabošanu.

### ***Neatkarīgi un pārredzami lēmumi***

- Neatkarīgi, objektīvi un pārredzami lēmumi ir galvenie faktori, lai tas būtu iespējams.

### ***Ieinteresēto personu iesaiste***

- Lai pildītu savu lomu, VI ir jāveic nozīmīgas izmaiņas ieinteresēto personu, tostarp pacientu un medicīnas speciālistu, iesaistīšanā.
- Mediācija un ieinteresēto personu, piemēram, ārstniecības iestāžu, citu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un apdrošināšanas sabiedrību iesaistīšana veicinātu tādu risinājumu atrašanu, kas ļautu pacientiem apmierināt viņu prasības un vienlaikus uzlabotu veselības aprūpes sistēmu.

### ***Pārbažu metodes, piemēram, uz risku balstītas pārbaudes***

- Būtiski nākamie soļi ir koncentrēšanās uz pārbaudes metožu, piemēram, uz risku balstītu pārbažu tālāku attīstīšanu un plašāku pilnvaru piešķiršanu VI.

### ***Ar prasījumiem un Ārstniecības riska fondu (turpmāk – ĀRF) saistītas sūdzības***

- VI darbs ar prasījumiem saistītu sūdzību apstrādē ir problemātisks un ir jāmaina.
- Sūdzības un Ārstniecības riska fonda process rada VI, jo īpaši ekspertiem, lielu darba slogu un veido pretstatījuma situāciju starp VI un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem.

Šajā ziņojumā ekspertu grupa piedāvā vairākas idejas, iespējas un starptautiskās prakses piemērus no VI līdzīgām iestādēm un organizācijām citās valstīs. Šī informācija tiek sniegta piemēru veidā, lai tie tiktu apsvērti, nevis kopēti un tiešā veidā ieviesti.

Būtisks nākamais solis ir personāla tālākā apmācība, kas balstīta uz vienotu turpmākās attīstības redzējumu. Ekspertu grupa VI personāla apmācības uzsāka 2018. gada augusta beigās. Viens no galvenajiem faktoriem būs skaidrot, vai VI personāls un tā piesaistītie profesionāļi saņem pietiekamu atbalstu no savas iestādes, lai attiecīgās izmaiņas būtu iespējamas.

Iestādes atbalsts ietver apmācību un elastīgu pieeju organizatoriskajiem, finansiālajiem un juridiskajiem aspektiem, lai VI darītu to, kas nepieciešams pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes līmeņa uzlabošanai Latvijā.

Ekspertu grupai ir ieteikumi, kas sīkāk izklāstīti tālāk ziņojumā, bet to kopsavilkums īsumā ir šāds:

1. Pārveidot VI par neatkarīgāku, pārredzamāku un spēcīgāku iestādi.
2. Pāriet vairāk uz mācīšanās kultūru (ieskaitot kopīgu un sistēmisku problēmu tematisku izskatīšanu).
3. Stiprināt personālu, ietverot nepārtrauktas izglītības un apmācību iespējas, kā arī iestādes kultūras veicināšanu.
4. Uzlabot VI tēlu sadarbībā ar ieinteresētajām personām un apsvērt organizācijas tēla maiņu.
5. Koncentrēties uz veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un drošības uzlabošanu.
6. Pāriet no atbilstības pārbaudēm uz sadarbības metodēm, lai kļūtu par ieinteresēto personu uzticamu partneri.
7. Ieviest pašnovērtējumu kā daļu no ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmas.
8. Ieviest labāku uz risku balstītu uzraudzības prioritāšu noteikšanu un labāk izmantot indikatorus.
9. Pārstrādāt sūdzību izskatīšanas kārtību, piemēram, ieviest triāžas procesu (iesniegumu iedalījumu pēc smaguma un ietekmes pakāpes) sūdzību klasifikāciju un mediācijas posmu.
10. Uzlabot saikni ar veselības aprūpes iestādēm un to organizācijām.
11. Ārstniecības riska fonda (ĀRF) funkcijas nodalīt no VI.
12. Nodalīt ekspertu funkciju, kuras rezultātā nosaka, vai ĀRF lietas gadījumā saskaņā ar izvērtējumu jāveic izmaksa, ieskaitot izmaksājamo summu vai to diapazonu sarakstu (kompensāciju tabula) izveidošanu, pamatojoties uz kaitējumu un tā smagumu, kas ļautu, piemēram, izslēgt subjektivitātes faktoru.
13. Nodalīt Farmācijas ekspertīzes struktūrvienību no esošajiem VI vispārējiem ekspertiem.

Ja tiks veikti pareizi atbalsta pasākumi, Latvijas VI noteikti spēs veikt izmaiņas, lai “sasniegtu mērķi un nezaudētu jēgu”, kā tas minēts nesen Jaunzēlandē publicētā rakstā<sup>1</sup>, norādot uz problēmu, kas saistīta ar to, ka inspekcijām jāspēj izvirzīt pareizais mērķis zināmu uzlabojumu veikšanai veselības aprūpē bez neparedzētām sekām.

Tā kā VI vadība un valdība Latvijā, pilnībā apzinās problēmas un īsteno nozīmīgus pasākumus, t.sk. šo salīdzinošo novērtējumu kā vienu no pirmajiem soļiem, lai uzlabotu VI darbību un sniegtos pakalpojumus, kā arī VI lomu Latvijas iedzīvotājiem sniegto veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanā, šis ziņojums varētu palīdzēt un atbalstīt šīs pārmaiņas. Ekspertu grupa ir gatava sniegt jebkādu citu palīdzību un konsultācijas, kā arī veicināt kontaktus un sadarbību ar attiecīgajām starptautiskajām organizācijām, ja tas būs nepieciešams.

<sup>1</sup> Šo izteicienu izmanto viens no EPSO dibinātājiem Ričards Hamblins (*Richard Hamblin*) rakstā “30 gadi nepareizajā truša alā: kā mēs tur nokļuvām un kā mums izkļūt” (*30 years down in the wrong rabbit hole: how we got there and how we get out*), *Leadership Development Centre 2018 Fellow*, 2018. gada jūlijs

## 1. Ziņojuma ievads

### 1.1. Vispārīgs ievads

Ziņojums sniedz priekšstatu par veselības aprūpes pakalpojumu pārbaudi Latvijā, pamatojoties uz starptautisku ekspertu grupas situācijas redzējumu Latvijā 2018. gada jūlija pirmajā nedēļā, kā arī balstoties uz grupai iesniegtajiem dokumentiem un intervijām ar ieinteresētajām personām.

Lai gan daži ziņojuma elementi var šķist kritiski, ziņojums tiek piedāvāts kā draudzīga mācīšanās un veicamu uzlabojumu iespēja.

Ziņojuma lasītājiem jāpatur prātā, ka ziņojums ir rakstīts ar kritisku skatu no citu Eiropas veselības inspekciju pārstāvju puses. Ja raugāties uz Latvijas VI no šī aspekta, redzam centīgu un apņēmīgu profesionāļu komandu, kas strādā saspringtos apstākļos, noteiktā juridiskajā un finansiālajā ietvarā. Taču mēs redzam arī to, ka ar ministrijas un citu ieinteresēto pušu palīdzību ir jāīsteno būtiski pasākumi, lai uzlabotu pacientu drošību un veselības aprūpes kvalitāti Latvijā, kā arī padarītu VI darbu pateicīgāku gan VI personālam, gan sabiedrībai kopumā.

### 1.2. Iepirkuma procedūra un darbības pirms iepirkuma

Sadarbības ar Eiropas Veselības aprūpes pakalpojumu un sociālās aprūpes uzraudzības organizāciju Eiropas partnerību (EPSO) rezultātā un pamatojoties uz vairākiem kritērijiem, kurus Latvijas Republikas Nacionālais veselības dienests (turpmāk – NVD) noteica iepirkuma veikšanai, 2017. gadā NVD Iepirkuma komisija lūdza fondu *Eurinspect* piedalīties

priekšizpētes veikšanā iespējamai Eiropas Sociālā fonda līdzfinansētā projekta “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”<sup>23</sup> īstenošanai veiktās iepirkuma procedūras par ekspertu pakalpojumiem veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības jomā uzsākšanai.

Pamatojoties uz šo ieguldījumu, Latvijas Nacionālais veselības dienests organizēja galīgo iepirkuma sarunu procedūru saskaņā ar iepirkuma nolikumu “Eksperta pakalpojumi veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības jomā”<sup>4</sup>

Faktiskā iepirkuma procedūra sākās 2017. gadā un tika pabeigta, parakstot līgumu ar fondu *Eurinspect* 2018. gada 31. maijā.

---

<sup>2</sup> Iepirkuma identifikācijas Nr. VM NVD 2017/19 ESF

<sup>3</sup> Eiropas Sociālā fonda darbības programma “Attīstība un nodarbinātība”, īpašais atbalsta mērķis 9.2.3. “Atbalsts veselības aprūpes tīkla attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādei un ieviešanai prioritārajās jomās (sirds un asinsvadu slimības, onkoloģija, perinatālā un neonatālā periodā aprūpe un garīgā veselība) īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības stāvokļa uzlabošanai”, projekts Nr. 9.2.3.0./15/1/001 “Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros”.

<sup>4</sup> ID Nr. VM NVD 2017/36 ESF

### 1.3. Galvenie projektu I, II un III mērķi

Saskaņā ar iepriekš minētā iepirkuma tehnisko specifikāciju, iepirkuma priekšmets ir eksperta pakalpojumi veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības jomā, kas iedalīti trīs apakšjomās:

1. Eksperta pakalpojumi ārstniecības iestāžu uzraudzības jomā
2. Eksperta pakalpojumi pacientu sūdzību analīzes jomā
3. Eksperta pakalpojumi Ārstniecības riska fonda darbības izvērtēšanā

Saskaņā ar tehnisko specifikāciju <sup>5</sup> iepirkuma mērķis ir “pilnveidot Veselības inspekcijas un Veselības ministrijas pakļautībā esošo iestāžu darbinieku zināšanas un prasmes institucionālās uzraudzības un pacientu sūdzību analīzes jomā, kā arī attīstīt Ārstniecības riska fonda darbību”.

Fondam *Eurinspect* Latvijas projekts nav pirmais šāds projekts sadarbībā ar Eiropas veselības aprūpes pakalpojumu un sociālās aprūpes uzraudzības organizāciju partnerību (turpmāk – EPSO). Līdzīgi salīdzinošās novērtēšanas projekti īstenoti Norvēģijas Veselības pārvaldei un Dānijas Veselības pārvaldei. Latvijas projektā salīdzinošā novērtējuma jautājumi, kas tika izmantoti Norvēģijā 2012. gada martā un Dānijā 2014. gada jūnijā, tiek izmantoti kā viens no līdzekļiem, lai palīdzētu novērtēt Latvijas Veselības inspekcijas darbību, t.sk. analizēt Veselības Inspekcijas pielietotās metodes un pastāvošās procedūras.<sup>6</sup>

Veicot analīzi, ekspertu grupa uzskata, ka šie trīs projekti lielā mērā ir savstarpēji saistīti, un tādēļ tie jāapraksta tā, lai ziņojumu varētu lasīt kopumā, nevis trīs atsevišķos ziņojumos, kā varētu rīkoties, atbildot uz iepirkuma jautājumiem. Tomēr – arīdzan atsaucēs ērtībai – atbildes uz iepirkuma jautājumiem ir izklāstītas atsevišķi (šī ziņojuma 5. nodaļā).

Ekspertu grupai tika izvirzīti turpmāk minētie uzdevumi:

#### Projekts I

Eksperta pakalpojumi Latvijas ārstniecības iestāžu uzraudzības jomā:

- Analizēt pašreizējo stāvokli un procedūras:
  - a. uzraudzības metožu izvēli un piemērošanu;
  - b. uzraudzības metožu stiprās un vājās puses;
  - c. pašnovērtējuma metodes;
  - d. indikatoru izmantošanu ārstniecības iestāžu uzraudzībā un konsultatīvā atbalsta sniegšanā.
- Sniegt priekšlikumus par ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmas pilnveidošanas iespējām Latvijā.
- Sniegt priekšlikumus par ārstniecības iestāžu pašnovērtējuma metodēm.

Par šo tēmu jāsniedz vismaz trīs ārzemju labas prakses piemēri, kas būtu piemērojami Latvijā.

#### Projekts II

Uzlāb veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un pacientu drošību, izvērtējot Latvijas Republikas normatīvos aktus un ES regulējumu pacientu sūdzību jomā, lai identificētu ierobežojumus un sniegtu priekšlikumus par:

- pacientu sūdzību un nelaimes gadījumu cēloņu analīzes metodēm;
- pacientu sūdzību izskatīšanas sistēmas pilnveidošanu, t.sk., norādot secīgus pasākumus sistēmas pilnveidošanas īstenošanai;
- ārstniecības iestāžu iesaisti pacientu sūdzību analīzes procesā;

<sup>5</sup> Tehniskais apraksts, 1. lpp. – iepirkuma dokumentu 1. pielikums

<sup>6</sup>skatīt 5.1.1. sadaļu

- pacientu sūdzību un nelaimes gadījumu cēloņu novēršanu, iesaistot ārstniecības iestādi. Ziņojuma daļā jāietver vismaz trīs ārzemju labas prakses piemēri, kas būtu piemērojami Latvijas situācijā.

### Projekts III

Izvērtēt:

- iespēju saņemt kompensāciju par kaitējumu dzīvībai vai veselībai ārpustiesas ceļā, kā noteikts Latvijas Republikas normatīvajos aktos un ES regulējumā;
- pacientam nodarītā kaitējuma apmēra samērīgumu, kā noteikts Latvijas Republikas normatīvajos aktos;

sniegt priekšlikumus par:

- Ārstniecības riska fonda budžeta veidošanas principiem, fonda pārvaldīšanu un administrēšanu;
- metodes un kritērijus veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas rezultātā pacienta dzīvībai vai veselībai radītā kaitējuma apmēra noteikšanai;
- metodes un kritērijus, kas ietekmē pacientam nodarītā kaitējuma apmēru un kas ir piemērojami situācijai Latvijā.

Ziņojuma daļā jāietver labas prakses piemēri, kas būtu piemērojami Latvijas situācijā.

#### 1.4. Izmantotie materiāli un metodes

Uzdevumu veikšanai ekspertu grupa ir izmantojusi jauktu metožu pieeju – pamata dokumentācijas un kvalitatīvo datu analīzes apvienošanu –, lai sniegtu kontekstuālu ieskatu un analizētu problēmas no vairākiem aspektiem. Grupas pieeja ietvēra:

- esošo procedūru un dokumentācijas, ieskaitot kvantitatīvos datus, un Latvijas Republikas normatīvo aktu, kā arī Eiropas Savienības un EDSO regulējuma analīzi;
- daļēji strukturētas klātienē intervijas īsā laika posmā no 2018. gada 2. līdz 5. jūlijam;
- sekojošu tematisko analīzi un aprakstu, kas ietverts šajā ziņojumā.

#### 1.5. Ziņojuma struktūra

Ziņojums sākas ar pateicību un kopsavilkumu, kam 1. nodaļā seko ievads, bet 2. nodaļā raksturota VI darbība Latvijā, īsi aprakstot:

- a. vispārējo un juridisko regulējumu;
- b. prioritātes un politikas kontekstu;
- c. finansiālo kontekstu.

Nākamā – 3. nodaļa – ietver vairākus vispārējus novērojumus (vispārīgās piezīmes), kas ietekmē sistēmu kopumā un tāpēc attiecas uz visām trim ziņojuma apakštēmām, tādēļ tie nav atkārtoti katrā atsevišķajā ziņojuma nodaļā. Šajā nodaļā ir apakšnodaļas par kultūru, vadību, darba noslodzi, pārbaudes metodēm, sūdzībām un ĀRF (Ārstniecības riska fondu). Šīs vispārīgās piezīmes var uzskatīt par pamatinformāciju, lasot pārējās ziņojuma nodaļas.

Pirms sīki apskatīt konkrētus secinājumus, ekspertu grupa uzskatīja par piemērotu sniegt plašāku ieskatu Eiropas valstu veselības un sociālās aprūpes inspekciju darbībā uzraudzības un regulējuma kontekstā un norādīt uz dažām pašreizējām tendencēm un aktuālajām problēmām, ko EPSO novērojusi dažādās tās dalībvalstīs un reģionos kopumā. 4. nodaļai ir apakšnodaļas: Kvalitāte un pacientu drošība kā prioritāte, Integrēta aprūpe, Uz datiem un pierādījumiem balstīta pieeja, Drošības kultūra atbalstošā vidē, tostarp atbalstošā pieejā izmantotie instrumenti.

5.1. apakšnodaļā ekspertu grupa sniedz ieskatu un viedokli par ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmas attīstības un uzlabošanas iespējām Latvijā (Projekts I, – Eksperta pakalpojumi ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmā).

5.2. apakšnodaļā ekspertu grupa piedāvā apsvērumus un viedokli par Projektā II izvirzītajām tēmām – Eksperta pakalpojumi pacientu sūdzību analīzi jomā.

5.3. apakšnodaļā ekspertu grupa piedāvā apsvērumus un viedokli par Projektā III izvirzītajām tēmām – Eksperta pakalpojumi Ārstniecības riska fonda darba novērtēšanā.

6. nodaļā ekspertu grupa piedāvā savu viedokli un ieteikumus.

Grupa atzīst, ka konteksta un kultūras izpratne ir jebkura salīdzinošā novērtējuma būtiskas iezīmes, tādējādi ekspertu grupa ir piedāvājusi apsvēršanai vairākus priekšlikumus un alternatīvas, nevis stingri ievērojamus ieteikumus.

Taču daži novērojumi norāda sistēmā nepieciešamo izmaiņu virzienā, un tos var uzskatīt par būtiskiem priekšnoteikumiem ziņojumā iekļauto priekšlikumu sekmīgai īstenošanai.

Lai jēgpilni un praktiski salīdzinātu dažādās valstīs pastāvošās pieejas, šajā ziņojumā, kur un kad nepieciešams, sniegtas konkrētas norādes uz alternatīvām dažādās valstīs, uzlabošanas iespējām, ko varētu izmantot kā nesaistošu piedāvājumu, kā arī norādes uz konkrētiem labās prakses piemēriem. Tas ir apzināts solis, vienlaicīgi nesniedzot pilnīgu šo sistēmu un attiecīgajās valstīs pastāvošo veselības aprūpes sistēmu aprakstu, kā arī nenožīmē, ka norādītie piemēri būtu jāpārņem vai jākopē, neņemot vērā vietējo kontekstu.

Doma ir izmantot norādītās iespējas un praksi, izveidojot Latvijas apstākļiem pielāgotu sistēmu, kas iekļaujas vietējā kultūrā un vietējā politiskajā, tiesiskajā un finanšu vidē.

**3. pielikums (*Latvijas Veselības inspekcijas apraksts, izmantojot EPSO Salīdzinošās novērtēšanas sistēmu*)** izmanto labākās prakses ievirzes jautājumu kopumu, ko izmanto līdzīgiem EPSO salīdzinošajiem novērtējumiem. Tajā ir 13 jomas – katra ar savu kritēriju kopumu, tostarp tiem, kādus nosaka Starptautiskā veselības aprūpes kvalitātes biedrība (*ISQua*) un ISO/IEC standarts 17020:19987. Tas ticis izmantots, lai strukturētu pirmo Latvijas ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmas vispārējo novērtējumu. Šī novērtējuma nolūkā atbildes uz jautājumiem sniegtas, pamatojoties uz grupai sniegto pieejamo informāciju, sarunām ar ieinteresētajām pusēm (skatīt sarakstu 2. pielikumā) un VI personālu un vadību.

**4. pielikums (*Izlases gadījumu izpēte, starptautiskie piemēri un labākā prakse*)** sniedz pārskatu par labo praksi, tostarp saites uz papildu informāciju. Tā vietā, lai sniegtu pilnīgus pārskatus par citu valstu Veselības aprūpes uzraugošo iestāžu struktūru, funkcijām un procesiem, 4. pielikumā sniegta atlasīti un skaidri piemēri, kas attiecas uz šī ziņojuma jomām un attiecīgajiem galvenajiem secinājumiem. Šī ziņojuma tekstā norādītas atsauces uz šiem pētījumiem, piemēriem un praksi.

**5. pielikums (*Riska fonda izpēte šim projektam – Eksperta pakalpojumi Ārstniecības riska fonda darba novērtēšanai*)** sniedz detalizētu pārskatu par ĀRF mērķi, sistēmu, starptautisku salīdzinājumu kopumu un dažus apsvērumus attiecībā uz ĀRF nākotnes modeļiem un iespējām Latvijā.

**6. pielikums *PAŠNOVĒRTĒJUMA KONTROLSARAKSTS VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU SNIEDZĒJIEM***

## 2. Veselības inspekcijas darbība Latvijā

### 2.1. Vispārīgie un juridiskie jautājumi

VI Latvijā ir valsts pārvaldes iestāde, kas atrodas Latvijas Republikas Veselības ministrijas pakļautībā.

VI jāveic valsts pārvaldes funkcijas nozares uzraudzībā un kontrolē, lai izpildītu un ieviestu tiesību aktos noteiktās prasības.

Tai ir vairākas kontroles un uzraudzības funkcijas, tai skaitā Ārstniecības riska fonda pamatfunkciju izpilde.

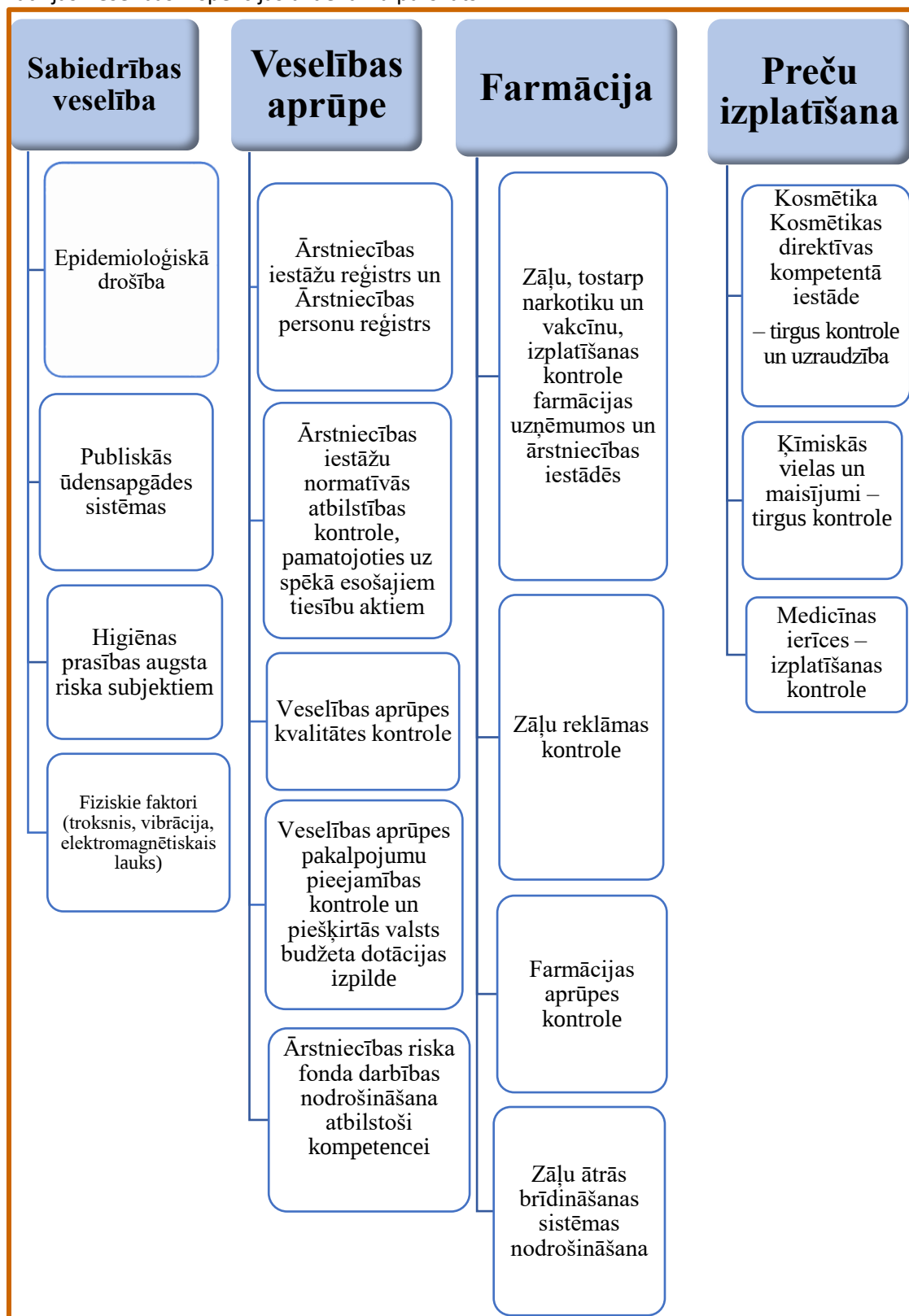
Tās galvenais mērķis ir mazināt risku sabiedrībai un patērētāju veselībai, īstenojot valsts uzraudzību.

Izņemot reģistrācijas darbības un ĀRF (Ārstniecības riska fonda) darbības, gandrīz visas aktivitātes ir vērstas uz atbilstības kontroli, kā redzams zemāk esošajā tabulā "Latvijas Veselības inspekcijas uzdevumu pārskats".

Ziņojumi balstīti galvenokārt uz kvantitatīviem datiem. Kvalitatīvie dati ir pieejami vispārējā līmenī, tomēr šķiet, ka tie netiek sāki analizēti, kā arī netiek izmantoti tematiskajai analīzei, t. i., novērtēšanai, lai noteiktu, kur pastāv sistēmiskas problēmas.

Vairums datu netiek izmantoti analīzes veikšanai un mērķu noteikšanai.

# Latvijas Veselības inspekcijas uzdevumu pārskats



## 2.2. Prioritātes un politika

VI prioritāšu kopums tiek izvirzīts katru gadu. Šīs prioritātes galvenokārt nosaka politiskā/valdības stratēģija. Pati VI vai tās darbībā ieinteresētās puses aktīvi neietekmē prioritātes. Nepastāv augšupejoša prioritāšu, mērķu un veselības aprūpes uzlabošanai izmantojamo instrumentu apspriešana.

VI prioritātes 2018. gadam:

| Prioritātes, kuras VI noteikusi uzraudzībai attiecīgajā gadā:                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Veselības aprūpes organizācijas kontrole bērnu sociālās aprūpes iestādēs                                                                                             |
| Kontrolē psihoneiroloģisko slimnīcu/nodaļu atbilstību obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm, medicīniskās dokumentācijas izmantošanu un ierobežojošos līdzekļus |
| No jauna reģistrēto ārstniecības iestāžu kontrole                                                                                                                    |
| Pašnovērtējuma anketu izstrāde ārstniecības iestādēm par kvalitatīvu un drošu medicīnisko pakalpojumu sniegšanu                                                      |

## 2.3. Finansiālais konteksts

Latvijā ir zems veselības aprūpei paredzēto izdevumu līmenis salīdzinājumā ar citām salīdzināmām valstīm.<sup>7</sup>

Nopietnas reformas ir notikušas veselības sistēmā kopumā, un tās tiek īstenotas arī VI. Paredzams, ka nesenie pasākumi veselības aprūpes finansējuma palielināšanai risinās dažas veselības aprūpes pieejamības problēmas. Turklāt šķiet, ka arī politiķi (parlaments, veselības ministrs un Veselības ministrija), kā arī citas VI darbā ieinteresētās puses ir gatavas virzīties kvalitātes uzlabošanas virzienā.

Tomēr valsts finansējums veselības aprūpei joprojām ir ievērojami zemāks nekā vidēji ES, un vēl ir jāīsteno daži efektivitātes uzlabošanas pasākumi, tostarp efektīvi profilakses pasākumi, ārstniecības iestāžu nozares racionalizācija, primārās veselības aprūpes stiprināšana un mērķtiecīga kvalitātes vadība. Rezultāti veselības aprūpes jomā ir salīdzinoši zemi, un savlaicīga piekļuve visiem pieejamiem veselības aprūpes pakalpojumiem joprojām ir problēma. Salīdzinoši lieli līdzmaksājumi un veselības pakalpojumu iedalīšana divos grozos ("pilnais" un "minimālais") rada risku mazināt to pieejamību dažām grupām un novest pie nelabvēlīgiem rezultātiem veselības jomā.<sup>8</sup>

Tas viss liecina, ka Latvijai jārēķinās ar lielākiem izdevumiem veselības aprūpei, nodrošinājumam un rezultātu sasniegšanai kopumā. Tāpēc ir saprotams, ka valdībai un Veselības ministrijas pakļautības iestādēm ir jāveic ievērojams darbs, lai uzlabotu veselības aprūpi. VI ir plašākās ainas sastāvdaļa.

<sup>7</sup> <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Spending-Latest-Trends-Brief.pdf>

<sup>8</sup> P4s12 – Brisele, 23.5.2018., COM (2018) 413 galīgā redakcija – Eiropas Komisijas un Padomes ieteikums par Latvijas 2018. gada nacionālo reformu programmu

Vairāku pasākumu īstenošana ir VI tiešā pārziņā, lai uzlabotu savus pakalpojumus.

### **3. Dažas vispārīgas piezīmes**

#### **3.1. Kultūra**

Ekspertu grupa sāk šo apskatu, izvirzot principu, ka katrai inspekcijai jādarbojas saskaņā ar spēkā esošo normatīvo regulējumu un juridiskajām pilnvarām, kā arī tradicionālajā kultūras un vēstures vidē. Dažreiz pastāv izplūdusi robeža starp to, vai procesi un procedūras tieši izriet no tiesību aktiem vai institucionālās interpretācijas, kas tiem piešķirta gadu gaitā.

Šādā plašākā kontekstā ir svarīgi pieminēt, ka katrai veselības aprūpes sistēmai un modelim ir savs specifisks konteksts un vēsturiskās saknes.

Tomēr EPSO pieredze rāda, ka visām uzraudzības sistēmām ir daudz kopīgu mērķu un mācīšanās iespēju.

Ja raugāmies uz Latvijas sistēmu kopumā, redzam, ka sistēma darbojas centralizētas vadības sistēmas modelī. Šāds sistēmas regulējums ir balstīts uz pārbaudēm un atbilstības ievērošanu, kā arī iedomātu sabiedrisko organizāciju neuzticību, lielu uzmanību pievēršot procesuālajai pārbaudei un sodīšanai par atkāpēm no normatīvajiem aktiem vai to pārkāpumiem.

Tomēr pašreizējā vidē mēs redzam spēcīgu VI vadību un vēlmi mainīties, koncentrējoties uz sistēmas uzlabošanu. Cenšoties ieviest vairākus kvalitātes uzlabojumus un mācīšanās kultūru, pārmaiņas atbalsta gan esošā veselības ministre, gan Veselības ministrija kopumā, kā arī vairākas citas ieinteresētās puses Latvijā, kā tas atklājās intervijās ar visas nozares pārstāvjiem.

Pat ja politiskie uzstādījumi vai to interpretācija dažu darbinieku līmenī vēl pilnībā nav pielāgota šai kultūras attīstībai, VI vadības pamata uzstādījums ir stabils. Ja tiek sniegts pietiekams atbalsts, tas ir pozitīvs sākums procesam, lai sadarbotos (tādā pat virzienā kā citas Eiropas inspekcijas) Latvijas veselības aprūpes un sociālās aprūpes kvalitātes un drošības uzlabošanas virzienā.

#### **3.2. Vadība**

Pēdējo divu gadu laikā VI vadība ir mainījusies četras reizes, un pašreizējais VI vadītājs šajā amatā ir astoņus mēnešus.

Lai gan vadības līmenī redzējums ir pārlicinošs, tas vēl nav radis plašāku atspoguļojumu organizācijas iekšienē un darbinieku vidū. Ekspertu grupa novēroja spēcīgu vadību, ko atbalsta personāls, kuram ir liela darba slodze. Lai gan personāls savam darbam pieiet labticīgi un ar entuziasmu, tomēr rodas iespaids, ka daudzi no viņiem uzskata, ka viņu uzdevums ir izskatīt dokumentus un procedūras, un jūtas pārslogoti.

#### **3.3. Darba slodze**

VI darba apjoms ietver sabiedrības veselību, plānotās veselības aprūpes pārbaudes, sūdzību izskatīšanu un apstrādi.

VI uzraudzībā ietilpst vairāk nekā 4500 veselības aprūpes iestāžu. Pašreizējais VI darbinieku skaits un darba slodze liedz atbilstoši un sistemātiski pārbaudīt visus objektus. Analizējot pārbaudes metodes, Latvijas VI darbu var iedalīt laikā, kas tiek veltīts uzraudzībai (70%), un laikā, kas veltīts pārējām darbībām birojā, piemēram, dokumentu sagatavošanai, kontrolei un izvērtēšanai (30%).

Ārstniecības iestāžu kontroles nodaļa Rīgā un četras reģionālās kontroles nodaļas veic dažādas pārbaudes. VI ir 18 inspektori veselības aprūpes jomā.

Ārstniecības iestāžu pārbaudei un kontrolei izmantotās metodes var iedalīt šādos kontroles pasākumu veidos, un šīm darbībām izmantotais laiks ir aptuveni norādīts katram konkrētajam pasākumu veidam:

|                                                                                                                                                                                         |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Plānotā kontrole – plānota iepriekš un 10% gadījumu tiek veikta kopā ar saņemto informāciju vai pieteikumu izskatīšanu</li> </ul>                | 55% no kopējā darba laika tērē šādam darba veidam |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Tematiskā kontrole attiecībā uz izvēlēto politikas tēmu (revīzijas)</li> </ul>                                                                   | 10% no kopējā darba laika tērē šādam darba veidam |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Iesniegumu izskatīšana saistībā ar konkrētiem gadījumiem (darba organizācija, higiēna, receptes, medicīnisko izziņu informācija u.c.)</li> </ul> | 10% no kopējā darba laika tērē šādam darba veidam |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Cita veida kontrole, piemēram, pēckontroles pasākumi un saņemtās informācijas pārbaude</li> </ul>                                                | 25% no kopējā darba laika tērē šādam darba veidam |

VI izmanto uz risku balstītas profilēšanas metodoloģiju, lai palīdzētu noteikt prioritātes, kuras iestādes tieši būtu jāpārbauda. Tomēr salīdzinošās vērtēšanas grupas ieskatā piemērotie kritēriji neņem vērā ne pietiekamus, ne atbilstošus riska faktorus, lai tie būtu efektīvi. Ideālā gadījumā šādiem riska kritērijiem kā riska indikatorus būtu jāņem vērā vairāki rezultāti, ziņojumi par nodarīta kaitējuma gadījumiem un atsauksmes no pacientiem.

### 3.4. Sūdzības un ĀRF lietas

Sūdzības un ĀRF lietas, kā tas novērojams Latvijas VI, ir savstarpēji cieši saistītas procesa un ekspertu ziņā, lai gan tam tā nevajadzētu būt. Pēc salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupas un lielākās daļas aptaujāto domām, šo divu sistēmu funkcionēšana ir nepietiekama.

Sūdzību procesa piemēri un piemēri, kas tika izdiskutēti ar inspektoriem un nodaļu vadītājiem, liecināja, ka šajā ziņā ir liela paļaušanās uz ekspertiem, kuri galvenokārt ir VI darbinieki, lai gan dažreiz šie pienākumi tiek nodoti ārpalpojumu sniedzējiem. Eksperti katru lietu izskata pēc būtības un nosaka kaitējuma apmēru (%), kādu sūdzības iesniedzējam, aprēķinot naudas izteiksmē, jāizmaksā no Ārstniecības riska fonda.

Šis ir ar civillietām nesaistīts process, un, ja tiesa zina, ka saistībā ar Ārstniecības riska fondu ir iesniegta sūdzība, tā neuzsāks civillietu līdz sūdzību izskatīšanas procesa pabeigšanai.

Aptaujāto speciālistu atsauksmes liecināja, ka lēmumi apmēram 1/3 no visām sūdzību lietām tiek pārsūdzēti tālāk. Aprakstītais process izklausās ļoti birokrātisks un strīdīgs, un dažiem juristiem Latvijā ir sācis kļūt par biznesa virzienu. Sūdzību lietās izmantotais process ir pielīdzināms tiesas procesam. Taču sūdzības iesniedzēji un atbildētāji nepiesaista un neapmaksā savus ekspertus.

Lietās iesaistītie sūdzas par ilgo laiku, ko aizņem lietas izskatīšana. Tika minēts laika posms – trīs mēneši un ilgāk. Tomēr, salīdzinot ar tiesu lietām, šis termiņš ir relatīvi īss. Līdzīgu tiesu lietu ilgumu citās valstīs var mērīt gados, nevis mēnešos.

Pastāv neatrisināts jautājums par to, vai eksperti ir pietiekami kvalificēti un pārzina visu aktuālo klīnisko praksi un tehnoloģijas, lai varētu vērtēt visas lietas, kuras viņi vada kā eksperti.

Pastāv arī jautājums par to, vai eksperti kā medicīnas jomas profesionāļi ir vislabāk piemēroti izlemt jautājumus gan par vainu, gan par kaitējuma apmēru.

Šķiet, ka tipveida gadījumos eksperti rīkojas kā neatkarīgi tiesneši, tomēr bez atbildētāja un sūdzības iesniedzēja aizsardzības procesa un tiesnešu neatkarības.

Tā kā Latvija ir maza valsts, ārstniecības iestādes neoficiāli zina par sūdzībām, kas tiek izskatītas attiecībā uz viņu nodarbināto medicīnisko personālu, jo izmeklēšanai nepieciešamie materiāli tiek pieprasīti no attiecīgās iestādes. Taču ārstniecības iestādes netiek oficiāli informētas, un atbildētājam nav pienākuma paziņot savam darba devējam un iestādei, ka pret viņu tiek izskatīta lieta.

Aprakstītajam procesam (papildus citiem jautājumiem, kurus tas rada) ir ietekme uz veselības aprūpes sistēmu kopumā:

- a. Nepastāv skaidra mediācija starp sūdzības iesniedzēju un ārstniecības iestādi/ārstu/medmāsu.
- b. Katrs gadījums tiek uzskatīts par individuālu, un VI nav veikusi tematisku analīzi, lai identificētu kopējas (sistēmiskas) problēmas veselības nozarē, lai palīdzētu identificēt un ietekmēt kvalitātes uzlabojumus sistēmas līmenī.
- c. ĀRF prasību lietu atklāta izskatīšana, iesaistīto pušu (sūdzības iesniedzēja, atbildētāja un VI) procedūru kvalitātes izpēte nepastāv. Lietu iznākumu izskatīšana un pēcpārbaudes kvalitātes pārskatīšana nav iespējama.

Pastāv skaidrs un ļoti tiešs ceļš no sūdzības līdz tiesvedībai un pieteikumam izmaksai no Ārstniecības riska fonda. Šajā procesā ir maz risinājumu, kas ļautu panākt rezultātu, ko pacients/sūdzības iesniedzējs varētu uzskatīt par taisnīguma uzvaru un efektīva mērķa sasniegšanu, kas neattiecas uz atlīdzību izmaksu no fonda izskatīšanu un attiecīgu bināru (jā-nē) lēmumu. Ir gadījumi, kad pacients var nevēlēties saņemt kompensāciju, viņš var vēlēties tikai saņemt atvairošanos, kļūdas labošanu vai pārliecību, ka ir veikti pasākumi, lai nodrošinātu, ka problēma neatkārtosies ne saistībā ar viņu pašu, ne citu pacientu.

No salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupas viedokļa pašreizējais Ārstniecības riska fonda process ietver neparedzētas ilgtermiņa tiesvedības un darba sekas, jo netiek veikti pasākumi, lai atrisinātu problēmu ar citiem līdzekļiem (piemēram, mediācija) vai lai pēc procesa ietvaros risinātu jebkādas sistēmiskus jautājumus, kas ļautu novērst cēloņus, nevis strādāt ar sekām. Lai gan ĀRF funkcijas ir skaidras, tā process, radītā darba slodze un rezultāti nav optimāli.

#### 4. Dažas ekspertu grupas novērotās tendences Eiropā

##### 4.1. Kvalitāte un pacienta drošība kā prioritāte

Mūsdienās kvalitāte un pacienta drošība ir prioritāte veselības aprūpes sistēmām, kā arī lielākajai daļai uzraudzības iestāžu un daudzās valstīs un reģionos. Ne vienmēr tā ir bijis. Tradicionāli daudzas valstis ir izmantojušas autoritāru, pārbaudīšanas vai kontroles pieeju veselības aprūpes uzraudzībai tādā ziņā, ka pārbaudīšana un uzraudzība balstījās uz stingri formālu tiesisko regulējumu ar galvenokārt organizatoriskām un ar laiku saistītām normām un standartiem, kas jāpārbauda uzraudzības iestādei. Šī pieeja iederējās tradicionālākā sociālās struktūras hierarhijā un daudzās valstīs bija spēcīga.

ES 2016. gada ziņojums “Aprūpes kvalitātes novērtēšanas stratēģijas Eiropā”<sup>9</sup> apskata vispārīgus kvalitātes novērtēšanas jautājumus, kā arī tajā ir nodaļas par dažu Eiropas Savienības dalībvalstu pieredzi saistībā ar aprūpes kvalitātes novērtēšanu. Lai gan šis ziņojums nav īpaši vērsts uz inspekcijām, tas ir rakstīts no ES skata punkta, izvērtējot pieeju aprūpes kvalitātei Eiropā un salīdzinot un pretstatot vairākas atšķirīgas sistēmas.

##### 4.2. Kvalitātes veicināšana, novērtējot rezultātu<sup>10</sup>

Kvalitāte un pacientu drošība tikusi pētīta, izmantojot gan saistībā ar pacientu sasniegtos rezultātus, gan procesa mērījumus.

###### 4.2.1. Ar pacientu saistīto rezultātu mērījumi

Ar pacientu saistīto rezultātu mērījumi ietver tādus aspektus kā blakusparādības, komplikācijas, saslimstība un mirstība. Tie ir rezultāti, kurus veselības aprūpes sistēmas cenšas novērst, ieviešot pacientu drošības praksi.

###### 4.2.2. Procesu mērījumi

Salīdzinot ar pacientu saistīto rezultātu mērījumiem, procesa mērījumi ļauj identificēt sistēmas un cilvēka izraisītās kļūdas un gandrīz pieļautās kļūdas, kas ļauj organizācijām īstenot pasākumus, pieņemot, ka šo procesu uzlabošana paaugstinās pacientu drošību.

Tā kā kļūdas procesā ne vienmēr rada kaitējumu pacientam, gandrīz pieļautās kļūdas arī ir svarīgi procesa mērījumi.

Un otrādi, ne visus nevēlamus notikumus izraisa kļūda, un tādēļ ir svarīgi, lai ar pacientu saistītie rezultāti tiktu uzsvērti jebkurā kvalitātes un pacientu drošības novērtējumā.

##### 4.3. Integrēta aprūpe

Veselības aprūpe ir kļuvusi sarežģīta, un tai ir vajadzīga saskaņota integrētas aprūpes organizatoriskā pieeja.

Tradicionāli veselības aprūpes drošības un kvalitātes nodrošināšanas uzdevums daudzās valstīs<sup>11</sup> ir bijis profesionālo pienākumu sastāvdaļa ne tikai ārstiem, bet arī citām veselības aprūpes speciālistu grupām, jo lielai daļai pacientu ir nepieciešams dažāda veida speciālistu atbalsts. Šis atbalsts ir jākoordinē, lai to uzskatītu par stabilu praksi, tādēļ par atbilstošu pakalpojumu sniegšanu ir atbildīgs ne tikai katrs individuālais speciālists, bet arī organizācija kopumā. Aprūpes sarežģītība – tāda, kāda tā ir pašlaik – neaprobežojas tikai ar vienu veselības aprūpes organizāciju, bet attiecas arī uz visu pacienta

<sup>9</sup> [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/sowhat\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf)

<sup>10</sup> Norvēģijas Veselības direktorāts (2005. g.) ... un kļūst labāk! valsts kvalitātes uzlabošanas stratēģija

<sup>11</sup> piemēram, Norvēģijā – skatīt “Veselības aprūpe, labklājība un likums”, Geir Sverre Braut, 136. lpp.

veselības aprūpes procesa pieredzi, dažreiz pat pārsniedzot tā robežas. Tam nepieciešama integrēta pieeja aprūpei, kā arī Eiropas inspekcijām – sadarbības pieeja uzraudzībai kopā ar pārējām ieinteresētajām personām, t.sk. pakalpojumu sniedzējiem.

#### 4.4. Uz datiem un pierādījumiem balstīta pieeja

Viena no uzraudzības organizāciju tendencēm ir strādāt pie tādas pieejas, kas balstīta uz datiem un pierādījumiem, vienlaikus uzraugot mērķu sasniegšanu, izmantojot datus lēmumu pieņemšanai atkarībā no regulāras uzraudzības pasākumiem sadarbībā ar pakalpojumu sniedzējiem un iesaistītajiem speciālistiem.

#### 4.5. “Drošības kultūra” atbalstošā vidē

Lai panāktu drošu pacientu aprūpi, uzsvars tiek likts uz “drošības kultūru”, kas ietver atbalstošas vides izveidi, kurā veselības aprūpes speciālisti var identificēt kļūdas vai gandrīz notikušas kļūdas un analizēt, kāpēc un kā tās varēja gadīties. Vairākās valstīs pašlaik vērojama tendence, ka tiek ieviestas ziņošanas sistēmas bez norādes uz vainu, ietverot noteikumus, kas paredz, ka ārstniecības iestādes un veselības aprūpes speciālisti ziņo arī par gandrīz notikušām kļūdām. Šādā vidē var īstenot pacientu drošības praksi, piemēram, klīnisko uzraudzību (KU), lai risinātu identificētās problēmas un mazinātu traumu iespējamību.

Daudzās valstīs ir vērojama apņemšanās īstenot atbalstošu pieeju kvalitātes uzlabošanai. Šī atbalstošā pieeja, kurā uzraudzības iestādes veselības aprūpes darbinieki un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji strādā kopā, lai risinātu problēmas un uzlabotu sistēmas darbību, kā arī kopīgi strādā, lai sniegtu atbalstu individuāliem veselības aprūpes speciālistiem, ir izaicinājums un mērķis, kādu izvirzījušas daudzas inspekcijas un regulatori Eiropā.

Atbalstoša uzraudzība ir process, kas palīdz personālam nepārtraukti uzlabot sava darba rezultātus. To īsteno cieņpilnā un neautoritārā veidā, koncentrējoties uz uzraudzības apmeklējumu un uzraudzības procesa izmantošanu kā iespēju uzlabot veselības aprūpes personāla, organizāciju un veselības aprūpes sistēmas zināšanas un prasmes.

Atbalstoša uzraudzība veicina atklātu divvirzienu komunikāciju un komandas pieeju veidošanu, kas atvieglo problēmu risināšanu.

##### 4.5.1. Instrumenti, kurus inspekcijas bieži izmanto atbalstošajā pieejā:

###### 4.5.1.1. Iekšējā kontrole kā sociālo un veselības aprūpes pakalpojumu klīniskā pārvaldība

Instrumenti, kas bieži tiek izmantoti šai iekšējai kontrolei, ir pašregulējums, pašnovērtējums, pašpārraudzība vai citas iekšējās kvalitātes kontroles sistēmas<sup>12</sup>. 6.1.1. nodaļā “Proaktīvāka pašnovērtējumu izmantošana” sīkāk izklāstītas dažas no šīm darbībām.

###### 4.5.1.2. Personāla apmācība

Apmācības darba vietā, iekšējo un ārējo apmācību, kā arī starptautiskās apmaiņas programmas, bieži apvienojot tās ar citiem starptautiskās sadarbības veidiem, piemēram, dalību darba grupās un starptautiskos projektos, bieži tiek izmantotas kā zināšanu uzlabošanas instrumenti, lai inspekcijas ieviestu jaunas darba metodes organizācijā.

---

<sup>12</sup>Papildu informācijai skatīt arī: Brauts G.S. (*Braut G.S.*) (2003. g.) Publiskā likumdošana un profesionālā pašregulācija – kvalitātes un drošības pasākumi Norvēģijas veselības aprūpē B.J. Jongberga (*Youngberg*) un M.J. Hatlija (*Hatlie*) Pacientu drošības rokasgrāmatā, Bostona, izdevniecība *Jones and Barlett Publishers*.

#### 4.5.1.3. Iesaistīšanās stratēģija

Vairums inspekciju Eiropā izmanto īpašus instrumentus, lai izveidotu savu ieinteresēto pušu iesaistes stratēģiju. Somija ir izvēlējusies un praktizē vairākus instrumentus, piemēram<sup>13</sup>:

- interaktīva uzraudzība
- pasākumi reģionos
- vadlīnijas
- novērtēšanas rīki
- pašvaldību iniciatīvas.

#### 4.6. EDSO Regulējuma politikas labās prakses principi

2014. gadā EDSO publicēja ziņojumu, kurā tika apkopoti principi, lai palīdzētu nodrošināt reglamentējošo noteikumu izpildi un pārbaudes.<sup>14</sup> Šis dokuments attīstīja vairākus piemērus 11 principu kopumā. Galvenā hipotēze ir tāda, ka arvien vairāk EDSO valstu sāk saprast izpildes fāzes nozīmi reglamentējošās politikas kvalitātes un efektivitātes nodrošināšanā un mērķu sasniegšanā, kā arī uzņēmumiem un iedzīvotājiem uzliktā kopējā reglamentējošā sloga līmeņa samazināšanā.

Pastiprināta uzmanība tiek pievērsta izpildes posma efektivitātei reglamentējošās pārvaldības ciklā un samērīguma veicināšanai izpildē (šeit samērīgumu saprot gan kā resursu sadali proporcionāli riska līmenim, gan kā piespiedu izpildes pasākumus, kas tiek piemēroti proporcionāli pārkāpuma smagumam). Efektivitātes uzlabojumus var sasniegt, pārskatot vispārējās politikas, institucionālo ietvaru un reglamentējošo iestāžu izmantotos instrumentus. Tas atbilst lielākai paļāvībai uz riska analīzi un mērķtiecīgākai pieejai pārbaudes un izpildes resursu izmantošanai. Salīdzinoši maz uzmanības ir pievērsts tam, lai konsekvēnti uzlabotu veidu, kādā tiek organizēta un nodrošināta normatīvo aktu izpilde un pārbaudes. Līdz ar to pastāv ievērojams potenciāls samazināt reglamentējošās izmaksas uzņēmumiem un iedzīvotājiem, uzlabojot pārbaudes pakalpojumu efektivitāti.

Pārbaudu un noteikumu rezultātu reformēšana, lai tos padarītu vairāk vērstus uz atbilstības ievērošanu, atbalstošākus un uz risku balstītus, var dot reālus un būtiskus uzlabojumus ekonomikas dalībniekiem, pat esošo noteikumu ietvaros. Visbeidzot, izpildes un pārbaudu reforma vienlīdz attiecas uz metožu un kultūras maiņu, tā uz institūciju organizatorisko mehānismu un tiesību aktu reformēšanu.

Šie EDSO ziņojumā izklāstītie 11 principi ir:

1. Uz pierādījumiem balstīta izpilde
2. Selektivitāte
3. Koncentrēšanās uz risku un samērīgums
4. Atbildīgs regulējums
5. Ilgtermiņa vīzija
6. Saskaņošana un konsolidācija
7. Pārredzama pārvaldība
8. Informācijas integrēšana
9. Skaidrs un godīgs process
10. Atbilstības veicināšana
11. Profesionālisms

<sup>13</sup> Skatīt 4. pielikumu – 7.1. sadaļa, Ieinteresēto personu iesaistīšana – Somija

<sup>14</sup> . <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208117-en>

## 5. Ārstniecības iestāžu uzraudzības joma

### 5.1. Projekts I - Eksperta pakalpojumi ārstniecības iestāžu uzraudzības jomā

Analizēt Veselības inspekcijas pašreizējo stāvokli Latvijas ārstniecības iestāžu uzraudzības jomā:

- Analizēt pašreizējo stāvokli un procedūras:
    - uzraudzības metožu izvēle un piemērošana;
    - uzraudzības metožu stiprās un vājās puses;
    - pašnovērtējuma metodes;
    - ārstniecības iestāžu uzraudzības un konsultāciju sniegšanas indikatori.
- Sniegt priekšlikumus ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmas pilnveidošanai Latvijā.
- Sniegt priekšlikumus par ārstniecības iestāžu pašnovērtējuma principiem, ietverot vismaz trīs ārzemju labas prakses piemērus, kas būtu piemērojami Latvijā.

#### 5.1.1. Veselības inspekcijas pašreizējais stāvoklis un procedūras

Pašreizējais Latvijas ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmas stāvoklis, ieskaitot tās stiprās un vājās puses, ir aprakstīts 3. pielikumā *Latvijas Veselības inspekcijas apraksts, izmantojot EPSO Salīdzinošās novērtēšanas sistēmu*.

Lai analizētu pašreizējo VI stāvokli, tajā pievērsta uzmanība 13 jomām:

1. skaidrs likumīgais pamats un skaidri definētas funkcijas;
2. neatkarība, objektivitāte un integritāte;
3. konfidencialitāte un informācijas aizsargāšana;
4. organizācija un vadība;
5. kvalitātes sistēmas;
6. personāls (resursi un spējas);
7. telpas un aprīkojums;
8. pārbaudes metodes un procedūras;
9. pārbaudāmās iestādes vai personas iesaistīšana un saziņa ar to;
10. atklātība un pārredzamība;
11. disciplinārsodi;
12. ietekmes novērtējumi
13. sadarbība ar citām ieinteresētajām pusēm, tostarp citām uzraudzības struktūrām, un to iesaistīšana.

Lai gan šajā pielikumā sniegts detalizēts izklāsts, galvenie jautājumi, kas saistīti ar iepriekš aprakstītajiem izvirzītajiem uzdevumiem, ietver dažas jomas, kas saistītas ar ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmas pilnveidošanu Latvijā.

##### 5.1.1.1. Neatkarība

Pašreizējā situācijā VI ir pakļauta Veselības ministrijai, tiešā veselības ministra pakļautībā. Funkcijas ir skaidri noteiktas tiesību aktos un VI darbību reglamentē 05.02.2008. Ministru kabineta noteikumi Nr. 76 "Veselības inspekcijas nolikums".

Mērķis, uzdevums un funkcijas ir izklāstītas [http://www.vi.gov.lv/lv/start/\\_142/functions](http://www.vi.gov.lv/lv/start/_142/functions)

Vismaz VI iekšienē tās mērķis ir skaidri saprotams – mazināt risku sabiedrībai un patērētāju veselībai, īstenojot valsts uzraudzību. Veselības inspekcijai jāveic valsts pārvaldes funkcijas nozares uzraudzības un kontroles jomā, lai izpildītu un ieviestu minētajā sfērā spēkā esošajos tiesību aktos noteiktās prasības.

Tās uzdevums ir nodrošināt likumīgu, profesionālu, konsekventu un kompetentu valsts uzraudzību un kontroli veselības nozarē, iesaistoties tādā politikas realizācijā, kas attiecas uz sabiedrības veselību, veselības aprūpi, farmāciju, narkotiku un psihotropo vielu legālo apriti un patērētāju tiesību aizsardzību.

Ārējais un iekšējais uzskats ir tāds, ka visās savās funkcijās VI ir atkarīga no Veselības ministrijas un līdz ar to nedarbojas neatkarīgi. Ārējais viedoklis ir tāds, ka tas ir iemesls neuzticēties VI viedoklim. Par to, vai šis tēls ir pareizs, ekspertu grupai nav vērtējuma. Ekspertu grupa nenovēroja nekādas pazīmes par VI netaisnīgu, nepareizu vai citādi nepiemērotu darbību. Tomēr ieinteresēto pušu neuzticība bija nepārprotama.

Tā kā ekspertu grupa uzskata, ka VI ir nepieciešams un tā ir pelnījusi savu funkciju pastiprināšanu, lai padarītu savu darbu vērtīgāku, efektīvāku un novērtētāku Latvijā, varētu būt lietderīgi veikt dažus formālus pasākumus, lai Inspekciju varētu vairāk uzskatīt par neatkarīgu iestādi. Šādi formāli pasākumi varētu būt VI juridiskais statuss kā neatkarīgai valsts organizācijai, kas tieši pakļauta Latvijas Ministru kabinetam, ar neatkarīgu priekšsēdētāju, kas iecelts, piemēram, uz noteiktu laiku.

Lielākajā daļā valstu pastāv formāla vai neformāla neatkarība, ko nosaka valsts kultūra, priekšsēdētāja formāls vai neformāls statuss vai citi juridiski aspekti.<sup>15</sup> Dažās valstīs regulatoram nav formālas neatkarības (piemēram, Apvienotajā Karalistē). Tas ir novedis pie politiski motivētiem lēmumiem par priekšsēdētāja vai valdes locekļu atlaišanu. No ārpuses raugoties, organizācijas kvalitātes un tās efektivitātes uzlabošanai tas nešķiet lietderīgi. Ir teiciens “bez kļūdām nav attīstības”. Tas, mūsdiā, attiecas arī uz uzraudzības sistēmu attīstību.

#### 5.1.1.2. Uzraudzības metožu izvēle un piemērošana

Uzraudzības metožu izvēle un piemērošana, tostarp stiprās un vājās puses, ir aprakstīta 4. pielikuma 8. nodaļā “Pārbaudes/uzraudzības metodes”.

Tomēr, sīkāk atbildot uz izvirzītajiem jautājumiem, ekspertu grupa nonāk pie turpinājumā aprakstītajiem secinājumiem un sniedz komentārus par uzraudzības metožu izvēli un piemērošanu.

##### 5.1.1.2.1. Uz mērījumiem un risku balstīta pieeja pārbaudei

Pie pašreizējās metožu izvēles Latvijas Veselības inspekcijai ir augsts reglamentējošs un procesuālais līmenis – kā tika apliecināts, tas ir labi dokumentēts un tiek ievērots.

VI veiktajās pārbaudēs liela uzmanība tiek pievērsta procesuālajai pārbaudei par likumu ievērošanu, un to parasti veic, pārbaudot procesuālos dokumentus katrā vietā un pierādot atbilstību šiem noteikumiem.

VI nevērtē aprūpes kvalitāti ne procesa, nedz rezultātu izteiksmē. Pacientu drošības uzlabošanas un aprūpes kvalitātes procesa novērtēšana nav VI organizatorisks jēdziens.

---

<sup>15</sup> Piemēram, priekšsēdētāju Norvēģijā ieceļ uz vairākiem gadiem, un viņu var atlaist tikai kronis (ministri un karalis); Nīderlandes inspekcijai nav oficiālas organizācijas neatkarības, taču tās priekšsēdētājam tradicionāli ir augsts statuss; Portugālē ir neatkarīga valde ar plašu politisko pieredzi, kuru ieceļ uz vairākiem gadiem bez iespējas to atlaist.

Pašreizējie VI izmantotie mērījumi ir balstīti uz apjomu (t. i., cik pārbaūžu veikts, cik daudz sūdzību izskatīts), un veikto pārbaūžu laikā daudzi mērījumi attiecas uz to dokumentu apjomu, kas tika pārbaudīti attiecībā uz to atbilstību.

Lielākā daļa mērījumu ir balstīta uz datiem par skaitļiem un laika grafikiem, bet nedod priekšstatu par aprūpes kvalitāti un rezultātiem.

Lielākajā daļā ekspertu grupai iesniegto pārskatu dokumentu pārsvarā joprojām trūkst tā dēvētās “provizoriskās informācijas” un “kvalitatīvās informācijas”. Tomēr šķiet, ka liela apjoma datu sistēma nodrošina rezultātus attiecībā uz izskatīšanu skaitu, personāla skaitu, pacientu skaitu, grafikiem utt.

Pārbaūžu mērķi ir skaidri, tie ir paredzēti pacientu drošībai un aprūpes kvalitātei, tomēr rezultāti šajās jomās netiek novērtēti un netiek izmērīti. Rezultātā, pamatojoties uz VI iesaistīšanās gadījumiem, nav informācijas par to, kādi rezultāti ir sasniegti attiecībā uz pacientu drošību un aprūpes kvalitāti.

Salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupas ieskatā viens no Veselības inspekcijai svarīgākajiem uzlabojumiem varētu būt virzība uz tādu pieeju, kas vairāk vērsta uz mērījumiem (process un rezultāts), un strādāt pie pārbaudēm, kas balstītas uz risku.

Rezultātu mērījumus varētu veikt sadarbībā ar Slimību profilakses un kontroles centru, kas, šķiet, strādā pie agrīnās attīstības stadijas šajā virzienā. Liekas, ka pašlaik šie pārskati netiek nodoti VI, lai palīdzētu tai identificēt un noteikt prioritātes iestāžu pārbaudēm. Pastāv iespēja dalīties ar informāciju un strādāt kopā.

Vēl viens risinājums varētu būt izstrādāt dažus rezultātu indikatorus, piemēram, pēc Zviedrijas modeļa. Rezultātu indikatoru izstrāde ir sarežģīta, un tā viegli varētu iziet ārpus kontroles (pārāk dārgi, pārāk sarežģīti un pārāk daudz indikatoru<sup>16</sup>) un kļūt birokrātiska un ar augstām izmaksām, kā tas jau agrāk pierādījies dažās EPSO valstīs un reģionos.

Attiecībā uz tēmu par iepriekš pieteiktām un nepieteiktām pārbaudēm ekspertu grupa norādīja, ka daudzās EPSO dalībvalstīs izmanto abu veidu pārbaudes.

Abām ir vairāki plusi un mīnusi.<sup>17</sup> Nepieteiktas pārbaudes īsti neiederas augstas uzticības partnerībā ar veselības aprūpes iestādēm. Bez tam nepieteiktu pārbaūžu trūkums ir tāds, ka viegli var radīt nepareizu iespaidu. Tomēr reizēm nepieteikta pārbaude sniedz skaidru priekšstatu par to, kā lietas notiek “normālā” situācijā attiecībā uz “parasto” pacientu. Ja nepieteikta pārbaude tiek apvienota ar pareizu konstatējumu pārbaudi, tas var būt ļoti noderīgs un efektīvs instruments.

#### 5.1.1.2.2. Paziņošanas un iesaistes stratēģija

Konkrētie pārbaudes rezultāti tiek darīti zināmi pārbaudītajām institūcijām, un institūcijai ir tiesības sniegt atbildi.

Tomēr šķiet, ka organizēta atklāta atsauksmju sistēma nepastāv. Liekas, ka paziņošana galvenokārt notiek no augšas uz leju, no Veselības inspekcijas veselības aprūpes iestāžu speciālistiem, pacientiem un sabiedrībai kopumā.

<sup>16</sup> Anglijā ir ilglaicīga pieredze indikatoru izstrādē, tomēr pēc tam, kad visu rādītāju skaits bija ārkārtīgi pieaudzis un vairs nebija noderīgs, tika ieviestas jaunas metodes; Francija pārtrauca “no augšas uz leju” vērsto attīstību, jo tas kļuva pārāk sarežģīti; Nīderlande ir ilgstoši meklējusi prognozējošos indikatorus, bet nav pilnībā guvusi panākumus, un pašlaik strādā ar jauktu pārbaudes sistēmu un dažiem indikatoriem; Zviedrijai ir nepretencioza, vienkārša un šķietami lietderīga uz risku balstīta sistēma, kuras pamatā ir pašu veiktās pārbaudes; EPSO Risku darba grupu vada Dānija, kura strādā pie uz risku balstītām pārbaudēm ar jauktu sistēmu, bet rezultāti vēl nav pieejami.

<sup>17</sup> skatīt 4. pielikumu (izvēlēti gadījumu pētījumi), 8.3. sadaļu ( citas pārbaudes metodes)

Tematiskā analīze un ziņojumi par VI veiktajām pārbaudēm un to rezultātiem netiek izziņoti publiski. Tāpat šī informācija netiek izpausta ārstniecības iestādēm, profesionālajām asociācijām vai citām ieinteresētajām pusēm.

Pašreizējais – uz risku balstītais izvērtējums, kura strukturētās pārbaudes ir prioritāras, ir subjektīvs un nav balstīts uz kopīgu prioritāšu redzējumu ar ieinteresētajām pusēm, tostarp parlamentu un ministriju.

Prasījumu summu izvērtēšanai izmanto paraugu, taču tas ir iekšējs dokuments un nav redzams sabiedrībai. Intervijas ar ieinteresētajām personām liecināja par atšķirīgām un grupas darbā balstītām pieejām, kā eksperti individuāli aprēķina prasījumu summas.

Dažas pārbaudes netiek pieteiktas. Tas ir no sūdzību procesa atšķirīgs un individuāls process.

Sūdzības izskatīšanas process pašlaik nav galvenais ieguldījums risku analīzē vai citu pārbaudžu (sistemātiskām, tematiskām kvalitātes pārbaudēm) noteikšanai.

Visos iepriekš minētajos procesos pastāv komunikācijas uzlabošanas iespējas.

Tomēr salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupa vēlas uzsvērt, ka paziņošana kā tāda nav risinājums, ja tā netiek atbilstoši izmantota un nav veidota kā atvērta divvirzienu sistēma.

Ārstniecības iestāžu nevēlēšanās tikt sodītām veicina zemu savstarpējo uzticību saziņā vai saziņas neesamību vispār. Tas neveicina ne atvērtas divpusējas komunikācijas kultūras attīstību, ne arī kvalitātes uzlabošanas iniciatīvu atbalstu.

Lai veidotu atvērtu, uzticībā balstītu komunikāciju ar ieinteresētajām pusēm, un tā būtu vērsta uz mērķtiecīgu saziņu un veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu, VI būtu jādistancējas no:

- no augšas uz leju virzītas atbilstības ievērošanas prasībām, koncentrējoties uz neatbilstību meklēšanu un attiecīgu sodīšanu,
- spēcīga partnerība kompensāciju prasījumos pret ārstiem un ārstniecības iestādēm.

#### 5.1.1.3. Uzraudzības metožu stiprās un vājās puses

Mūsu vērtējumā pielietoto uzraudzības metožu stiprās puses ir:

- Labi dokumentēts procedūru kopums.
- Spēcīga vadība.
- VI mērķu skaidrība.
- Apzināšanās, ka ir nepieciešama uz risku balstīta profilēšana, lai noteiktu veicamo pārbaudžu prioritātes.
- Laba procedūru un atbilstības prasību, kā arī veselības aprūpes iestādēm, pakalpojumu sniedzējiem un speciālistiem izvirzīto tiesību aktu prasību pārzināšana.
- Konkrētie pārbaudes rezultāti tiek darīti zināmi pārbaudītajām institūcijām, un institūcijai ir tiesības sniegt atbildi.

Vājie punkti (un līdz ar to arī uzlabošanas iespējas) ir šādi:

- Pašreizējais uz risku balstītais izvērtējums par prioritārajām strukturētajām pārbaudēm ir subjektīvs un nav balstīts uz kopīgu prioritāšu redzējumu ar ieinteresētajām pusēm, t.sk. parlamentu un ministriju.
- Prasījumu summu izvērtēšanai izmanto veidni, taču tas ir iekšējs dokuments un nav redzams sabiedrībai. Intervijas ar dažādām ieinteresētajām personām liecināja par atšķirīgām pieejām, kā eksperti individuāli aprēķina prasījumu summas.
- Netiek veikta tematiska analīze, lai iezīmētu kopīgas problēmas un tendences pakalpojumu sniedzēju pusē, tādējādi netiek analizētas sistēmiskas problēmas, kas jārisina visā nozarē.

- VI mērķi ir skaidri – pārbaužu mērķis ir pacientu drošības un aprūpes kvalitātes uzlabošana, tomēr rezultāti šajā jomā nav izvērtēti un nav izmērīti, tādējādi nav informācijas par to, kādi rezultāti ir sasniegti attiecībā uz pacientu drošību un aprūpes kvalitāti VI darbības rezultātā.
  - VI nevērtē aprūpes kvalitāti ne procesa, ne rezultātu izteiksmē. Pacientu drošības uzlabošanas un aprūpes kvalitātes procesa izvērtēšana nav VI organizatoriska darba daļa.
3. pielikums "Latvijas VI vērtējums, izmantojot EPSO salīdzinošās vērtēšanas jautājumus" sniedz papildu informāciju un izklāstu par daudziem no iepriekš minētajiem apgalvojumiem.

#### 5.1.1.4. Pašnovērtējuma metodes

Lai gan VI atzīst nepieciešamību izpētīt un izstrādāt pašnovērtējuma metodes un rīkus, tādi vēl nav ieviesti. Salīdzinošā vērtējuma grupa šādu metožu un rīku ieviešanu uzskata par pamatotu, lai mainītu darbību uz proaktīvāku kvalitātes un pacientu drošības nodrošināšanas metodi.

Pašnovērtējuma prakses piemēri ir aprakstīti 4. pielikuma 6. nodaļā "Pašnovērtējums un ziņošana par negadījumiem".

2016. gadā Eiropas Komisijas Eiropas references tīkli (ERN) publicēja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pašnovērtējuma kontrolsarakstu, kurā norādīts noderīgs kritēriju kopums un tiem atbilstoši jautājumi pašnovērtējuma veikšanai.<sup>18</sup>

Šajā sarakstā ietvertas vairākas tēmas, kas saistītas ar dažādiem veselības aprūpes iestāžu darbības elementiem. Tomēr sarakstā atspoguļojas diezgan instrumentāla un uz sistēmām orientēta pieeja, kā arī atsevišķās tēmās nav skaidrs, vai veselības aprūpes iestādes uzrādītais ir tas, ko inspekcija sagaida no iestādes kā "labu un drošu aprūpi".

ERN rokasgrāmata ir noderīgs sākumpunkts turpmākai iekšējai diskusijai Inspekcijā un sadarbībai ar ieinteresētajām pusēm, lai izvērtētu, ko varētu un vajadzētu izskatīt Latvijas kontekstā un kāpēc.

Katra pašnovērtēšanas instrumenta sākumstadijai būtu jābalstās uz jautājumu: "Kāds ir mūsu kā inspekcijas un kā Latvijas veselības aprūpes sistēmas daļas mērķis un kā mēs iedvesmojam mūsu veselības aprūpes iestādes, ārstus, medicīnas māsas u.c. strādāt vienā virzienā kopā ar mums? Lai to izdarītu, nepieciešams ārstniecības iestāžu atbalsts, lai izvērtētu kvalitātes indikatorus un uzlabojumus.

#### 5.1.1.5. Ārstniecības iestāžu uzraudzības un konsultāciju sniegšanas indikatori

Izskatot šo tēmu, salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupa meklēja pierādījumus VI par indikatoru līdzsvaru visā organizācijā, procesā, sistēmā un rezultātos, kas raksturīgi labi funkcionējošai un nobriedušai uzraudzības iestādei, lai palīdzētu izvērtēt:

1. Riska jomas, kas ir riska profilu marķieri, un atbilstošu prioritāšu izvirzīšanu ārstniecības iestāžu un/vai speciālistu pārbaudei.
  2. Inspekcijas darbības ietekmi uz tās noteikto misiju – pacientu drošību un pakalpojumu kvalitāti.
- Latvijā tika konstatēts, ka VI koncentrējas uz organizatoriskajiem aspektiem, tai skaitā apjomu, pakalpojumu skaitu, pakalpojumu sarežģītību un pacientu plūsmas nozīmīgumu/apjomu. Pastāv vairāki procesuāli (nevis procesa) mērījumi, kas novērtē, vai pārbaudāmās iestādes darbībā tiek ievēroti tiesību akti un procedūras.

Citi piemēri par indikatoriem, kurus VI iesniedza ekspertu grupai, bija statistika par VI veikto pārbažu skaitu noteiktā periodā dažādās struktūrvienībās.

Pašlaik VI izmanto "uz risku balstītas" profilēšanas metodoloģiju. Tajā tiek ņemti vērā 5 faktori:

1. Potenciālā ietekme uz sabiedrību (ārsti – maza, ārstniecības iestāde – liela)

<sup>18</sup> . [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/8-self-assessment-for-hcp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/8-self-assessment-for-hcp_en.pdf)

2. Pakalpojumu sniedzēja/organizācijas (ārsts, ārstniecības iestāde ) ietekme, t. i., pakalpojumu skaits un sarežģītība
3. Cik sarežģīti ir tiesību akti, kas ir saistoši pakalpojumu sniedzējam/organizācijai
4. Cik pacientu ir attiecīgajā ārstniecības iestādē/organizācijā, t. i., apjoms
5. Reputācija, pamatojoties uz
  - iekšēju rezultātu – kontroljautājumu rezultāts par pēdējiem 3 gadiem,
  - inspektora aizpildītu kontrolsarakstu;
  - sūdzībām un prasījumiem.

Salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupa daudzus no šiem faktoriem uzskata par vai nu subjektīviem, vai nepietiekamiem riska indikatoriem.

Ekspertu grupa uzskata, ka Zviedrijas sistēma parāda noderīgu uz risku balstītu pieeju, jo tā ir nepretencioza un salīdzinoši vienkārša sistēma ar zemām izmaksām.

Tomēr noderīgi piemēri atrodami arī citās sistēmās, tai skaitā Francijā un Anglijā pastāvošajās sistēmās, kurās, lai gan tās ir diezgan sarežģītas un dārgas, noteikti ir vairāki interesanti vērā ņemami elementi.

4. pielikuma 8. nodaļā “Pārbaudes/uzraudzības metodes” ir aprakstīti vairāki prakses piemēri attiecībā uz risku balstītu pārbaudi, t.sk. Zviedrijas sistēma.

#### 5.1.1.6. Uzraudzības metožu attīstības iespējas

VI ir organizācija ar vairākām funkcijām. Tā vietā, lai skatītos tikai uz vienu attīstības un uzlabošanas iespēju aspektu šī projekta ietvaros, ekspertu grupa šī dokumenta 6. nodaļā “Grupās pārdomas un ieteikumi” piedāvā savu vispārīgu redzējumu. Ir grūti nodalīt Projektā I “Ārstniecības iestāžu uzraudzība”, radušos ieteikumus no pārējiem (Projekts I), jo daudzi ieteikumi ir savstarpēji saistīti un, ja tie tiktu ņemti vērā, tiem vajadzētu pozitīvi ietekmēt dažādus VI pakalpojumus un funkcijas.

#### 5.1.1.7. Priekšlikumi pašnovērtējumam

Ja mērķis ir pārnest uzraudzības koncentrēšanu no reaģējošiem pasākumiem uz proaktīvāku vadību un uzraudzību, tad pašnovērtējumus var izmantot kā vienu no metodēm, lai uzraudzītu un novērtētu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju attīstību, esot atbildīgiem par sniegtās aprūpes kvalitāti.

Pašlaik Latvijā VI darbā nav izveidota pašnovērtējuma sistēma uzraudzības mērķim, taču atsevišķos VI dokumentos, kas iesniegti ekspertu grupai, tā ir aprakstīta kā viena no jomām, uz ko koncentrēties.

Somijā tiek apgalvots, ka pašu pakalpojumu sniedzēju veiktā pašpārraudzība (pašnovērtējums) ir un tam būtu jābūt visefektīvākajai uzraudzības formai. Tiek uzskatīts, ka uzraudzības iestāžu loma ir piedāvāt atbalstu un norādījumus sociālās labklājības un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, tiem īstenojot pašpārraudzību. Daudzus gadus Somijas Veselības aprūpes inspekcija (turpmāk – *Valvira*) ir likusi lielu uzsvaru uz atbalstu un norādījumu sniegšanu pakalpojumu sniedzējiem, kuri veic pašpārraudzību. Pašpārraudzība tagad ir visu tās uzraudzības darbību neatņemama sastāvdaļa. Rezultātā pakalpojumu sniedzēju veiktās pašpārraudzības kvalitāte pēdējo gadu laikā ir ievērojami uzlabojusies.<sup>19</sup>

Pašpārraudzība ļauj organizācijām novirzīt savus resursus augstāka riska jomām un darbībām, īstenojot plānveidīgu pieeju savam darbam un veidot lielāku izpratni par savu sniegto pakalpojumu kvalitāti. Jebkuri trūkumi ir jānovērš un jārisina pēc iespējas tuvāk vietai, kur faktiski tiek sniegti pakalpojumi.

---

<sup>19</sup> Skatīt 4. pielikuma 6.4. sadaļu (pašnovērtējums un ziņošana par starpgadījumiem – Somija)

Tas samazinās arī nepieciešamību uzraudzības iestādēm retrospektīvi pievērsties pakalpojumu sniedzēju darbībām un izvairīties no papildu darba un izmaksām, kas rodas saistībā ar šādām uzraudzības darbībām.

Pašnovērtēšana būtu jāveido tā, lai identificētu, novērstu un risinātu trūkumus veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā.

Pašnovērtējumā vienmēr būtu jāspēj atbildēt uz šādiem jautājumiem:

- Vai mēs paveicām to, ko bijām solījuši?
- Vai mēs veicām pārmaiņas?
- Vai mēs rīkojamies pareizi?

Pašnovērtēšanas prakses piemēri ir aprakstīti 4. pielikuma 6. nodaļā “Pašnovērtējums un ziņošana par starpgadījumiem”, kurā apskatīti Dānijas, Nīderlandes, Zviedrijas un Somijas piemēri.

## 5.2. Projekts II Eksperta pakalpojumi pacientu sūdzību analīzes jomā

Izvirzītie uzdevumi:

Uzlabot veselības aprūpes kvalitāti un pacientu drošību, izvērtējot Latvijas Republikas normatīvos aktus un ES regulējumu pacientu sūdzību jomā, lai identificētu ierobežojumus un sniegtu priekšlikumus par:

- pacientu sūdzību un nelaimes gadījumu cēloņu analīzes metodēm;
- pacientu sūdzību izskatīšanas sistēmas pilnveidošanu, tajā skaitā norādot secīgus pasākumus pilnveidošanas īstenošanai;
- ārstniecības iestāžu iesaisti sūdzību analīzes procesā;
- pacientu sūdzību un nelaimes gadījumu cēloņu novēršanu, iesaistot ārstniecības iestādi.

### 5.2.1. Sūdzības un negadījumu ziņošana. Latvijas sūdzību izskatīšanas sistēmas novērtējums

Šajā nodaļā grupa izsaka savas pārdomas par veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības uzlabojumiem, saistītiem ar pacientu sūdzību izskatīšanu Latvijā.

Sūdzības iesniegšanas process ir skaidri izklāstīts, ietverot arī elektronisko/tiešsaistes veidlapu sūdzības iesniegšanai (<https://www.latvija.lv/Epakalpojumi/EP113/Instrukcija>).

Aptuveni 40% VI darba slodzes ir saistīti ar sūdzību izskatīšanu.

Pacientu organizācijas un privātpersonas, ar kurām tikās salīdzinošā vērtējuma grupa, pieteikuma procesu raksturo kā apjomīgu, detalizētu, sarežģītu un birokrātisku, kam nepieciešams ļoti daudz tehnisku sīkumu.

Process ietver lietas dokumentu izskatīšanu un sarunu ar sūdzības iesniedzēju/pacientu kā sūdzības procesa sastāvdaļu.

Kad sūdzība ir iesniegta, VI nesniedz konsultācijas iesniedzējam, tam nav iespēju tikt ar VI vai iesaistīt procesā sevis izvēlētu ekspertu, lai palīdzētu izklāstīt savu viedokli. Nav strukturālas palīdzības, kas atvieglotu sūdzību iesniegšanas procesu.

Prasījumu procesam, tā statusam un rezultātiem trūkst pārredzamības. Pacienti var pieteikties saņemt visas lietas kopumu, bet, tā kā šis fakts netiek plaši publiskots, pacienti par to nezina un tādēļ to nedara. Trūkst darbaspēka resursu nodarboties ar sūdzībām, VI ir grūti "reklamēt" sūdzību iesniegšanas iespējas un aicināt cilvēkus izmantot sūdzību izskatīšanas procesu, lai iedzīvotāji padarītu savu pieredzi publisku un tā noderētu kā mācību procesa sastāvdaļa.

Arī ĀRF lietās iesaistītās ārstniecības iestādes un attiecīgās profesionālās biedrības var pieteikties, lai noskaidrotu sūdzību procedūru rezultātus, bet, tā kā netiek paziņots, kad lieta ir pabeigta, iestādes nezina, kad tās var pieteikties saņemt konkrētu lietu rezultātus un materiālus. Tā kā lietas var aizņemt ilgu laiku, sūdzību izskatīšanas statusu noskaidrot nav viegli.

Sūdzību rezultāti attiecībā uz procesa uzlabošanu netiek atklāti publicēti mājaslapā, ne citur, kur tas būtu redzams procesā iesaistītajiem. Nav viegli izmantot sūdzības pētniecības un pārbaudes nolūkiem, jo tās netiek iesniegtas elektroniski un pilnā apjomā nav viegli pieejamas.

Ideja informēt personu vai iestādi par sūdzību vai procedūru, kas tiek uzsākta pret viņu, ir viena no pamattiesībām, uz kurām balstās taisnīgs process, proti, pastāv tiesības tikt uzklašātam un tiesības izteikt savus uzskatus/viedokli par faktiem, kas tiek izmantoti procesā. Konkrētāk, vienlīdzības princips ir viena no pamattiesībām, kas ietver principu, ka abām pusēm jebkurā procesā vienmēr ir jābūt vienādā stāvoklī attiecībā pret informāciju un pieejamajiem dokumentiem. Kopumā tas ir CTPK

(Cilvēktiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas) 6. panta pamatprincips, kas piemērojams ne tikai krimināltiesībās, bet visos juridiskajos un salīdzināmos apstākļos, kuros puses iesniedz sūdzības vai prasības. Šis princips izriet no senajām romiešu tiesībām: “Audi at alteram parte”.

Sūdzību gadījumā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem ir Latvijas Administratīvā procesa likuma 28. pantā paredzētās trešo personu tiesības <https://likumi.lv/ta/en/en/id/55567-administrative-procedure-law>.

VI vadītāji, ar kuriem runāja ekspertu grupa, norādīja, ka darba slodze ir liela un darbinieki ir pārslogoti. Pēdējo 15 gadu laikā sūdzību skaits, t.sk. iesniegumi Ārstniecības riska fondam, ir pieaudzis 5 reizes, taču darbinieku skaits nav attiecīgi palielinājies. Pacientu sūdzību process un Ārstniecības riska fonds Latvijā ir cieši saistīti ar VI procesu un darbiniekiem – saikne, no kuras būtu jāizvairās.

Katru sūdzību izskata galvenais eksperts (ārsts), un lietās nav izskatīšanas procesa, kurā katra lieta tiek izskatīta pēc smaguma un ietekmes un attiecīgi iedalīta kategorijās, un līdz ar to attiecīgi pārvaldīta. Katra sūdzība ietver medicīniskās informācijas izskatīšanu, kas ir ilgstošs process.

Visas sūdzības principā tiek izskatītas vienā veidā. Nav atšķirību starp rīcību, kad tiek izskatīti sarežģīti notikuši vai gandrīz notikuši gadījumi, un rīcību, kad tiek izskatīti citi biežāk sastopami gadījumi. Plašākai informācijai par ziņošanu par negadījumiem skatīt 6.1.8. nodaļu (Projekts II, “Ekspertu grupas redzējums par sūdzību izskatīšanu”

#### 5.2.2. Pacientu sūdzību un nelaimes gadījumu cēloņu analīzes metodes

Sūdzības, ja tās ir reģistrētas atbilstošā un meklēšanai piemērotā veidā, var būt noderīgas, lai noteiktu pārbaužu prioritārās jomas un lai veicinātu uz risku balstītu pieeju pārbaužu veikšanas noteikšanai, kā arī tēmu atlasī, lai sektu aktuālajām tēmām.

Katras sūdzības rezultātā vai nu tiek konstatēts, ka sūdzība nav pamatota, vai veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs tiek sodīts.

Sūdzību izskatīšanas procesā pašlaik nenotiek mediācija vai alternatīva strīdu izšķiršana.

Vainošanas, varas un sodīšanas kultūra veicina iespējamu neziņošanu par ārstniecības kļūdām un nepilnīgu ziņošanu par nopietniem gadījumiem, kas attiecīgi ietekmē kvalitātes uzlabošanu.

VI tematiski nepārskata lietas, lai veiktu turpmāko analīzi kvalitātes uzlabošanas nolūkos.

Lai reģistrētu pacientu sūdzības, izveidotu jebkādu tendenču profilus (kādā iestādē, pie kāda konkrēta speciālista vai plašākas sistēmiskas problēmas, kurās iesaistīti vairāki pakalpojumu sniedzēji) un reģistrētu lietas procesu, darbības un rezultātus turpmākai analīzei, ir nepieciešama efektīva klasifikācijas un indeksēšanas sistēma.

#### 5.2.3. Ārstniecības iestāžu iesaiste negadījumu analīzē un turpmākajā novēršanā

Nav pazīmju, ka VI pašlaik proaktīvi iesaistītu šajā procesā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus. Virzīties uz to iespējams, izmantojot tematisku analīzi, lai identificētu sistēmiskas problēmas, kas saistītas ar kādu konkrētu profesionālo grupu vai pakalpojumu, un izmantotu to kā mācīšanās iespēju kvalitātes uzlabošanas nolūkā. Iesaiste prasa pāreju no sodīšanas režīma uz mācīšanos un pilnveidošanu, kam ir nepieciešama zināma uzticības un elastīguma pakāpe no VI puses, kā arī atbildības līmenis un pierādījumi par efektīvām izmaiņām attiecīgās medicīnas iestādes darbībā un rezultātos. Minētie faktori neveicina atvieglotu nepieciešamību nodrošināt pacientu drošību, bet drīzāk mudina plašāk izpētīt šo jomu un pieņemt profesionālos standartus, lai novērstu kaitējumu nākotnē (“Kļūdiešies ir cilvēci!”).

### 5.3. Projekts III - Eksperta pakalpojumi Ārstniecības riska fonda darbības izvērtēšanai

Izvirzītie uzdevumi:

Ekspertu grupa veic Ārstniecības riska fonda darbības izvērtēšanu, kā arī izvērtē iespēju saņemt kompensāciju par kaitējumu dzīvībai vai veselībai ārpustiesas procesa kārtībā, kā noteikts Latvijas Republikas normatīvajos aktos un ES regulējumā;

- a. pacientam nodarītā kaitējuma apmēra samērīgumu, kā noteikts Latvijas Republikas normatīvajos aktos.

Šajā nodaļā grupa arī sniedz priekšlikumus par:

- a. Ārstniecības riska fonda budžeta veidošanas principiem, fonda pārvaldīšanu un administrēšanu;
- b. veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas rezultātā nodarītā kaitējuma apmēra noteikšanas metodiku un kritērijiem,
- c. ārvalstīs izmantojamajām metodēm un kritērijiem, kas ietekmē pacientam nodarītā kaitējuma apmēra noteikšanu un kas ir piemērojami Latvijas situācijai.

### 5.3.1. Latvijas Ārstniecības riska fonda galvenās iezīmes un novērtējums

Pēc tam, kad 2011. gada 9. martā tika pieņemta Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē, vairākas ES dalībvalstis pieņēma dažādas regulēšanas sistēmas attiecībā uz profesionālās atbildības apdrošināšanas sistēmām vai garantijas līdzīgiem pasākumiem.

Direktīva neuzlika dalībvalstīm pienākumu pieņemt īpašu vai jauna veida sistēmu, kas atšķirtos no viņu pašu regulējuma. Tomēr saskaņā ar Direktīvas 21.1. pantu dalībvalstīm līdz 2013. gada 25. oktobrim bija jāievieš normatīvās un administratīvās normas, kas nepieciešamas, lai izpildītu Direktīvas prasības.

Lai ievērotu Direktīvu, dalībvalstīm jānodrošina pacientiem saprotamu sūdzību procedūru un mehānismus, kas ļautu tiem pieprasīt tiesiskās aizsardzības līdzekļus saskaņā ar ārstniecības dalībvalsts tiesību aktiem, ja sniegtā veselības aprūpe ir nodarījusi kaitējumu.

Saskaņā ar Direktīvas 20. pantu Eiropas Komisijai līdz 2018. gada 25. oktobrim jāveic dalībvalstīs ieviesto sistēmu un prakses novērtējums.

Saistībā ar šo direktīvu, un balstoties, galvenokārt, uz Dānijas piemēru, tika izveidota kompensācijas sistēma Latvijā, izdarot grozījumus Pacientu tiesību likumā<sup>20</sup> (PTL). Galvenie jautājumi un kompensācijas līdzekļi ir aplūkoti 16. un<sup>21</sup> 17.<sup>22</sup> pantā, un pārejas noteikumos. Ārstniecības riska fonds Latvijā sāka darboties 2013. gada 25. oktobrī.

Kompensācijas sistēmas galvenās iezīmes ir šādas:

1. Pacientam ir tiesības saņemt kompensāciju par jebkādu kaitējumu, ieskaitot morālo kaitējumu, nodarītā kaitējuma apmērā, bet ne vairāk kā par 142 290 eiro, par kaitējumu, kas nodarīts pacientam pēc 2013. gada 23. oktobra (PTL 16. panta 1. daļa un 16. panta 2. daļas 1. punkts, pārejas noteikumu 1. punkts).

<sup>20</sup> Pacientu tiesību likums. Teksts pieejams vietnē <https://likumi.lv/doc.php?id=203008>. Kopā ar sākotnējo projektu Saeimā iesniegtais pavadraksts ir pieejams vietnē <http://titania.saeima.lv/LIVS11/SaeimaLIVS11.nsf/0/3D79353E2F730131C2257BDE00426F87?OpenDocument>.

<sup>21</sup> Pacientu tiesību likuma 16. pants ietver pacienta tiesības uz kompensāciju par jebkādu kaitējumu, tostarp morālo kaitējumu, ko dzīvībai vai veselībai nodarījusi ārstniecības iestādē strādājoša ārstniecības persona.

<sup>22</sup> Pacientu tiesību likuma 17. pants nosaka Ārstniecības riska fonda finansējumu kā valsts budžeta un veselības aprūpes pakalpojumu iemaksu finansētai organizācijai, kuru vada Nacionālais veselības dienests.

2. Pacientam ir tiesības saņemt kompensāciju par viņam radītiem ārstniecības izdevumiem (par seku likvidēšanu vai samazināšanu) radīto izdevumu apmērā, bet ne vairāk kā 28 460 eiro (PTL 16. panta 1. daļa un 16. panta 2. daļas 2.<sup>1</sup> punkts).
3. Kaitējumu jābūt nodarījušai ārstniecības iestādē strādājošai ārstniecības personai (PTL 16. panta 1. daļa). Nav nekādas atšķirības, vai pakalpojumu sniedzējs ir valsts vai privāta iestāde, kā arī vai par sniegtajiem pakalpojumiem samaksāts no valsts līdzekļiem vai samaksājis pats(-i) pacients(-e). Apdrošināšanas segums aptver ne tikai ārstus, bet arī visu sertificēto ārstniecības personālu.
4. Kaitējums nodarīts ar iepriekšējā punktā minēto personu darbības vai bezdarbības rezultātā (PTL 16. panta 1. daļa).
5. ĀRF nesedz klīniskās izpētes ietvaros saņemto ārstēšanu (noteikumu Nr. 1268 11. punkts).
6. Kompensāciju par kaitējumu un izdevumiem maksā Ārstniecības riska fonds pēc iesnieguma, kas iesniegts Nacionālajam veselības dienestam (PTL 16. panta 2. daļa un 16. panta 6. daļa). Iesnieguma formu nosaka noteikumi (MK noteikumu Nr. 1268 1. pielikums), tam jāpievieno izdevumus apliecinoši dokumenti (MK noteikumu Nr. 1268 4. punkts). Gadījumā, ja iesniegums un/vai pielikumi ir nepilnīgi, NVD nosaka termiņu atbilstošas dokumentācijas iesniegšanai (MK noteikumu Nr. 1268 5. punkts).
7. Pacienta nāves gadījumā kompensāciju var pieprasīt mantinieki (MK noteikumu Nr. 1268 31. punkts).
8. Kompensāciju neizmaksā novēlota pieteikuma gadījumā, kā arī tad, ja kompensācija ir izmaksāta cita procesa ietvaros (PTL 16. panta 5. daļa).
9. Process jāpabeidz 6 mēnešu laikā, izņēmuma gadījumos to var pagarināt līdz 1 gadam (PTL 16. panta 6. daļa),
10. Kompensācija jāpārskaita pieteikuma iesniedzējam 90 darba dienu laikā pēc pozitīva lēmuma pieņemšanas (MK noteikumu Nr. 1268 14. punkts).

Ārstniecības riska fonda galvenās iezīmes ir šādas:

1. Fondu veido iemaksas, ko maksā visi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji Ministru kabineta noteiktajā apjomā (PTL 17. panta 1. daļa un 17. panta 3. daļa).
2. Fonda turētājs un rīkotājs ir Nacionālais veselības dienests (PTL 17. panta 2. daļa, MK noteikumu Nr. 850 3.26. punkts), kura pienākums ir arī iekasēt iemaksas un izmaksāt kompensācijas (MK noteikumu Nr. 850 4.21. punkts). Konkrētāk – Veselības inspekcija veic ekspertīzi, sagatavo atzinumu un nosaka kaitējuma apmēru procentos, kā arī vērtē ārstniecības izdevumu nepieciešamību pacientam nodarītā kaitējuma seku mazināšanai vai novēršanai (MK noteikumu Nr. 1268 2.1. punkts un 7. punkts).  
Lietu izvērtēšanas ietvaros VI ir pieejami visi medicīniskie dokumenti, tā var lūgt eksperta atzinumu vai lūgt izveidot komisiju, kurai būs jāizvērtē lieta (MK noteikumu Nr. 1268 8. punkts). Nacionālais veselības dienests (NVD) administrē Ārstniecības riska fonda līdzekļus un, pamatojoties uz VI atzinumu, pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksāšanu vai par atteikumu to izmaksāt, kā arī izmaksā atlīdzību no Ārstniecības riska fonda (MK noteikumu Nr. 1268 2.2. punkts).
3. Kaitējuma apmēru % nosaka VI, saskaņā ar MK noteikumu Nr. 1268 2. pielikumu, ņemot vērā 10 kritērijus (piemēram, cēloņsakarība, pacienta līdzdalība aprūpes procesā, kaitējuma smagums, pakalpojuma sniedzēja ieguldījums situācijas labošanai u.c.) (MK

noteikumu Nr. 1268 9. punkts). VI ziņojumā NVD tiek iekļauts viedoklis par kaitējuma esamību un apmēru, kā arī par apstākļiem, kas izraisa atteikumu izmaksāt kompensāciju (piemēram, ja nav cēloņsakarības, nav profesionālas kļūdas, nav kaitējuma u.c.) (MK noteikumu Nr. 1268 10. punkts un 12. punkts).

4. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju iemaksu fondā apmēru aprēķina NVD un rēķinu par to pakalpojumu sniedzējam nosūta reizi gadā (MK noteikumu Nr. 1268 18. punkts, metode noteikta 23.–26., 28. punktā), un tā gada laikā nemainās (MK noteikumu Nr. 1268 27. punkts). Maksājumi parasti tiek veikti reizi ceturksnī (MK noteikumu Nr. 1268 20. punkts). Katras ārstniecības iestādes maksājamo riska summu aprēķina, izmantojot īpašu formulu, pamatojoties uz darbinieku skaitu ārstniecības iestādē un šo veselības aprūpes speciālistu sadalījumu pa visām riska grupām.

5. Nacionālajam veselības dienestam ir tiesības atskaitīt maksājamās apdrošināšanas maksājumus no maksājumiem, kurus NVD būtu jāmaksā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem par viņu pakalpojumiem (MK noteikumu Nr. 1529 276. punkts; MK noteikumu Nr. 1268 21. punkts).

6. Gan Nacionālajam veselības dienestam, gan Veselības inspekcijai ir pienākums publiski izplatīt informāciju par Ārstniecības risku fondu (MK noteikumu Nr. 1529 10.2.5. punkts).

7. Fonda darbības balstās uz administratīvajām tiesībām (PTL 17. panta 2. daļa).

8. Fondam ir atļauts izmantot savus resursus tikai prasījumu apmierināšanai (PTL 17. panta 4. daļa).

9. Nacionālajam veselības dienestam ir tiesības piedzīt līdzekļus no pakalpojumu sniedzēja, kas nav samaksājis iemaksu, bet kura vārdā Fonds ir izmaksājis kompensāciju (PTL 17. panta 5. daļa; MK noteikumu Nr. 1268 22. punkts).

Sīkāka analīze ir sniegta šī ziņojuma pielikumā.

Liekas, ka šāda ES direktīvas ieviešana nacionālajos tiesību aktos Latvijā iet vēl tālāk, nekā nepieciešams direktīvas izpildīšanai, piemēram, izmaksas no ĀRF veic ne tikai pacientiem, bet arī viņu tuviniekiem (mantiniekiem), zaudējumu atlīdzība ietver arī morālo kaitējumu.

### 5.3.2. Ārstniecības riska fonda galvenās problēmas:

ĀRF darbības izvērtēšanas ietvaros notika intervijas ar vairākām ieinteresētajām personām, kā arī atbildības apdrošināšanas nozares pārstāvjiem. Pamatojoties uz savākto informāciju, pašreizējās sistēmas galvenās problēmas ir:

1. Cilvēkresursu, profesionalitātes trūkums – NVD pašlaik ir 3 cilvēki, kas nodarbojas ar ĀRF jautājumiem, un papildus ekspertiem/citām amatpersonām VI ir pilnvaras veikt dažādus fonda uzdevumus. VI cilvēkiem tie ir papildu pienākumi parastajai darba slodzei. Sākumā VI ĀRF ekspertu nodaļa tika sadalīta divās daļās, lai viena nodarbotos tikai ar ĀRF ekspertīzi. Tomēr, tā kā piešķirtajām papildu amata vietām nebija papildu finansējuma, šāda kārtība radīja lielu darba slodzi ekspertiem, kuri nodarbojās ar citiem jautājumiem, nevis ĀRF, un nodaļa tika apvienota, tāpēc lietu apstrāde aizņem relatīvi ilgu laiku.

Daudzas ieinteresētās personas uzsvēra, ka, tā kā pašreizējie VI pastāvīgie eksperti nav praktizējoši veselības aprūpes speciālisti, kuri nepārtraukti iesaistās profesionālā apmācībā, tie nespēj novērtēt un izvērtēt darbības, kas attiecas uz visām disciplīnām. Arī moderno rīku, tādu kā e-risinājumu, izmantošana ekspertu vidū un ĀRF procesos kopumā šķiet samērā neliela.

Ārējo ekspertu/profesionālo asociāciju iesaiste ĀRF darbā, lai novērstu ekspertīzes nepilnības, ir ļoti ierobežota. Pacienti nav atļauts pašiem piesaistīt (neatkarīgus) ekspertus procesā.

2. Nav tā, kā citās valstīs,<sup>23</sup> kur pastāv pienākums vispirms risināt sūdzību ar pakalpojumu sniedzēju<sup>24</sup> (obligāta vai brīvprātīga procedūras ievirzīšana). Dažās valstīs pakalpojumu sniedzējiem ir pienākums izveidot sūdzību izskatīšanas komisiju un dažos gadījumos sūdzību iesniedzējiem tiek nodrošināta neliela kompensācija, vēršoties neatkarīgajā ārstniecības iestāžu sūdzību komisijā<sup>25</sup>. Bieži vien sūdzības iesniedzēju prasījumu risināšanā ir iesaistītas apdrošināšanas sabiedrības<sup>26</sup>. Latvijā nav prasības iepriekš sazināties ar pakalpojumu sniedzēju un sūdzību racionalizēšana nav reglamentēta.
3. Mediācijas iespējas nav standartizētas un netiek nodrošinātas pirms sūdzības vai prasījuma iesniegšanas. Nepastāv nekāda kārtība, kāda jāievēro prasījumu/sūdzību gadījumā ĀRF, izņemot to, ka tiesa nepārprotami nepieņem sūdzības uzreiz. Tomēr persona var tieši vērsties ĀRF, iepriekš nemēģinot lietu atrisināt ar pakalpojumu sniedzēju vai citādi. VI uzdevums nav veikt sūdzību/prasījumu mediāciju. Šādas struktūras trūkums ĀRF rada nevajadzīgu slogu. Turklāt daudzas lietas starp pakalpojuma sniedzēju un pacientu varētu atrisināt bez ĀRF iesaistes, ja būtu izveidota noteikta struktūra, kura tajā skaitā nodrošinātu informāciju par mediācijas iespējām. Šāda struktūra varētu risināt attieksmes, saziņas jautājumus, kā arī piedāvāt juridisku atbalstu sistēmas darbības uzlabošanai.  
Iespēja izmantot mediāciju, tostarp atbilstošu informāciju par risinājumiem bez mediācijas, varētu samazināt ĀRF noslodzi.
4. Iegūto datu pārvaldīšana tādā veidā, ka dati ir pieejami VI un noderīgi, lai atbalstītu pārbaužu veikšanas politiku (ilgtermiņa politika, īstermiņa politika, riska pieeja, noteiktas kategorijas), pamatojoties uz valsts politiku kopumā un Veselības ministrijas prioritātēm.
5. ĀRF apkopo un apstrādā datus par (iespējamām) ārstniecības kļūdām un notikumiem. Šādi dati netiek izmantoti mācību nolūkiem, ne arī vispārīgu problēmu identificēšanai, bet gan tikai atsevišķu gadījumu risināšanai.
6. Sabiedrības informētība un izpratne par ĀRF ir ļoti neliela. Arī iesaistītās puses, tostarp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji un viņu apvienības, ir ne visai zinoši par Fonda darbību un struktūru.

NVD mājaslapā ir sadaļa par ĀRF<sup>27</sup>, bet tā nav redzama galvenajā lapā un viegli sasniedzama.

Lielākajai daļai pacientu, pat labi izglītotiem, ir grūti izmantot ĀRF bez papildu profesionālas palīdzības. No informācijas mājaslapā netop pilnīgi skaidrs, kā ĀRF process atšķiras no tiesas procesa (piemēram, ātrāks, bez maksas, vienkāršāks pierādīšanas pienākums utt.) un vai tas ir draudzīgāks sūdzības iesniedzējam.

Secināms, ka veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nav pienākuma sabiedrību informēt par sūdzību iesniegšanas iespējām, tostarp par ĀRF, ne arī informēt pacientus par šādām iespējām.

7. Sadarbība ar ieinteresētajām pusēm. Secināms, ka gan pirms ĀRF sistēmas izveidošanas, gan arī tās darbības laikā nav tikusi īstenota rūpīga un plaša apspriešanās ar ieinteresētajām pusēm. Tajā pašā laikā visi galvenie iesaistītie – valsts iestādes, profesionālās apvienības vai veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, pacientu organizācijas, apdrošināšanas sabiedrības u.c. – ļoti kritiski vērtēja

<sup>23</sup> Portugālē slimnīcām ir tiešsaistes sūdzību grāmata sūdzību iesniegšanai slimnīcā.

<sup>24</sup> Zviedrijā visas sūdzības nonāk pie pakalpojumu sniedzēja; inspekcija izmeklē nopietnas sūdzības

<sup>25</sup> Nīderlandē ne vairāk kā 2500 eiro

<sup>26</sup> Portugāle, Nīderlande

<sup>27</sup> Pieejams vietnē <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/cross-border-healthcare-contact-point/treatment-risk-fund>.

esošo modeli un tā struktūru, kā arī darbības rezultātus. Ieinteresēto personu viedokļi un ieteikumi netiek sistemātiski analizēti un apspriesti politikas veidotāju vidū. Tajā pašā laikā valsts plāno sākt reorganizēt ĀRF atrašanās vietu, un, šķiet, tas atkal notiek bez konsultēšanās ar ieinteresētajām pusēm, kā arī bez visaptverošas apspriedes ar iesaistītajām organizācijām.

8. ĀRF procesa ilgums saskaņā ar visu aptaujāto teikto, ir pārāk ilgs. Tomēr ekspertu grupai minētais procesa ilgums nešķiet pārmērīgi ilgs, ja to salīdzina ar līdzīgu procesu citās Eiropas valstīs. Ja aplūkojam Riska fonda sistēmu Dānijā, ambiciozs mērķis šķiet vidēji 200 dienu termiņš.<sup>28</sup> Tomēr, ja šī ĀRF ideja bija tāda, ka tam jābūt viegli pieejamam, klientiem draudzīgam un jānodrošina ātrs process, šīs struktūras un tās darbības metodes rezultāts tāds nav. Secināms, ka to ietekmē dažādi faktori, t.sk. efektīvas ekspertu darba metodoloģijas trūkums, kā arī, iespējams, laiks, kurā NVD veic maksājumu pēc lēmuma pieņemšanas (90 dienas). Tika ierosināts "vienkāršākām" sūdzībām ieviest ātrāka procesa sistēmu, piemēram, kompensācijas summu sarakstu.
9. ĀRF procesa pārredzamība. Atkal pakalpojumu sniedzēju, profesionālo apvienību un pacientu kopējā nostāja bija tāda, ka procesa laikā, iesaistītajām pusēm rīkojoties proaktīvi, netiek izpausta gandrīz nekāda informācija. Veselības aprūpes speciālisti, kuriem ir jāsniedz sava atskaite sūdzības gadījumā, nesaņem nekādu informāciju par šādas sūdzības/kompensācijas procesa rezultātiem, lai gan visām iesaistītajām pusēm varētu būt tiesības uzzināt gan ekspertu gala ziņojumu, gan arī ĀRF procesā pieņemto lēmumu, taču, tā kā viņi nav informēti par šādu iespēju, tā netiek izmantota. Iespējams, arī pamatojums un metodika, lai lemtu par maksājamās kompensācijas apmēru, pusēm nav vienkārša un saprotama. Nodarītā kaitējuma samērīgumam ar ciešanām vai tiešajiem zaudējumiem nebūtu reāli jāietekmē sūdzības gala rezultātu finansiālā ziņā.
10. Ārstniecības kļūdu/negadījumu ziņošanas sistēma – pašlaik nav saiknes starp veiktajām izmaksām, apdrošināšanas prēmijām, procesiem un ziņotiem iespējamo ārstniecības kļūdu gadījumiem. Saikne starp brīvprātīgu ziņošanu, atbildību un kompensāciju (kā arī, iespējams, disciplinārlietu) varētu padarīt sistēmu efektīvāku un mazāk sodošu.
11. Neapmierinātība ar sūdzību izskatīšanas rezultātu – dažādu uzskaitīto iemeslu dēļ (pārredzamības trūkums, vājās zināšanas, samērīgums utt.) vairāk nekā 30% NVD pieņemto lēmumu par kompensācijas izmaksu tiek pārsūdzēti Veselības ministrijā. Pārsūdzības galvenokārt tiek iesniegtas tāpēc, ka ir domstarpības par noteikto kompensāciju apmēru.

### 5.3.3. (Ārstniecības) prasību<sup>29</sup> izskatīšanas piemēri citās valstīs

Runājot vispārīgi, pastāv citi varianti par (ārstniecības) prasību izskatīšanu citās valstīs, kur to veic:

- a. Attiecīgais veselības aprūpes speciālists vai iestāde
- b. Amatpersonas un/vai komiteja (vietējas, reģionālas vai valsts), kas izskata sūdzības
- c. (Pacientu) Tiesībsargs (vietējs, reģionāls vai valsts)
- d. Veselības komisārs (valsts)
- e. Profesionālās struktūras vai organizācijas, tostarp apdrošināšanas sabiedrības, kuras piesaista profesionālus ekspertus (reģionālas, valsts)
- f. Ārstniecības vai disciplinārie tribunāli (reģionāli, valsts vai specializēti)
- g. Inspekcijas (pirmās instances vai pārsūdzības instances)

<sup>28</sup> <https://pebl.dk/en/skader/sagsbehandlingen/sagsforl%C3%B8b>

<sup>29</sup> mēs izmantojam terminu "prasību izskatīšana", nevis "sūdzību izskatīšana", jo šis punkts un tālāk minētie gadījumi galvenokārt ir vērsti uz to, lai rastu risinājumu pārāk daudzām finanšu prasībām Latvijas sistēmā un meklētu alternatīvas citās Eiropas valstīs.

Ja mēs paskatāmies uz Latvijas sistēmu, tad dažas no šīm iespējām šķiet piemērotākas par citām šādu iemeslu dēļ:

A variants.

Attiecīgais veselības aprūpes speciālists vai iestāde:

- atsevišķiem veselības aprūpes speciālistiem, tostarp ģimenes ārstiem un pakalpojumu sniedzējiem, ļoti nepatīk doma par to, ka viņi nav iesaistīti lēmumu pieņemšanā attiecībā uz pacientu sūdzībām.

Tas ir saprotams viedoklis laikā, kad sūdzību kļūst aizvien vairāk un arvien vairāk veselības aprūpes speciālistu un iestāžu cieš no apsūdzībām, un tas varētu novest pie domas oficiāli padarīt viņus atbildīgus par sūdzību izskatīšanu pirmajā instancē.

- Tā kā mediācija ir spēcīgs instruments tiesvedības un ilgstošu sūdzību izskatīšanas procesu novēršanai<sup>30</sup>, un daudzas valstis ir veiksmīgi ieviesušas līdzīgas sistēmas, tas ir labs piemērs, kuru apsvērt Latvijā.

Latvijā mediācija nav oficiāli organizēta un tai nav piešķirta atbilstoša loma sūdzību izskatīšanas procesā. Mediācija kā instruments parasti ir veiksmīgāka procesa sākumā, jo šajā posmā puses ir elastīgākas un atvērta, lai atrisinātu iespējamo prasību, pirms sākt oficiālu procesu.

Apkopojot iepriekš teikto, būtu lietderīgi sūdzības/prasījumus izskatīt ārstniecības iestāžu (slimnīcu) līmenī apvienojumā ar zināma veida mediācijas procesu.

B variants

Cits variants ir amatpersonas un/vai komitejas (vietējas, reģionālas vai valsts), kas izskata sūdzības. Tas varētu būt sūdzību izskatīšanas risinājums attiecībā uz prasījumiem ārstniecības jomā. Aplūkojot situāciju Latvijā, jāsaprot, ka amatpersonām vai komitejām jābūt pilnīgi neatkarīgām no VI un tām vajadzētu būt neatkarīgam birojam un statusam. Tām vajadzētu spēt piesaistīt pietiekami kvalificētus ekspertus, kā arī izveidot atbalsta biroju, lai sniegtu atbalstu pacientiem, un komunikācijas biroju, lai nodrošinātu atgriezenisko saiti ar pacientiem, ārstniecības iestādi, inspekciju un valdību.

Ja šādu struktūru organizē valsts, izmaksas, iespējams, būs pārmērīgi augstas, un rezultāts, iespējams, nebūs daudz labāks par VI ekspertu darba rezultātiem, tādējādi šī varianta ieviešana ir rūpīgi jāapsver.

C variants

Sūdzību izskatīšanā varētu tikt iesaistīts Pacientu Tiesībsargs. Tomēr, ja runājam par zināšanām medicīnā un pieredzi konfliktu risināšanā/mediācijā, tas pirms ieviešanas ir rūpīgi jāapsver.

### 5.3.4. Ieteikumi ārstniecības personu atbildības apdrošināšanas sistēmas pārskatīšanai Latvijā

Pamatojoties uz informāciju, kas iegūta no dažādām ieinteresētajām pusēm, var sniegt sekojošus priekšlikumus ārstniecības personu atbildības apdrošināšanas sistēmas pārskatīšanai Latvijā:

---

<sup>30</sup> skatīt Dānijas tiesībsargs, Portugāles mediācija; skatīt Anglijas pacientu konsultāciju un sadarbības dienests PALS; Norvēģijas pacientu tiesībsargs kā konfliktu risināšanas institūts

1. Veselības ministrijai jāveic vispusīga analīze par mērķtiecīgai ārstniecības personu atbildības apdrošināšanas sistēmai nepieciešamajām kompetencēm un resursiem īstermiņā un ilgtermiņā:

- finanšu resursi, kas nepieciešami, lai izveidotu neatkarīgu, valsts finansētu institūciju, kas administrē ĀRF. Konkrēti – infrastruktūra un personāls, nav nepieciešama ekspertu piesaiste un apmaksa, jo ekspertus piesaistīs puses, nav nepieciešami maksājumi, jo izmaksas segs no apdrošināšanas vai arī no pašas ārstniecības nozares, ja tā nav apdrošināta;
- finanšu resursi, ja sistēmas darbības nodrošināšanā tiek izmantots ārpakalpojums, ko sniegtu apdrošināšanas sabiedrības, tādējādi tā būtu budžeta ziņā neitrāla institūcija;
- fonda iespējamo statusu, apsverot valsts iestādes izveidi, profesionālo apvienību struktūras izveidi utt., pašreizējā institucionālajā struktūrā un ņemot vērā pašreizējās izmaksas.

Citi aspekti, ko būtu jāapsver VM:

- metodika lēmumu pieņemšanai par kompensācijas apmēru – balstīta uz ekspertu vērtējumu vai pēc noteikta saraksta;
- obligāta vai saistoša mediācijas procesa starp pusēm izveidošana pirms pieteikuma iesniegšanas ĀRF ;
- sūdzību izskatīšanas racionalizācijas sistēma (obligāta vai saistoša virzīšana, iesaistot attiecīgo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju);
- ziņošanas un kompensācijas sistēmu sasaistes iespējas u.c.

2. Politikas līmenī veiktās analīzes rezultātus var apvienot ziņojumā, kuru būtu vispusīgi, konstruktīvi un atklāti jāapspriež ar ieinteresētajām pusēm, piemēram, ar citām valsts iestādēm, profesionālajām asociācijām, akadēmiskajām aprindām, t.sk. ekonomikas zinātnes pārstāvjiem u.c. Konsultācijas varētu būt tematiskas, t. i., darba grupās, kas maksimāli palielinātu pušu ieguldījumu.

Pēc visu ieinteresēto pušu uzklaušanās un rūpīgi apsverot viņu ieguldījumu, var sagatavot gala ziņojumu, nodrošinot pamatu lēmumam par Latvijai atbilstošu modeli. Palīdzību ieinteresēto pušu iesaistes ietvara izveidošanā varētu lūgt citām valstīm, piemēram, Igaunijai un Skotijai, kuras ir veiksmīgi īstenojušas šādu darbību ārstniecības atbildības apdrošināšanas ietvara izveidē.

3. Lai arī kāds modelis nākotnē tiktu izmantots atbildības apdrošināšanai, tam būtu skaidri jārisina vismaz turpinājumā uzskaitītie jautājumi:

- sūdzības iesniedzēja definēšana – tikai pacients vai arī citi, piemēram ģimenes locekļi, laulātie u.c.
- ārstniecības personu un veselības aprūpes pakalpojumu apdrošināšana – obligāta vai brīvprātīga, valsts vai privāta;
- pārrobežu elementi, tostarp minimālie standarti pārredzamiem un efektīviem procesiem;
- apdrošināšanas segumam un citiem elementiem būtu jāatbilst vismaz minimālajām ES direktīvas 2011/24 prasībām;

- kompensāciju aprēķināšanas metodikas; atlīdzināmie zaudējumi; kaitējuma aprēķināšana pēc saraksta vai individuāli ;
- informācija par sistēmas darbību ir publiski pieejama, tajā skaitā informācija par sistēmas izmantošanu, rezultātiem un lēmumiem;
- pieejama palīdzība strīdu izšķiršanai pirms pieteikuma iesniegšanas un procesa laikā;
- iespējamās darbības pēc lēmuma pieņemšanas;
- un, kas ir vissvarīgākais uzlabojumu un pētījumu jautājumos, visos gadījumos jāinformē VI, un tai ir jābūt pieejamai visai informācijai par sūdzību un tās izskatīšanu.

## 6. Ekspertu grupas ieteikumi

Turpinājumā tabulā sniegts salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupas ieteikumu kopsavilkums:

1. Pārveidot VI par neatkarīgāku, pārredzamāku un spēcīgāku iestādi.
2. Pāriet vairāk uz mācīšanās kultūru (ieskaitot kopīgu un sistēmisku problēmu tematisku izskatīšanu).
3. Stiprināt personālu, ietverot nepārtrauktas izglītības un apmācību iespējas, kā arī iestādes kultūras veicināšanu.
4. Uzlabot VI tēlu sadarbībā ar ieinteresētajām personām un apsvērt organizācijas tēla maiņu.
5. Koncentrēties uz veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un drošības uzlabošanu.
6. Pāriet no atbildības pārbaudēm uz sadarbības metodēm, lai kļūtu par ieinteresēto personu uzticamu partneri.
7. Ieviest pašnovērtējumu kā daļu no ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmas.
8. Ieviest labāku uz risku balstītu uzraudzības prioritāšu noteikšanu un labāk izmantot indikatorus.
9. Pārstrādāt sūdzību izskatīšanas kārtību, piemēram, ieviest triāžas procesu (iesniegumu iedalījumu pēc smaguma un ietekmes pakāpes) sūdzību klasifikāciju un mediācijas posmu.
10. Uzlabot saikni ar veselības aprūpes iestādēm un to organizācijām.
11. Ārstniecības riska fonda (ĀRF) funkcijas nodalīt no VI.
12. Nodalīt ekspertu funkciju, kuras rezultātā nosaka, vai ĀRF lietas gadījumā saskaņā ar izvērtējumu jāveic izmaksa, ieskaitot izmaksājamo summu vai to diapazonu sarakstu (kompensāciju tabula) izveidošanu, pamatojoties uz kaitējumu un tā smagumu, kas ļautu, piemēram, izslēgt subjektivitātes faktoru.
13. Nodalīt Farmācijas ekspertīzes struktūrvienību no esošajiem VI vispārējiem ekspertiem.

Sīkāks apskats par katru no šiem 13 ieteikumiem ir sniegts tālāk ziņojumā.

### 6.1. Projekts I. Grupas vērtējums un priekšlikumi Latvijas Veselības inspekcijas realizētajā ārstniecības iestāžu uzraudzības jomā

Latvijas VI darba novērtējums ir bijis šī pētījuma centrā, ne tikai šajā nodaļā, bet visā ziņojumā. Salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupas vērtējums par Latvijas ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmu, kā aprakstīts šajā ziņojumā un konkrēti 4. pielikumā, apskata būtiskus uz kvalitātes uzlabošanu orientētas uzraudzības elementus.

Ekspertu grupa secināja, ka, lai gan VI virzās uz kvalitātes uzlabošanas filozofiju, šī virzība vēl ir agrīnā stadijā, un ir virkne pasākumu, kas palīdzēs tam kļūt par realitāti.

Ja īsumā atskatāmies uz ekspertu grupai izvirzītajiem darba uzdevumiem, tie ir:

Analizēt pašreizējo stāvokli ārstniecības iestāžu uzraudzībā un atbilstošās procedūras, t.sk.:

- uzraudzības metožu izvēli un piemērošanu;
- uzraudzības metožu stiprās un vājās puses;
- pašnovērtējuma metodes;
- ārstniecības iestāžu uzraudzības un konsultāciju sniegšanas indikatorus.

Sniegt priekšlikumus ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmas attīstībai un pilnveidošanai Latvijā;

Sniegt priekšlikumus ārstniecības iestāžu pašnovērtējuma sistēmas izveidei.

Veicot izvirzītos darba uzdevumus, ekspertu grupa ir nonākusi pie turpinājumā uzskaitītajiem secinājumiem un sniedz atbilstošus priekšlikumus.

#### 6.1.1. Neatkarība un pārredzamība

Neatkarība un pārredzamība ir uzraudzības organizāciju būtiskākie elementi. Tos nekad nebūs iespējams pilnībā sasniegt, taču ir svarīgi uz to tiekties, jo tas nodrošina līdzsvaru un autonomiju darīt pareizās lietas. Tie ir godīgas un objektīvas rīcības pamatā.

Viens no svarīgākajiem, tā sauktajiem, “EPSO standartiem” ir standarts Nr. 2<sup>31</sup> attiecībā uz neatkarības un pārredzamības pamatnormām:

- inspekcijas neatkarība vajadzīgajā mērā tiek aizsargāta, ņemot vērā apstākļus, kuros tā sniedz savus pakalpojumus. Kā uzraudzības struktūrai inspekcijai ir jānosaka atkarība vai neatkarība no politiskās sistēmas;
- inspekcija saglabā neitralitāti attiecībā pret galveno ieinteresēto pušu (to augstāko organizāciju, preses) ietekmi;
- inspekcijas darbiniekiem ir skaidrs un viņi saprot, kas no viņiem tiek prasīts, lai nodrošinātu, ka viņi vienmēr darbojas godīgi, un darbiniekiem nav interešu konflikta attiecībā uz to darba jomu, kas viņiem jāveic. Jāievieš procedūras, lai nodrošinātu, ka eksperti, kas konkrētos gadījumos palīdz uzraudzības iestādei, iesniedz paziņojumu par interešu konfliktiem, piemēram, politisko, komerciālo un finansiālo spiedienu.

Kā jau norādīts ziņojumā, VI ir pakļauta valdībai un veselības ministram, un nav neatkarīga. Faktiskā atkarība no ministrijas un tās politikas, tiek pieņemta bez nopietnām debatēm vai komentāriem par profesionālu un neatkarīgi strādājošu kontroles un uzraudzības funkciju, ko īsteno VI.

Tā kā nepastāv likumā noteiktas vai spēkā esošas procesuālās aizsardzības, lai izveidotu atbilstošu distanci no politiskās sistēmas, VI rīcībā nav formālu instrumentu, lai nodrošinātu neatkarību no politiskās vadības un ietekmes. Šī situācija ļoti neatšķiras no vairākām citām inspekcijām Eiropas valstīs, kurās inspekcija būtībā darbojas ciešā ministra pakļautībā.

Tomēr lielākā daļa inspekciju ir ieviesušas vismaz dažus oficiālus instrumentus, lai nodrošinātu, ka to viedoklis ir objektīvs, ka to lēmumi ir pamatoti un taisnīgi un to īstenošana ir visiem vienāda. Inspekcijām vajadzētu būt iespējai, ja nepieciešams, aizstāvēt savu neatkarību un integritāti, lai aizsargātu sabiedrības veselības labu aprūpi.

Latvijā (pat ja tas tā nav) daudzu aptaujāto uzskats ir tāds, ka VI darbojas pēc pašreizējās valdības politiskiem norādījumiem, nevis neatkarīgi un pārredzami.

---

<sup>31</sup>Apsvērumu saraksti skatīt 3. pielikumā “EPSO Salīdzinošā novērtējuma sistēma”.

Daudzas no aptaujātajām ieinteresētajām pusēm pauda (pat tieši nejautājot) bažas un uzticības trūkumu tādā nozīmē, ka viņi netic, ka VI darbības ir objektīvas un godīgas. Kopējais priekšstats ir tāds, ka VI prioritātes galvenokārt tiek vadītas politiski. Neatkarīgi no patiesības, uzskats ir ļoti svarīgs, un pārredzamības trūkums, izvēloties, kuras iestādes vai speciālistus pārbaudīt, stiprina aizdomas. Turklāt sūdzību izskatīšanas process un atbilstošā izmaksu metodika un rezultāti nav pārredzami, kas sabiedrībā un citām ieinteresētajām pusēm rada aizdomas par objektivitātes trūkumu.

Šie novērojumi liek grupai uzskatīt, ka kaut kas ir jādara, lai VI kļūtu spēcīgāka un neatkarīgāka, un, ka tas ir skaidri jāparāda ieinteresētajām pusēm un sabiedrībai.

Ekspertu grupa piedāvā iepazīties ar turpinājumā uzskaitītiem piemēriem, lai virzītos uz ieteikto neatkarību un pārredzamību:

- Norvēģijas sistēma, kur karalis uz noteiktu laiku ieceļ neatkarīgu ģenerālinспекtoru kā neatkarīgu augstu amatpersonu, kas pielīdzināma ministru padomei;
- Latvijas Tiesībsarga institūcija;
- oficiāli padarīt inspekciju par, kā to dēvē Anglijā, no valdības atstatu organizāciju;
- Portugāles un Zviedrijas modelis ar neatkarīgu konsultatīvo padomi, kurai ir sasaiste ar plašu ieinteresēto personu loku, ieskaitot pacientu organizācijas.

#### 6.1.2. Mācīšanās kultūra kā prioritāte

VI nolikumā tās darbības mērķis ir aprakstīts šādi: *īstenot valsts pārvaldes funkcijas veselības nozares uzraudzībā un kontrolē, lai nodrošinātu atbilstību ar šo nozari reglamentējošo normatīvo aktu prasībām un to izpildi.*

Ikdienas darbā tas ietver daudz pārbažu un sodīšanas darbību. Lai gan kopumā visi piekrīt, ka drošības un kvalitātes pamatnormas ir jānodrošina, grupa uzskata, ka sodam jābūt pašam pēdējam solim, ne tikai tāpēc, ka par tādu to uzskata daudzās citās valstīs, bet arī tāpēc, ka soda prakse ilgtermiņā nav uzskatāma par efektīvu un praktisku instrumentu veselības aprūpes pakalpojumu uzlabošanai.

Tā kā pašreizējā vidē redzam spēcīgu VI vadību un vēlmi pilnveidoties, ko atbalsta veselības ministrs un ministrija, kā arī potenciāli atbalsta daudzas citas ieinteresētās personas Latvijā, centieniem ieviest vairāk kvalitātes uzlabošanas un mācīšanās kultūras būtu jābūt prioritātei. Tāpēc VI izaicinājums ir veikt iekšējās pārmaiņas no atbilstības uz sadarbību un no sodīšanas uz vērtību un labas prakses pārņemšanu.

Tāpēc ekspertu grupa norāda uz vairākiem saistītiem politikas aspektiem un prioritātēm, kas ir svarīgas, lai veiktu šīs izmaiņas:

- pilnvaru piešķiršana personālam, lai veidotu “drošības kultūru”<sup>32</sup>, kas ietver atbalstošas vides izveidi, kurā veselības aprūpes speciālisti var identificēt kļūdas vai gandrīz notikušas kļūdas un analizēt, kāpēc un kā tās varēja gadīties. Šādā vidē var īstenot pacientu drošības praksi, piemēram, klīnisko uzraudzību, lai risinātu identificētās problēmas un mazinātu traumu iespējamību.
- VI tēla uzlabošana gan ārēji, gan arī iekšēji, ir nozīmīgs mērķis, uz ko tiek ties sadarbībā ar ārējām ieinteresētajām pusēm. Domāšanas (mentalitātes) maiņa uz atvērtāku, uz ieinteresētajām personām vērstu pieeju nav viegls ceļš (kā redzams daudzās citās valstīs), bet tas ir neizbēgami, ja VI vēlas būt uzticams un atvērts partneris.
- pārveidot organizācijas tēlu tādā veidā, ka tā skaidri uz āru parāda savu uzticamību kā atbalstoša, uz sadarbību vērsta, kvalitatīva un uz pacientiem orientēta organizācija. Šai “tēla

<sup>32</sup>Sīkākai informācijai skatīt 4.5. nodaļu “Drošības kultūra atbalstošā vidē”.

maiņai” būtu jāietver uz sodu orientētas un policijai līdzīgas organizācijas reputācijas izzušana. Tāpat noderīga būtu arī nosaukuma maiņa, kā tas darīts Igaunijā un jau sen arī Anglijā. Šai tēla maiņai nevajadzētu būt tikai vizuālai, bet to jāpavada darbinieku apmācībai uzvedības un saziņas jautājumos.

- kļūt par organizāciju, kura mācās, lai sasniegtu uzlabojumus un lai pilnveidošanās kļūtu par ilgtspējīgas organizācijas kultūras daļu.

#### 6.1.3. No atbilstības pārbaudes uz sadarbībā balstītām pārbaudes metodēm

Kā aprakstīts šī ziņojuma 4. nodaļā, uzraudzības tendences Eiropā mainās no atbilstības ievērošanas uz metodēm, kas vairāk vērstas uz sadarbību, un uzraudzības iestādes loma arvien vairāk tiek uzskatīta par atbalstošu<sup>33</sup> un kā “daļu no risinājuma”, kā arī vērstu uz uzlabojumiem, nevis kļūdu atrašanu un rezultātu mērīšanu ar to, “cik daudz bojātu ābolu atrasts”.

- Piemēram, Zviedrijā<sup>34</sup> uzraudzība tiek veikta no **lietotāju un pacientu skata punkta**, un tai jākoncentrējas uz jautājumiem, kas ir svarīgi indivīdiem vai to grupām. Ja vien tiesību akti vai rīkojumi nenosaka citādi, uzraudzībai jābūt **uz risku balstītai** un jāizskata tikai tie jautājumi, kas ir būtiski, lai nodrošinātu drošu un kvalitatīvu veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu. Uzraudzībai jābūt **efektīvai** (IVO, 2015).

Tādi elementi kā lietotāja skatījums, uz risku balstīts un efektivitāte ir būtiskas iezīmes un atskaites punkts *IVO* (Zviedrijas Veselības un sociālās aprūpes inspekcijas) darbā. Zviedrijas sistēmā nav sīki aprakstīts, kā veikt uz risku balstītu uzraudzību, taču visiem iesaistītajiem tas ir skaidrs. Uzraudzība ietver pašas *IVO* un citu dalībnieku konstatējumu sistematizēšanu un analīzi valsts un reģionālā līmenī, kā arī pacientu un lietotāju viedokļu un pieredzes izmantošanu, lai izveidotu vispārēju priekšstatu par uzraudzības jomu.

Tas, ko uz risku balstītā stratēģijā uzskata par būtisku, var atšķirties, atkarībā no uzraudzības mērķa. Inspekcija koncentrējas uz to, kas, viņuprāt, ir patiešām svarīgs, nodrošinot labu veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu sniegšanu to lietotājiem un pacientiem. Šī sistēma nav vērsta “no augšas uz leju”, tiek apspriesta un ietekmēta “no lejas uz augšu”. Viens no šīs sistēmas elementiem ir tas, ka *IVO* koncentrējas ne tikai uz dokumentāciju, vadlīnijām un procedūrām, bet izmanto vairāk informācijas un mēģina uzdot praktiskus jautājumus par pacientu drošību un aprūpes kvalitāti.<sup>35</sup>

**Skotijā**<sup>36</sup> sociālā aprūpe un sociālā darba kontrole pāriet no atbilstības kontroles uz pieeju, kas vērsta uz uzlabojumiem, nodrošinot pārlicību par aprūpes kvalitāti. Pastāv divi pārmaiņu elementi – lielāks metodiskais uzsvars tiek likts uz cilvēka pieredzes un rezultātu kvalitātes novērtēšanu un jaunu nacionālo aprūpes standartu kopumu. Šis “Skotijas modelis” var palīdzēt nodrošināt teorētisku ietvaru, lai atrisinātu pastāvējušo spriedzi starp rūpīgu pārbaudi un uzlabojumiem. Mūsdienu pārbaude var kļūt par svarīgu rīku kvalitātes nodrošināšanas līdzekli.<sup>37</sup>

**Portugālē** veselības aprūpes pakalpojumu lietotāji ir centrālais aspekts sistēmā. Kā veselības aprūpes sistēmas galvenajai figūrai lietotājam ir jānodrošina nepieciešamie apstākļi brīvu un informētu lēmumu pieņemšanai. Ņemot vērā veselības aprūpes nozarē esošās informācijas

<sup>33</sup> Skatīt 4.5. nodaļu “Drošības kultūra atbalstošā vidē” un punktu 4.5.1.3. “Iesaistīšanās stratēģija”.

<sup>34</sup> Skatīt 4. pielikumu (izlases gadījumu izpēti), lai uzzinātu sīkāku informāciju par Zviedrijas sistēmu

<sup>35</sup> Turpat.

<sup>36</sup> Turpat.

<sup>37</sup> Sīkākai informācijai skatīt 4. pielikuma (izvēlēti gadījumu pētījumi) 1.3. nodaļu (Skotija)

asimetriju, saistībā ar Portugāles Veselības aprūpes uzraudzības organizācijas (ERS) pastāvīgo iekļaušanos, lai garantētu lietotāja tiesības un intereses, kopā ar sūdzību izskatīšanu tiek veiktas darbības, lai stiprinātu izpratni par veselības jomu un palīdzētu pieņemt lēmumus, un, jo īpaši tieši kontaktējoties ar veselības aprūpes iestādēm un LRA. Šajā nolūkā ERS piedāvā specializētu "Informāciju lietotājiem" ar noderīgu un viegli saprotamu informāciju, kuras pamatā ir interaktīvs saturs un funkcionalitāte, piemēram, atbildes uz bieži uzdotiem jautājumiem, informatīvās brošūras, simulatori un brīdinājumi, kas lietotājiem palīdz efektīvi īstenot savas tiesības un pienākumus. Šajā jomā tiešsaistes sūdzību grāmata un informācijas pieprasījuma veidlapa ļauj ātri un ērti iesniegt sūdzību veselības aprūpes iestādei vai lūgt skaidrojumu no ERS par tās kompetences jautājumiem. Sniegtās informācijas un rīku izmantošana palīdzēs ERS arvien efektīvāk regulēt un uzraudzīt veselības aprūpes iestāžu darbību un dos ieguldījumu arvien vairāk uz lietotāju orientētā veselības aprūpes sistēmā.

#### 6.1.4. Aprūpes kvalitātes un pacientu drošības uzlabošana

- Mērķim jābūt kvalitātes un drošības uzlabošana visā veselības aprūpes jomā;
- Lai varētu veikt uzlabojumus, VI nepieciešama veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja (lai viņi jūs uzklausītu), valdības (lai jūs varētu darboties neatkarīgi) un sabiedrības (lai jūs varētu aizstāvēt nodokļu naudas izlietojumu) uzticēšanās.
- Lai varētu efektīvi veicināt kvalitātes uzlabošanu un mācīšanos, starp uzraudzības iestādi un uzraudzīto jāpastāv zināmam uzticības līmenim. Pēdējam jāuzticas, ka iestādes galvenā uzmanība ir vērsta uz mācīšanos un kvalitātes uzlabošanu. Uzraudzības iestādei ir jāuzticas, ka uzraudzītais vēlas attīstīties, un jārīkojas tā, lai neraisītu bažas.
- Inspekcijām jānosaka darbību prioritāte, piemēram, veicot riska analīzi. Riska analīzē svarīga ir ieinteresēto personu sniegtā informācija. Ieteikumiem jākoncentrējas uz rezultātiem, reizēm procesiem un ļoti reti uz infrastruktūru (piemēram, gultu, personāla skaits u.c.).
- Riska analīzei vajadzētu arī koncentrēties uz to, kas ir svarīgi pacientiem, un tas nozīmē, ka inspekcijai ir jāsaprot, kas pacientiem ir svarīgs, un sadarbībā ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, pacientiem un citām ieinteresētajām pusēm arī jāveicina vispārīgas zināšanas par to, kādas ir pastāvošās problēmas.
- Pastāv vairākas pārbaūžu metodes, un ir iespējams izmantot dažādas metodes, ņemot vērā to, ar kādu problēmu saskaras. Pārbaūžu pamatā ir informācijas vākšana.
- Izvēloties, kurus rīkus izmantot, pamatnoteikums ir sākt ar mazāk radikāliem pasākumiem un vajadzības gadījumā ieviest stingrākus. Šo piramīdu izmanto arī sodīšanai un koriģējošiem pasākumiem.
- Atgriezeniskā saite un dialogs pēc pārbaudes, kā arī analīze ir izšķiroši svarīgi, lai varētu veidot daļu no risinājuma veselības aprūpes uzlabošanai. Atgriezeniskā saikne attiecas arī uz inspekciju, tai ir jāsaprot, vai tā kaut kā palīdzēja vai radīja tikai nepatīkšanas? Protams, to nav tik viegli noskaidrot, jo parasti respondenti sniedz vēlamo atbildi.
- Zināmā laikā pēc iepriekšējās darbības seko viena no parastajām pārbaudes procedūrām, taču šādai kontrolei nevajadzētu automātiski un standarta veidā aprobežoties ar konstatēto kļūdu izlabošanu. Jāveic sistēmas analīze un jāizmanto iespēja uzzināt, vai un kāpēc šī kļūda tiek izdarīta biežāk, lai ko mainītu.
- Diferencējiet inspekcijas darbības. Esiet diezgan pasīvi attiecībā pret pakalpojumu sniedzēju, kam ir labi panākumi attiecībā uz uzlabojumiem un laba rezultātu kontrole. Esiet aktīvāki, ja pakalpojumu sniedzējam nav pietiekamas izpratnes vai zināšanu par uzlabojumiem.

Rīkojieties noteikti, ja pastāv tieši draudi veselībai – piemērojiet stingrus disciplinārsodus, ja pastāv liels risks pacientu drošībai.

#### 6.1.5. Latvijai speciāli izveidota sistēma

Lai veiktu atbilstošu un praktisku salīdzinājumu starp dažādu valstu pieejām, atsaucei ir izcelti apsverami piemēri<sup>38</sup>, un labās prakses piemēri, lai adaptētu piemērotus variantus, ņemot vērā Latvijas kontekstu jeb tās kultūras, politisko, juridisko un finansiālo vidi. Ne katra sistēma, kas darbojas vienā valstī, noteikti darbosies citā. Latvijai ir vajadzīga sava pielāgota sistēma, ko iedvesmojusi un atbalsta citu valstu labākā prakse. Iespējami labākās uzraudzības sistēmas izveide ir nepārtraukts process, kam jāpielāgojas veselības aprūpes kvalitātes uzlabojumiem.

Tomēr ir arī dažas lietas, ko mācīties no citu valstu pieredzes. Piemēram, viena no mācībām ir tāda, ka uzraudzības struktūrām vajadzētu mazāk koncentrēties uz “lielajiem datiem” un sarežģītu riska profilu veidošanu. Tā vietā vajadzētu identificēt un atrast mazāku indikatoru grupu, kas vislabāk atbilstu uz vietas veiktas pārbaudes rezultātiem, un koncentrēties uz šiem indikatoriem, tādējādi “atrodot signālu visā kopējā troksnī”.

#### 6.1.6. Proaktīvāka pašnovērtējumu izmantošana

Ja mērķis ir mainīt uzraudzības veidu no reaģējoša uz proaktīvāku vadību un uzraudzību, tad pašnovērtējumu var izmantot kā vienu no metodēm, lai uzraudzītu un novērtētu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju mācīšanās spējas, jo tomēr tie ir atbildīgi par sniegto pakalpojumu kvalitāti. Pašlaik Latvijā nav izveidota pašnovērtējuma sistēma VI īstenotajam uzraudzības mērķim, tomēr ekspertu grupai uzrādītajos dokumentos šādas sistēmas izveidošana ir izcelta kā viens no īstenojamajiem mērķiem.

Somijā tiek apgalvots, ka pašu pakalpojumu sniedzēju veiktā pašpārraudzība (pašnovērtējums) ir un tam būtu jābūt visefektīvākajam uzraudzības veidam. Tiek uzskatīts, ka uzraudzības iestāžu loma ir piedāvāt atbalstu un procesu vadību sociālās labklājības un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, tiem īstenojot pašpārraudzību. Daudzus gadus Somijas Veselības aprūpes inspekcija (*Valvira*) ir akcentējusi atbalsta sniegšanu pakalpojumu sniedzējiem, kuri veic pašpārraudzību. Pašpārraudzība tagad ir kļuvusi par uzraudzības neatņemamu sastāvdaļu, kā rezultātā pakalpojumu sniedzēju veiktās pašpārraudzības kvalitāte pēdējo gadu laikā ir ievērojami uzlabojusies.<sup>39</sup>

Pašpārraudzība ļauj ārstniecības iestādēm novirzīt resursus augstāka riska jomām un darbībām, īstenojot plānveidīgu pieeju savam darbam un veidot lielāku izpratni par sniegto pakalpojumu kvalitāti. Jebkuri trūkumi ir jānovērš un jārisina pēc iespējas tuvāk vietai, kur faktiski tiek sniegti pakalpojumi. Tas samazinās arī nepieciešamību uzraudzības iestādēm retrospektīvi pievērsties pakalpojumu sniedzēju darbībām un izvairīties no papildu darba un izmaksām, kas rodas, īstenojot atbilstošu uzraudzību.

Pašnovērtējuma metodika būtu jāveido tā, lai identificētu, novērstu un risinātu trūkumus veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā.

Pašnovērtējuma izmantošanas gadījumā vienmēr būtu jāspēj atbildēt uz šādiem jautājumiem:

- Vai mēs paveicām to, ko bijām solījuši?
- Vai mēs veicām izmaiņas?

<sup>38</sup> Skatīt 4. pielikumu (izlases gadījumu izpēti un starptautiskie piemēri).

<sup>39</sup> Sīkākai informācijai skatīt 4. pielikuma 6. nodaļu (Pašnovērtējums un ziņošana par starpgadījumiem)

- Vai mēs rīkojamies pareizi?

Papildu informācija par prakses piemēriem no Somijas, Nīderlandes, Zviedrijas, Portugāles un Dānijas sistēmām ir sniegta šī ziņojuma 4. pielikuma 6. nodaļā “Pašnovērtējums un negadījumu ziņošana”.

#### 6.1.7. Uz risku balstīta uzraudzība un (organizācijas, procesa un rezultātu) indikatoru izmantošana

Izvēloties uz risku balstītas uzraudzības indikatorus, ir svarīgi paturēt prātā, ka indikatoru izmantošanas mērķis ir nepieciešamība veikt riska analīzi, tādējādi būtiskie jautājumi ir: vai indikatori tiek izmantoti, lai sniegtu vispārīgu pamatinformāciju par pakalpojumu sniedzēju iespējām, kā arī vai to izmantošana sniedz salīdzinošo novērtējumu, lai identificētu būtiskus drošības riskus vai pārbaudāmās ārstniecības iestādes? Pamatojoties uz riska analīzi, inspekcijas Dānijā un Zviedrijā izstrādā gada plānu, atlasot pārbaudāmās iestādes un tur noskaidrojamus jautājumus.

Kā uzsvērts šā ziņojuma 4.4. nodaļā “Uz datiem un pierādījumiem balstīta pieeja”, VI Latvijā, tāpat kā inspekcijas vairākās citās pasaules valstīs, cīnās, lai atrastu pareizu un efektīvu veidu (izmaksu ziņā) efektīvas pārbaudes un uzraudzības metodes ieviešanai. Šajā ziņojumā sniegti citu valstu piemēri par to, kā varētu izmantot uz risku balstītu pieeju.<sup>40</sup>

Latvijas VI šobrīd ir 5 riska tēmas:

1. Potenciālā iestādes ietekme (ārsts – maza, ārstniecības iestāde – liela).
2. Iestādes/pakalpojumu sniedzēja darbības ietekme (ārsts, ārstniecības iestāde) (pakalpojumu klāsts un sarežģītība).
3. Cik sarežģīti ir normatīvie akti, kas attiecas uz iestādi/pakalpojumu sniedzēju (piemēram, vai nepieciešams izskatīt 10 dažādus likumus).
4. Cik liela ir iestādes/pakalpojumu sniedzēja pacientu plūsma jeb apjoms.
5. Iestādes reputācija, pamatojoties uz
  - iekšēju rezultātu. Kontroljautājumu rezultāts par pēdējiem 3 gadiem:
  - inspektora aizpildīts kontrolsaraksts;
  - sūdzības/prasījumi.

Uz risku balstīti kritēriji, pēc kuriem nosaka, kurās organizācijās veikt pārbaudi – kā tos izmanto vai plāno izmantot Latvijā – neuzskata par statistiskiem riska faktoriem, kas palīdzētu veikt atlasī. Turklāt neliekas, ka šie kritēriji atlasītu riskantās jomas, ņemot vērā “augstu risku pacientu drošībai un aprūpes kvalitātei”. Kritēriji ir daļēji balstīti uz apjomu, kam nav skaidras saistības ar veselības un sociālās aprūpes risku, un kritērijiem ir subjektīvs raksturs, tāpēc tos ir grūti aizstāvēt un izmantot.

Ekspertu grupas ieteikums ir indikatoru izvēles laikā apsvērt, kādi dati ir pieejami, un pielāgot informāciju no dažādiem avotiem jeb virzīties augšup pa vērtību ķēdi no datiem uz informāciju, uz zināšanām.

## 6.2. Projekts II. Ekspertu grupas viedoklis par sūdzību izskatīšanas kārtību

### 6.2.1. Sūdzību izskatīšanas kārtības izvērtējums

3. nodaļā izvērtētajā sūdzību izskatīšanas kārtībā ekspertu skatījumā iespējams veikt vairākus uzlabojumus.

<sup>40</sup> Skatīt 4. pielikuma 6. nodaļu (Pašnovērtējums un ziņošana par starpgadījumiem) un 7. nodaļu (Ieinteresēto pušu iesaistīšana)

Ekspertu grupai tika lūgts sniegt priekšlikumus par:

- a. analīzes metožu pielietošanu pacientu sūdzību un negadījumu cēloņu noteikšanā;
- b. pacientu sūdzību izskatīšanas sistēmas pilnveidošanu, tajā skaitā norādot secīgus pasākumus pilnveidošanas īstenošanai;
- c. ārstniecības iestāžu iesaisti pacientu sūdzību analīzes procesā;
- d. pacientu sūdzību un negadījumu cēloņu novēršanu, iesaistot ārstniecības iestādi.

Ekspertu grupa secina, ka pacientu sūdzības (kā redzams vairākos labās prakses piemēros) ir viens no spēcīgākajiem inspekciju instrumentiem, lai sazinātos ar pacientiem, veselības aprūpes profesionāļiem un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem.

Līdzās citām saziņas metodēm veselības aprūpes jomā, šis ir viens no vienkāršākajiem un labākajiem veidiem, kā rast iespējas veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības uzlabojumiem.

#### 6.2.2. Priekšnosacījumi atklātai sūdzību pārvaldībai

- a. VI jāinformē par sūdzībām un, vēlams, par to saturu sīkumos.
- b. VI jābūt iespējai izmantot sūdzības, lai uzlabotu pacientu drošību un aprūpes kvalitāti; tas nozīmē, ka nepieciešama šķirošana, jo ne visas sūdzības ir noderīgas šim nolūkam. Ja VI jādod atbilde un jāizmeklē visas sūdzības, tas prasīs tik daudz laika un enerģijas, ka sarakstes un izmeklēšanas apjomā pazūd mērķis<sup>41</sup>;  
Šķirošana nozīmē, ka sūdzības tiek sadalītas, piemēram, 3 kategorijās: nopietns gadījums, kurā ir nepieciešama vairāk vai mazāk tūlītēja VI rīcība; citi nopietni, bet ne akūti gadījumi, kas var būt regulārās pārbaudes daļa; neprioritāras sūdzības, kas ir svarīgas sūdzības iesniedzējam, bet var tikt nodotas pakalpojuma sniedzējam, lai tās izskatītu taktiskā un pārdomātā veidā.  
Jebkurā gadījumā visas sūdzības vispirms vajadzētu izskatīt iestādei, pret kuru sūdzība celta.
- c. Sūdzības reģistrēšana jāveic tādā veidā – vēlams, datubāzē ar labu meklēšanas sistēmu, lai atrastu attiecīgos sūdzību elementus –, lai sūdzību sistēmas skatīšana sniegtu atbalstu VI uz risku balstīto uzraudzības metožu pielietošanā.
- d. Sūdzības nedrīkst apstrādāt tikai kā dokumentus, tās ir jāapstrādā kā iespēja plašāk skatīties uz problēmu, nekonzentrējoties uz konkrēto sūdzību.
- e. Sūdzības jāizskata uzticības atmosfērā. Sods ir viena no iespējamām darbībām, kas seko sūdzībai, taču tam nav jābūt galvenajam mērķim.
- f. Ziņošana bez vainošanas no ārstniecības iestādes personāla puses un darbinieku un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju brīvprātīga vai obligāta ziņošana par negadījumiem (ziņošana par nopietniem gadījumiem un gandrīz pieļautām kļūdām) ir lietderīgs papildinājums konkrētajai informācijai, kuru satur sūdzības.
- g. Sadarbība ar veselības aprūpes iestādēm sūdzību izskatīšanā un mediācijas iespēja ir viens no Latvijas sistēmas pilnveidojumiem.

Ekspertu grupa īpaši izceļ šo priekšnoteikumu, jo nepieciešams samazināt sūdzību apstrādes slogu VI un vairāk strādāt pie prioritāšu izvirzīšanas, pamatojoties uz skaidru pārbaužu politiku. Ja VI vēlas pilnveidot darbību, procesos ir jāiekļauj veselības aprūpes iestādes un jāpadara tās par partneriem ziņošanā (bez vainošanas) par negadījumiem. Sūdzību izskatīšanā galvenā uzmanība jāpievērš problēmas risināšanai. Laba prakse būtu mediācijas pielietošana vietējo ārstniecības iestāžu līmenī. Piemēram, Dānijā Pacientu tiesībsargs dod reģioniem, kuri vada

<sup>41</sup> Somijas sūdzību izskatīšanas sistēma gadiem ilgi ir bijusi pārslogota ar pārāk daudzām sūdzībām, uz kurām jāatbild gandrīz juridiski un steidzami, bez iespējas sazināties ar sūdzības iesniedzēju.

vietējās ārstniecības iestādes, četru nedēļu termiņu mediācijas veikšanai, un pēc šī termiņa tiek lūgts atgriezties pie tiesībsarga ar rezultātiem.

Nīderlandē mediācijas procedūru oficiāli organizē sūdzības izskatīšanas uzsākšanas procedūras ietvaros, to dara īpaša amatpersona, kas nodarbojas ar sūdzību izskatīšanu speciālā komisijā “klachtencommissies zorg”, kas izskata sūdzības par veselības aprūpi<sup>42</sup>. Šīs neatkarīgās komisijas tiek organizētas ārstniecības iestāžu līmenī atbilstoši aprūpes jomām (13 atsevišķas komisijas īpašām aprūpes jomām). Īpaša mediācijas veidlapa ir pieejama mājaslapā, un to var izmantot procedūras laikā, ja viena vai abas puses vēlas iesniegt prasību.

Ja uzskaitītie priekšnoteikumi tiek izpildīti, sūdzību izskatīšanas sistēmu var izmantot kā vienu no komunikācijas veidiem, kādam jāpastāv, lai kļūtu par uzticamu partneri veselības aprūpes uzlabošanā.

#### 6.2.3. Ārstniecības riska fonda loma sūdzību izskatīšanas procedūrā

Ekspertu grupas ieskatā Latvijas sūdzību izskatīšanas sistēmā dominē sūdzības un prasījumi Ārstniecības riska fondam.

Grupa uzskata, ka vairāku iemeslu dēļ<sup>43</sup> Riska fondam nevajadzētu būt saistītam ar Inspekciju tādā nozīmē, ka ekspertiem nevajadzētu būt VI pakļautībā<sup>44</sup> un Riska fondam nevajadzētu būt nekādai citai saiknei ar Inspekciju, kā vien kalpot par informācijas avotu, lai VI varētu iepazīties ar materiāliem, lai mācītos un pilnveidotos<sup>45</sup>. VI nevajadzētu būt tai, kas pieņem lēmumu sūdzības gadījumā.

Riska fondam izvirzītie prasījumi būtu jāizskata neatkarīgi. Iespējams, riska fondu varētu organizēt apdrošinātāji, prasījumi vispirms būtu aprūpes pakalpojumu sniedzēja atbildība.

Tomēr tas nenozīmē, ka VI nevajadzētu informēt par sūdzībām, turklāt tam nevajadzētu nozīmēt, ka VI nebūs tiesīga izmeklēt un atrast pamatu veselības aprūpes uzlabošanai.

Grupa apzinās, ka šis viedoklis un ieteikumi var izraisīt lielas diskusijas un to nav viegli īstenot, tomēr ekspertu grupa patiešām neredz vēl kādu citu labu risinājumu VI problēmai, kurā dominē prasījumi un kuru uzskata par policiju, kuras mērķis ir sodīt ārstniecības personas. Ja VI vēlas iesaistīties atvērtās attiecībās ar speciālistu, lai uzlabotu pacientu drošību un aprūpes kvalitāti, tas jādara ar citu attieksmi. Sūdzību izskatīšana ir noderīga kā mācību un pilnveidošanās instruments, bet šķērslis ir tāda prasījumu izskatīšana Riska fonda kontekstā, kā tas tiek darīts pašlaik.

#### 6.2.4. Sūdzību izskatīšana citās valstīs

Ja aplūkojam praksi un pieredzi sūdzību izskatīšanā citās valstīs, piemēram, zviedru, dāņu, angļu, somu, portugāļu un holandiešu sistēmās<sup>46</sup>, ir vairākas kopīgas prakses, viedokļu un pētījumu rezultātu pazīmes.

Visu šo sistēmu īpašības nav vienādas, bet, virspusēji pārlūkojot, grupa ir atradusi vairākas šo sistēmu iezīmes, kuras varētu būt lietderīgi paturēt prātā, lūkojoties pēc izmaiņām Latvijas sistēmā.

<sup>42</sup> <https://www.degeschillencommissiezorg.nl/english/>

<sup>43</sup> Kā norādīts šī ziņojuma 5.3.2. nodaļā

<sup>44</sup> Skatīt 4. pielikuma 5. nodaļu (sūdzību izskatīšana) – Dānijas, Nīderlandes, Portugāles, Zviedrijas un Somijas sistēmu piemēri

<sup>45</sup> turpat, skatīt arī izskatīšanu Portugāles sistēmā un arī Nīderlandes sūdzību izskatīšanas sistēmu, ko izmanto Nīderlandes IGJ (Veselības un jaunatnes inspekcija)

<sup>46</sup> Skatīt 4. pielikuma 5. nodaļu (sūdzību izskatīšana) – izmeklēšana par Zviedrijas sūdzību sistēmu, tostarp atsauces uz citu valstu sistēmām, skatīt tulkojumu angļu valodā EPSO tīmekļa vietnē

#### 6.2.5. Sūdzības: paturiet prātā, ko varētu vēlēties saņemt pacients!

No dažādiem pētījumiem<sup>47</sup> mums zināms, ka pacientiem ir dažādi mērķi, piemēram:

- paskaidrošana, atzīšana, uztveršana nopietni, atvainošanās
- sajūta, ka "taisnība ir uzvarējusi"
- situācijas atkārtošanās novēršana
- zaudējumu atlīdzības saņemšana
- atbildīgo personu "sodīšana" tādā vai citādā veidā

Sniedzot eksperta pakalpojumus Zviedrijā par sūdzību izskatīšanu, no pacientu aptaujām esam uzzinājuši, ka vairāk nekā puse (55%) pacientu, kas iesnieguši sūdzību, to darīja tāpēc, ka viņi gribēja novērst situāciju, kurā ar citiem varētu notikt tas, kas noticis ar viņiem. Gandrīz tikpat daudz, 52%, norādīja, ka viņu sūdzības mērķis bija atrisināt savu problēmu. No šīs grupas 20% skaidri norādīja, ka viņi gribēja saņemt paskaidrojumu vai atvainošanos par notikušo.

Aplūkojot šo, grupa nonāca pie svarīga vēstījuma, ka ne vienmēr runa ir par naudu un ne vienmēr sods ir līdzeklis, kuru aizvairojuma gadījumā pieprasa pacients.

Bieži vien sūdzības iesniedzēju var apmierināt, uzklusot viņa problēmas vai ar citādu personisku pieeju. No Dānijas pieredzes<sup>48</sup> uzzinām, ka pēc sarunām ar pacientu 43% pacientu izvēlējās neturpināt uzturēt sūdzību. Parasti pacienti bija vairāk apmierināti ar savas sūdzības izskatīšanu, ja sūdzība tika izbeigta pēc sarunas.

#### 6.2.6. Meklējiet vienkāršu sūdzību izskatīšanas sistēmu

Meklējiet vienkāršu sistēmu, kur pacients tiktu vadīts cauri sistēmai<sup>49</sup>. Informācijai par sūdzību sistēmu jābūt skaidrai, pieejamai un viegli atrodamai. Salīdzinot citas valstis un sistēmas, un to dažādās pieredzes, ir pietiekami daudz pamata ieteikt saglabāt to vienkāršu.

Viens no Dānijas sistēmas secinājumiem<sup>50</sup> kopumā, piemēram, ir, ka, neraugoties uz veiktajiem uzlabojumiem, sūdzību sistēma nav kļuvusi vieglāka, bet drīzāk sarežģītāka pacientam, jo pacientam ir vairāk iespēju sūdzēties, piemēram, izvērtējums parādīja, ka pieci valsts reģioni sūdzības apstrādā dažādos veidos.

##### 6.2.6.1. Ceļš sūdzības iesniegšanai

Ekspertu grupa konstatēja, ka Portugāles sistēmā ir laba sūdzību izskatīšanas prakse, kur sūdzības vispirms tiek adresētas vietējā līmenī, proti, sūdzības, pirmkārt, ir obligāti jānosūta veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam. To dara, ierakstot sūdzību Oficiālajā sūdzību grāmatā,<sup>51</sup> kādai jābūt pieejamai gan privāto, gan valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem. Par sūdzības iesniegšanu tiek informēta Portugāles Veselības uzraudzības organizācija (ERS), un tā vienmēr saņem informāciju par sūdzībām un tās izskatīšanas rezultātu. Vispirms ERS vienkārši izseko sūdzības ceļu un rezultātu.

<sup>47</sup> Avots Johans Lēgemāts (*Johan Legemaate*) EPSO, [http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/tallinn/Handling\\_complaints\\_Legemaate\\_Tallinn.ppt](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/tallinn/Handling_complaints_Legemaate_Tallinn.ppt)

<sup>48</sup> Skatīt 4. pielikuma 5.2. nodaļu (sūdzību izskatīšana – Zviedrijas ziņojums par Dānijas modeli), skatīt *Google* tulkojumu angļu valodā EPSO vietnē

<sup>49</sup> Labs piemērs ir Dānijas *Patienterstatningen* <https://pebl.dk/lv>

<sup>50</sup> Skatīt 4. pielikuma 5.2. nodaļu (sūdzību izskatīšana – Zviedrijas ziņojums par Dānijas modeli)

<sup>51</sup> skatīt [www.ers.pt](http://www.ers.pt) <https://www.ers.pt/pages/167>,

#### 6.2.6.2. Sūdzību novirzīšana pakalpojumu sniedzējam

Pacienti paredzētajās sūdzību sistēmās sūdzības būtu jānovirza atpakaļ pie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja<sup>52</sup>, kura pienākums būtu uzsākt dialogu ar pacientu un/vai radiniekiem.

Inteligenta sūdzību reģistrācija un pieejamība, sūdzību, tai skaitā prasījumu, izskatīšana un ziņošanas par nopietniem nevēlamiem notikumiem iekļaušana, ir nepieciešama veselības aprūpes uzlabošanai, izmantojot visus datus par iespējām uzlabot veselības sistēmu, pacientu drošību un aprūpes kvalitāti.

#### 6.2.6.3. Sūdzības kā informācijas avots

Arī šeit Portugāle ir noderīgs labas prakses piemērs, ņemot vērā to, ka tur datubāze par visām iesniegtajām sūdzībām tiek izmantota tā, lai tā varētu būt noderīgs avots (riska) analīzei, pārbaudēm un ieteikumiem kvalitātes uzlabošanai. Papildus sūdzību reģistrācijai datubāzē, divreiz gadā tiek publicēts aprakstošs publiski pieejams ziņojums.

Portugālē visas sūdzības, ieskaitot to rezultātus, ir iekļautas ERS datubāzē.

Ja sūdzības tiek atrisinātas vietējā līmenī ar pakalpojuma sniedzēju, tās tiek izmantotas par avotu turpmākai analīzei.

Ja sūdzības (vēl) nav atrisinātas, sūdzības nonāk datu analīzes un šķīrošanas procesā. Pie sūdzībām, pie kurām ERS uzskata par noderīgu strādāt, darbu sāk Portugāles inspekcija ERS, un tā vienmēr iesaista gan inspektoru un pakalpojuma sniedzēju. ERS lūdz papildu informāciju visām iesaistītajām pusēm, profesionālajām asociācijām u.c., lai apkopotu viņu zināšanas un viedokļus. Galīgo lēmumu pieņem Portugāles inspekcija ERS. Ja lēmums nav pusei apmierinošs, sūdzības iesniedzējs var vērsties tiesā.

Lai nodrošinātu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes uzlabošanu, ir svarīgi, lai sūdzības tiktu apstrādātas kā informācijas avots un lai tiktu saņemtas atsauksmes no pacientiem (viedokļi un pieredze), bet lai tās neizskatītu kā finansiālus prasījumus ar mērķi pierādīt vainu un/vai noteikt kompensāciju.

#### 6.2.6.4. Inspekcija kā uzticams partneris sūdzību izskatīšanā

VI ir jāklūst par uzticamu partneri veselības aprūpes jomas uzlabošanā. Tāpēc VI darbībām nevajadzētu būt vispirms vērstām uz veselības aprūpes speciālistu vainošanu par ārstniecības kļūdām, ko viņi pieļāvuši savā darbā. Gluži pretēji, VI būtu jābūt tai, kas atbalsta ārstniecības speciālistus, darbiniekus, pacientus un veselības aprūpes iestādes, lai atrastu (bez vainošanas) kļūdas vai gandrīz pieļautas kļūdas ārstniecībā, lai uzzinātu, kas bijis nepareizi un kā pilnveidoties. Tas nenozīmē, ka nevar vainot individuus vai ka nevajadzētu veikt izmaksas. Tāpat tas nenozīmē arī ka VI nebūtu jānodrošina, lai pakalpojumu sniegšana ir droša.

Tomēr Ārstniecības riska fonda darbu vajadzētu strikti nodalīt un VI resursus nevajadzētu izmantot fonda mērķiem. Sūdzību izskatīšanas mērķis un process, kāds tas pašlaik ir Latvijas VI, neiederas inspekcijā, kuras galvenais mērķis ir strādāt pie pacientu drošības un aprūpes kvalitātes uzlabošanas.

Ja VI vairs nebūtu atsevišķu sūdzību izskatītājs ĀRF tiesiskajā regulējumā, tā tiktu atbrīvota no būtiska birokrātiska sloga. Tai būtu rīcības brīvība uzlabot aprūpes kvalitāti un identificēt strukturālās kvalitātes problēmas veselības aprūpē.

Ja VI vairs nav jāatbild un jāreaģē uz katru saņemto sūdzību un nav jāpieņem lēmums par vainu vai nevainīgumu visās šajās lietās, tā var izvēlēties un sadalīt sūdzības saskaņā ar VI uzraudzības prioritātēm par to, kā izmantot atsevišķas sūdzības un atsauksmes.

---

<sup>52</sup> Holandes sūdzību komisija var izskatīt tikai tos gadījumus, kas vispirms tikuši nodoti slimnīcai; lai iegūtu vispārīgu informāciju par šīm komisijām angļu valodā, skatīt <https://www.degeschillencommissiezorgorg.nl/english/>

Pacientu viedokļus un no veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem saņemto pieredzi vairs nedrīkst slēpt VI tās “policejisko” funkciju dēļ.

VI būs daļa no atklātas komunikācijas ar veselības aprūpes speciālistu iestādēm un pacientiem, savukārt sūdzības var izmantot kā vērtīgu informācijas avotu.

Blakus saņemtiem “signāliem” (kas esošajā sistēmā tiek uzskatīti par potenciālām sūdzībām), ziņošana par nopietniem nevēlamiem notikumiem un gandrīz pieļautām kļūdām bez vainas meklēšanas, kā arī cita veida brīvprātīgas un obligātas ziņošanas sistēmas ir ārkārtīgi svarīgs informācijas avots.

VI sabiedrisko attiecību stratēģija var būt labs veids, kā sadarboties un komunicēt ar sabiedrību Latvijā, izmantojot presi un citus saziņas līdzekļus.

#### 6.2.6.5. Efektīvāka sūdzību izskatīšana

Sūdzības var izmantot kā informācijas avotu uzlabojumu veikšanai, tāpēc lielākajā daļā valstu sūdzības iesniegšana ir bez maksas. Tomēr sūdzību izskatīšanas izmaksas ārstniecības iestāžu līmenī var samazināt, pieprasot maksu par sūdzības iesniegšanu. Tā, protams, nedrīkst būt nesamērīgi augsta, un jābūt veidam, kā informēt cilvēkus par sūdzību izskatīšanas izmaksām. Piemēram, Nīderlandē maksa mainās atkarībā no prasījuma summas<sup>53</sup>. Maksa tiek atlīdzināta, ja komisija piekrīt sūdzībai vai ja tā nav pieņemta. Šis procedūras rezultāts 2017. gadā bija tāds, ka tika saņemtas 110 sūdzības, ne vairāk kā 5 sūdzību iesniedzēji saņēma kompensāciju, un vislielākā kompensācija bija 2500 eiro.

Sīkāku informāciju un sūdzību izskatīšanas piemērus skatīt 4. pielikuma “Izlases gadījumu izpēte”, 5. nodaļā “Sūdzību izskatīšana”.

### 6.3. Projekts III Ekspertu grupas secinājumi par Ārstniecības riska fonda darbību

Budžeta, fonda pārvaldīšana un administrēšana, kritēriji kaitējuma apmēra noteikšanai un labas prakses piemēri.

Salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupas vērtējumā Ārstniecības riska fonds (skatīt 5.3. nodaļu) rada daudzus būtiskus jautājumus, kas norāda uz izmaiņu nepieciešamību.

Ekspertu grupai izvirzītie darba uzdevumi:

- Ārstniecības Riska fonda budžeta veidošanas, fonda pārvaldīšanas un administrēšanas principi;
- kaitējuma apmēra noteikšanas metodika un kritēriji;
- labās prakses piemēri.

Salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupa sniedz turpmāk minētos ieteikumus Ārstniecības riska fonda darbības pilnveidošanai:

- a. Latvijas veselības aprūpes budžets relatīvi ir viens no mazākajiem Eiropā,<sup>54</sup> tādēļ veselības aprūpes rezultātu uzlabošanu, ieguldījumus kvalitātē un drošībā nevajadzētu apvienot ar pārāk dārgu un pārāk dāsnu kaitējuma kompensēšanas sistēmu;
- b. Faktiskais Riska fonds nav tāds, kādam tam vajadzētu būt (skatīt iepriekš), tādējādi loģiska būtu Fonda pārstrukturēšana;
- c. Ja plānots Riska fonda faktisko budžetu ierobežot, vai vismaz nepalielināt, salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupa iesaka kā sākumpunktu izmantot sekojošu struktūru – Riska fonds

<sup>53</sup> Sūdzības iesniegšana bez finansiāla prasījuma izmaksā 52,50 eiro, ar prasījumu no 5000–15 000 eiro – 77,50 eiro, bet prasījumiem no 15 000–25 000 eiro – 127,50 eiro; lielāki prasījumi jāiesniedz tiesā.

<sup>54</sup> Skatīt 2.3. nodaļu (Finansiālais konteksts)

varētu būt pamata nodrošinājums ar vienkāršu un tiešu pieeju problēmai, ar vismaz turpinājumā uzskaitītām īpašībām:

- vienkāršas, ierobežotas funkcijas, piemēram, neietver atlīdzību par morālo kaitējumu un atlīdzību neapgādājamiem tuviniekiem. Lai lemtu par atlīdzības izmaksu iepriekš minētajos gadījumos, jāizmanto tiesas process – civilprocess vai cita tiesas procedūra;
  - viegli izmantojams;
  - pārredzams;
  - neatkarīgs;
  - mazas izmaksas;
  - ātrs;
  - ekspertus, ja tādi nepieciešami, apmaksā tā puse, kas vēlas piesaistīt ekspertu.
- d. Tā kā civilprocess tiesā vienmēr ir pieejams sistēmas dublēšanai, Riska fondā nav nepieciešams imitēt tiesvedību.
- Līdz ar to:
- Riska fonda darbībā varētu, piemēram, izmantot Pasaules veselības organizācijas (PVO) izveidoto fiksētu sarakstu vai līdzvērtīgu fiksētu sarakstu kā pamatu kompensācijas sistēmai<sup>55</sup>;
  - kompensācijas izmaksu varētu ierobežot, piemēram, samazinot naudas summas apmēru, kā arī izmaksu veikt tikai pašiem pacientiem (vai tikai radnieku nāves gadījumā) nevis viņu tuviniekiem;
  - kompensāciju par morālo kaitējumu, kuru ir grūti noteikt, varētu izslēgt.
- e. Riska fondam nevajadzētu būt pārāk pievilcīgam juristiem un trešajām personām, kas pārstāv pacientus nolūkā iegūt naudu no sistēmas. Lai to novērstu, labs partneris Riska fonda darbības nodrošināšanā varētu būt apdrošināšanas sabiedrības, organizējot sistēmu, lai sniegtu atbildi uz jautājumu, vai ārsts/medicīnas māsa/ārstniecības iestāde ir vainojama kaitējuma nodarīšanā vai nē, un vai tai jāmaksā vai nē. Ja šāda sistēma tiek apvienota ar veselības aprūpes speciālistu un veselības aprūpes pakalpojumu obligāto atbildības apdrošināšanu, šī sistēma,<sup>56</sup> iespējams, konkurences apstākļos starp apdrošinātājiem varētu neradīt zaudējumus budžetā.
- f. Gadījumā, ja apdrošinātāju puse nav pietiekami ieinteresēta, no valsts budžeta varētu apmaksāt neatkarīgi funkcionējoša Riska fonda infrastruktūru, t.sk. telpas, personālu u.c.), bet ne ekspertu, juristu pakalpojumus, kā arī nodrošināt neatkarīgu īpašu administratīvo tiesu ārstniecības lietu izskatīšanai<sup>57</sup>. Puses piesaista savus speciālistus un juristus (maksātnespējas gadījumā apmaksā no valsts budžeta), un lietu skata tiesneši. Pēc tam finansiālie jautājumi tiek atrisināti civillietu tiesā. Līdzīgas sistēmas piemērs atrodams Nīderlandes administratīvo

---

<sup>55</sup> Vispasaules ziņojums par invaliditāti 2011. gadā, 1. Invalīdi – statistika un skaitliskie dati. 2. Invalīdi – rehabilitācija. 3. Veselības aprūpes sniegšana. 4. Bērni – invalīdi. 5. Izglītība, speciālā. 6. Nodarbinātība, atbalstītā. 7. Veselības politika. I. Pasaules Veselības organizācija, ISBN 978 92 4 068521 5 (PDF)

<sup>56</sup> salīdziniet ar Somijas sistēmu – skatīt 5. pielikumu

<sup>57</sup> salīdzināt Nīderlandes veselības aprūpes sūdzību sistēmu:

<https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/burger/english> un <https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/files/2018-07/20180320%20IGJ%20LMZ-engels-3e.pdf>

disciplinārtiesu sistēmā<sup>58</sup>. Specializētajās tiesās piedalās ārsti, bet puses piesaista savus ekspertus. Ja tiesa nolemj, ka aprūpes pakalpojumu sniedzējs nav rīkojies rūpīgi, disciplinārtiesā pasludina sūdzību par pamatotu un var uzlikt apsūdzētajam aprūpes pakalpojumu sniedzējam šādas sankcijas: brīdinājums, rājiens, naudas sods (līdz 4500 eiro), (nosacīta) aprūpes pakalpojumu sniedzēja reģistrācijas apturēšana līdz vienam gadam, daļējs liegums darboties profesijā, aprūpes pakalpojumu sniedzēja reģistrācijas reģistrā anulēšana. Visas uzliktās sankcijas tiek izziņotas publiski. Ja disciplinārtiesā konstatē, ka aprūpes pakalpojumu sniedzējs nav rīkojies neuzmanīgi, tā sūdzību noraida un tiesa nepiemēro sankcijas.

Ja ārsts ir rīkojies neuzmanīgi, pacients šo lēmumu var izmantot finansiālās kompensācijas saņemšanai un vērsties civilietu tiesā, lai pieprasītu kompensāciju konkrētajā gadījumā.

- g. Izskatāma būtu arī veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atbildības uzņemšanās par viņu neveiksmēm un neatkarīgas sūdzību izskatīšanas komisijas nodrošināšana ārstniecības iestādēs ar iespēju izmaksāt ierobežotu kompensācijas summu<sup>59</sup>.
- h. Visos šajos risinājumos nav vietas VI ekspertiem vai ārējiem ekspertiem no konkrētas iestādes. Grupa uzskata, ka VI eksperti atrodas neiespējamā vai vismaz ļoti sarežģītā situācijā un būs grūti pārveidot viņu darbību tā, lai sistēma darbotos labi. Patiesībā VI kā organizācija, kas atrodas tieši ministra pakļautībā un kuras uzdevums ir uzlabot veselības aprūpi Latvijā, nav pareizā instance, lai lemtu par kompensāciju un pati par sevi noteiktu ārstniecības standartu plašam ārstniecības procedūru spektram Latvijā. Pat ja tiek iesaistīta ārstu asociācija un universitāte ar vairākiem augsti kvalificētiem speciālistiem, šī sistēma nedarbosies pareizi. Citās valstīs ir eksperti šajā jomā, bet parasti tie neatrodas salīdzināmā vidē.<sup>60</sup>
- i. Jābūt skaidrai saiknei ar VI, lai nodrošinātu, ka VI var izmantot informāciju pārbaužu un mācīšanas nolūkos, izmantojot sūdzības un prasījumus kā ieguldījumu savā pārbaužu politikā. Tomēr šai saiknei nevajadzētu darboties, pieņemot lēmumus par kaitējuma apmēru un kompensācijas izmaksu.
- j. Kompensācijas izmaksu un kaitējuma apmēru varētu noteikt ar vienkāršu sarakstu, nosakot maksimālo izmaksas lielumu. Iespējami ir arī citi varianti. Tādā sistēmā, kāda pastāv Latvijā, kur ir ļoti ierobežots veselības aprūpes budžets, sistēma, kāda ir, piemēram, Dānijā, kur ir augsts kompensācijas maksājumu standarts, nav ieteicama. Būtu jāapsver uz apdrošināšanu balstīta maksājumu sistēma, kas sasaistīta ar likumā noteiktu prasījuma robežu.

#### 6.4. Grupas secinājumi par ĀRF juridisko kontekstu Latvijā

##### *ES un nacionālais tiesiskais regulējums*

Ārstniecības uzraudzības ietvara tiesiskais konteksts Latvijā lielā mērā tiek noteikts nacionālajā līmenī. Eiropas Savienības dalībvalstīm nav stingri noteiktu pienākumu noteikt īpašu regulējumu (valsts vai reģionālo) valsts pārvaldes ietvaros izveidotām veselības inspekcijām vai līdzīgiem regulatoriem.

<sup>58</sup> salīdzināt Nīderlandes veselības aprūpes sūdzību sistēmu:

<https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/burger/english> un <https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/files/2018-07/20180320%20IGJ%20LMZ-engels-3e.pdf>

<sup>59</sup> Turpat

<sup>60</sup> Dānijas sistēma arī izmanto ekspertus, bet tā ir pilnībā nodalīta no inspekcijas, tai nav saiknes ar kompensācijas maksājumiem ([www.patienterstatningen.dk](http://www.patienterstatningen.dk)) <https://pebl.dk/en>.

Eiropas Savienības kontekstā pastāv liela brīvība, gandrīz bez ierobežojumiem, organizēt veselības aprūpes pārbaudes, uzraudzību, regulēšanu vai pārraudzību dalībvalsts izvēlētajā veidā. Dažādas Eiropas dalībvalstis ievērojami atšķiras pēc veselības aprūpes pakalpojumu uzraudzības organizatoriskās struktūras (skatīt, piemēram, Vāciju, Poliju, Spāniju un citas valstis, kurās nav nekādas pārbaudes valsts līmenī). Līdz ar to nav tādas lietas kā ES noteikts pienākums izveidot vai īstenot īpašu tiesisko regulējumu uzraudzības darbībām Latvijā vai jebkur citur Eiropā.

Tomēr tas nenozīmē, ka tiesiskā ietvara nav vispār. Eiropas Līgums, tostarp noteikumi par trim brīvībām (preču, pakalpojumu un personu brīva kustība), un vispārīgāki, lai arī ne mazāk svarīgi – cilvēktiesības un brīvības, ir stingrs pamats Eiropas Tiesas jurisprudencei un būtisks pamats saskaņā ar Luksemburgas veselības aprūpes jurisprudenci un Eiropas Pārrobežu veselības aprūpes direktīvu.

Daudzās Eiropas valstīs mēs arvien biežāk redzam pilsoņus apgalvojot, ka viņu individuālajai veselības aprūpei veselības aprūpes pakalpojumu un iestāžu kontekstā jāatbilst pacientu drošības un kvalitātes normām, tai skaitā Eiropas standartiem un cilvēktiesībām. Paredzams, ka arī Latvijas pilsoņi arvien vairāk meklēs iespēju pieprasīt ārstēšanu veselības aprūpes pakalpojumu ietvaros saskaņā ar cilvēktiesību standartiem un atbilstoši viņu individuālajām vajadzībām. Lai proaktīvi darbotos šādu pieprasījumu sakarā, tiesiskais konteksts Latvijā varētu būt vērsts uz pacientiem un elastīgs, kā arī paredzēts pacientu un pilsoņu kopumā individuālajām vajadzībām.

Citās ES valstīs novērotajai tendencei vairāk orientēties uz sūdzībām, strukturētāku skatījumu uz individuāliem gadījumiem un lielāku uzmanību pacientu reālajām vajadzībām, grupas ieskatā, vajadzētu ietekmēt arī juridiskā ietvara noteikšanu un veidošanu Latvijā.

Attieksmes maiņa, ko VI rekomendē ekspertu grupa un kas aprakstīta šajā dokumentā, noteikti būs jāatspoguļo tiesību aktos. Šīs attieksmes izmaiņas nevar neietekmēt tiesību aktu veidošanu Latvijā veselības aprūpes un veselības aprūpes uzraudzības jomā.

Tas nozīmē, ka salīdzinošā vērtējuma grupas ieskatā ir ieteicams mainīt regulējumu (likumus un likumpakļautos tiesību aktus) tā, lai VI veselības aprūpes jomā varētu pievērst vairāk uzmanības noteikumiem, kas stimulē uz pacientiem orientētu labo praksi un mazāk uzmanības, uz atbilstības ievērošanas pārbaudi virzienā jeb mazāk formālās procesuālās atbilstības pārbaudes un kontroles saskaņā ar stingriem procesuālajiem aprakstiem. Tā vietā šajā reglamentējošajā kontekstā būtu jāiekļauj atvērtākas normas, kas pamatojas uz labo praksi un rezultātu uzlabošanu. Sodam būtu jābūt kā pēdējam līdzeklim. Būtu jāievieš citi alternatīvi pasākumi, piemēram, brīdināšana vai iespējas došana uzlabot situāciju, lai padarītu inspekciju elastīgāku veselības aprūpes prakses uzlabošanas veicināšanā un nepiemērotas rīcības novēršanā. Tas viss būtu jādara, cieši sadarbojoties ar veselības aprūpē ieinteresētajām pusēm, t.sk. ārstiem, medicīnas māsām, veselības aprūpes iestādēm un trešajām personām veselības aprūpē, tā, lai pasākumi būtu efektīvi, raugoties no veselības aprūpes speciālistu puses un ņemot vērā arī pacientu vajadzības.

Turklāt juridiskajam ietvaram būtu jānodrošina pietiekama drošība un aizsardzība, lai veselības aprūpes speciālisti un iestādes kļūtu pārredzamas, lai tiktu ieviesta atvērta kultūra, kurā ārstniecības personāls un iestādes brīvi apspriestu veselības aprūpes uzlabošanas iespējas ar veselības aprūpes inspekciju. Šai kultūrai būtu jāietver atklāta runāšana par savām kļūdām. Lai sasniegtu šos mērķus, varētu būt nepieciešams juridisks regulējums, piemēram, "aizsargāta ziņošana bez vainošanas".

VI juridiskie instrumenti un konteksts būtu jāreglamentē tā, lai VI būtu pietiekami daudz iespēju alternatīviem pasākumiem, lai izvairītos no sodīšanas. Veselības aprūpes jomā sankcijas vajadzētu juridiski paturēt noziedzīga rakstura izņēmuma gadījumiem. Inspektoram vajadzētu būt iespējai, ja nepieciešams, dot pareizos stimulus uzlabošanai un izmaiņām, lai aizsargātu un veicinātu aprūpes kvalitāti un drošību un novērstu bažas atklāti un pārredzami izpausties attiecībā uz indivīdu negribētām

klūdām vai sistēmas kļūmēm iestādēs un pat par sistēmas nepilnībām plašākā sabiedrības organizācijas struktūrā.

#### 6.4.1. Pārbaūžu biežuma juridiskais pamats un kā un ko pārbaudīt

Pārbaūžu biežums un apraksts par to, ko un kā pārbaudīt, daudzās valstīs ir temats, kas aprakstīts likumā. Daudzās citās valstīs inspekcijai ir jāplāno un jāizlemj ko, kā un kad to pārbaudīt. Parasti vienā vai otrā veidā tas tiek izlemts sadarbībā ar politiskās vadības struktūrām un sabiedrības ieguldījumu. Ekspertu grupa neuzskata, ka būtu lietderīgi minēt obligāto pārbaūžu skaitu vai biežumu tiesību aktos vai tiesiskā kontekstā. Dažās valstīs, piemēram, Dānijā, tas tā bija, bet, tā kā tas vairāku iemeslu dēļ nebija veiksmīgi, nosacījums minēt ļoti ierobežojošus skaitļus atkal tika mainīts.

Likums nav un tam nevajadzētu būt elastīgam instrumentam tādā nozīmē, ka to vienmēr jāmaina, ja parādās jauni notikumi vai prioritātes veselības aprūpē vai sociālajā attīstībā. Likumam būtu jābūt stabilam un uzticamam faktoram. Tomēr jābūt iespējai veikt izmaiņas plānošanā un prioritātēs atbilstoši sabiedrības attīstībai. Tāpēc noteikts pārbaūžu skaits vai biežums neiederas likumā.

Līdz ar to ekspertu grupa iesaka noteikt mazāk ierobežojumu attiecībā uz to, ko, kā un kad pārbaudīt. Tāpat ekspertu grupa iesaka pārbaudēm Latvijā izmantot riska pieeju, kas nozīmē, ka pārbaude jāveic tikai vai galvenokārt izvēlētajās iestādēs un tikai vai galvenokārt par izvēlētajām tēmām. Šai riska pieejai tiesību aktos nav nepieciešams noteikt īpašu tiesisko pamatu vai reglamentējošās procedūras. Taču tas noteikti nozīmē to, ka nav ieteicams noteikt pārbaūžu biežumu vai veidu likumā.

#### 6.4.2. Sūdzību izskatīšanu nav nepieciešams reglamentēt ar likumu

Sūdzību izskatīšanas procedūra noteikti nav tāda tēma, kuru ieteicams detalizēti reglamentēt ar likumu, izņemot:

- a. centralizētu racionalizācijas kārtību sūdzību atgriešanai pie iestādes, par kuru sūdzība iesniegta (piemēram, ārstniecības iestāde vai cits veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs), ietverot pienākumu atbildēt vai citādi reaģēt – mediācija;
- b. obligātu inspekcijas informēšanu bez pienākuma atbildēt.

Reglamentēšana ar likumu var viegli novest pie birokrātijas bez praktiska risinājuma pacientam un bez iespējas izskaidrot un apspriest, nevis iesaistītajām pusēm iesniegt prasījumu un sūdzēt tiesā.

Salīdzinošā vērtējuma grupa ir izpētījusi Portugāles sistēmu, kuru diezgan sīki reglamentē tiesību akti. Portugāles sistēma tomēr nodrošina iedarbīgus risinājumus sūdzību izskatīšanai, atstājot inspekciju sūdzību izskatīšanas otrajā plānā.

Domai, ka sūdzības ir informācijas avots un iesaistītās puses tās var izmantot, lai mācītos, patiešām ir ietekme uz tiesību aktiem attiecībā uz sūdzību izskatīšanu Latvijā. Ja visas sūdzības ir jāreģistrē, jāizmeklē un uz tām jāatbild noteiktā termiņā, nebūs iespējas izmantot sūdzības kā informācijas avotu, nebūs mediācijas un nebūs atklātu diskusiju par to, kas noticis nepareizi. Pat tad, ja sūdzību skaits samazinās un inspekcijas darbinieku skaits palielinās, visu sūdzību izskatīšanas nodošana inspekcijai nav aicinoša uz atklātu un neaizsargājošu attieksmi pret negadījumu.

#### 6.4.3. Neaizsargāto sociālo grupu un cilvēktiesību likumiskā aizsardzība

Daudzās valstīs tiesību akti ir svarīgs instruments neaizsargāto sociālo grupu aizsardzībai, lai aizsargātu cilvēka pamattiesības, tostarp tiesības uz pienācīgu veselības aprūpi.

Inspekcijas uzdevums bieži ir uzraudzīt vismaz veselības aprūpes kvalitātes un drošības minimumu un pasargātu neaizsargātās sociālās grupas no atrašanās zem šī minimālā līmeņa.

Latvijas veselības aizsardzības kontekstā likums varētu tikt izmantots efektīvāk, nekā tas ir spēkā esošajos Latvijas tiesību aktos, lai Inspekcija un valdība izmantotu savus resursus veselības aprūpes kvalitātes un drošības minimuma nodrošināšanai un uzraudzībai.

#### 6.4.4. Inspekcijas juridiskais pamats

Svarīgi, lai Inspekciju par uzticamu partneri uzskatītu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji (ārsti, medicīnas māsas, ārstniecības iestādes), pacienti un sabiedrība kopumā.

Latvijas VI kontekstā tā varētu būt laba iespēja ar normatīvo aktu palīdzību noteikt atvērtības un pārredzamības principus.

Latvijā nozīmīgi būtu normatīvajos aktos noteikt pārredzamības un atvērtības principus VI darbībās, saistītās ar tiesībām un pienākumiem veselības aprūpē, veselības aprūpes standartiem un riskiem, kā arī ar neatbilstošu rīcību ārstniecībā.

#### 6.4.5. Pašnovērtējuma sniegšanai juridiskā bāze nav nepieciešama

Tā kā pašnovērtējums ir ļoti atkarīgs no augsta līmeņa sadarbības un uzticēšanās starp inspekciju un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nav nepieciešams nodrošināt pašnovērtējuma juridisko bāzi tiesību aktos. Pašnovērtējuma pamatā jābūt brīvprātīgai sadarbībai starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un VI.

Ekspertu grupa uzskata, ka nav ieteicams sākt ar pārāk lielu pašnovērtējumu ietekmējošu faktoru apjomu. Piemērotāk sākt ar nelieliem pilotprojektiem konkrētos veselības aprūpes aspektos, piemēram, saskarsme ar pacientiem, komunikācija un informācijas apmaiņa starp veselības aprūpes iestādēm, speciālistiem un pacientiem.

ES līmenī jaunāko iniciatīvu ietvaros ir veikts interesants pētījums par pašnovērtēšanas iespējām. Šī ziņojuma 6. pielikumā pievienota dokumenta kopija, kurā iekļauts veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pašnovērtējuma kontrolsaraksts, ko var izmantot kā labas prakses piemēru. Šis dokuments ir pieejams arī izmantojot šajā ziņojumā ietvertu aktīvo pdf saiti. Šis dokuments ir daļa no deviņu Eiropas References tīkla dokumentu kopuma, tostarp: “8. Pašnovērtējuma kontrolsaraksts veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem aktīvā PDF formātā”<sup>61</sup>.

### 6.5. Pārskats par 6. nodaļā ieteikto uzraudzības metožu “Stiprajām un vājajām pusēm”

#### 6.5.1. Ieteikto metožu un sistēmas izmaiņu stipro un vājo aspektu kopsavilkums

Turpinājumā tabulā sniegts kopsavilkums par uzraudzības metožu stiprajiem un vājajiem aspektiem, kā arī ieteikumi sistēmas izmaiņām, ko ekspertu grupa piedāvā Latvijas Veselības inspekcijai.

Ekspertu grupa iesaka Latvijas VI izmantot turpinājumā uzskaitītās metodes un ņemt vērā ieteikumus pārmaiņām medicīnas iestāžu uzraudzības jomā. Kā jau minēts iepriekš, dažādie citu valstu piemēri tiek parādīti kā noderīga labā prakse konkrētās valsts apstākļos, un nav ieteicams tos tieši pārņemt Latvijas situācijā.

---

<sup>61</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/8-self-assessment-for-hcp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/8-self-assessment-for-hcp_en.pdf)

Tabula: Ieteikto metožu un sistēmas izmaiņu stipro un vājo aspektu kopsavilkums

|    | Ieteiktā metode vai sistēma | Ārkārtīgi spēcīgs arguments<br>*****<br><br>Spēcīgs arguments<br><br>***<br><br>Svarīgi iekļaut diskusijās par sistēmu un metodēm<br><br>* | Riskantie aspekti, no kuriem jāizvairās                   | Vājie aspekti, no kuriem jāizvairās                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Neatkarība un pārredzamība  | *****                                                                                                                                      | Risks, ja nav stabilas sabiedrisko attiecību stratēģijas. | Vājš, ja netiek īstenota darbinieku apmācība un izglītošana.                                                                                                                                                                                                |
| 2. | Mācīšanās kultūra           | ***                                                                                                                                        | Cik vien iespējams, jāizvairās no sodiem un sankcijām.    | Vāja, ja sabiedrības gaidītais netiek pareizi realizēts.<br><br>Vāja, ja netiek pievērsta uzmanība <ul style="list-style-type: none"> <li>• personāla stiprināšanai;</li> <li>• tēla uzlabošanai;</li> <li>• ziņošanai par turpmākajām izmaiņām;</li> </ul> |

|    |                                                            |       |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                            |       |                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>organizācijas tēla maiņai.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 3. | No atbilstības ievērošanas pie sadarbībā balstītām metodēm | ***** | Cik vien iespējams, jāizvairās no sodiem un sankcijām.                                                                                                               | <p>Vāja, ja sabiedrības gaidītais netiek pareizi realizēts.</p> <p>Vāja, ja netiek realizēta vienlaicīgi ar citiem atbalsta pasākumiem, piemēram, personāla apmācība un izglītošana, spēcīga sabiedrisko attiecību politika, saskarsme ar plašsaziņas līdzekļiem un sociālajiem tīkliem, kā arī ieinteresētajām pusēm, tai skaitā veselības aprūpes speciālistiem un pacientiem.</p> |
| 4. | Aprūpes kvalitātes un pacientu drošības uzlabošana         | ***   | Prioritātes jānosaka sadarbībā ar veselības aprūpes speciālistiem un pacientiem.                                                                                     | <p>Vāja, ja sabiedrības gaidītais netiek pareizi realizēts.</p> <p>Vāja, ja netiek realizēta vienlaicīgi ar citiem atbalsta pasākumiem, piemēram, personāla apmācība un izglītošana, spēcīga sabiedrisko attiecību politika, saskarsme ar plašsaziņas līdzekļiem un sociālajiem tīkliem, kā arī ieinteresētajām pusēm, tai skaitā veselības aprūpes speciālistiem un pacientiem.</p> |
| 5. | Latvijai speciāli izveidota sistēma                        | ***   | Pastāv liels risks, ja kāds ārvalstu paraugs tiek kopēts izmantošanai Latvijā; pārbaudes metodēm jāiederas Latvijas kultūras, sociālajā, tiesiskajā un finanšu vidē. | <p>Pielāgota sistēma sākas no analīzes un prioritāšu un mērķu noteikšanas vietējā kontekstā: kādai problēmai mums ir nepieciešams risinājums?</p> <p>Ja tas netiek izdarīts, jauna sistēma un jaunas pārbaudes</p>                                                                                                                                                                   |

|    |                                                                                              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                              |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | metodes var būt tikai vājš risinājums.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 6. | Proaktīvāka pašnovērtējumu izmantošana                                                       | *     | <p>Tādā iekārtā, kādā pastāv VI Latvijā, šķiet riskanti ieviest pašnovērtējumu kā dominējošo metodi, jo pašnovērtējumam ir augsts neveiksmes risks, ja sistēmā nepietiek "sadarbības gara".</p> <p>Latvijas iekārtā pašnovērtējums šķiet labs instruments (mazāk riskants), lai nelielā mērogā novērtētu konkrētas veselības aprūpes jomas, piemēram, attiecības ar pacientiem un informāciju, ko tie saņem.</p>                                                                                                 | <p>Pašnovērtējuma vājā puse ir tā, ka iesaistītajiem tas var būt laikietilpīgs process.</p> <p>Lai no tā izvairītos, varētu tos uzsākt nelielus kā pilotprojektus.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 7. | Uz risku balstīta uzraudzība un (organizācijas, procesa un rezultātu) indikatoru izmantošana | ***** | <p>Riska sistēmas ieviešana Latvijā varētu būt ļoti riskanta, ja izvēlēta sistēma būtu pārāk sarežģīta un pārāk daudz balstītos uz datiem, kā franču vai angļu sistēmas.</p> <p>Risks būtu tāds, ka tiek patērēts pārāk daudz laika un naudas, bet rezultāti varētu būt pārāk fragmentēti.</p> <p>Ja uz datiem balstītas riska sistēmas rezultāti ir nekontrolējami un nav izmantojami samērā nelielam inspekcijas personālam, būtu mazāk riskanti sākt tiešākā ceļā, kā tas darīts Zviedrijas riska modelī.</p> | <p>Katras riska sistēmas vājā vieta vienmēr ir tā, ka labā prakse netiek ievērota un informācija par labajiem piemēriem netiek izplatīta veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un citu sistēmas partneru vidū.</p> <p>No šīs vājās puses varētu izvairīties, skaidri pievēršot uzmanību tā dēvētajiem "ieguvējiem no sistēmas".</p> <p>Labā uz risku balstīta pieeja prasa labu saziņu starp tiem, kas analizē sistēmu, un inspektoriem.</p> <p>Ja šis vājais aspekts netiek ņemts vērā un inspektoru apmācība netiek veikta, sistēma var kļūt nevajadzīgi sarežģīta un vāja.</p> |

- Neatkarība un pārredzamība

Stiprā puse:

Neatkarība un pārredzamība ir ļoti svarīgi un spēcīgi aspekti, uz ko tiek ties uzraudzības iestādēm. Tos nekad nebūs iespējams pilnībā sasniegt, tomēr tie ir godīgas un objektīvas darbības pamatā. Nepieciešams darboties godprātīgi un objektīvi, lai veidotu uzticēšanos. Uzticēšanās no pacientu, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un citu ieinteresēto puses ir pamatvērtība sadarbībā ar sabiedrību, lai veicinātu Inspekcijas darbības atbalstīšanu.

Turklāt uzticēšanās ir nepieciešama, lai saņemtu informāciju par sistēmas darbību un indikatorus, kas palīdzētu pilnveidot veselības sistēmu.

Vājā puse:

Neatkarība nozīmē arī to, ka Veselības inspekcija uzņemas lielāku atbildību un tās darbiniekiem jārīkojas un jādomā neatkarīgi. Nepietiek tikai ievērot noteikumus un pārbaudīt iepriekš noteiktu prasību ievērošanu. Ne visiem patīk šāda atbildība, un ne visi ir labi apmācīti to uzņemties, ja neatkarības un atbildības aspekti organizācijai ir jauni. Lielāka pārredzamība organizācijas darbībā un attiecībā uz atsevišķajiem organizācijas locekļiem nozīmē arī to, ka pastāv lielāka atklātība par pieļautajām kļūdām, trūkumiem un neveiksmēm. Ne vienmēr visi šo aspektu uztver pozitīvi. Atsevišķi organizācijas locekļi var justies neaizsargāti. Turklāt pārredzamība attiecībā uz organizācijas un tās atsevišķo locekļu neveiksmēm ir vājā vieta, ja nepastāv profesionālā izglītība, lai apmācītu personālu, kā darboties atvērtības un pārredzamības apstākļos.

Ja nav profesionālās informācijas stratēģijas un sabiedrisko attiecību politikas, atklātība un pārredzamība var izraisīt stresu un grūtības.

- Mācīšanās kultūra kā prioritāte

Stiprā puse:

Mācīšanās kultūra ir spēcīgs un efektīvs instruments, ko Latvijas inspekcija var izmantot veselības aprūpes prakses uzlabošanai. Mācīšanās kultūra veicina uzlabojumus, tomēr šī metode noteikti ir saistīta ar atklātām un uz komunikāciju vērstām attiecībām ar ieinteresētajām pusēm, pacientiem un sabiedrību kopumā. Šādas savstarpējās attiecības ir spēcīgs instruments, lai rastu iespējas pārmaiņām un novērstu riskus.

Vājā puse:

Mācīšanās kultūra ir instruments veselības aprūpes virziena maiņai, piemēram, uz drošāku un kvalitatīvāku aprūpi. Tādēļ šis instruments nav piemērots, ja iestāde nav ieinteresēta ieviest izmaiņas.

Mācīšanās kultūra ne vienmēr ir tikpat prognozējama kā organizācija, kas koncentrējas uz pastāvošās kultūras saglabāšanu.

Mācīšanās kultūra nav piemērota, ja tiek realizēta stingros noteikumos balstīta atbilstības ievērošana un sodīšana, lai gan pēc nopietniem negadījumiem pilsoņi, politiķi un prese bieži vien sagaida, ka inspekcija pievērsīsies sodīšanai, sankciju izvirzīšanai un vainīgā meklēšanai. Tā kā ilgtermiņā sods nav sevi pierādījis kā efektīvs un praktiski pielietojams uzraudzības instruments, speciālisti to neiesaka, tomēr šādos gadījumos ne vienmēr ir viegli attaisnot sabiedrības cerības.

- **No atbilstības ievērošanas uz sadarbībā balstītām pārbaūžu metodēm**

Stiprā puse:

Ja Inspekcija novērš galveno uzmanību no stingros noteikumos balstītas atbilstības un pievēršas uz sadarbību balstītām pārbaudes metodēm, paveras iespēja sadarbībā ar veselības aprūpē ieinteresētajām pusēm atrast veiksmīgas pilnveidošanās metodes un veidus, kā izvairīties no kļūdām veselības aprūpes praksē. Šis ir svarīgs aspekts, ja Inspekcija vēlas atrast veidu, kā padarīt savu darbu novērtētāku plašākā Latvijas sabiedrības daļā. Metode ir iedarbīga, ja Inspekcija vēlas izmantot metodes, kurām ir labas izredzes tikt veiksmīgi īstenotām ar Latvijas veselības aprūpes darbinieku un veselības aprūpes iestāžu atbalstu.

Metodes pielietošana var likt Inspekcijai koncentrēties uz to, kas ir patiešām svarīgs, lai nodrošinātu labu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu.

Šādi iespējams uzturēt arī labas attiecības ar pakalpojumu sniedzējiem un izmantot viņu vēlmi iesaistīties, lai atrastu veidus, kā uzlabot pacientu aprūpi, un novērstu prasībām neatbilstošu rīcību veselības aprūpē.

Vājā puse:

Šī metode var nebūt efektīva, ja tā netiek realizēta kopā ar vairākiem atbalsta pasākumiem, piemēram, personāla apmācība un izglītošana, spēcīga sabiedrisko attiecību politika, saziņa ar plašsaziņas līdzekļiem un ieinteresētajām pusēm.

Metodes būtība ir tāda, ka inspekcija vairs nepastāv, lai vainotu un sodītu, bet galvenokārt koncentrējas uz sadarbību ar veselības aprūpes speciālistiem un iestādēm, kā arī lielu uzmanību pievērš iestāžu darbības pilnveidošanas procesam, savukārt strukturālu problēmu, nejaušu kļūdu, sistēmas nepilnību utt. gadījumā neizmanto tādus instrumentus kā finanšu un citas sankcijas.

- **Aprūpes kvalitātes un pacientu drošības uzlabošana**

Stiprā puse:

Ja Inspekcija pierāda, ka ir viens no faktoriem valstī, kas būtiski uzlabo veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un drošību, tas būtu liels panākums ne tikai pašai Inspekcijai, bet arī Veselības ministrijai, un ievērojami stiprinātu Inspekcijas lomu valstī.

Šis instruments ir spēcīgs tikai tad, ja tas ir veiksmīgi izdarīts – ja Inspekcija tiek uzskatīta par uzticamu partneri uzlabojumu veikšanā, un, varbūt pat vēl svarīgāk, ja efekts ir “publiski redzams”. Tas nozīmē, ka panākumus var gūt, tikai sadarbojoties ar veselības aprūpes speciālistiem, pacientiem un citām ieinteresētajām personām. Lai metode būtu efektīva, liela nozīme ir tam, lai pastāvētu savstarpēja uzticēšanās un labas attiecības ar tiem, kas veic darbu veselības aprūpes jomā, kā arī uzticība starp uzraudzības iestādi un uzraudzītajiem. Inspekcijas mērķim – uzlabot veselības aprūpes kvalitāti un drošību – jābūt viegli saprotamam visām ieinteresētajām pusēm, tāpēc ir jānosaka un jāizziņo skaidras prioritātes šī mērķa ietvaros.

#### Vājā puse:

Ja Inspekcija zaudē ieinteresēto personu un sabiedrības uzticību, nebūdamā veiksmīgs partneris aprūpes kvalitātes un drošības uzlabošanā, šis instruments kļūs vājš, pat ja veselības aprūpe ir labāka kā iepriekš un pacientu drošība tiek uzlabota. Inspekcija sasniegs mērķus tikai tad, ja sabiedrības cerības tiek pienācīgi piepildītas un prioritātes tiek noteiktas saskaņā ar sabiedrības vēlmēm.

Šis instruments ir vājš arī tad, ja netiek realizēts vienlaicīgi ar citiem atbalsta pasākumiem, piemēram, personāla apmācība un izglītošana, spēcīga sabiedrisko attiecību politika, saskarsme ar plašsaziņas līdzekļiem un sociālajiem tīkliem, kā arī ieinteresētajām pusēm, tai skaitā veselības aprūpes speciālistiem un pacientiem.

#### ▪ **Latvijai īpaši izveidota sistēma**

#### Stiprā puse:

Latvijai pielāgota pārbaudes sistēma ļauj izmantot citu valstu labākos piemērus un izvairīties no kļūdām, kas jau pieļautas citur. Taču ir ļoti riskanti Latvijā izmantot “nokopētu” kādas citas valsts sistēmu, jo pārbaudes metodēm vajadzētu iederēties Latvijas kultūras, sociālajā, tiesiskajā un finanšu vidē. Labas, pielāgotas sistēmas pamatā ir analīze un prioritāšu un mērķu noteikšana vietējā kontekstā: kādai problēmai mums ir nepieciešams risinājums?

Latvijai pielāgota sistēma var būt ļoti spēcīgs un noderīgs instruments, ja to ievieš kā nepārtrauktu procesu, kam nepieciešams novērtējums un pielāgošana jauniem apstākļiem Latvijā. Lai jaunu pārbaudes sistēmu ieviešana būtu veiksmīga, sistēmu obligāti papildina *ex-ante* novērtējums, kas veikts, labi pārzinot vietējo situāciju. Jaunas sistēmas nevar vienkārši pārņemt no jebkuras citas valsts pat tad, ja šīs valstis ir šķietami līdzīgas.

#### Vājā puse:

Ja tiek pārņemta citā valstī pastāvoša sistēma, neveicot atbilstošu analīzi un izvērtēšanu, šī jaunā sistēma un jaunās pārbaudes metodes, visticamāk, beigsies ar neveiksmi. Visticamāk, šādas pārmaiņas novedīs pie vāja risinājuma problēmām, kuras iepriekš nav tikušas pienācīgi identificētas, un varētu neatrisināt Latvijai svarīgās problēmas.

Labs šādas neveiksmes piemērs ir tā sauktās dāņu sistēmas izmantošana Ārstniecības riska fondam. Dānijā šī sistēma darbojas pilnīgi atšķirīgi, savukārt Latvijā kompensācijas par ārstniecības kļūdām un negadījumiem efektīvi neatrisina problēmas.

#### ▪ **Proaktīvāka pašnovērtējumu izmantošana**

#### Stiprā puse:

Pašpārbaude ļauj organizācijām novirzīt savus resursus augstāka riska jomām un darbībām, īstenot plānveidīgu pieeju savam darbam un veidot lielāku izpratni par savu sniegto pakalpojumu kvalitāti. Šī sistēma veicina uzticību starp pakalpojumu sniedzējiem un inspekciju un motivē pilnveidoties, turklāt tā veicina informācijas apriti veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju vidū.

Pašnovērtējums Latvijas Veselības inspekcijai būtu spēcīgs instruments aktīvā sadarbībā ar veselības aprūpes jomā ieinteresētajām personām, tiecoties pilnveidot aprūpes kvalitāti un drošību.

Pašnovērtējuma metode var nebūt efektīva, ja iesaistītās puses nesadarbojas, un pašreizējā vidē Latvijā būtu riskanti pašnovērtējumu izcelt kā galveno metodi.

Latvijas vidē pašnovērtējuma veikšana nelielā apjomā būtu labs sākuma instruments (mazāk riskants). Būtu labi izvērtēt konkrētas veselības aprūpes jomas, piemēram, attiecības ar pacientiem un informācijas nodošanu un apmaiņu.

#### Vājā puse:

Pašnovērtējuma metodes vājā puse ir tā, ka iesaistītajiem tās veikšana var būt laikietilpīgs process.

Turklāt pašnovērtēšana prasa augsta līmeņa sadarbību. Šīs metodes īstenošanai nepieciešamas labas attiecības un uzticēšanās attiecīgajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kuri ir atbildīgi par sniegtā veselības aprūpes pakalpojuma kvalitāti. Tas ir riskants un vājš aspekts Latvijas kontekstā.

Tā kā šīs metodes īstenošanai ir nepieciešama laba pašnovērtējuma sistēma un tā kā pašnovērtējums ir relatīvi jauna pieeja, kura attīstīšanai Latvijā nepieciešams vairāk laika, nav ieteicams to ieviest pārāk strauji. Piemērotāk būtu sākt ar nelieliem pilotprojektiem konkrētās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas jomās, piemēram, attiecības ar pacientiem, komunikācija un informācijas apmaiņa starp veselības aprūpes iestādēm, speciālistiem un pacientiem.

- Uz risku balstīta uzraudzība un (organizācijas, procesa un rezultātu) indikatoru izmantošana

Stiprā puse: Latvijas situācijā iesākamam ļoti noderīga varētu būt relatīvi vienkārša, uz risku balstīta sistēma, lai izvirzītu pārbaužu prioritātes un veicinātu VI darbinieku veiktas uz risku balstītas pārbaudes.

Šāda sistēma ir iedarbīga, jo tā palīdz efektīvi virzīt un noteikt prioritātes Inspekcijas ierobežoto resursu izmantošanai.

Vājā puse: uz risku balstītas sistēmas ieviešana Latvijā varētu būt ļoti riskanta, ja izvēlēta sistēma būtu pārāk sarežģīta un pārāk daudz balstītos uz datiem, kā franču vai angļu sistēmas.

Pastāv risks, ka tiktu patērēts pārāk daudz laika un naudas, bet rezultāti varētu būt nenožīmīgi.

Tā kā lielas, uz datiem balstītas riska sistēmas rezultātus tik samērā nelielam Inspekcijas personālam kā Latvijā var būt grūti pārbaudīt un izmantot, būtu labāk un mazāk riskanti sākt tiešākā ceļā, kā tas darīts Zviedrijas riska modelī.

Katras uz risku balstītas sistēmas vājā vieta vienmēr ir tā, ka labā prakse netiek ievērota un informācija par šiem labajiem piemēriem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju un citu sistēmas partneru vidū netiek izplatīta.

Tomēr no tā varētu izvairīties, pievēršot uzmanību tā dēvētajiem "ieguvējiem no sistēmas".

Labā uz risku balstīta pieeja prasa vienmēr labu saziņu starp tiem, kas analizē sistēmu, un inspektoriem. Ja šī vājā vieta netiek atzīta un inspektoru apmācība netiek veikta, sistēma var kļūt nevajadzīgi sarežģīta un vāja.

## 6.6. Ekspertu grupas viedoklis par 4. pielikumā "Citas pārbaudes metodes" ieteikto uzraudzības metožu "Stiprajām un vājajām pusēm"

### 6.6.1. Citas pārbaudes metodes

#### ■ Citas pārbaudes metodes – Plānota organizatoriskā uzraudzība

Stiprā puse: Plānotu organizatorisko uzraudzību var viegli apvienot ar citām uzraudzības metodēm, un tā sniedz labu pārskatu par visu organizāciju. Šādas pārbaudes var savlaicīgi ieplānot, un pārbaudāmajiem ir laiks sagatavot nepieciešamos dokumentus un nodrošināt vajadzīgā personāla klātbūtni. Šī metode labi darbojas, veicot salīdzinošo novērtēšanu un iepriekš atlasītu indikatoru pārbaudi.

Vājā puse: Plānota organizatoriskā uzraudzība ir laikietilpīga. Parasti tiek nosūtīta multidisciplināra grupa un bieži pievienoties plānotajai pārbaudei tiek pieaicināti arī ārējie eksperti, kam ir īpašas zināšanas un prasmes (tai skaitā organizatoriskā vadība). Ārstniecības iestādes parasti tiek izvēlētas, ņemot vērā paraugu, tāpēc šī metode nav vislabākā, ja inspekcija vēlas koncentrēties uz "bojāto ābolu atrašanu grozā".

#### ■ Citas pārbaudes metodes – Reaģējoša organizatoriskā uzraudzība

Stiprā puse: Reaģējoša organizatoriskā uzraudzība ļauj kontaktēties ar attiecīgajām ieinteresētajām pusēm un noskaidrot, kas darīts nepareizi. Šī metode sniedz iespēju saskatīt trūkumus iestādes darbībā, ņemot vērā reālus gadījumus.

Vājā puse: Reaģējoša organizatoriskā uzraudzība lielākoties balstās uz sūdzībām, un tāpēc nav paredzams, kura iestāde tiks izvēlēta. Šādapārbaude nesniedz sistemātisku ieguldījumu nopietnu negadījumu novēršanā. Riska analīzēs to var izmantot tikai pēc notikuma, nevis pirms tā.

#### ■ Citas pārbaudes metodes – Administratīvā uzraudzība

Stiprā puse: Administratīvo uzraudzību ir vienkārši plānot un vienkārši izpildīt. Šī metode teicami darbojas gadījumos, kad nepieciešams ievērot stingras prasības, jo ir viegli konstatēt, vai ir pieejama nepieciešamā dokumentācija. To izmanto, lai pārbaudītu pacientu drošības standartu esamību. Šai metodei nav vajadzīgi dārgi eksperti vai labi apmācīti inspektori.

Vājā puse: Administratīvā uzraudzība koncentrējas uz atbilstības dokumentiem un kontrolsarakstiem, kuri ne obligāti norāda, ka pacientu drošības standarti praksē patiešām tiek ievēroti. Šī metode ir pārāk vāja, lai to izmantotu kā vienīgo uzraudzības instrumentu.

#### ■ Citas pārbaudes metodes – Individuālā uzraudzība

Stiprā puse: Pilnvarotu veselības aprūpes speciālistu individuāla uzraudzība var tikt veikta, pamatojoties uz konkrētām bažām par pacientu drošību, piemēram, pamatojoties uz sūdzībām vai citiem informācijas avotiem. Šīs uzraudzības metodes stiprā puse ir tā, ka mērķis ir skaidrs. Šī metode ir īpaši noderīga, ja pastāv ziņas par iespējamiem draudiem un nepieciešamība sodīt ar disciplinārām sankcijām. Šī metode ir paredzēta, lai izmestu "bojāto ābolu" un, ja par to tiek ziņots, tā var dot tūlītējus redzamus rezultātus.

Vājā puse: Individuāla uzraudzība kā tāda neatbalsta mācīšanās kultūru, ja to neizmanto plašākā un vairāk strukturētā kontekstā. Individuālās uzraudzības vājā puse var būt tā, ka sodi un disciplinārās sankcijas var radīt bažas un, ja tie netiek labi izskaidroti, var kavēt atvērtu komunikāciju, kas vajadzīga

“mācīšanās kultūrā”. Veselības aprūpes speciālisti atklāti neatzīs kļūdas un gandrīz pieļautas kļūdas, ja viņiem būs sajūta, ka pret viņiem var tikt izmantoti nepamatoti sodi un disciplinārās sankcijas. Šāda personāla attieksme nepalīdz atklāt vai labot strukturālās problēmas.

- **Citas pārbaudes metodes – Nepieteiktas pārbaudes**

Stiprā puse: Nepieteikta pārbaude bieži tiek izmantota kopā ar iepriekš pieteiktu pārbaudi. Tā ir spēcīga metode, ja to izmanto papildus citām pārbaudes metodēm. Šīs metodes mērķis dažkārt ir pieprasīt tikai nepieciešamos dokumentus. Vēl viens šādas pārbaudes iemesls ir tas, ka tādējādi iespējams gūt reālistisku priekšstatu par ikdienas praksi. Dažkārt šī metode varētu būt piemērota nopietnu lietu atklāšanai, lai konstatētu iespējamās nopietnākas nepilnības, kas citādi inspektoriem paliktu apslēptas. Metode satur pārsteiguma elementu, kas var būt gan labi, gan arī slikti.

Vājā puse: Nepieteiktās pārbaudes metode ne vienmēr veicina uzticēšanos un sadarbību. Ja pārbaudes laiks ir izvēlēts kļūdaini, pārbaude var radīt šķēršļus pārbaudes procesam (pareizo cilvēku prombūtne, materiāli nav sagatavoti utt.). Tas var radīt traucējumus organizāciju ikdienā un plānošanā, kas varētu ietekmēt arī pacientus.

#### **6.7. Grupas viedoklis par 4. pielikumā un 5. pielikumā minētajiem dažādu valstu labās prakses piemēriem**

Grupas komentāri 4. un 5. pielikumā minētajiem dažādu valstu labās prakses piemēriem

4. un 5. pielikumā grupa sniedz plašu pārskatu par atšķirīgām praksēm citās valstīs.

Kā minēts ziņojuma ievadā, sniegtie piemēri jāizmanto, lai apsvērtu iespējamās variācijas. Norādītos piemērus nevajadzētu pārņemt vai kopēt, neņemot vērā vietējo kontekstu, un tie nav paredzēti vērtēšanai kā labi, labāki vai vislabākie un arī ne tik labi, sliktāki vai vissliktākie Latvijai. Visām sistēmām ir savas īpatnības. Lielākajai daļai to ir pozitīvi un mazāk pozitīvi aspekti, un tie visi ir balstīti savā nacionālajā kultūrā.

Lai jēgpilni un praktiski salīdzinātu dažādās valstīs pastāvošās pieejas, šajā ziņojumā, kur un kad nepieciešams, sniegtas konkrētas norādes uz alternatīvām iespējām dažādās valstīs. Tas ir mērķtiecīgi darīts, nesniedzot pilnīgu šo sistēmu aprakstu un pilnu aprakstu par attiecīgajās valstīs esošo veselības aprūpes sistēmu.

Saprotams, ka šī ziņojuma lasītājs jautās, kura sistēma ir vislabākā? Kas ir vispiemērotākais Latvijai? Kuru sistēmu ieviest Latvijas praksē? Un tamlīdzīgus jautājumus.

Atbilde uz šiem jautājumiem ir šāda:

Neviena no 4. un 5. pielikumā minētajām sistēmām kā tāda nav kopējama un netiek ieteikta ieviešanai Latvijā. Tām visām vai vismaz lielākajai to daļai ir interesanti un labi aspekti, kā arī visām vai vismaz lielākajai to daļai ir mazvērtīgāki vai ne tik labi aspekti.

Tāpēc ziņojumā ekspertu grupa ir sniegusi vairākus ieteikumus un priekšlikumus izmaiņām sistēmā. Lielākā daļa ieteicamo pārbaudes metožu un minēto izmaiņu ir sastopama vairākās valstīs.

Grupas nolūks nav sagatavot sarakstu ar Latvijai visvairāk ieteicamām vai mazāk ieteicamām sistēmām.

Tomēr turpinājumā ekspertu grupa izdara dažus izņēmumu no šī principa:

1. Lai ieviestu uz risku balstītas uzraudzības pieeju Latvijā, ieteicams būtu sākumā lūkoties uz Zviedrijas sistēmu, kas varētu būt ļoti noderīga Latvijai, ņemot vērā tās vienkāršību un nepretenciozo pieeju.
2. Kvalitatīvajai informācijai par pacientu jāaplūko holandiešu tā saukto "*TripAdvisor* veselības aprūpei" ([www.ZorgkaartNederland.nl](http://www.ZorgkaartNederland.nl)).
3. Skotijas sistēma piedāvā interesantas iespējas attiecībā uz pacientu iesaisti.
4. Attiecībā uz pacientu pieredzi attiecībā uz sūdzību izskatīšanu un sūdzību otrās kārtas izskatīšanu, ko veic inspekcijas, labs piemērs ir Portugāles inspekcija.
5. ĀRF nav ieteicama neviena konkrēta sistēma, la tā pilnībā to pārņemtu, tomēr Somijas sistēmai ir diezgan daudz interesantu aspektu, ko izskatīt.
6. Dānijas sistēma DPSA piedāvā interesantu pieeju iesaistīto pušu iesaistīšanai indikatoru izstrādē un uzraudzības darbību koncentrēšanā.

## Avotu saraksts:

1. Politikas dokuments IVO18/02/2015: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/om-ivo/andra-sprak/swedish-health-and-social-care-inspectorate-supervision-policy.pdf>;
2. Raksts, 2017. g.: *Pāreja no soda uz uzlabošanu – citāds skatījums uz veselības inspekciju.* A.Terris, K.Öberg, EPSO.
3. Raksts. 2017. gada aprīlis: *Ja pārbaude ir uzlabošanas ienaidnieks, tad tā netiek veikta pareizi: virzība uz rūpīgas pārbaudes modeli, kas vērsts uz rezultātu un aprūpes uzlabošanu.* Rami Okasha, stratēģijas un uzlabošanas izpilddirektors, Aprūpes inspekcija, Skotija
4. EPSO sanāksmes ziņojums, 2017. g.: *EPSO Efektivitātes darba grupa – Reikjavīka, Islande, 2017. gada 25. septembris.* M.Murel.
5. CQC ziņojums. 2017. g.: *Pārskats par CQC ietekmi uz veselības aprūpes un sociālās aprūpes kvalitāti un uzlabošanu.* [https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20170425\\_Impact-report.pdf](https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20170425_Impact-report.pdf)
6. "Britu Medicīnas Vēstnesis" (BMJ) Rezultātu dokuments. 2015. gada aprīlis: *BMJ Rezultātu atklāšanas krājums.* [outcomes.bmj.com](http://outcomes.bmj.com).
7. BMJ raksts: *Leistikow I., Mulder S., Vesseur J.* un citi. Mācīšanās no starpgadījumiem veselības aprūpē: svarīgs ir nevis pats galamērķis, bet gan ceļš uz to, *BMJ Qual Saf* 2017; 26:252–256.
8. EPSO RISK darba grupa. 2017. g.: Vislabāko indikatoru pārskats.  
EPSO Lietotāju līdzdalības darba grupa. 2017. gada aprīlis: *Chris Day.* CQC lietotāju perspektīvas.  
[www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/Chris\\_Day\\_London\\_2017.ppt](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/Chris_Day_London_2017.ppt)
9. EPSO Lietotāju līdzdalības darba grupa. 2017. gada aprīlis: *Henrik Frostholt.* NBSS lietotāju perspektīvas. [http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/EPSO\\_-\\_WG\\_patient\\_and\\_user.\\_Henrik\\_Frostholt\\_-\\_London\\_-\\_April\\_2017.pdf](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/EPSO_-_WG_patient_and_user._Henrik_Frostholt_-_London_-_April_2017.pdf)
10. *Journal of Medical Internet Research*, 2016. gads: *Kleefstra* un citi. Pacientu vērtēšanas vietņu potenciālā ieguldījuma ārstniecības iestāžu uzraudzībā izpēte: Izpētes rezultāti no interviju pētījuma Nīderlandē.
11. *Bouwmann* un citi, 2016. g.: Pacients un regulatori: divas dažādas aprūpes kvalitātes realitātes.
12. 2016. gada EPSO konference Stokholmā: Prof. *Paul Robben* un *Sorien Kleefstra* (IGZ), Nīderlande. Pacientu un lietotāju iesaistīšana uzraudzības praksē Nīderlandē.
13. EPSO Sūdzību darba grupa, 2010. g. *Sabine De Brabanter.* 5. februāra prezentācija par "rusthuisinfoon" darbu un metodēm.
14. 2017. gada EPSO konference Reikjavīkā Uzticēšanās – metodes, kas veicina mācīšanos un uzraudzības kvalitātes uzlabošanu. *Gunilla Hult Backlund, IVO, Veselības un sociālās aprūpes inspekcijas ģenerāldirektore, Zviedrija.*
15. 2017. gada EPSO konference Reikjavīkā Uzticība regulatoram. Uzticība ir svarīgs rādītājs, lai uzzinātu, ka esam guvuši panākumus. *Chris Day,* Iesaistīšanās aprūpes kvalitātes komisijas direktors, Anglija
16. Raksts. 2013. *C.J.L.Klerks, C.A.J. Ketelaars, P.B.M. Robben:* Nepieteiktas pārbaudes salīdzinājumā ar pieteiktām: Sistemātisks pārbaudes un izpētes pētījums pansionātos.  
[http://epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2015/\\_un\\_announced\\_inspections\\_HEAP.pdf](http://epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2015/_un_announced_inspections_HEAP.pdf)
17. *IVO Rapport* <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2018/samverkan-for-multisjuka-aldres-valbefinnande.pdf>

18. Zviedru ziņojums: *Fråga patienten Nya perspektiv i klagomål och tillsyn. Statens Offentliga Utredningar* 2015 (Jautājiet pacientam. Jaunās perspektīvas sūdzībās un uzraudzībā. Oficiālie valdības izmeklējumi).  
<https://www.regeringen.se/contentassets/951c2c9aa59e4e238bb14ebaf487fe66/fraga-patienten-nya-perspektiv-i-klagomal-och-tillsyn-sou-2015102.pdf>
19. *Valvira* ziņojums. 2016. g. Efektīva uzraudzība  
[http://www.valvira.fi/documents/18508/101799/Valvira\\_effective\\_supervision\\_2016\\_web.pdf/335007a4-6c27-45df-bc2d-9c754ea06dee](http://www.valvira.fi/documents/18508/101799/Valvira_effective_supervision_2016_web.pdf/335007a4-6c27-45df-bc2d-9c754ea06dee)

## Pielikumu saraksts

1. pielikums. Latvijas salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupa;
2. pielikums Intervēto personu un organizāciju saraksts;
3. pielikums. Latvijas Veselības inspekcijas apraksts, izmantojot EPSO Salīdzinošās novērtēšanas sistēmu;
4. pielikums. Izlases gadījumu izpēte, starptautiskie piemēri un labākā prakse;
5. pielikums. Ārstniecības riska fonda izpēte (Ekspertu pakalpojumi Ārstniecības riska fonda darbības izvērtēšanā);
6. pielikums. Pašnovērtējuma kontrolsaraksts veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem aktīvā PDF formātā – EU – ERN Novērtēšanas rokasgrāmata pieteikumu iesniedzējiem

## 1. pielikums. Latvijas salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupa<sup>62</sup>

Pamatojoties uz līgumu ar Latvijas Nacionālo veselības dienestu, *Stichting Eurinspect* ir uzaicinājis Latvijas salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupas locekļus piedalīties plānotajās aktivitātēs. Ekspertu grupas locekļus izvēlējās fonds *Eurinspect*, pamatojoties uz viņu zināšanām par dažādām veselības aizsardzības un sociālās aprūpes pakalpojumu uzraudzības aktivitātēm dažādās pasaules valstīs, to ieņemtajiem un līdzšinējiem amatiem inspekciju un salīdzinošās novērtēšanas kontekstā un to saistību ar EPSO.

Neraugoties uz saspringto grafiku un normatīvo apjomu, *Eurinspect* spēja apvienot ekspertu grupu, kas cītīgi strādājusi, lai nodrošinātu vislabāko pārskata kvalitāti.

Ekspertu grupas sastāvā bija ārsti, kuriem ir augsta līmeņa (direktora līmeņa) pieredze valsts uzraudzības jomā, ekspertiem, kuriem ir bijusi praktiska pieredze inspekcijās dažādās valstīs, starptautisko tiesību ekspertiem, kuri palīdzētu analizēt Ārstniecības riska fonda darbību, un EPSO/EURINSPECT izpildu un projektu biroja. Visiem grupas locekļiem ir bijusi iepriekšēja pieredze salīdzinošās novērtēšanas veikšanā vai inspektējamās organizācijas darbinieku apmācīšanā.

Pārskats par 2018. gada Latvijas salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupas locekļiem (īss kopsavilkums par pašreizējo un iepriekšējiem amatiem un grupas locekļu un tulkotāju pieredzi).

### Grupas locekļi

Prof. Álvaro **Moreira da Silva** (PhD, MD)

Galvenais ārsts *Geral de Santo António do Porto* slimnīcā, EPE, Portu, Portugālē un Ābela Salazara Biomedicīnas zinātņu institūta (*Instituto de Ciências Abel Salazar*) medicīnas profesors un bijušais direktors, kā arī bijušais Portugāles Veselības pārvaldes ERS valdes loceklis, Porto, Portugālē.

**Andrew Terris** (informācijas un veselības sistēmu eksperts)

Starptautiskā integrētās aprūpes fonda (*IFIC*) vecākais līdzstrādnieks, bijušais Jaunzēlandes Veselības aizsardzības ministrijas un Jaunzēlandes Veselības kvalitātes un drošības komisijas konsultants, Jaunzēlande.

**Anette Lykke Petri** (Phd MD MPG)

Dānijas Pacientu un drošības iestādes (*Styrelsen for Patientsikkerhed*) uzraudzības departamenta vadītāja Kopenhāgenā, Dānijā, EPSO valdes locekle un bijusī sabiedrības veselības aizsardzības jomas darbiniece.

**Jooske Marijke Vos** (tiesību zinātņu maģistrs)

*Eurinspect* direktore un bijusī Nīderlandes Tiesību akadēmijas (*Academie voor Wetgeving*) (Tieslietu ministrija) rektore, Hāga, Nīderlande.

**Klas Öberg** (Ekonomikas vēstures doktors)

Universitātes direktora vietnieks Ērebro Universitātē, Ērebro (*Örebro*), Zviedrija, un bijušais Veselības un sociālās aprūpes inspekcijas IVO nodaļas vadītājs, Stokholma, Zviedrija, EPSO konsultatīvās padomes priekšsēdētājs.

---

<sup>62</sup> sakārtots alfabētiskā secībā pēc vārda

**Mari Amos** (tiesību zinātņu maģistrs, MPH sabiedrības veselības maģistrs un Eiropas lietu maģistrs) Neatkarīgā eksperte (ANO Spīdzināšanas novēršanas apakškomiteja), Ženēva (Šveice) un bijusī Igaunijas ES Padomes prezidentūras padomniece (Igaunijas Sociālo lietu ministrija).

**Mari Murel** (zinātnes maģistrs)

EPSO vecākā pētniece un politikas darbiniece *Eurinspect* un bijusī RIVM (Holandes Valsts sabiedrības veselības un vides institūts) laborante, bijusī Igaunijas Veselības pārvaldes (*Terviseamet*) vecākā inspektore, Tallina, Igaunija.

Latvijas salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupas klātienes tulkotāji latviešu – angļu valodā un otrādi

- Kalvis Logins – tiesību zinātņu students un nepilna laika tulkotājs – Rīga, Latvija
- Katrīna Bičevska – tiesību zinātņu studente un nepilna laika tulkotāja – Rīga, Latvija

## 2. pielikums. Intervēto personu un organizāciju saraksts

Veselības inspekcijā no 2018. gada 2. līdz 5. jūlijam, Rīgā

- Latvijas Veselības inspekcija

Valsts

- Latvijas parlaments
- Latvijas veselības ministre
- Latvijas Veselības ministrija
- Nacionālais veselības dienests

Neatkarīgie

- Latvijas Republikas Tiesībsargs

Profesionālās organizācijas

- Latvijas Ārstu biedrība
- Latvijas Slimnīcu biedrība
- Latvijas Ķirurgu asociācija
- Latvijas Māsu asociācija
- Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija

Akadēmiskās organizācijas

- Rīgas Stradiņa universitāte

Slimnīcas

- Bērnu klīniskā universitātes slimnīca
- Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas Kvalitātes nodaļa

Pacientu pārstāvniecības organizācijas

- Latvijas Reto slimību biedrība
- Latvijas Cistiskās fibrozes biedrība
- Latvijas Cilvēku ar īpašām vajadzībām sadarbības organizācijas SUSTENTO Pacientu informēšanas un tiesību aizsardzības centrs
- Pulmonālās hipertensijas biedrība

### 3. pielikums Latvijas Veselības inspekcijas apraksts, izmantojot EPSO Salīdzinošās novērtēšanas sistēmu

Aprakstā izmantots labās prakses standarts, ko izmanto līdzīgiem EPSO salīdzinošajiem novērtējumiem. Tajā ietverti arī nosacījumi, ko nosaka Starptautiskā veselības aprūpes kvalitātes biedrība (*ISQua*) un ISO/IEC standarts 17020:19987.

Ārstniecības iestāžu uzraudzības organizāciju darbībai Eiropā EPSO noteikusi 13 galvenās jomas, uz kurām attiecas labās prakses standarts. Šie tā sauktie EPSO standarti balstās uz ISO standartiem, kā arī EPSO salīdzinošajos novērtējumos norādītajiem labas prakses piemēriem un aptver šādas jomas:

1. skaidrs likumīgais pamats un skaidri definētas funkcijas;
2. neatkarība, objektivitāte un integritāte;
3. konfidencialitāte un informācijas aizsargāšana;
4. organizācija un vadība;
5. kvalitātes sistēmas;
6. personāls (resursi un spējas);
7. telpas un aprīkojums;
8. pārbaudes metodes un procedūras;
9. pārbaudāmās iestādes vai personas iesaistīšana un saziņa ar to;
10. atklātība un pārredzamība;
11. disciplinārsodi;
12. ietekmes novērtējums;
13. sadarbība ar citām ieinteresētajām pusēm, tostarp citām uzraudzības struktūrām, un to iesaistīšana.

Standartā ietvertās jomas izmantotas, lai veiktu pirmo Latvijas ārstniecības iestāžu uzraudzības sistēmas vispārējo novērtējumu. Novērtējuma veikšanai katra joma raksturota, pamatojoties uz ekspertu grupai sniegto informāciju, intervijām ar ieinteresētajām pusēm (skatīt sarakstu) un VI personālu un vadību.

### 1.1. Skaidrs likumīgais pamats un skaidri definētas funkcijas

**Uzraudzības iestādei vai organizācijai, kuras sastāvā tā ietilpst, vajadzētu būt:**

- juridiski identificējamai;
- likumdošanā definētām, dokumentētām funkcijām un skaidri noteiktai tās kompetences jomai;
- dokumentācijai, kurā aprakstīti uzraugošās iestādes mērķi un pienākumi.

VI ir juridiski definēta kā iestāde, kuru tieši vada Veselības ministrija tiešā veselības ministra pakļautībā. Funkcijas ir skaidri noteiktas tiesību aktos un VI darbību reglamentē 05.02.2008. Ministru kabineta noteikumi Nr. 76 "Veselības inspekcijas nolikums".

Mērķis, uzdevums un funkcijas ir izklāstītas [http://www.vi.gov.lv/lv/start/\\_142/functions](http://www.vi.gov.lv/lv/start/_142/functions)

#### Mērķis

Mazināt risku sabiedrībai un patērētāju veselībai, īstenojot valsts uzraudzību. Veselības inspekcijai jāveic valsts pārvaldes funkcijas nozares uzraudzības un kontroles jomā, lai izpildītu un ieviestu minētajā sfērā spēkā esošajos tiesību aktos noteiktās prasības.

#### Uzdevums

Nodrošināt likumīgu, profesionālu, konsekventu un kompetentu valsts uzraudzību un kontroli veselības nozarē, iesaistoties tādu politiku realizācijā kā sabiedrības veselība, veselības aprūpe, farmācija, narkotiku un psihotropo vielu legālā aprīte un patērētāju tiesību aizsardzība.

Uzdevumu ietvaros, kā norādīts VI dokumentācijā, ir 9 darbības jomas, proti:

1. Ārstniecības iestāžu kontrole.
2. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un valsts budžeta līdzekļu izlietojuma uzraudzība un kontrole.
3. Veselības aprūpes kvalitātes un darbības ekspertīzes kontrole.
4. Ārstniecības iestāžu, ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistru uzturēšana.
5. Farmaceutiskās, veterinārfarmaceutiskās darbības uzņēmumu un zāļu aprītes kontrole.
6. Paaugstināta riska subjektu kontrole.
7. Iedzīvotāju veselību ietekmējošo vides faktoru uzraudzība.
8. Ķīmisko vielu, ķīmisko maisījumu, kosmētikas līdzekļu, tabakas izstrādājumu, elektrisko cigarešu uzraudzība Latvijas tirgū.
9. Medicīnisko ierīču izplatīšanas un lietošanas (ekspluatācijas) uzraudzība.

ĀRF uzdevums nav minēts atsevišķi, lai gan šis uzdevums aizņem nozīmīgu daļu darba laika.

Iespējams, ka eksperti nav oficiāli iekļauti VI personālā, bet tie darbojas tās jurisdikcijā.

## 1.2. Neatkarība, objektivitāte un integritāte

### **Uzraudzības iestādei vajadzētu būt izstrādātiem procesiem un sistēmām, kas nodrošinātu, ka:**

- tās neatkarība vajadzīgajā mērā tiek aizsargāta, ņemot vērā apstākļus, kādos tā sniedz savus pakalpojumus. Kā uzraudzības struktūrai tai ir jānosaka atkarība vai neatkarība no politiskās sistēmas;
- tā saglabā neitralitāti attiecībā pret galveno ieinteresēto pušu (to augstāko organizāciju, preses) ietekmi;
- personālam ir skaidri saprotams, kas no tā tiek prasīts, lai nodrošinātu, ka personāls vienmēr darbojas godīgi;
- darbiniekiem nav interešu konflikta attiecībā uz to darba jomu, kas viņiem jāveic. Jāievieš procedūras, lai nodrošinātu, ka eksperti, kas konkrētos gadījumos palīdz kontroles organizācijai, iesniedz paziņojumu par interešu konfliktiem, piemēram, politisko, komerciālo un finansiālo spiedienu.

VI ir pakļauta valdībai un veselības ministram. Nepastāv ne likumdošanā noteiktas, ne spēkā esošas procesuālās aizsardzības, kas ļautu VI ievērot atbilstošu distanci no politiskās sistēmas.

VI tāpat kā daudzas citas inspekcijas Eiropā saglabā politisko ietekmi un ir pakļauta ministram. Lai gan katru gadu tiek noteiktas prioritārās jomas, tās netiek apkopotas un izziņotas, un, lai gan darba slodzi regulē VI vadība, prioritātes lielākoties nosaka ministrs. VI faktiskā ietekme mērķu un uzdevumu noteikšanā ir samērā neliela. Juridiskais ietvars ir salīdzināms ar dažām citām valstīm, kurās VI faktiski darbojas nevis vispārējā, bet ciešā ministra pakļautībā. Faktiskā atkarība no ministrijas un tās politikas tiek pieņemta bez jebkādam nopietnām debatēm vai komentāriem par profesionālu un neatkarīgi strādājošu kontroles un uzraudzības funkcijas īstenojošu iestādi.

Vairāki intervētie uzskata, ka VI ir maz neatkarības un ka tā darbojas saskaņā ar esošās valdības un ministra politiskiem norādījumiem. Neatkarīgi no tā, vai tā ir patiesībā, intervijās izskanējušais uzskats ir ļoti svarīgs, un pārredzamības trūkums, izvēloties, kuras iestādes vai speciālistus pārbaudīt, tikai stiprina šādas aizdomas.

Vairums ieinteresēto personu, ko eksperti intervēja, uzskatīja, ka VI ir pakļauta politiskam iejaukšanās procesam un nav objektīva. Daudzas no ieinteresētajām pusēm pauž (pat tieši nejautājot) bažas un uzticības trūkumu jeb neuzskata, ka VI darbības ir objektīvas un godīgas. Kopējais priekšstats ir tāds, ka prioritātes galvenokārt tiek noteiktas politiski.

Papildus tam dažu intervēto uzskats ir tāds, ka ar VI labāk nesadarboties, jo pastāv priekšstats, ka VI primārais mērķis ir veikt neatbilstības pārbaudi un kontroli ar mērķi sodīt.

Aptaujātais VI personāls visaugstākajā mērā ir par procesa un virziena ievērošanu. Tomēr šo virzienu, pēc viņu domām, galvenokārt nosaka augstākā līmenī, tajā skaitā Veselības ministrijā.

VI (iekšēji nodarbinātie) eksperti aizvien vairāk laika pavada, izmeklējot prasījumus pret veselības aprūpes sistēmu (galvenokārt ĀRF<sup>63</sup> prasījumus). Šo ekspertu darba slodzi, pēc viņu pašu domām, ir ļoti liela, tomēr eksperti nesūdzas par sava darba kvalitāti un, viņuprāt, interešu konflikts nepastāv. Iekšējie eksperti ir labi apmācīti un pietiekami zinoši, lai atbilstoši veiktu savu darbu.

Tomēr pacientu sūdzību izskatīšanas process un tam atbilstošā kompensāciju izmaksu metodika nav pārredzama, kas sabiedrībā rada aizdomas par objektivitātes trūkumu.

<sup>63</sup> Ārstniecības riska fonds (turpmāk ĀRF)

VI piesaistīto ārējo ekspertu ārpakalpojumu izmantošana un viņu objektivitāte nav tik skaidra. Latvija ir maza valsts, kurā ir maz ekspertu, no kuriem lielākajai daļai, ņemot vērā profesionālās organizācijas, kurās tie darbojas, un savstarpējās koleģiālās attiecības, varētu būt grūti pierādīt objektivitāti. Šos ekspertus dažkārt pieaicina papildus VI iekšēji nodarbinātajiem ekspertiem, lai risinātu iekšēji nodarbināto ekspertu darba slodzes un pieejamības problēmu.

Cits ekspertu trūkuma problēmas risināšanas veids ir uzsāktais jaunu ekspertu apmācības kurss studentiem Latvijas augstskolās. Šiem jaunajiem ekspertiem ir maz pieredzes, un arī ekspertu grupa nav īsti pārliecināta, ka šie tikko sagatavotie "eksperti" var atrisināt darba slodzes un pieejamības problēmas neatkarīgā un neapstrīdamā veidā.

### 1.3. Konfidencialitāte un informācijas aizsargāšana

#### **Uzraudzības iestādei vajadzētu:**

- nodrošināt informācijas konfidencialitāti saskaņā ar valstī spēkā esošajiem tiesību aktiem;
- izstrādāt politiku un procedūras, lai aizsargātu datus un citu informāciju;
- nodrošināt, ka personāls var piekļūt tikai tiem sensitīvajiem datiem, kas tieši attiecas uz viņu darba pienākumiem.

Ekspertu grupa šo jomu paplašināti nepētīja, tomēr procesuālo dokumentu izskatīšana un intervijas liecina, ka nav šaubu par to, ka informācija tiek uzskatīta par konfidenciālu. Sūdzību gadījumus izskata attiecīgie eksperti, bet pārbaudes grupa sadala savus pienākumus, tādējādi ekspertu grupai ir pamats uzskatīt, ka konfidenciālie dati netiek izpausti.

Nesenajai Vispārīgās datu aizsardzības regulas (VDAR) regulējuma ieviešanai vajadzētu būt katalizatoram konfidencialitātes procedūru pārskatīšanai. Ekspertu grupas skatījumā, VI vēl nav tās pārskatījusi.

### 1.4. Organizācija un vadība

#### **Uzraudzības iestādei vajadzētu:**

- būt skaidri noteiktām attiecībām ar Veselības ministriju, nozares profesionālajām asociācijām, pacientu biedrībām;
- būt skaidri noteiktām attiecībām ar tās reģionālajām nodaļām;
- būt labi aprakstītai un dokumentētai organizatoriskajai un vadības struktūrai;
- noteikt un dokumentēt personāla pienākumus un organizācijas pakļautību struktūrai;
- izstrādāt procedūras, lai noteiktu darbību prioritātes, un šīm procedūrām jābūt pārredzamām;
- nodrošināt, ka pārbaudes darbības tiek veiktas saskaņā ar tiesību aktiem un noteiktajiem standartiem;
- nodrošināt visa personāla efektīvu uzraudzību;
- izstrādāt procedūras, kas nodrošina dažādu uzraudzības darbību koordinēšanu.

VI ir pakļauta Veselības ministrijai. Vadība ir sākusi strādāt pie ciešāku attiecību veidošanas, tajā skaitā sanāksmju organizēšanas ar nozares profesionālajām un sabiedriskajām organizācijām. Pašlaik nepastāv tik ciešas attiecības, lai pacienti būtu efektīvi iesaistīti VI darbību plānošanā un procesos.

Nav stratēģijas nozares ieinteresēto pušu iesaistīšanai un dialogam, kas faktiskajā situācijā izpaužas kā nepietiekošas vai dažos gadījumos neeksistējošas attiecības ar ieinteresētajam pusēm. VI kopumā nav aktīvi veicinājusi sadarbības attiecības.

Galvenais VI birojs atrodas Rīgā, bet tai ir struktūrvienības reģionos. Ekspertu grupa novērojusi, ka starpnodeļu attiecības nav pārāk strukturētas un un ka notiktu regulāras kopīgas sanāksmes, domu apmaiņa un mācības.

Organizatoriskā struktūra ir definēta, un katrai nodaļai ir vadītājs. Lai gan organizācijas vadītāju līmenī ir spēcīgs stratēģiskais redzējums, pārējais personāls demonstrē lielu lojalitāti vadībai un pauž atklātu atbalstu jaunajām idejām un vēlmi iet kopsolī ar organizācijas vadību. Tomēr nešķiet, ka šis stratēģiskais redzējums nāktu no iekšējās pārliecības, bet gan darbojas “no augšas uz leju”, atbilstoši politikai un protokolam. Jauno ideju, kuras atklāti atbalsta vadība, avots, šķiet, atrodas ārpusē, kas ir loģiski, jo organizācija ir piedzīvojusi vairākas vadības maiņas un pēc jaunā direktora iecelšanas tai nav ticis dots daudz laika, lai apgūtu un apstrādātu šīs jaunās idejas.

Organizācija kopumā savas funkcijas daļa šādi: sabiedrības veselības aprūpe, reglamentētās pārbaudes un ārstniecības personu reģistrācija (ekspertu grupai tika iesniegta pilna organizācijas shēma).

Nav skaidrs, kā tiek noteiktas ikgadējās prioritārās jomas, un aptaujātie VI darbinieki norādīja, ka šo procesu ļoti ietekmē ministrs. Turpretī intervētā veselības ministre iepriekšējam apgalvojumam nepiekrīta un puda atbalstu VI kļūšanai par daļēji autonomu organizāciju, kas pati nosaka savus mērķus sadarbībā ar ieinteresētajām pusēm, lai uzlabotu veselības aprūpes pakalpojumu jomu Latvijā. Tāpat kā inspekcijas daudzās citās Eiropas un pārējās pasaules valstīs, Latvijas VI iegulda daudz darba, lai atrastu pareizu un izmaksu ziņā efektīvu veidu efektīvas parbāžu un uzraudzības metodes ieviešanai. Ir vairāki citu valstu piemēri, kā varētu izmantot uz risku balstītu metožu pieeju.<sup>64</sup>

Uz risku balstīti kritēriji, pēc kuriem nosaka, kurās ārstniecības iestādēs veikt pārbaudi vai revīziju – kā tos izmanto vai plāno izmantot Latvijā – netiek uzskatīti par statistiskiem riska faktoriem, kas palīdzētu atlasīt pārbaudāmās iestādes.

Turklāt nelielas, ka pašreizējie kritēriji skartu galvenās riska jomas, jo tie ir daļēji balstīti uz apjomu, kam nav skaidras saistības ar veselības aprūpes risku, kā arī kritērijiem ir ļoti subjektīvs raksturs, tāpēc tos ir grūti pamatot un izmantot.

Pašreizējie VI piemērotie riska kritēriji ir:

- Ietekme uz sabiedrību – iestādē iekļauto specialitāšu skaits
- Sūdzību vēsture
- Uz iestādi attiecināmo tiesību aktu sarežģītība
- Pacientu daudzums
- Iepriekšējo parbāžu rezultāti

Prioritāšu noteikšanas procesi nav pārredzami.

Ekspertu grupas skatījumā pārbaudes tiek veiktas atbilstoši protokoliem saskaņā ar spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem. Tomēr, kad tiek lūgts sniegt pierādījumus par ietekmi uz iedzīvotāju veselību un drošību, pamatojums nav pietiekams.

Efektīvu personāla uzraudzību ir grūti novērtēt, jo vadība ir bieži mainījies un pašreizējais vadītājs ir bijis amatā salīdzinoši īsu laiku (8 mēnešus). Pašreizējā VI vadība atbalsta kultūras maiņas

---

<sup>64</sup> skatīt “Izlases gadījumu izpēte, starptautiskie piemēri un labākā prakse”

nepieciešamību un paredz, ka tas varētu aizņemt vismaz 2 gadus, jo pašlaik VI atrodas agrīnā šī procesa stadijā.

Eksperti ir resurss, kas tiek dalīts starp dažādām struktūrvienībām, un, šķiet, ka tie ir pārslogoti. Tika aprakstīts, ka katram ekspertam ir atbalsta administratīvā grupa, tomēr daudzi neizmanto šo iespēju, tādējādi radot paši sev lielāku darba slodzi. Ekspertu pienākumu klāsts ir plašs, tai skaitā sūdzību izskatīšana, sūdzību rezultātu pārsūdzības sagatavošana un aizstāvēšana (1/3 no rezultātiem tiek pārsūdzēti) un kompensācijas summas noteikšana katram viņu izskatītajam prasījumam.

Sūdzību raksturs saistībā ar Ārstniecības riska fonda procesu rada lielu administratīvu un tiesāšanās slogu, kas papildus novērš uzmanību un rada lielas izmaksas sistēmai un kam nav tiešas un pozitīvas ietekmes uz iedzīvotāju veselību un drošību.

### 1.5. Kvalitātes sistēmas

#### **Uzraudzības iestādei vajadzētu:**

- definēt un dokumentēt savu politiku, mērķus un saistības attiecībā uz kvalitāti, un nodrošināt, ka šī politika tiek saprasta, īstenota un uzturēta visos organizācijas līmeņos;
- izmantot definētu kvalitātes sistēmu, kas ir pilnībā dokumentēta. Sistēmai vajadzētu ietvert atgriezeniskās saites procedūras;
- izveidot kvalitātes sistēmu, kas tiek atjaunināta un ir pieejama attiecīgajam personālam;
- uzturēt sistēmu visas ar tās darbību saistītās dokumentācijas kontrolēšanai. Tai būtu jānodrošina, ka atbilstošie dokumenti ir pieejami attiecīgajam personālam;
- nodrošināt, ka visas darbības (dokumentācija un juridiskās darbības) tiek īstenotas atbilstoši valsts tiesību aktiem;
- dokumentētām procedūrām, ietverot atgriezenisko saiti un koriģējošās darbības, ja kvalitātes sistēmā un/vai darbības pārbaudēs tiek konstatētas neatbilstības;
- periodiski pārskatīt kvalitātes sistēmai, lai nodrošinātu tās pastāvīgu piemērotību un efektivitāti. Šādi pārskatu rezultāti būtu jāreģistrē.

Līdzšinējais process ir labi dokumentēts. Tas, vai konkrētais process ir visefektīvākais, ir atsevišķs jautājums. Parasti kvalitātes sistēma nodrošina stingras procedūras ar atgriezeniskajām saitēm, lai pārskatītu, atspoguļotu un uzlabotu procesus.<sup>65</sup> EPSO grupai nav skaidrības par atgriezeniskās saites un pārskata mehānismiem VI procesos. Iespējams, ka dokumentācijas reģistrācijas un atbilstošās piekļuves kontroles mehānismi pastāv, kaut arī EPSO grupa to nav tieši novērojusi.

Procesi un procedūras ir saskaņotas ar valsts tiesību aktiem, bet paveiktajām darbībām sekojošā rīcība nav tik skaidra. Šobrīd nav vērojama sistēmisko jautājumu tematiska analīze un sistemātiska kvalitātes uzlabošanas kultūra, kas palīdzētu organizācijām risināt šos jautājumus.

Pārskatu rezultātus apkopo galvenokārt statistikas veidā, iekļaujot pārbaudīto daudzumu, sūdzību un sodu apmēru. Sistēmā ir iespējams uzlabot iegūstamās prasmes un veicināt kvalitatīvu informācijas apmaiņu.

<sup>65</sup> skatiet 4. pielikuma Izlases gadījumu izpēti, starptautiskie piemēri un labākā prakse 8.4.8. sadaļu (skatīt arī saiti uz prezentāciju: precīzi definētas paraugprakses definīcija kvalitatīvai ziņošanas sistēmai – *Iceland Leifur* priekš EPSO, 2018. gada 17. aprīlis. Reporting model for Landlaeknir Iceland.pptx [Lejupielādēt](#))

## 1.6. Personāls (resursi un spējas)

### Uzraudzības iestādei vajadzētu:

- būt izstrādātām procedūrām, kas nosaka atbilstošu personāla prasmju kopumu, lai varētu īstenot uzraudzības darbības;
- nodrošināt, ka visiem darbiniekiem ir atbilstoša kvalifikācija, apmācība, pieredze un apmierinošas zināšanas par veicamo funkciju prasībām. Viņiem jāspēj formulēt profesionālus spriedumus par atbilstību vispārīgajām prasībām, izmantojot pārbaudes rezultātus, un ziņot par to;
- būt izveidotai dokumentētai apmācību sistēmai, lai nodrošinātu atbilstošu sava personāla apmācību, jo īpaši tā personāla, kas iesaistīts pārbaudēs vai disciplinārlietās. Programmai būtu jāietver sākotnējā apmācība un nepārtraukta izglītošana.

VI kolektīvs darbojas Rīgā un četros Latvijas reģionos, nodrošinot valsts uzraudzību veselības aprūpes, farmācijas un sabiedrības veselības jomās. VI funkcijas veselības aprūpē nodrošina 6 uzraudzības un kontroles nodaļas un 1 reģistru nodaļa. Kopumā nodarbināti ir 214 darbinieki, no kuriem 140 ir iesaistīti pārbaūžu veikšanā, ieskaitot 18 veselības aprūpes inspektoros un 10 vecākos ekspertus (ārstus). Pašreizējā VI ir 9 dažādu iestāžu apvienojums, kas tika apvienotas 2009. gadā, un VI pastāv 9 galvenie darbības virzieni.

Vadība puda, ka dažas VI jomas joprojām bieži darbojas kā atsevišķas vienības, nav kopīgas misijas/mērķa, kas kolektīvam piešķir kopīgu identitāti un mērķi.

Nav īpašas, inspektoriem paredzētas apmācības programmas. Apmācības par kvalitātes uzlabošanas jautājumiem neeksistē. Tomēr, tā kā viens no šīs salīdzinošā novērtējuma misijas mērķiem ir izmantot ziņojuma rezultātus apmācības nolūkos, personāla apmācībai kā uzlabošanas instrumentam ir jānotiek atbalstošā gaisotnē.

Pārbaūžu veikšanai ir pieejams ierobežots darbinieku skaits.

Iekšējo ekspertu izmantotās procedūras lielā mērā ir pašu noteiktas un nav kolektīvas pieejas kultūras. Nav skaidrs, kā iekšējie/nodarbinātie eksperti pilnveidojas atbilstoši to profesijai, lai nodrošinātu, ka pārbaudēs un sūdzību izskatīšanā tiek izmantoti jaunākie pierādījumi un labās prakses piemēri attiecīgajos jautājumos.

## 1.7. Telpas un aprīkojums

### Uzraudzības iestādei vajadzētu:

- būt pieejamām piemērotām un atbilstošām telpām un aprīkojumam, kas nodrošina tās funkciju izpildi. Tas ietver IT sistēmas, datubāzes un attiecīgo dokumentāciju.

No veiktajām intervijām saprotam, ka pastāv centrālās sistēmas pārbaūžu, rezultātu, pēcpārbaūžu un sūdzību reģistrēšana un izsekošana. Izņemot personāla trūkumu, grupai netika minētas citas problēmas attiecībā uz telpu trūkumu vai atbilstošu IT un datubāzu sistēmu kvalitatīvu vai citādu trūkumu.

Tomēr, ņemot vērā relatīvi jauno un salīdzinoši vājo pieeju uz risku balstītai pārbaudes sistēmai un acīmredzamu sistemātiskas analīzes trūkumu par tādiem pārbaūžu datiem kā sūdzības, veselības aprūpes pakalpojumu rezultāti utt., būtu pārsteidzoši, ja pietiekamas iespējas vairāk uz datiem un pierādījumiem balstītas pieejas atbalstīšanai būtu pieejamas bez papildu finansiāla ieguldījuma.

Viena no novēlotas ieviešanas priekšrocībām ir tāda, ka organizācija var mācīties no citu valstu pieredzes, lai nodrošinātu, ka jebkuras jaunas sistēmas ieviešana tiek pielāgota to videi un kontekstam. Atrāšanās jaunā sākumpunktā (jauna vadība, spēcīgs ministrijas atbalsts, VI pozitīvs noskaņojums attiecībā pret uzlabojumiem un pārmaiņām) dod lielisku iespēju sākt darboties ar uz risku balstītu pieeju, kā pamatā ir vietējie apstākļi, piemēram, politiskās prioritātes u.c., izveidot stabilu mērķu kopumu un pēc tam adaptēt nepieciešamās sistēmas.

Dažās citās valstīs galvenā uzmanība vispirms tika pievērsta elektroniskās sistēmas ieviešanai, pēc tam cenšoties izpētīt, kā padarīt to funkcionējošu vietējā kontekstā – tas ir bijis dārgi un nepietiekami efektīvi.

### 1.8. Pārbaūžu metodes un procedūras

#### **Uzraudzības iestādei vajadzētu:**

- nodrošināt, ka tās veiktajās plānotajās pārbaudēs izmantotās metodes un procedūras ir tās, kas ir definētas tiesību aktos vai dokumentētas tās politikā un procedūrās;
- nodrošināt, ka metodes un procedūras, ko tā izmanto pārbaudēm saistībā ar negadījumiem, ir noteiktas tiesību aktos vai dokumentētas tās politikā un procedūrās;
- izklāstīt pārredzamus un skaidrus pārbaūžu veidus un metodes individuālā veselības aprūpes personāla uzraudzībā (disciplinārlietas);
- būt ieviestai stabilai pārbaūžu plānošanas kārtībai. Plānošanas un prioritāšu noteikšanas procesi jādokumentē;
- noteikt skaidrus uzdevumus un mērķus, īstenojot pārbaudes;
- būt izveidotai kvalitātes nodrošināšanas procedūrai, kas nodrošina dažādu kolektīvu spriedumu konsekveni;
- noteikt standartus tās uzraudzības pienākumu izpildei. Standartos būtu jāiekļauj prasības novērojumu, pārbaūžu rezultātu, citas pārbaūžu laikā iegūtas informācijas un datu dokumentēšanai, lai nodrošinātu, ka tos reģistrē laikus, konsekventi un profesionāli, lai novērstu attiecīgās informācijas zudumu. Visai dokumentācijai jābūt attiecīgi reģistrētai, parakstītai un savstarpēji sasaistītai;
- izmantot standartizētus paņēmienus paraugu ņemšanai un pārbaudei. Tie jādokumentē apstākļos, kad šādu instrukciju trūkums varētu apdraudēt pārbaudes efektivitāti vai iznākumu;
- sīki aprakstīt nepieteiktu pārbaūžu izmantošanu un šādu apmeklējumu tiesisko regulējumu;
- izstrādāt pasākumus, kas ļautu sekot līdzi pārbaudes rezultātiem.

VI ir augsts reglamentācijas un procesuālais līmenis – kā tika apliecināts, tas ir labi dokumentēts un tiek ievērots. VI veiktajās pārbaudēs liela uzmanība tiek pievērsta procesuālajai pārbaudei par likumu ievērošanu, un to parasti veic, pārbaudot procesuālos dokumentus katrā vietā un pierādot atbilstību šiem noteikumiem.

VI nevērtē aprūpes jomas kvalitāti ne attiecībā uz procesu, ne rezultātu ietekmi uz veselību. Pacientu drošības un aprūpes kvalitātes uzlabošanas procesa vērtēšana nav VI iekšienē pastāvošs jēdziens. Latvijā tiek veikts darbs, kas ir agrīnā izstrādes stadijā, lai noteiktudažu rezultātu indikatorus, citas Veselības ministrijas pakļautības iestādes – Slimību profilakses un kontroles centra – ietvaros. Ekspertu grupa secina, ka pašlaik šie indikatori netiek nodoti VI, lai palīdzētu tai identificēt un noteikt prioritāti ārstniecības iestāžu pārbaudēm.

VI mērķi ir skaidri. Pārbaūžu mērķi ir paredzēti, lai veicinātu drošu aprūpi, tomēr rezultāti netiek atbilstoši izvērtēti.

Pašreizējie VI izmantotie mērījumi ir balstīti uz apjomu (t. i., cik pārbaūžu veikts, cik daudz sūdzību izskatīts), un veikto pārbaūžu laikā daudzi mērījumi attiecas uz to dokumentu apjomu, kas pārbaudīti, lai noteiktu to atbilstību. Lielākā daļa mērījumu balstās uz skaitļiem un laika grafikiem.

Lielākajā daļā grupai iesniegto pārskatu dokumentu pārsvarā joprojām trūkst tā dēvētās “provizoriskās informācijas” un “kvalitatīvās informācijas”. Tomēr liela apjoma datu sistēma nodrošina rezultātus attiecībā uz izskatīšanu skaitu, personāla skaitu, pacientu skaitu, grafikiem utt.

Konkrētie pārbaudes rezultāti tiek darīti zināmi pārbaudītajām institūcijām, un institūcijai ir tiesības sniegt atbildi.

Atgriezeniskās saiknes sistēma nav izveidota, un komunikācija ar veselības aprūpes iestādēm un veselības aprūpes speciālistiem, pacientiem un sabiedrību kopumā vairāk ir vienvirziena, vērsta “no augšas uz leju”.

Rezultāti, tostarp tematiskā analīze un ziņojumi par VI darba rezultātiem, netiek izziņoti publiski. Tāpat šī informācija netiek izpausta ārstniecības iestādēm, profesionālajām asociācijām un citām ieinteresētajām pusēm.

Pašreizējais uz risku balstītais novērtējums par to, kā strukturētām pārbaudēm tiek piešķirta prioritāte, ir pārsvarā subjektīvs, un to nepapildina objektīvi faktori.

Kompensāciju, kuras izmaksājamas ĀRF gadījumos, novērtēšanai iekšējie eksperti izmanto veidni, taču tā nav publicēta. Kā minējušas vairākas ieinteresētās puses, nozarē rodas iespaids, ka tas ir ļoti subjektīvs, mainīgs process, kā pamatā ir atsevišķu ekspertu interpretācija.

Dažas pārbaudes netiek pieteiktas. Tas ir no sūdzību procesa nodalīts un atsevišķs process. Sūdzības izskatīšanas process ekspertu skatījumā nav galvenais ieguldījums riska analīzē vai izmantojams citiem pārbaudes mērķiem (sistemātiskām, uz kvalitāti balstītām tematiskām pārbaudēm). Šajā jomā pastāv pilnveidošanas iespējas.

EPSO pārskata grupa nav novērojusi skaidru procedūru, kas nosaka kritērijus nepieteiktām pārbaudēm. EPSO pārskata grupa nekonstatēja pierādījumus par procedūrām jaunu iestāžu un iekārtu pārbaudei.

#### 1.9. Pārbaudāmās iestādes vai personas iesaistīšana un saziņa ar to

##### **Uzraudzības iestādei vajadzētu:**

- skaidri paust īstenoto pārbaūžu nolūku tiem, kas ir pakļauti pārbaudei;
- skaidri izklāstīt uzraudzības metodes un prasību neievērošanas sekas, kā arī sagaidāmo rīcību pēc pārbaudes;
- dot pārbaudei pakļautajiem iespēju izteikt komentārus par pārbaudes ziņojumā izklāstītajiem konstatējumiem, secinājumiem un ieteikumiem.

Pārbaūžu mērķis attiecībā uz atbilstību valstī spēkā esošajiem normatīvajiem aktiem ir skaidri izklāstīts VI dokumentācijā. EPSO pārskata grupa runāja ar vairākām ieinteresētajām personām, tostarp dažu ārstniecības iestāžu pārstāvjiem un ārstiem (VI “klientiem”) par darba attiecībām starp VI un ārstniecības iestādēm. Šīs ieinteresētās personas skaidri apzinās, ka VI izskata atbilstību tiesību aktiem – lai raksturotu VI lomu, vairāku sarunu laikā tika izmantots termins “policists”.

VI iesniedz ziņojumu, un par pārkāpumiem tiek piemērotas sankcijas, ieskaitot soda naudas.

Iestādei, kas pakļauta pārbaudei, tiek iesniegts ziņojums un konstatējumi, un tai ir iespēja sniegt komentārus/atsauksmi. Nav pilnībā skaidrs, kāds pēcpārbaudes process tiek piemērots VI, lai pārbaudītu, kādas korigējošas darbības iestāde ir veikusi.

Tā kā galvenokārt tiek veiktas pārbaudes, lai noteiktu atbilstību obligātajām prasībām, pēcpārbaudes darbības ietver to pašu. Kā ievēroja ekspertu grupa, nepastāv plašāks skatījums, kas balstītos uz atbalsta sniegšanu veicamajiem uzlabojumiem (kas ir daļa no risinājuma) un meklētu dziļākus (sistēmiskus) iemeslus noteikumu vai procedūru neievērošanai. Piemērs tam, kā tas varētu darboties, ir tas, ka VI gūst plašāku priekšstatu par to, kurās citās salīdzināmās iestādēs ir līdzīgas tendences, lai noskaidrotu, vai un kāda iemesla dēļ tiek konstatēta tāda pati vai salīdzināma neatbilstība.

Grupa konstatēja, ka VI komunikācijas uzmanības centrā ir liels uzsvars uz atbilstību prasībām un skaidriem mērķiem. Neatbilstības gadījumā VI loma ir pilnīgi skaidra un koncentrēta uz piespiedu ievērošanas darbībām un sankcijām (ieskaitot naudas sodus).

Turklāt VI darbā dominē policejiskas darbības, tādējādi nav aicinājuma sākt divpusēju komunikāciju par uzlabojumiem, kas būtu galvenais procesa mērķis.

Salīdzinājumā ar citām Eiropas inspekcijām šī aina ir pazīstama. Tomēr pamatotu iemeslu dēļ daudzas citas inspekcijas Eiropā virzās uz šīs (galvenokārt) atbilstības pieejas maiņu, lai padarītu to proaktīvāku, draudzīgāku, divpusēju un tendētu uz uzlabojumiem. Parasti šīs inspekcijas izvēlas aicināt iesniegt atsauksmes un aicināt partnerus piedāvāt risinājumus. Tas nenozīmē, ka tiek apdraudēta drošība vai ka sankcijas nekad netiek piemērotas. Taču uzmanība tiek pievērsta pilnveidošanās procesam, nevis atbilstībai stingrām prasībām.

Turklāt lietderīgas pārmaiņas nākotnē varētu sniegt vairāk uz sabiedriskajām attiecībām orientēta pieeja, kas parādītu ieinteresētajām personām, kā arī plašākai sabiedrībai, kādi ir VI mērķi, kas tiek darīti un kādi ir izaicinājumi.

#### 1.10. Atklātība un pārredzamība

##### **Uzraudzības iestādei vajadzētu:**

- iepazīstināt sabiedrību ar informāciju par saviem procesiem un savu pārbauci un darbību rezultātiem. To darot, būtu jānodrošina, lai pārskati tiktu uzrakstīti un publicēti tādā formātā, kas ir lietotājam draudzīgs un pieejams;
- būt izstrādātai politikai un vadlīnijām, kurās izklāstīta pieeja veikto pārbauci rezultātu publicēšanai.

Pārbauci rezultātu vai sūdzību gadījumu pārredzamība sabiedrībai ir neliela. VI pārbaudes un secinājumi nav publiski pārskatāmi. Pašreizējā VI politika nav pārredzama, un sadarbība ar sabiedrību nav izveidota. Ekspertu grupas skatījumā, šī ir joma, kurā veikt uzlabojumus un kas var palīdzēt mainīt priekšstatu par VI.

### 1.11. Disciplinārsodi

**Uzraudzības iestādei vajadzētu:**

- ieviest atbilstošus procesus disciplinārsodu piemērošanai un pārvaldībai.

Ekspertu grupas skatījumā, disciplinārsodi iestāžu līmenī pastāv galvenokārt kā soda naudas par atbilstības neievērošanu. Procesi ir labi dokumentēti. No izskatītajiem dokumentiem netop skaidrs, kā tiek mērīti un izpildīti korigējošie pasākumi, lai nodrošinātu, ka tāda pati problēma nerodas atkal.

Papildus soda naudām disciplinārsodu pārvaldība Latvijā varētu tikt īstenota vairākos veidos, t.sk. kā:

- iespēja atņemt vai apturēt individuālās licences (sertifikātus) (ar vai bez nosacījumiem un pilnībā vai daļēji) ārstiem (reglamentē Ārstu biedrība);
- iespēja atņemt vai apturēt individuālās licences (sertifikātus) medmāsām un citam palīgpersonālam (reglamentē Māsu asociācija);
- iespēja atņemt vai apturēt veselības aprūpes iestāžu licences (reģistrāciju Ārstniecības iestāžu reģistrā) (reglamentē VI);
- pacientu vai citu personu (galvenokārt radnieku) finansiālās prasības, kas izriet no sūdzībām par kaitējumu vai ārstniecības kļūdām;
- prasības attiecībā uz speciālistiem;
- publiski novērtējami un neatkarīgi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju pārskati, ko sagatavo pacienti, VI u.c., var būt spēcīgs instruments, ja to pareizi izmanto;
- informācija presē un plašsaziņas līdzekļos var būt ļoti noderīgs instruments pārredzamības veicināšanai.

Ekspertu grupa rada vairākas iespējas virzīties citu ietekmēšanas līdzekļu virzienā, nekā Latvijā tradicionāli izmantotās sankcijas.

Viens no VI/valdības vājajiem aspektiem ir tas, ka šīs iespējas vēl netiek pietiekami izmantotas un atbalstītas.

Ja Latvijas valdība un VI varētu izmantot citus līdzekļus, lai palīdzētu “uzturēt kārtību”, VI varētu vairāk pievērsties veselības aprūpes sistēmas dalībnieku sadarbības veicināšanai un pilnveidošanai.

Iespējamie pārmaiņu varianti ir apskatīti nodaļā “Ekspertu grupas viedoklis”, kur īsumā piedāvātas idejas par citu organizāciju piesaistīšanu šai “policistu” lomai, lai VI varētu koncentrēties uz tās galvenajiem uzdevumiem. Šīs citas organizācijas ir, piemēram, ārstu biedrība, māsu asociācija, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, kas darbojas VI distancētā uzraudzībā, apdrošināšanas sabiedrības, kas izmanto prasījuma tiesības un, iespējams, citus variantus. Iespējamās labās prakses ir norādītas ziņojuma 6. nodaļā.

### 1.12. Ietekmes novērtējumi

**Uzraudzības iestādei vajadzētu:**

- būt izstrādātai politikai un procesam tās darba ietekmes novērtēšanai;
- regulāri apsvērt un izvērtēt, kā pārbaudes darbības var veicināt aprūpes pakalpojumu kvalitātes un pacientu drošības uzlabošanu.

EPSO pārskata grupa nenovēroja nekādus pierādījumus par pasākumiem, kas dotu iespēju VI novērtēt sava darba ietekmi. Mērīšana notiek pēc apjoma un nav saistīta ar riska analīzi vai rezultātu

indikatoriem (piemēram, kļūdu samazinājums, sepses vai citu apstākļu samazināšanās, lai novērtētu risku un ietekmi).

Veselības ministrijai pakļautajā Slimību profilakses un kontroles centrā notiek darbs pie kvalitātes indikatoru izstrādes, kas var izrādīties noderīgi, lai VI plānotu uz risku balstītas pārbaudes un laika gaitā pārskatītu uzlabojumus iestāžu darbībāno VI iesaistīšanās brīža.

#### **1.13. Sadarbība ar citām ieinteresētajām pusēm, pacientiem, citām uzraudzības struktūrām un to iesaistīšana**

##### **Uzraudzības iestādei vajadzētu:**

- nodrošināt, lai savu funkciju izpildē tā sadarbotos ar citām ieinteresētajām pusēm, ņemot vērā viņu viedokļus un pieredzi;
- strādāt sadarbībā ar citām uzraudzības struktūrām, lai dalītos pieredzē un identificētu labo praksi;
- dalīties zināšanās par pacientu drošības jautājumiem ar veselības aizsardzības organizācijām.

VI nosaka savu darbību prioritātes katram gadam, pamatojoties uz ministriju prioritārajām jomām un VI esošo uz risku balstīto plānveida pārbažu kombināciju. Pašlaik nešķiet, ka notiktu konsultēšanās ar sabiedrību, pacientu biedrībām vai profesionālajām asociācijām.

## 4. pielikums. Izlases gadījumu izpēte, starptautiskie piemēri un labā prakse

### Ievads

Šajā ziņojuma pielikumā sniegta informācija par vairākiem citu valstu piemēriem un labo praksi.

Piemērus un paraugpraksi izvēlējusies šo projektu īstenojusī salīdzinošā novērtējuma ekspertu grupa, jo tie varētu tikt izskatīti kā informācijas avots Latvijas Veselības inspekcijas turpmākajam darbam.

Piemēri un paraugprakse ir sadalīti grupās:

1. Uzraudzības mērķis un galvenās prioritātes lielākajā daļā valstu ir kvalitāte un pacientu drošība kā arī lietotāja viedoklis
2. Uz lietotāju un pacientu orientēta uzraudzība
3. Uzraudzības efektivitāte
4. Uzraudzības darbību prioritāšu noteikšana un diferencēšana
5. Sūdzību izskatīšana
6. Pašnovērtējums un ziņošana par negadījumiem
7. Ieinteresēto pušu iesaistīšana
  - 7.1. Konsultatīvās organizācijas
8. Pārbaudes metodes
  - 8.1. Uz risku balstīta uzraudzība – vispārīgi
  - 8.2. Indikatoru izmantošana uz risku balstītā uzraudzībā
  - 8.3. Citas pārbaudes metodes
  - 8.4. Atsauksmju sniegšana un turpmākie pasākumi

Šajā pielikumā sniegtā informācija ir balstīta uz vairākiem avotiem:

- a. Ekspertu grupas locekļu un to kontaktpersonu sniegtā informācija;
- b. EPSO biedru EPSO darba grupās un EPSO konferenču prezentācijās sniegtā informācija;
- c. citi avoti, piemēram, atklātie avoti, tādi kā attiecīgās mājaslapas dažādās valstīs, ko dažkārt tulkojusi vai pārbaudījusi grupa.

EPSO ir gatava veicināt kontaktus starp Latviju (Veselības ministriju, Veselības inspekciju u.c.) un amatpersonām šajā pielikumā minētajās valstīs.

### 1. Uzraudzības mērķis

**Lielākajā daļā valstu prioritātes ir kvalitāte un drošība, kā arī lietotāju viedoklis**

#### 1.1. Zviedrija

<https://www.ivo.se/om-ivo/other-languages/english/about-ivo/>

#### **Zviedrijas Veselības un sociālās aprūpes inspekcija (IVO)**

IVO uzraudzības politikas mērķis ir nodrošināt, lai uzraudzības darbības veicinātu un nodrošinātu, ka veselības un sociālās aprūpes pakalpojumi ir gan droši, gan kvalitatīvi, un lai tie efektīvi kalpotu tās saņēmējiem. Uzraudzības jomā IVO koncentrējas uz turpmāk minēto: uzraudzība tiek veikta no lietotāju un pacientu skata punkta, koncentrējoties uz jautājumiem, kas ir svarīgi indivīdiem vai grupām. Ja vien tiesību akti vai rīkojumi nenosaka citādi, uzraudzībai jābūt uz risku balstītai un jāizskata tikai tie jautājumi, kas ir būtiski, lai nodrošinātu drošu un kvalitatīvu veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu. Uzraudzībai jābūt efektīvai.

(<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/om-ivo/andra-sprak/swedish-health-and-social-care-inspectorate-supervision-policy.pdf>)

## 1.2. Anglija

Aprūpes kvalitātes komisijas (CQC) mērķis ir nodrošināt, lai veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumi cilvēkiem nodrošinātu drošu, efektīvu, līdzjūtīgu, kvalitatīvu aprūpi, un mudināt aprūpes pakalpojumu sniedzējus pilnveidoties. CQC uzdevums ir noteikt, kā viņi sasniedz savu mērķi un kā vērtē savu ietekmi uz kvalitāti un tās uzlabošanu. [https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20170425\\_Impact-report.pdf](https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20170425_Impact-report.pdf)

CQC korporatīvās stratēģijas mērķi nākamajiem pieciem gadiem ir:

mērķtiecīgāka, atsaucīgāka un sadarbībā balstīta pieeja regulējumam, lai vairāk cilvēku saņemtu augstas kvalitātes aprūpi.

1. *Veicināt uzlabojumus, inovācijas un ilgtspējību aprūpē.*
2. *Izstrādāt uz informāciju balstītu pieeju regulējumam.*
3. *Veicināt vienotu priekšstatu par kvalitāti.*
4. *Uzlabot darbības iedarbīgumu un efektivitāti.*

## 1.3. Skotija

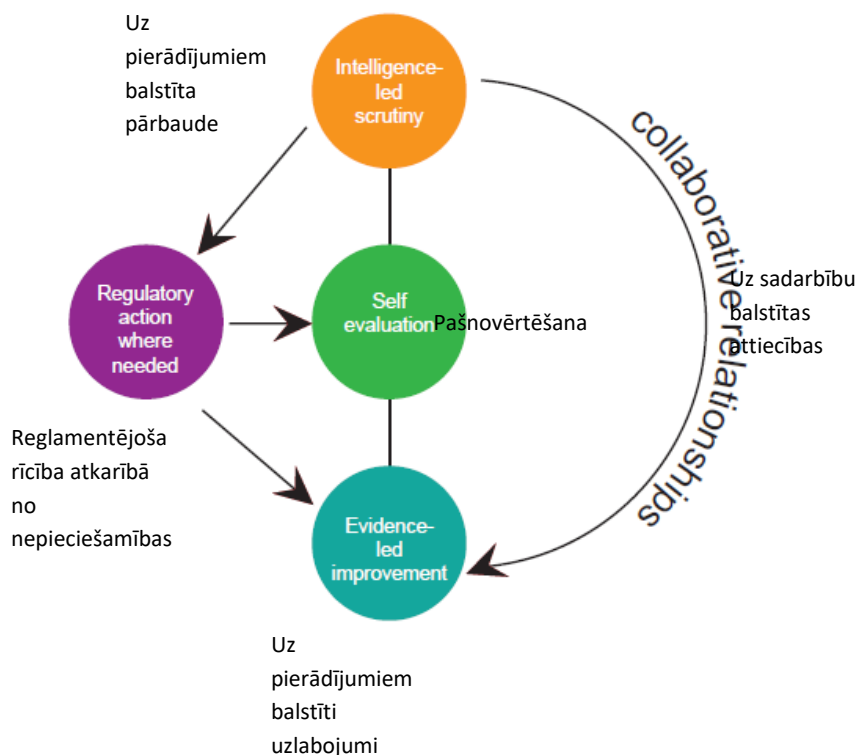
Sociālajā aprūpē un sociālā darba kontrolē Skotijas Aprūpes inspekcija pāriet no atbilstības kontroles uz pieeju, kas vērsta uz uzlabojumiem, ar mērķi nodrošināt pārliecību par aprūpes kvalitāti.

Nesen Aprūpes inspekcijas pieejā ieviesti divi jauni elementi: lielāks metodiskais uzsvars tiek likts uz cilvēka pieredzes un rezultātu kvalitātes novērtēšanu un jaunu nacionālo aprūpes standartu kopumu. Šis "Skotijas modelis" var palīdzēt nodrošināt teorētisku ietvaru, lai atrisinātu pastāvējušo spriedzi starp rūpīgu pārbaudi un nepieciešamību rosināt uzlabojumu ieviešanu. Mūsdienīga pārbaude var kļūt par vienu no būtiskākajiem kvalitātes nodrošināšanas līdzekļiem.

<http://www.careinspectorate.com/index.php/papers-in-scrutiny-and-improvement-practice>

<http://www.careinspectorate.com/images/documents/3809/If%20inspection%20is%20the%20enemy%20of%20improvement.pdf>

1. attēls. Skotijas sociālās aprūpes pārbaudes modelis



2. attēls. Pāreja no atbilstības pārbaudes uz atbalsta sniegšanu (CI, Skotija).



| Regulējums                           | Pārbaude                                                 |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Inspektori atklāj informāciju        | Aprūpes vadītāji veic pašnovērtēšanu                     |
| Koncentrēšanās uz iegūto informāciju | Koncentrēšanās uz rezultātiem/potenciālajiem rezultātiem |
| Inspektori pārbauda procesus         | Inspektori vispirms pārbauda pieredzi                    |
| Speciālisti identificē trūkumus      | Speciālisti dalās ar zināšanām                           |
| Vadītājiem tiek teikts, ko darīt     | Vadītāji saprot, kādi uzlabojumi nepieciešami            |
| Uz varu balstītas attiecības         | Uz sadarbību balstītas attiecības                        |

#### 1.4. Dānija

##### 1.4.1. NBSS (Sociālo pakalpojumu valsts pārvalde)

Dānijas NBSS ir virkne pamatprincipu:

- Proaktīva uzraudzība:
  - Vismaz viena pārbaude gadā (pieteikta un nepieteikta)
  - Pastāvīga uzraudzība un dialogs
  - Visu nozīmīgāko izmaiņu apstiprināšana
  - Uzraudzības procesa intensitāte atbilstoši apstākļiem
- Uzraudzība, kas balstīta uz riska novērtējumu (diferencēta uzraudzība)
- Datu triangulācija (piemēram, dokumentu izpēte, intervijas un novērošana)
- Lietotāju viedokļa iekļaušana tiesiskajā regulējumā ir obligāta

##### 1.4.2. DPSA (Dānijas pacientu drošības iestāde)

Dānijā DPSA mērķis ir nodrošināt, ka būt pacientam ir droši, un atbalstīt pilnveidošanos veselības aprūpes nozarē. Mērķis ir piešķirt līdzekļus jomām, kas saistītas ar vislielāko risku pacientiem, pamatojoties uz nepārtrauktu riska analīzi, tādējādi panākot visaugstāko iespējamo pacientu drošības līmeni. 2017. gadā DPSA ieviesa jaunu uz risku balstītu modeli uzraudzības darbību veikšanai. Paredzams, ka DPSA spēs noteikt augsta riska situācijas un palīdzēt nodrošināt pareizu rīcību veselības aprūpes nozarē šādos gadījumos. Turklāt mācībām jābūt DPSA uzraudzības darbību sastāvdaļai. Mērķis ir, lai gan veselības aprūpes iestādes, kas ir pakļautas uzraudzības darbībām, gan tās, kas nav, izmantotu DPSA kā zināšanu un pilnveidošanās avotu pacientu drošības uzlabošanai.

## 2. Uz lietotāju un pacientu orientēta uzraudzība

Lietotāju viedoklis ir svarīgs jautājums lielākajā daļā EPSO dalībvalstu, lai gan tas ne vienmēr ir bijis tik prioritārs kā mūsdienās. Kopumā prioritātes galvenais cēlonis un iemesls ir fakts, ka pacientu uzskati bieži atšķiras no ārstniecības speciālistu un inspekciju viedokļiem. Daudzās valstīs ir īstenotas pozitīvas pārmaiņas, balstoties uz pacienta viedokli.

### 2.1. Zviedrija

IVO izceļ lietotāja un pacienta viedokli kā būtisku IVO darba atskaides punktu.  
<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/om-ivo/andra-sprak/swedish-health-and-social-care-inspectorate-supervision-policy.pdf>

### 2.2. Skotija

Uz pacientu fokusētās Skotijas sistēmas būtiska sastāvdaļa ir tā, ka pacientu drošības un aprūpes kvalitātes uzlabošanu sekmē konkrēta pacienta pieredze.

Pirms tam Skotijā tika konstatēts, ka, uzraugošajai iestādei sniedzot ieteikumus par uzlabojumiem, pakalpojumu sniedzēji veica uzlabojumus, lai apmierinātu regulatoru (uzraugu), nevis veiktu uzlabojumus, rūpējoties par pacientu. Tādējādi svarīgi ir uzlabojumus atbilstoši novērtēt. Jautājums nav par uzraugošo iestāžu ieceru īstenošanu un viedokļa pieņemšanu, bet gan par to, ka patiešām jācenšas izveidot uz pacientu orientētu aprūpi.

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/171103\\_EPSO\\_Working\\_group\\_Effectiveness\\_Meeting\\_report\\_Iceland\\_Sept\\_2017\\_M.Murel.pdf](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/171103_EPSO_Working_group_Effectiveness_Meeting_report_Iceland_Sept_2017_M.Murel.pdf)

### 2.3. Anglija

Aprūpes kvalitātes komisijas (CQC) stratēģija ir mērķtiecīgāka, atsaucīgāka un uz sadarbību vērsta pieeja sabiedrības iesaistīšanai, komisijas darbā izmantojot sabiedrības viedokļus un sniedzot iespēju sabiedrībai paļauties uz veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un saņemt labu aprūpi.

Sabiedrības iesaistīšanas mērķi:

1. sadarboties ar organizācijām, kas pārstāv cilvēkus, kuri izmanto pakalpojumus, lai veicinātu kopīgu izpratni un sekmētu aprūpes pakalpojumu uzlabojumus, kā arī stiprinātu sadarbību ar *Healthwatch* tīklu;
2. nepārtraukti stimulēt un dot iespēju paust cilvēku, kuri izmanto pakalpojumus, viņu gīmeņu un aprūpētāju viedokli, lai veidotu izpratni par aprūpes kvalitāti, mērķtiecīgi izmantojot sabiedrības sniegto informāciju komisijas darbā un veicinot sabiedrības informēšanu par pasākumiem, ko komisija veic, reaģējot uz sabiedrības sniegto informāciju;
3. nodrošināt un popularizēt publiski pieejamu informāciju, kas palīdz sabiedrībai veidot izpratni par labu aprūpi un pieņemt lēmumus par pakalpojumiem;
4. attīstīt un uzlabot komisijas darbu, iesaistot sabiedrību un izmantojot tās viedokli.

Cilvēku ziņotais par aprūpes pieredzi ir pamatā tam, lai CQC noteiktu, kur aprūpes kvalitāte var būt mainījusies un var būt nepieciešamas reglamentējošas darbības.

CQC izprot cilvēku sniegtās informācijas par sliktas aprūpes pieredzi efektivitāti/precizitāti kā riska indikatoru (dažādās iedzīvotāju grupās, aprūpes aspektos un pakalpojumu veidos).

CQC politikas veidotāji, galvenie inspektori un CQC valde ziņo par pieaugošu uzticību no vairākām sabiedrības grupām, kas ļauj pieņemt pamatotus lēmumus par CQC stratēģiju, politiku un metodēm.

[www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/Chris\\_Day\\_London\\_2017.ppt](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/Chris_Day_London_2017.ppt)

## 2.4. Dānija

### 2.4.1. Sociālo pakalpojumu valsts pārvalde (NBSS)

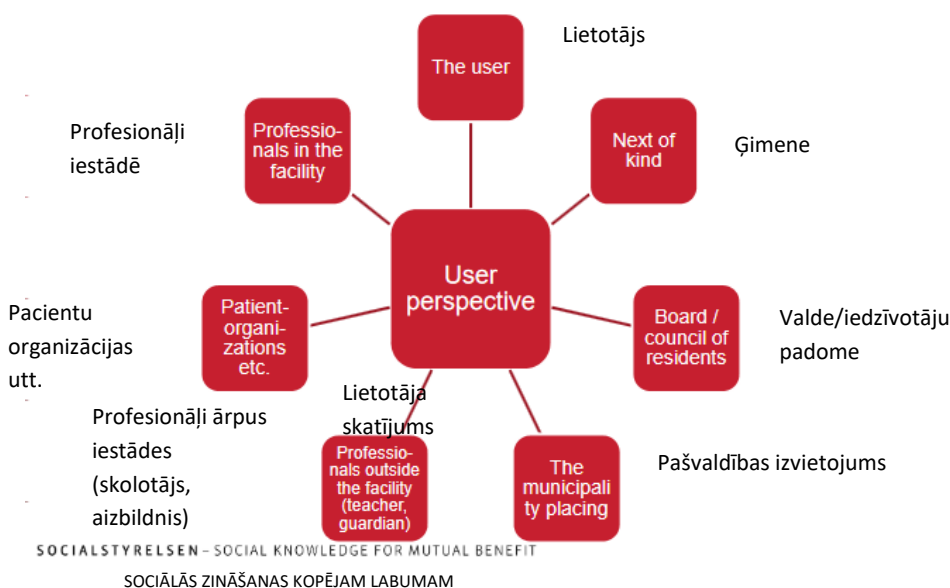
NBSS uz lietotāju orientētas politikas pamatā ir veicināt lietotāju izpratni vairākos aspektos:

1. pārskatāmi pārvaldes darbības mērķi, procesi un metodes veicina uzticēšanos;
2. par izpratnes veicināšanas sākumpunktu izmanto ikdienas aktivitātes;
3. piemērotas telpas komunikācijai un uzraudzības veikšanai, kas atrodas ārpus vadības biroja;
4. komunikācijas metodes un rezultāti īpaši pielāgoti konkrētām mērķa grupām, piemēram, bērniem, invalīdiem u.c.;
5. profesionāla informācijas analīze un informācijas sniegšana atspēko bažas un noraidošas darbības.

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/EPSO\\_-](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/EPSO_-_WG_patient_and_user._Henrik_Frostholm_-_London_-_April_2017.pdf)

[\\_WG\\_patient\\_and\\_user.\\_Henrik\\_Frostholm\\_-\\_London\\_-\\_April\\_2017.pdf](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/EPSO_-_WG_patient_and_user._Henrik_Frostholm_-_London_-_April_2017.pdf)

3. attēls. NBSS: plašāka “lietotāja” izpratne:



### 2.4.2. DPSA (Dānijas pacientu drošības iestāde)

Viens no DPSA uzraudzības darbību mērķiem ir “sekot pacienta pēdās”, lai nodrošinātu drošu aprūpi visā veselības aprūpes nozarē.

DPSA ir iesaistījusi pacientu organizācijas ieinteresēto personu lokā, veicot veselības aprūpes iestāžu uzraudzības darbības. Pacientu organizācijas ir aicinātas piedalīties indikatoru izstrādē un sekot DPSA uzraudzības darbību norisei. Tomēr pacienti/lietotāji uzraudzības darbībās līdz šim nav tikuši aktīvi iesaistīti.

2018. gadā DPSA ieviesa uzraudzības pasākumus, kas īpaši paredzēti vecāka gadagājuma cilvēku aprūpei, koncentrējoties uz lietotāju un pacientu viedokli. Pasākumi ietver sarunas ar iedzīvotājiem/pacientiem un radniekiem/tuviniekiem, kā arī personālu un vadību, bet, ņemot vērā, ka pasākumi ir izstrādes procesā, ir par agru vērtēt pieejas rezultātus un ietekmi.

## 2.5. Nīderlande

Pacientu iesaiste ārstniecības iestāžu uzraudzībā:

- uz starpgadījumiem balstīta uzraudzība: negadījumi, par kuriem ziņojuši iedzīvotāji;
- uz risku balstīta uzraudzība: vietne pacientu novērtējuma paušanai *Zorgkaart Nederland*;
- nacionālais veselības aprūpes sūdzību ziņošanas centrs (LMZ);
- pārbaudes prakse: SOFI – metode gados vecākiem pacientiem ar demenci, “noslēpumainie viesi”, neprofesionāli inspektori (pilotprojekts);
- saruna ar klientiem vai ģimeni apmeklējuma laikā, īpaši aprūpes pakalpojumu nozarē.

Vietne pacientu novērtējuma paušanai *Zorgkaart Nederland*

- Pakalpojumu sniedzēju reitingi un pārskati
- 800 000 apmeklētāju mēnesī
- 9000 jaunu atsauksmju mēnesī, kopā vairāk nekā 300 000 atsauksmes
- Redakcija
- IP adresu, nosaukumu pārbaude
- Tikai paskaidrojoši, konstruktīvi vērtējumi
- Pētījumu objekts

Interviju izpēte par *ZorgkaartNederland* iespējamo ieguldījumu ikdienas ārstniecības iestāžu darbības uzraudzībā parādīja, ka IGZ (Nīderlandes Veselības inspekcija) identificē kā riskam pakļautas tās pašas ārstniecības iestādes, uz kuru neizdarībām ir norādījuši pacienti.

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2016/5\\_IGZPatient\\_Involvement\\_EPSO.pptx](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2016/5_IGZPatient_Involvement_EPSO.pptx)

Arī pacientu novērtējuma vietnes var veicināt veselības inspekcijas veikto, uz risku balstītu stacionārās aprūpes uzraudzību. Veselības aprūpes inspektoriem ir vairāki iebildumi pret pacientu novērtējuma vietņu izmantošanu ikdienas uzraudzībā. Tomēr gadījumos, kad inspektoriem tiek uzrādītas negatīvas atsauksmes par viņu uzraudzībā esošām ārstniecības iestādēm, lielākā daļa inspektoru to uzskata par papildu informācijas avotu, iegūtu no pacienta, lai atklātu nepietiekamu aprūpes kvalitāti. Tomēr tam vienmēr jāpievieno un to jāapstiprina ar citiem kvalitātes un drošības indikatoriem. Vēlams, lai kopā ar pacientu atsauksmēm tiktu izmantotas arī citas metodes pacienta pieredzes atklāšanai, lai paplašinātu pacienta skatījumu uz aprūpes kvalitāti un drošību.

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2016/Kleefstra\\_et\\_al.\\_2016\\_Investigating\\_the\\_potential\\_contribution\\_of\\_patient\\_rating\\_.pdf](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2016/Kleefstra_et_al._2016_Investigating_the_potential_contribution_of_patient_rating_.pdf)

## 3. Uzraudzības efektivitāte

Lielākajā daļā Eiropas valstu uzraudzības efektivitātes tēma ir bijusi svarīgāka taupības un finanšu krīzes laikā, un dažās valstīs tas būtiski ietekmējis veselības aprūpes finansējumu. Šo darbību rezultāti ir aplūkoti turpinājumā.

### 3.1. Zviedrija

Uzraudzības efektivitāte ir jāaplūko saistībā ar plašajām prasībām un gaidām, kas tiek izvirzītas organizācijai, neskatoties uz tās ierobežotajiem resursiem, kas atstāj plašas iespējas, izvēloties būtiskākos aspektus uzraudzības jomā. Tādējādi būtiskāko aspektu noteikšana būtībā ir jautājums par prioritātēm, pamatojoties uz to, kuri uzraudzības aspekti visefektīvāk veicinās drošus un kvalitatīvus veselības un sociālās aprūpes pakalpojumus. Tai skaitā jāsamēro ieguldāmie resursi ar sasniedzamajiem uzraudzības rezultātiem.

<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/om-ivo/andra-sprak/swedish-health-and-social-care-inspectorate-supervision-policy.pdf>

### 3.2. Skotija

Skotijas uzraudzības iestāde tiecas izveidot izvērtēšanas kritēriju kopumu, lai veicinātu pārbaudi un reglamentējošo pasākumu efektivitāti. Uz pierādījumiem balstītos kritērijus nav viegli noteikt, tomēr iestāde strādā pie šiem jautājumiem.

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/171103\\_EPSO\\_Working\\_group\\_Effectiveness\\_Meeting\\_report\\_Iceland\\_Sept\\_2017\\_M.Murel.pdf](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/171103_EPSO_Working_group_Effectiveness_Meeting_report_Iceland_Sept_2017_M.Murel.pdf)

### 3.3. Nīderlande

Nīderlandē inspekcija (IGJ) strādā pie modeļa, kurā ārstniecības iestādes pašas veic izmeklēšanu saistībā ar nopietniem negadījumiem, ar ko tās saskārušās. Pateicoties uz pierādījumiem balstītai izpētei, tika parādīts, ka šī metode ir efektīvs uzlabošanas elements. Pēc tam, padarot šos datus pieejamus, šo pozitīvo rezultātu varētu parādīt politiķiem.

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/171103\\_EPSO\\_Working\\_group\\_Effectiveness\\_Meeting\\_report\\_Iceland\\_Sept\\_2017\\_M.Murel.pdf](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/171103_EPSO_Working_group_Effectiveness_Meeting_report_Iceland_Sept_2017_M.Murel.pdf)

### 3.4. Dānijas DPSA

Dānijā pagaidām nav pārliecinošu pierādījumu par DPSA uzraudzības darbību ietekmi. Tomēr ir norādes, ka dažās veselības aprūpes iestādēs atbilstības līmenis pašreizējās uzraudzības struktūras darbības otrajā gadā ir augstāks, kas liecina, ka īstenotā uzraudzība ir virzītājspēks uzlabojumiem visās iestādēs. Arī no veselības aprūpes iestādēm un uzraugiem saņemtā informācija liecina, ka uzraudzības pasākumi var veicināt pilnveidošanos gan pirms pārbaudes vizītes, gan tās laikā un pēc tās, kas savukārt var veicināt uzlabojumus un augstāku pacientu drošības līmeni. Pēc pārbaudes sarunas ar aprūpes iestāžu vadību liecina, ka mācīšanās un zināšanu apmaiņa pēc pārbaudes vizītes var izplatīties uz citām iestādēm, piemēram, vienas pašvaldības teritorijā. Tas atbilst DPSA mērķim, ka mācīšanās jāapvieno ar uzraudzības darbībām un ka gan tās veselības aprūpes iestādes, kas ir pakļautas uzraudzības darbībām, gan tās, kuras nav, var izmantot DPSA, lai uzlabotu pacientu drošību visā veselības aprūpes nozarē. Tomēr šie secinājumi ir provizoriski un tiem būs nepieciešams vairāk apstiprinošu datu, lai droši secinātu, kāda ir DPSA uzraudzības darbību ietekme.

## 4. Uzraudzības darbību prioritāšu noteikšana un diferencēšana

### 4.1. Zviedrija

Zviedrijā prioritāšu noteikšana katrā uzraudzības jomā var būt atšķirīga, un tā ir atkarīga no uzraudzības mērķa, kādu to saredz IVO. Mērķis ir koncentrēties uz būtiskākajiem aspektiem, lai nodrošinātu lietotājiem un pacientiem labu un drošu veselības un sociālās aprūpes pakalpojumu. Inspekcija veic procedūras, lai sasniegtu pacientiem jūtamam rezultātam, un cenšas izvairīties tikai no dokumentācijas, vadlīniju un procedūru aplūkošanas.

<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/om-ivo/andra-sprak/swedish-health-and-social-care-inspectorate-supervision-policy.pdf>

### 4.2. Anglija

CQC īsteno savu piecu gadu stratēģiju, kā arī ir konsultējusies ar ekspertiem par pāreju uz mērķtiecīgāku un reaģējošāku pārbaudes modeli, kurā kā "labi" vai "izcili" novērtētie pakalpojumi tiks pārbaudīti retāk, kā arī

tiks ieviests jauns “ieskata” modelis, kas veicinātu tās mērķi vairāk balstīties uz pieejamo informāciju. CQC priekšlikumi ir nozīmīgs solis ceļā uz mērķtiecīgāku pieeju.

<http://nhsproviders.org/the-changing-nature-of-regulation-in-the-nhs/care-quality-commission>

#### 4.3. Dānija DPSA

DSPA izvirzītais mērķis ir piešķirt līdzekļus jomām, kas saistītas ar vislielāko risku pacientiem, pamatojoties uz nepārtrauktu riska analīzi, tādējādi panākot visaugstāko iespējamo pacientu drošības līmeni. 2017. gadā DPSA ievieša jaunu uz risku balstītu modeli uzraudzības darbību veikšanai, kas tiek ieviests triju gadu laikā. Šajā laika posmā jāuzrauga visu veidu veselības aprūpes iestādes un pakalpojumi sniedzēji, un mērķis ir, lai 10% no iestādēm būtu apmeklējuši DPSA uzraugi. Tādā veidā būtu jānosaka riska bāzes profils katram pakalpojumu sniedzējam, kam līdzās citiem avotiem, piemēram, ziņotajiem pacientu drošības starpgadījumiem un pacientu sūdzībām, būtu jāpalīdz noteikt augsta riska jomas turpmāku uzraudzības darbību veikšanai.

Līdz šim iestādes tika atlasītas uzraudzības veikšanai, pamatojoties uz standarta procedūrām, nevis individuālu riska analīzi, bet pašlaik DPSA strādā pie algoritma, kas ļaus veikt riska novērtējumu konkrētās iestādēs. Tomēr līdz šim riska analīze tiek izmantota tikai tādu riska jomu un pakalpojumu sniedzēju identificēšanai, kurās vairāki datu avoti norāda uz lieliem riskiem, piemēram, medikamentu un pacientu pārsūtīšana, aprūpe mājās. Uz risku balstīts modelis paredz, ka nākotnē papildus veselības aprūpes iestāžu izvēlei, balstītai uz riska analīzi, būtu jābūt noteiktai uz standarta procedūrām balstītai izlases uzraudzībai, lai nodrošinātu, ka potenciāli tādējādi var tikt aptvertas visas veselības aprūpes iestādes. Tomēr lielākajai daļai uzraudzības darbību vajadzētu būt vērstai uz pakalpojumu sniedzējiem ar vislielāko risku pacientu drošībai.

### 5. Sūdzību izskatīšana

#### 5.1. Dānija DPSA

Skatīt zemāk 5.2. sadaļā Zviedrija.

#### 5.2. Zviedrija

Ar visām sūdzībām vispirms būtu jānodarbojas pakalpojuma sniedzējam, kuram jāizmeklē sūdzības. Pastāv “pacientu tiesībsargs” (*pacientnämnd*), kurš var palīdzēt komunikācijā starp pacientu un pakalpojuma sniedzēju. Pacientu tiesībsargs pats neizmeklē nevienu sūdzību.

Līdz jaunā likuma pieņemšanai IVO bija jāizmeklē visas sūdzības. No 2018. gada 1. janvāra IVO ir pienākums izmeklēt tikai visus tos notikumus, kuru rezultātā radies kaitējums veselībai, ievērojami lielāka vajadzība pēc konkrēta aprūpes pakalpojuma vai iestājusies nāve. IVO izmeklē arī sūdzības par piespiedu līdzekļiem vai izolāciju un gadījumiem, kas nopietni un negatīvi ietekmē pašnoteikšanos, integritāti vai juridisko statusu.

IVO nav pienākuma izmeklēt visu, kas ir iesniegts kā sūdzība. IVO ir tiesības patstāvīgi izlemt, vai sūdzības gadījumā ir pamats izmantot tās uzraudzības pilnvaras. Vērtējums, cita starpā, balstās uz to, ko ziņojušas personas, kā arī uz citiem IVO veicamiem uzdevumiem. Uzraudzību var uzsākt nekavējoties vai tas var notikt vēlāk, atkarībā no tā, kā IVO novērtē pieejamos datus. Visi dati jāiesniedz IVO, ja darbības ir reģistrētas kā sūdzība, un to var izmantot, kad IVO plāno veicamās pārbaudes.

Ja par kaut ko tiek ziņots IVO, tas tiek ņemts vērā, un iesaistītā persona tiek informēta par to, kā IVO apstrādās šo informāciju.

Ikviens var sniegt informāciju par trūkumiem vai pārkāpumiem vai citādi sniegt komentārus. Tas ir spēkā neatkarīgi no tā, vai persona ir tieši iesaistīta, ir netieši saistīta vai vienkārši personai ir zināms par ārstniecības pakalpojuma nepilnībām.

Šīs izmaiņas Zviedrijas sūdzību sistēmā tika veiktas valdības pasūtīta pētījuma rezultātā, kura mērķis bija sniegt ieteikumus par to, kā efektīvāk apstrādāt sūdzības veselības aprūpē, ņemot vērā pacientu vajadzības, lai uzlabotu pacientu drošību un resursu izmantošanas efektivitāti. Zviedrijas ziņojuma nosaukums ir *Fråga*

*patienten Nya perspektiv i klagomål och tillsyn. Statens Offentliga Utredningar 2015* (Jautājiet pacientam. Jaunās perspektīvas, ko piedāvā sūdzības un uzraudzība. Valdības oficiāls pētījums). Šajā pētījumā tika secināts, ka iepriekšējā sūdzību izskatīšanas sistēma izmantoja pārāk daudz IVO resursu, kas samazināja iestādes spēju realizēt uz pacientiem orientētu, uz risku balstītu uzraudzību. <https://www.regeringen.se/contentassets/951c2c9aa59e4e238bb14ebaf487fe66/fraga-patienten-nya-perspektiv-i-klagomal-och-tillsyn-sou-2015102.pdf> (Kopsavilkums angļu valodā [http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/Swedis\\_study.pdf](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/Swedis_study.pdf)).

Zviedrijas pētījuma veicēji salīdzināja arī sūdzību sistēmas 4 citās valstīs – Dānijā, Anglijā, Norvēģijā un Somijā. Visās četrās šajās valstīs ir arī iespēja iesniegt paziņojumus un sūdzības tieši veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam. Somijā un Anglijā tiek atbalstīts vispirms īstenot dialogu starp pacientu un pakalpojuma sniedzēju. Dānijā pacientiem tiek dota iespēja diskutēt ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju, pirms sūdzību izskata uzraudzības iestāde. Novērtējums liecina, ka gandrīz pusē gadījumu, kad Dānijas uzraudzības iestāde nosūtījusi sūdzību pakalpojumu sniedzējam, lai veiktu sarunas ar pacientu, pacienti izvēlējas neiesniegt sūdzību uzraudzības iestādei. Kopumā pacienti bija vairāk apmierināti ar iesniegto sūdzību izskatīšanu, ja sūdzība tika izbeigta pēc sarunām ar pakalpojumu sniedzējiem.

Visās valstīs pastāv arī iespēja iesniegt sūdzību uzraudzības iestādei – Anglijā un Dānijā valsts līmenī, bet Somijā un Norvēģijā gan reģionālā, gan valsts līmenī. Visās valstīs pastāv arī pacientu atbalsta struktūrvienība. Anglijā Aprūpes kvalitātes komisija ir aktīvi strādājusi, lai izstrādātu uz pacientiem orientētu uzraudzību. Iestāde ir izstrādājusi dažādas stratēģijas pacientu pieredzes apkopošanai, kas ir pamats uzraudzībai, piemēram, izvēloties uzraudzības objektus. Pārbaūžu laikā vienmēr notiek sarunas ar cilvēkiem, un komisijas ziņojumi ir pieejami sabiedrībai. Somijā pastāvošais mērķis ir pārorientēt uzraudzību no notikušo notikumu izskatīšanas uz proaktīvu vadību un uzraudzību. Lai gan šādi pārveidei nav ticis sistemātiski sekots, uzraudzības iestādei ir skaidrs uzskats, ka plānotā konkrētu jomu pārraudzība ir bijusi efektīva un rezultātā sūdzību skaits ir samazinājies.

<https://www.regeringen.se/contentassets/951c2c9aa59e4e238bb14ebaf487fe66/fraga-patienten-nya-perspektiv-i-klagomal-och-tillsyn-sou-2015102.pdf>

(Kopsavilkums angļu valodā [http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/Swedis\\_study.pdf](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/Swedis_study.pdf)).

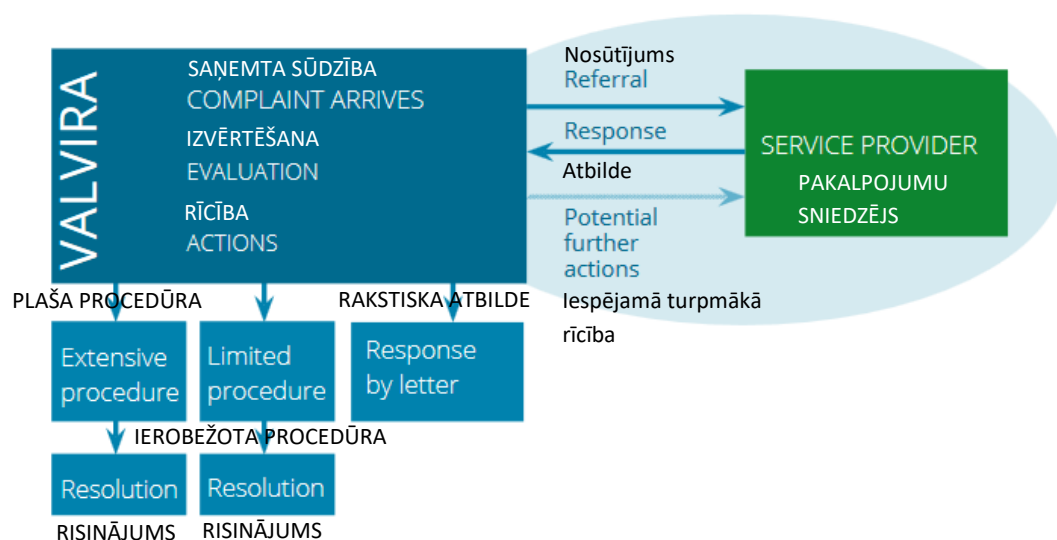
### 5.3. Somija

Somijas Veselības uzraudzības organizācija (*Valvira*)<sup>66</sup> ir pārskatījusi savu pieeju veselības aprūpes pakalpojumu uzraudzības jautājumiem. Pārbaude ļāva sasniegt lielāku efektivitāti, samazināt resursus un piemērot pašpārraudzību kā primāro reglamentējošo pieeju.

Procedūra attiecībā uz sūdzībām par veselības aprūpi tika pārskatīta 2015. gadā. Daļa sūdzību tagad tiek nodota pakalpojumu sniedzējiem kā sūdzības, uz dažām tiek sniegta atbilde vēstulē, bet attiecībā uz atlikušajām tiek pieprasītas pacienta reģistru kopijas, lai ļautu *Valvira* risināt attiecīgo jautājumu. Daļa šo sūdzību tiek atrisināta, pamatojoties uz pacientu reģistriem vai citu ierobežotāku procedūru. Tikai dažu sūdzību gadījumos tiek veikta plašāka izmeklēšana. Lai paātrinātu un uzlabotu sūdzību apstrādi un klientu un pacientu iesniegtās atsauksmes, tiek izdarīti grozījumi pašreizējās procedūrās un tiesību aktos, lai izvirzītu prasību, ka visas neapmierinātības izpausmes sākotnēji izskata attiecīgais pakalpojuma sniedzējs.

<sup>66</sup> Šī informācija ir tikusi iesniegta EPSO agrāk, un šī pārskata nolūkiem nav tikusi nesen pārbaudīta Somijas *Valvira*.

#### 4. attēls. Sūdzību izskatīšanas sistēma Somijā



#### 5.4. Portugāle

Portugālē, ja pacienti/lietotāji uzskata, ka veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs ir pārkāpis viņu (vai kādas citas personas) tiesības, viņi var iesniegt sūdzību sekojošos veidos:

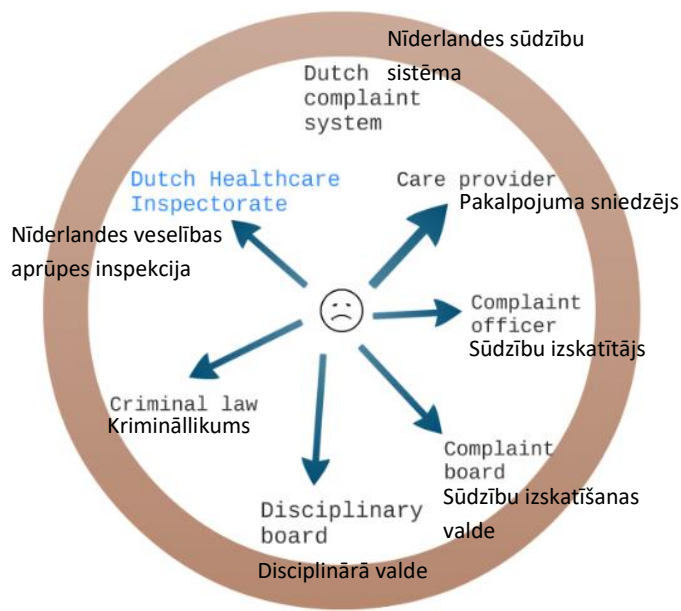
- lūdzot pakalpojuma sniedzējam oficiālo Sūdzību grāmatu, kādai jābūt pieejamai pie jebkura veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja;
- iesniedzot sūdzību tiešsaistes Sūdzību grāmatā, kas ir pieejama vietnē [www.ers.pt](http://www.ers.pt) <https://www.ers.pt/pages/167>;
- nosūtot rakstisku sūdzību ERS pa pastu vai pa e-pastu.

Visas sūdzības vispirms tiek apstrādātas vietējā līmenī, bet sūdzības kopija, kā arī informācija par sūdzības izskatīšanas rezultātiem ir jānosūta ERS. Sākotnēji ERS vienkārši izseko sūdzības izskatīšanas ceļu un rezultātu. Visas sūdzības un to izskatīšanas rezultāti atrodas ERS datubāzē. Ja sūdzības tiek atrisinātas vietējā līmenī, tās izmanto kā avotu riska analīzei, pārbaudei vai ieteikumiem par kvalitātes uzlabošanu. Neskatoties uz to, divas reizes gadā tiek publicēts vispārējs aprakstošs ziņojums. Sūdzības, kas nav atrisinātas, pāriet ERS izstrādātas datu analīzes un šķīrošanas fāzē, iesaistot inspektoru un neatkarīgu pakalpojuma sniedzēju. ERS lūdz papildu informāciju no pusēm un ārstu asociācijas, medicīnas māsu asociācijas u.c., lai apkopotu viņu zināšanas. Galīgais lēmums tiek pieņemts ERS. Ja lēmums netiek akceptēts, lieta nonāk tiesā, bet ERS var ierosināt izmantot mediāciju vai citu alternatīvu strīdu izšķiršanas procesu. Vienīgi gadījumi, kad pacientam nodarīts nopietns vai pastāvīgs kaitējums, dažreiz nonāk tiesā.

#### 5.5. Nīderlande

Nīderlandes veselības aprūpes inspekcija (IGJ)

- Katru gadu saņem 1500 sūdzību no pilsoņiem
- Nav paredzēts kā atsevišķs sūdzību izskatītājs
- Var turpināt izmeklēšanu, ja sūdzības norāda uz strukturālām vai ļoti nopietnām problēmām
- Neskatoties uz to, tikusi kritizēta par to, ka neuztver pacientus nopietni



IGJ sūdzības iedala:

- Ārstniecības jautājums
- Saskarsmes jautājums
- Pārvaldības jautājums

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2016/4\\_R\\_2\\_Bouwmann\\_epso\\_prezi.pdf](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2016/4_R_2_Bouwmann_epso_prezi.pdf)

## 5.6. Beļģija

Beļģijā <sup>67</sup>(Flandrijas aprūpes inspekcijā – RIF) agrāk sūdzības tika iedalītas trijās kategorijās

- Informācija
- Ziņojumi
- Sūdzības

Paziņošana Inspekcijai notiek šādos gadījumos:

- Anonīmas sūdzības (nav iedzīvotāju drošības apdraudējuma).
- Pārbaude jau ir uzsākta, t. i., saistībā ar citu sūdzību vai cita procesa ietvaros.
- Gadījumā, ja nesen veikta regulāra pārbaude beigusies ar pozitīvu ziņojumu. Piemēram, sūdzības iesniedzējs norāda, ka netiek īstenota ergoterapija, bet pārbaudes ziņojumā teikts, ka ergoterapija tiek īstenota atbilstoši un tās īstenošanai darbinieku netrūkst.
- Sūdzības, kuru risināšana ir ļoti sarežģīta vai vispār nav iespējama.
- Subjektīvas sūdzības, piemēram, ēdieni ir pārāk piparoti, nepatīkama smaka kafetērijā.
- Sūdzības iesniedzējs vēlas pagaidīt pirms oficiāli iesniegt sūdzību, t. i., vēlas vispirms runāt ar pakalpojuma sniedzēja vadību. Tad ar paziņojumu tiek mēģināts noskaidrot, vai sūdzība ir tikusi atrisināta.
- Sūdzības, kuru rašanos nav iespējams novērst, bet kuras neparedz tiešu apdraudējumu iedzīvotājiem.
- Sūdzību var atrisināt RIF (piemēram, nepareizs ikmēneša rēķins, rakstisks līgums neatbilst tiesību aktiem). Inspekcijai tiek paziņots, lai konstatētu, vai problēma patiešām ir atrisināta saskaņā ar vienošanos

<sup>67</sup> Šī informācija ir sūdzību izskatīšanas labā prakse, kas agrāk tikusi norādīta EPSO; pašreizējā situācija sūdzību izskatīšanā šī ziņojuma mērķiem nav pārbaudīta.

starp RIF un aprūpes pakalpojuma sniedzēju (piemēram, vai rakstiskais līgums ir ticis pielāgots un darīts zināms visiem iedzīvotājiem).

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/brussel/Presentatie\\_brussel\\_complaints\\_wg\\_rusthuisinfofoon\\_rif\\_eng\\_2.pptx](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/brussel/Presentatie_brussel_complaints_wg_rusthuisinfofoon_rif_eng_2.pptx)

## 6. Pašnovērtējums un ziņošana par starpgadījumiem

### 6.1. Dānija (DPSA)

Dānijā ziņošana par pacientu drošības starpgadījumiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem ir obligāta, bet pacientiem un viņu radniekiem/tuviniekiem tā ir pēc izvēles. 2017. gadā Dānijas drošības datubāzē (DPSD) tika ziņots par 211 873 pacientu drošības starpgadījumiem. Salīdzinājumā ar iepriekšējiem gadiem vērojams neliels pieaugums.

Pirms iesniegšanas DPSA atsevišķie ziņojumi tiek analizēti un izmantoti apmācībai vietējā mērogā. Vispārējais mērķis ziņošanai par pacientu drošības starpgadījumiem ir pacientu drošības uzlabošana un drošības kultūras veicināšana veselības aprūpes pakalpojumos, jo mācīšanās no kļūdām ir neatņemama ikdienas darba sastāvdaļa veselības aprūpes nozarē.

Ziņošanas sistēma ir konfidenciāla un neietver sankcijas. Tas, cita starpā, nozīmē, ka informācija par ziņotāju var tikt atklāta tikai dažām konkrētām personām, kuras nodarbojas ar pacientu drošību reģionā, pašvaldībā vai līdzīgā iestādē, kurai ziņots par starpgadījumu, un ka pirms iesniegšanas DPSA šie starpgadījumi ir depersonalizēti. Nolūks ir radīt uzticību sistēmai un veicināt ziņošanu par starpgadījumiem, lai varētu mācīties no novēršamām kļūdām.

Tādēļ atsevišķi ziņojumi nevar novest pie uzraudzības darbībām, kas vērstas pret starpgadījumā iesaistīto pakalpojumu sniedzēju vai speciālistu(-iem). DPSA var izmantot ziņojumus tikai, lai identificētu augsta riska jomas un gūtu labāku izpratni par augsta riska situācijām. Šīs zināšanas savukārt var izmantot, lai izstrādātu indikatorus uzraudzības darbībām kopumā.

DPSA mudina veselības aprūpes iestādes veikt pašnovērtējumu, izmantojot DPSA uzraudzības darbībās izmantotos indikatorus. Tomēr iestādēm netiek pieprasīts to darīt, un šāda veida pašnovērtējumam visā veselības aprūpes nozarē ir ļoti atšķirīgas pieejas, kur konkrēta veida pakalpojumu sniedzēji ir ļoti pieredzējuši pašnovērtējuma veikšanā, savukārt citiem šādas prakses nav.

### 6.2. Nīderlandes IGJ

Nīderlandes Veselības aprūpes inspekcija cenšas pilnveidot ārstniecības iestāžu darbību. Ārstniecības iestādes ir atbildīgas par sniegtās aprūpes pakalpojumu kvalitāti. Inspekcijas mērķis ir novērst risku, ja ārstniecības iestādē noticis nevēlams notikums, bet tā neveic atbilstošus uzlabošanas pasākumus, tādējādi nenovēršot problēmu pakalpojumu sniegšanā, kas izraisīja šādu notikumu iespējamu. Inspekcija sagaida, ka ārstniecības iestādes veiks atbilstošu negadījumu izmeklēšanu (pašnovērtēšana), kas novedīs pie uzlabošanas pasākumiem. Pēc tam inspekcija izvērtēs ziņojumu. Inspekcijas mērķis ir nodrošināt, lai katra ārstniecības iestāde Nīderlandē varētu veikt pienācīgu izmeklēšanu (piemēram, cēloņu analīzi). IGJ novērtē izmeklēšanas ziņojumu kvalitāti, sniedz īpašas atsauksmes par attiecīgajām lietām un laika gaitā seko šo ziņojumu kvalitātei. Novērtējuma anketa, ko izmanto IGJ: <https://qualitysafety.bmj.com/content/26/3/252>

### 6.3. Zviedrija

Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem jāveic pašpārbaude tik bieži un tādā apmērā, lai tā nodrošinātu sniegtās aprūpes kvalitāti. Konstruktīva pašpārbaude ir būtiska aprūpes pakalpojumu sniedzēja darba sastāvdaļa, lai labāk iepazītu savu darbību un noteiktu uzlabojamās jomas. Sistemātiska pacientu drošība cita starpā ietver pašpārbaudi, kuras viena no sastāvdaļām ir vēlme apzināt riskus un darbību trūkumus,

piemēram, apkopojot un analizējot sūdzības un datus, kas iegūti no dažādu uzskaišu datiem. Analizējot riskus un atkāpes kopējā līmenī, pēc tam var identificēt cēloņus, pēc kā var īstenot pareizas darbības. Turklāt pašpārbaude liek aprūpes pakalpojumu sniedzējam sistemātiski sekot tam, vai ieviestie pasākumi vai jaunie darbošanās veidi ir radījuši vēlamo efektu.

Svarīgi, lai pašpārbaudes pieredze sadarbības ziņā daļēji izpaustos pašu darbībās un dotu labumu citiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, kas var gūt mācības no tā. Izmantojot šādu pieeju, aprūpētāji var strādāt, lai paaugstinātu pacientu drošību ilgtermiņā. Tas ir nepārtraukts darbs, tāpēc nevar teikt, ka tam būtu kāds galīgais mērķis. Būtiski, lai visi pacientu drošības aspekti darbojas regulāri un sistemātiski, pakalpojumu sniedzējs veic konstruktīvu paškontroli, kas atbilst Pacienta drošības likuma trešajā nodaļā noteiktajām prasībām attiecībā uz darbību kontroli.

<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2018/samverkan-for-multisjuka-aldres-valbefinnande.pdf>

Zviedrijā nav precīzi definēta pašnovērtēšanas modeļa. Sākotnēji IVO bija paredzējusi ļaut veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem veikt pašnovērtējumu, kur Inspekcijas loma bija pakalpojumu sniedzējiem radīt iespēju apspriest sava pašnovērtējuma rezultātu, ieskaitot metodi un rezultātus.

#### 6.4. Somija

*Valvira* un reģionālā pašvaldība izstrādā valsts mēroga skrīninga programmas, kas nodrošina kopīgas vadlīnijas uzraudzībai un aktīvu pārvaldīšanai. Mērķis ir pārorientēt uzraudzību no notikušo notikumu izmeklēšanas uz proaktīvu vadību un pārraudzību. Uzraudzības programmas ir sagatavotas tā, lai tās kalpotu arī kā pašpārbaudes pamatdokumenti. *Valvira* ir likusi īpašu uzsvāru uz efektīvas, proaktīvas un interaktīvas uzraudzības veicināšanu, pamatojoties uz riska novērtējumu. *Valvira* uzskata, ka pašu pakalpojumu sniedzēju veiktā pašpārraudzība ir un tai būtu jābūt visefektīvākajai uzraudzības formai. Uzraudzības iestāžu loma ir piedāvāt atbalstu un ieteikumus sociālās labklājības un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, tiem īstenojot pašpārraudzību. Pierādījumi liecina, ka viņu darbs ir bijis efektīvs un pašpārraudzības kvalitāte ir ievērojami uzlabojusies, turklāt pakalpojumu sniedzēju vidū novērojama arī lielāka atklātība.

[http://www.valvira.fi/documents/18508/101799/Valvira\\_effective\\_supervision\\_2016\\_web.pdf/335007a4-6c27-45df-bc2d-9c754ea06dee](http://www.valvira.fi/documents/18508/101799/Valvira_effective_supervision_2016_web.pdf/335007a4-6c27-45df-bc2d-9c754ea06dee)

Sociālās labklājības un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji Somijā ir apņēmušies nodrošināt:

- Nepārtrauktu pakalpojumu uzlabošanu
- Pašpārraudzības plāna sastādīšanu, aktualizēšanu un pārskatīšanu, kā arī tā publiskošanu
- Pašpārraudzības plāna ieviešanu
- Pastāvīgu savu pakalpojumu uzraudzību, novērtēšanu un uzlabošanu
- Personāla, pacientu, klientu un tuvāko radnieku viedokļa atspoguļošanu, turpinot attīstīt pašpārraudzības praksi

*Valvira*, Somijas Veselības aprūpes inspekcija:

- Nodrošina atbalstu un ieteikumus pašpārraudzības īstenošanai
- Nodrošina, lai pašpārraudzības pasākumi atbilstu to mērķim
- Sadarbībā ar Sociālo lietu un veselības ministriju (STM) un Nacionālo veselības un labklājības institūtu (THL) atbild par valsts zināšanu bāzes, pašpārraudzības kvalitātes indikatoru un pašpārraudzības modeļu izveidi.

*Valvira* mērķis ir nodrošināt sistemātisku pašpārraudzības kārtību visās sociālās labklājības un veselības aprūpes iestādēs, kas novērsīs nepareizu rīcību, identificēs nepilnības un ļaus pakalpojumu sniedzējiem nekavējoties tās novērst. Tas nodrošina drošu un kvalitatīvu pakalpojumu pieejamību klientiem un

pacienti. Pašpārraudzība vienmēr būs primārā uzraudzības metode Somijas sociālās labklājības un veselības aprūpes nozarē. Darba devējs ir pirmais atbildīgais par savas darbības un personāla uzraudzību. Tā ir vienīgā organizācija, kas spēj reālā laikā dot norādījumus, veikt uzraudzību un izvērtēt pakalpojumus, par kuriem tā ir atbildīga, un veikt tūlītējus pasākumus, lai novērstu visas konstatētās nepilnības. Vadībai ir galvenā loma pakalpojumu kvalitātes un atbilstības pašpārraudzībā.

Iniciatīvas ietvaros pašlaik notiek pašpārraudzības apmācības un pētījumi, kā rezultātā tiek iegūta jauna informācija un nodrošināti bezmaksas tiešsaistes mācību resursi. Bezmaksas tiešsaistes apmācības modulis nodrošina daudz noderīgas informācijas par to, kā izveidot un īstenot pašpārraudzības plānu.

(<http://www.lapinkorkeakoulukonserni.fi/Sociopolis/Opetus/Omavalvontakoulutus#> )

## **7. Ieinteresēto pušu iesaistīšana**

### **7.1. Somija**

*Valvira* pamanījusi, ka tās darbības vide mainās. Normatīvās pieejas vietā tai ir nepieciešama jauna prakse, kuras pamatā ir dialogs un mijiedarbība. Sistēmā veiktas izmaiņas, lai izslēgtu dažas līdz šim īstenotās prakses, piemēram, ir samazināta birokrātija, lai atvieglotu pašvaldību, pakalpojumu sniedzēju, uzņēmumu un citu iestāžu administratīvo slogu, neapdraudot klientu un pacientu drošību. *Valvira* īstenotajos procesos iesaista dažādas ieinteresētās personas, veicot tā saukto interaktīvo uzraudzību.

#### **Interaktīvā uzraudzība:**

- Uzraudzības iestādes un pakalpojumu sniedzēji (komisāri) kopīgi strādā pie ilgtermiņa risinājumiem.
- No apgrūtinošas, retrospektīvas uzraudzības var izvairīties, veicot interaktīvu uzraudzību.

#### **Interaktīvās uzraudzības metodes:**

##### **Reģionālie pasākumi, vadība un apmeklējumi novērtēšanas īstenošanai**

- Iestāžu un pakalpojumu sniedzēju, kā arī citu galveno ieinteresēto personu, piemēram, pacientu, klientu pieredzes ekspertu un pacientu biedrību tikšanās
- Iespējas pārrunāt plašas, iepriekš saskaņotas tēmas reģionālajos pasākumos un detalizētākas, specializētas tēmas konsultāciju un novērtēšanas apmeklējumu laikā
- Konsekventa pieeja retrospektīvai analīzei un komunikācijai valsts līmenī
- Informācijas apmaiņas un atgriezeniskās saiknes nodrošināšana starp nozares pārstāvjiem un uzraudzības iestādēm

#### **Ieinteresēto pušu vadība**

- Daudzveidīga informācijas apmaiņa, tai skaitā ieinteresēto personu sanāksmēs, pa tālruni un vēstulēs, kā arī saziņa *Valvira* mājaslapā
- Saziņa arī ir uzraudzības veids

#### **Pašvaldības līmeņa iniciatīvas**

- Uzraudzībai jābalstās uz indikatoriem
- Darbībai jāatbilst labai praksei
- Koncentrēšanās uz pašpārraudzības un interaktīvās uzraudzības attīstību

### **7.2. Dānija (DPSA)**

*DPSA* ir izstrādāta stratēģija veselības aprūpes nozares pārstāvju, pacientu un sabiedrības iesaistīšanai kopumā, kuras mērķis ir nodrošināt *DPSA* darbības atbilstību un legimitāti. Lai atbalstītu un pārraudzītu *DPSA* uzraudzības sistēmu, ir izveidota vadības komiteja, kurā iekļauti dažādu organizāciju, iestāžu un profesionālo biedrību pārstāvji.

Vadības komitejā ir pārstāvji no šādu veidu organizācijām un institūcijām:

- Profesionālās biedrības/organizācijas, kas pārstāv plašu veselības aprūpes speciālistu loku, piemēram, ārstus, medicīnas māsas un zobārstus
- Reģioni un pašvaldības
- Privātie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji
- Pacientu biedrības
- Iestādes, piemēram, Dānijas Zāļu aģentūra un Valsts sociālo pakalpojumu padome
- Veselības ministrija

Ieinteresētās puses tiek aicinātas piedalīties indikatoru izstrādē un sniegt ieteikumus *DPSA* aktivitāšu plānošanā.

## 8. Konsultatīvās organizācijas

### 8.1. Zviedrijas (IVO) konsultatīvā organizācija:

*IVO* ir tieši pakļauta Veselības ministrijai un to aizsargā tiesību akti.

Valdība ieceļ konsultatīvo padomi, kuras uzdevums ir veidot izpratni un konsultēt ģenerāldirektoru. Padomei nav tiesību pieņemt jebkādus lēmumus. Konsultāciju sniegšanai ģenerāldirektoram valdība ir iecēlusi 9 cilvēkus no šādām organizācijām (laika gaitā tās var mainīt):

- Privāto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju asociācija
- Stokholmas pilsētas dome
- *SALAR* (Zviedrijas Vietējo pašvaldību un reģionu asociācija)
- Parlamenta deputāts (no valdības partijas)
- Parlamenta deputāts (no opozīcijas partijas)
- Māsu asociācija
- Pacientu biedrība (sociālās un garīgās veselības jomā)
- Ārstu biedrība
- Pacientu padome (piemēram, pacientu tiesībsargs)

### 8.2. Portugāle

Portugāles Veselības aprūpes reglamentējošā iestāde (*ERS*) ir tieši pakļauta parlamentam un ministru prezidentam (*presidência do conselho de ministros*), kā nosaka tiesību akti. Tai ir savs budžets, kuru veido pakalpojumu sniedzēju maksājumi.

***ERS* konsultatīvajai padomei** ir konsultēšanās un līdzdalības nodrošināšanas funkcija *ERS* vispārējo darbības virzienu noteikšanai un Valdes lēmumu pieņemšanai.

Konsultatīvās padomes uzdevumos ietverta prasība sniegt iepriekšēju un nesaistošu atzinumu par visiem jautājumiem saistībā ar Valdes iesniegtajām *ERS* regulējošajām funkcijām, un, ja vien nav pamatotu izņēmumu, par vispārējiem noteikumiem un ieteikumiem, kuriem ir ārēja ietekme.

**Konsultatīvās padomes pienākums ir arī lemt** par šādiem jautājumiem:

- budžets, gada un vairāku gadu darba plāni, balance un atskaites, kā arī darbības pārskats;
- citi jautājumi, kurus iesniedz Valde.

Konsultatīvā padome var sniegt ierosinājumus vai priekšlikumus Valdei par *ERS* darbības uzlabošanu. Parasti sēdes notiek vismaz divas reizes gadā, savukārt ārkārtas sēdes ikreiz, kad tādas sasauc padomes priekšsēdētājs pēc trešās daļas locekļu pieprasījuma vai pēc Valdes pieprasījuma. Konsultatīvās padomes izveides noteikumus un darbības kārtību nosaka *ERS* noteikumi – *ERS* Konsultatīvās padomes nolikums.

***ERS* Konsultatīvās padomes sastāvs:**

- Par veselības aprūpes jomu atbildīgā valdības locekļa pārstāvis – Ziemeļu Reģionālās veselības pārvaldes Vadības padomes loceklis.
- Pieci pārstāvji no *ERS* Statūtu 4. panta 2. punktā minētajām dažādām pakalpojumu sniedzēju grupām:
  - Valsts apmaksātu stacionāro pakalpojumu sniedzēju pārstāvis – Ziemeļaustrumu vietējā veselības nodaļa *E.P.E.*, ko pārstāv tās valdes priekšsēdētājs.
  - Valsts apmaksātu ambulatoro pakalpojumu sniedzēju pārstāvis – Austrumu ostas veselības centru asociācija, kuru pārstāv tās izpilddirektors.
  - Valsts neapmaksātu stacionāro pakalpojumu sniedzēju pārstāvis – *APHP* – Portugāles Privāto stacionāru asociācija, kuru pārstāv tās Direkcijas vadītāja.
  - Valsts neapmaksātu ambulatoro pakalpojumu sniedzēju pārstāvis – *ANEAE* – Nacionālā specializēto atbalsta uzņēmumu asociācija, kuru pārstāv Ģenerālās asamblejas priekšsēdētājs.
  - Sociālo pakalpojumu sniedzēju (privātas sociālās solidaritātes iestādes – *IPSS* un citas līdzīgas iestādes) pārstāvis – *Pulmonale* – Portugāles Apvienība cīņai pret plaušu vēzi.
- Pieci pakalpojumu lietotāju pārstāvji no konkrētām veselības aprūpes lietotāju asociācijām un vispārīga rakstura patērētāju apvienībām:
  - *APIR* – Portugāles Nieru mazspējas asociācija.
  - *DECO* – Portugāles patērētāju aizsardzības asociācija.
- Pieci profesionālo sabiedrisko apvienību un citu veselības nozares profesionālo asociāciju pārstāvji:
  - Divi pastāvīgie locekļi:
    - Zobārstu organizācija
    - Ārstu organizācija
  - Trīs rotējoši locekļi (divi mandāti)
    - Pirmais divu gadu termiņš (2015.–2017.):
      - o *APEGSAUDE* – Portugāles Inženierijas un veselības pārvaldības asociācija, kuru pārstāv tās prezidents.
      - o *APLO* – Licencēto optometrijas speciālistu asociācija.
      - o *FNAM* – Nacionālā ārstu federācija.
    - Otrais divu gadu termiņš (2017.–2019.):
      - o *SPMA* – Portugāles Medicīniskās akupunktūras biedrība.
      - o *UPOOP* – Portugāles optiķu un optometristu profesionālā apvienība.
      - o Māsu apvienība.
  - Divi citu ar veselības nozari saistītu valsts iestāžu pārstāvji:
    - Patērētāju lietu ģenerāldirektorāts.
    - Portugāles Universitāšu rektoru padome.
  - Divas neatkarīgas personas ar zināšanām un/vai pieredzi veselības aprūpes nozarē.

## 9. Pārbaudes/uzraudzības metodes

### 9.1. Uz risku balstīta uzraudzība

#### 9.1.1. Zviedrija

Zviedrijas Veselības padomes (IVO) politikas dokumentos nav sīkāk aprakstīts, kā veikt uz risku balstītu uzraudzību. Ar mērķi izveidot kopējo ainu par situāciju Zviedrijā, IVO regulāri nodrošina dažādu avotu sniegto rezultātu sistemātisku analīzi:

- IVO pašu avoti, piemēram, apmeklējumi, cita informācija u.c.
- citi avoti
- valsts līmeņa avoti
- reģionālā līmeņa avoti
- pacientu un lietotāju viedokļi un pieredze

#### 9.1.2. Anglija

Tā kā zinātniskajiem un riska profilēšanas pierādījumiem tiek pievērsta pastiprināta uzmanība, (<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2016/04/15/bmjqs-2015-004687>) aizvien vairāk valstu pievēršas savām novērtēšanas sistēmām, lai noskaidrotu, kuri faktiski ir vislabākie uzraudzības pasākumi un kuriem no tiem ir vislielākā korelācija ar riskiem. Uzraudzības organizācijai bieži nākas saskarties ar budžeta jautājumiem, tajā skaitā arī Anglijā Aprūpes kvalitātes komisijas (CQC) rīcībā ir vien ierobežoti resursi, lai veiktu pārbaudes uz vietas. Komisija ir izmantojusi statistisko novērojumu rīkus, lai palīdzētu noteikt, kuriem pakalpojumu sniedzējiem būtu prioritāri jāveic pārbaudes. CQC ir pārbaudījusi un izmanto statistisko novērojumu rīkus, lai atbilstoši novērtētu kvalitātes riskus un noteiktu pārbažu prioritātes.

#### 9.1.3. Nīderlande

Nīderlandes Veselības aprūpes inspekcija (IGZ) ir oficiālā reglamentējošā iestāde, kuras uzdevums ir nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumu, profilakses pasākumu un zāļu kvalitātes uzraudzību. Inspekcija veic pasākums pret jebkuru aprūpes pakalpojumu sniedzēju vai ražotāju, kas neievēro spēkā esošos tiesību aktus. Tās pieeja ir “balstīta uz risku”, t. i., Inspekcija koncentrējas uz tiem aspektiem, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem un ražotājiem, kuru darbība atrodas augsta (vai augstāka par vidējo) pacientu drošības riska līmenī. Potenciālie riski tiek identificēti pēc izstrādātas riska indikatoru sistēmas. Nīderlandes riska indikatoru sistēma sastāv no piecām galvenajām kategorijām:

- Ziņojumi par starpgadījumiem un indikatori, kas balstīti uz starpgadījumu risināšanas kvalitāti;
- Pārbažu konstatējumi (pašas Nīderlandes Veselības inspekcijas novērojumi);
- Pacientu pieredze, piemēram, atsauksmes publiski pieejamajā Inspekcijas mājaslapā [www.ZorgkaartNederland.nl](http://www.ZorgkaartNederland.nl)
- Ar veselības aprūpi saistīti indikatori (kvalitāte un drošība), piemēram, pacientu rezultāti;
- Organizatoriskā informācija, piemēram, slimnīcas vai citas veselības aprūpes iestādes finansiālais stāvoklis un personāla aprīte;

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/20170314\\_input\\_Dutch\\_Health\\_Care\\_Inspectorate\\_IGZ\\_for\\_EPSO\\_risk\\_working\\_group.pdf](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/20170314_input_Dutch_Health_Care_Inspectorate_IGZ_for_EPSO_risk_working_group.pdf)

#### 9.1.4. Dānija *DPSA*

2017. gadā *DPSA* ieviesa jaunu uz risku balstītu modeli uzraudzības darbību veikšanai, kas tiek ieviests triju gadu laikā. Šajā periodā *DSPA* mērķis ir noteikt katra veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja veida riska profila bāzes līmeni, kam kopā ar citiem riska analīzes avotiem vajadzētu palīdzēt identificēt augsta riska jomas turpmāku uzraudzības darbību veikšanai. Šie avoti ir ziņojumi par starpgadījumiem saistībā ar pacientu drošību, pacientu sūdzības, konsultatīvo iestāžu, ārstu un citu ieinteresēto personu sniegtā informācija.

Līdz šim iestādes tika atlasītas uzraudzības darbību veikšanai, pamatojoties uz standarta procedūrām, nevis individuālu riska analīzi, bet pašlaik *DSPA* strādā pie individuālas iestāžu riska novērtēšanas metodes izveides. Tomēr pašlaik riska analīze tiek izmantota tikai tādu riska jomu un pakalpojumu sniedzēja identificēšanai, kurās vairāki datu avoti norāda uz lieliem riskiem, piemēram, medikamentu un pacientu pārsūtīšana, aprūpe mājās. Uz risku balstīts modelis paredz, ka nākotnē veselības aprūpes iestāžu izvēlei, papildus uz riska analīzi balstītai pieejai, būtu jābūt noteiktai uz standarta procedūrām balstītai izlases uzraudzībai, lai nodrošinātu, ka potenciāli tai var tikt aptvertas visas veselības aprūpes iestādes. Tomēr lielākajai daļai uzraudzības darbību vajadzētu būt vērstai uz tādiem pakalpojumu sniedzējiem, kuros ir vislielākais risks pacientu drošībai.

### 10. Indikatoru izmantošana uz risku balstītā uzraudzībā

#### 10.1. Dānija (*DPSA*)

Pašreizējā uzraudzības modelī *DPSA*, pamatojoties uz riska analīzi, izvēlas indikatorus, lai nodrošinātu, ka uzraudzības darbības veicina maksimāli iespējamā pacientu drošības līmeņa paaugstināšanos. Tai skaitā ir starpgadījumu saistībā ar pacientu drošību un pacientu sūdzību izskatīšana, konsultatīvo organizāciju un citu avotu sniegtā informācija. Ārējās ieinteresētās puses tiek aicinātas piedalīties indikatoru izstrādē, lai nodrošinātu to klīnisko atbilstību un leģitimitāti. Kopumā indikatoru izstrādes pamatprincips ir tāds, ka visiem indikatoriem jābūt balstītiem uz atbilstošiem tiesību aktiem, lai varētu nodrošināt atbilstību, kas nozīmē, ka visiem indikatoriem ir jābūt noteiktai skaidrai metodikai, kā noteikt, vai prasības ir izpildītas vai nē, jo neatbilstība var novest pie sankcijām pret veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju. Minētais savukārt ir atklājis, ka, izmantojot šādu pieeju, tiek noteikti ierobežojumi zināmu un nopietnu pacientu drošības riska jautājumu risināšanai, jo ne vienmēr ir iespējams noteikt skaidru atbilstības novērtēšanas metodi vai norādīt uz tiesību aktiem, kas tieši saistīti ar attiecīgo risku.

Tādēļ *DPSA* apsver jauna veida indikatoru ieviešanu izmantošanai uzraudzībā, kur uzraugs var iepazīties ar vienu vai vairākiem zināmu un nopietnu risku aspektiem, un nodrošināt, ka iestādes personāls un vadība apzinās šos riskus un zina, kā ar tiem tikt galā, neziņojot par rezultātiem, kādas devušas sarunas par šīm tēmām. Mērķis ir palielināt uzraudzības apmeklējumu atbilstību un saistībā ar uzraudzības darbībām stiprināt mācīšanās un zināšanu apmaiņas lomu, nevis sankcijas.

#### 10.2. EPSO Riska darba grupa (ieskaitot Lielbritānijas, Nīderlandes, Zviedrijas un Francijas mācības)

Viens no darba grupas secinājumiem ir tāds, ka uzraudzības struktūrām vajadzētu mazāk koncentrēties uz "lielajiem datiem" un sarežģītu riska profila veidošanu. Tā vietā vajadzētu identificēt un atrast mazāku indikatoru skaitu/grupu, kas vislabāk atbilstu inspektoru uz vietas veiktas revīzijas rezultātiem.

Ieteikums ir vairāk pievērsties šiem indikatoriem un mēģināt strādāt tādā virzienā, lai "atrastu signālu visā kopējā troksnī".

Otrs secinājums ir tāds, ka viens indikators vai maza indikatoru grupa neaptver visu interesējošā jautājuma aspektus, bet var būt noderīgs kā iesākums padziļinātai kāda aspekta izpētei.

EPSO Riska darba grupa jau ir iesaistījusies šajā “labāko indikatoru” noteikšanas vienkāršošanas projektā. Iespējams, nav pārsteigums, ka daži no labākajiem informācijas avotiem par organizācijas jautājumiem ir pacientu un personāla aptaujas, un tie saistīti ar pacientu iesaisti un vadību.

### 10.3. Anglija

Iepriekšējos gados CQC ir veikusi nozīmīgas reglamentēto pakalpojumu pārbaudes. Visi reglamentētie pakalpojumi ir saņēmuši vērtējumu CQC vērtējuma ir 4 ballu skalā:

- Izcili
- Labi
- Nepieciešami uzlabojumi
- Nepietiekami

Pateicoties šiem vērtējumiem, CQC var rast sakarību starp noteiktajiem indikatoriem un iegūtajiem vērtējumiem. Sakarība ļāva noskaidrot, kuriem no indikatoriem ir visnozīmīgākā statistiskā saikne ar vērtējumiem. Tie ir uzskaitīti šajā dokumentā:

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/170314\\_CQC\\_SWE\\_Best\\_performing\\_RISK\\_indicators\\_overview.docx](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/170314_CQC_SWE_Best_performing_RISK_indicators_overview.docx). Visnozīmīgākā saikne novērota stacionāros (kur ir vislabākie dati), un redzams, ka stacionāriem piesaistīti ir 10–12 indikatoru, kas ir precīzākie to snieguma prognozēšanas indikatoru. Tikai daži no indikatoriem ir saistīti ar vadību. Kvalitāte tiek vērtēta, izmantojot 5 jautājumus:

- Vai tas ir droši?
- Vai tas ir efektīvi?
- Vai tas nodrošina labu aprūpi?
- Vai tas ir atsaucīgi?
- Vai tas tiek labi vadīts?

Analizējot datus, redzams, ka vadības kvalitāte (labi vadīts) patiešām būtiski atšķiras no pārējiem vērtējumiem, tāpēc diezgan daudz labāko sniegumu prognozējošo indikatoru attiecas uz vadību. Piemēram, veselības aprūpes darbinieku vakcinācija pret gripu – šķietami visnotaļ dīvains indikators, bet tas parāda, ka, ja stacionāra ārstniecības iestāde labi veic savu darbinieku vakcinēšanu pret gripu, lai nodrošinātu, ka darbinieki ierodas darbā, nevis slimo, un ka gripas infekcija nenonāk ārstniecības iestādē, tā ir pazīme, ka organizācija darbojas labi. Vadība nodrošina, ka personāls veic savas funkcijas.

Piemēram, 3 indikatoru no Lielbritānijas Nacionālā veselības dienesta (NHS) personāla aptaujas:

- Laba saziņa ar personālu
- Atvērta ziņošanas kultūra
- Vadītāju sniegts atbalsts

Šie indikatoru liecina, kāda ir vadības kvalitāte, kas lielā mērā korelē arī ar to, kāda ir kopējā aprūpes kvalitāte. Atsevišķi indikatoru ir vairāk pazīstami, piemēram, gaidīšanas laiks uzņemšanā (cik ilgi neatliekamā palīdzība gaida slimnīcas ārpusē, līdz pacients nokļūst uzņemšanā) un infekcijas slimības.

Par ģimenes ārstiem ir mazāk datu, un to statistiskā saikne ir nenoīmīgāka. Vislabākie dati iegūti no ģimenes ārstu pacientu aptaujas, kurā cilvēki pastāsta par savām attiecībām ar ģimenes ārstu. Izstrādāti ir 3 galvenie indikatoru:

- Iedzīvotāju aizsardzība
- Iepriekšējo 12 mēnešu laikā CQC saņemtās atsauksmes un sūdzības
- Ziņojumi par pārkāpumiem

Šie indikatori ir noderīgi, bet visi ietver balstīšanos jau notikušos gadījumos, tāpēc nefunkcionē kā brīdinājums par kādu iespējamu pastāvošu problēmu. Jāmin, ka bieži vien šī informācija liecina par plašākas problēmas esamību.

Daži iestādes vadības novērtēšanas indikatori bieži vien ir vislabākie rādītāji, bet ne vienmēr. Kā redzams, labākā snieguma prognožu indikatoros neparādās neviens no labi vadītas ASC (pieaugušo sociālās aprūpes) un arī neviens no GP (ģimenes ārstu) indikatoriem.

Komisija nepārtraukti seko datiem un veic to analīzi, kā rezultātā iegūtā informācija veicina izpratni par to, kam jāpievērš vislielākā uzmanība.

Daudz informācijas par aprakstīto metodoloģiju ir pieejama Komisijas mājaslapā un pakalpojumu sniedzējiem publicētajās rokasgrāmatās, lai pakalpojumu sniedzēji būtu informēti par CQC prasībām pārbaudes laikā.. Mājaslapā ir atrodama arī informācija par to, ko nozīmē katrs indikators un kā dati tiek iegūti.  
<https://www.cqc.org.uk/>

#### 10.4. Nīderlande

Nīderlandes Veselības aprūpes inspekcija izmanto informācijas paneli (skatīt dokumentu [http://epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/20170314\\_input\\_Dutch\\_Health\\_Care\\_Inspectorate\\_IG\\_Z\\_for\\_EPSO\\_risk\\_working\\_group.pdf](http://epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/20170314_input_Dutch_Health_Care_Inspectorate_IG_Z_for_EPSO_risk_working_group.pdf)), kuru tā sagatavo inspektoriem un kas ir paredzēts arī visiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem (slimnīcām, ģimenes ārstiem, pansionātiem u.c.).

Daļu informācijas inspektori saņem no atbilstošās uzraudzības iestādes, precīzāk, no ziņojumiem par starpgadījumiem vai iepriekš veiktām pārbaudēm. Tāpat inspektoriem ir pieejama informācija, kuru viņi saņem no ārējiem avotiem – pacientu pieredze, ar aprūpi saistīti indikatori un cita informācija par pakalpojumu sniedzējiem. Atsevišķi indikatori ir uzskaitīti iepriekš norādītajā dokumentā. No visiem indikatoriem uzraudzības iestāde, t.sk. inspektori, ir izvēlējušies vispiemērotākos indikatorus. Uzraudzības iestāde nav izstrādājusi indikatoru kopumu statistiski, bet procesā ir iesaistījusi inspektoros, kā rezultātā, indikatoriem, kurus inspektori uzskatīja par visbūtiskākajiem, piešķirts riska rādītājs robežās no 0 līdz 100, kur 100 ir maksimālais risks. Tādējādi tika iegūts kopējais riska rādītājs katrai indikatoru grupai, no kura tika iegūts galīgais riska rādītājs. Galīgais riska rādītājs nav uzskatams par vidējo rādītāju, jo inspektori izvērtē katras grupas rādītājus un katru grupā ietilpstošo indikatoru. Tāpat tiks vērtēts gala rezultāts pēc pārbaudes, skatoties, par cik riskantu konkrēto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju ir atzinis inspektors, un pēc tam salīdzinot to ar informācijas panela gala rezultātu. Uzraudzības iestāde uzticas arī inspektora “sajūtām”. Piemēram, informācijas panelis norāda, ka konkrētā ārstniecības iestādē viss ir kārtībā, bet, kad inspektors to apmeklē, viņš/viņa, iespējams, tā neuzskata. Visi minētie faktori kopā veido gala rezultātu un, ja inspektoru vērtējums būtiski atšķiras no informācijas panela rezultātiem, tas tiek uzskatīts par pamatu pārrunām ar inspektoru.

#### 10.5. Zviedrija

Indikatoru ieviešana ir viens no IVO mērķiem. Indikatori ir paredzēti, lai veiktu riska analīzi. Pamatojoties uz riska analīzi, inspekcija nosaka prioritārās jomas, kuras norāda uz nepieciešamību veikt būtiskas izmaiņas. IVO pievērš uzmanību gan jau izmantotajiem indikatoriem, gan vēlamiem indikatoriem. Ņemot vērā, ka vairāki indikatori nebija izmantoti, tika organizētas diskusijas par atsevišķiem indikatoriem, vērtējot, vai tie ir labi vai slikti, bet ne gluži to, vai tie darbojas. IVO ieskatos rezultātu indikatori ir svarīgi, bet procesa indikatori varētu tikt izmantoti, savukārt indikatorus, kas parāda struktūru, viņi noteikti neizmanto. Ja nav rezultātu indikatoru, var izmantot procesa indikatorus, lai noskaidrotu, vai konkrētais process ir tas, kuru vēlaties mainīt. Tādējādi IVO ieguldījums labāko rezultātu indikatoru izvēlē ir īss pārskats par to, kuri indikatori varētu darboties, nevis jau izmantojamo indikatoru pārskats (skatīt CQC\_SWE Best performing RISK indicators overview)

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/170314\\_CQC\\_SWE\\_Best\\_performing\\_RISK\\_indicators\\_overview.docx](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2017/170314_CQC_SWE_Best_performing_RISK_indicators_overview.docx).)

Jāatzīmē, ka, ja par nevēlamu gadījumu ziņo pacients, šai informācijai ir daudz lielāka vērtība, nekā, ja to dara pakalpojumu sniedzējs. Inspekcijas darbības sākumā dominēja viedoklis, ka saistoši ir tieši ziņojumi par starpgadījumiem, nevis pacientu sūdzības, balstoties uz pacientu subjektivitāti, taču tagad viss liecina par šīs domāšanas maiņu, nosakot, ka pacienta viedoklis ir vissvarīgākais. Dažas sūdzības gan nav gluži informatīvas, bet no pacientiem saņemtā informācija joprojām ir svarīga. Protams, arī tas, kā tiek izmantota informācija, kuru iegūst no ziņojumiem par starpgadījumiem, ir svarīgi.

## 11. Citas pārbaūžu metodes

### 11.1. Dānija (DPSA)

DPSA veic virkni dažādu uzraudzības darbību:

- **Plānota organizatoriskā uzraudzība:** Veselības aprūpes iestādēs notiek nepieteikti apmeklējumi, kuru laikā uzraugi veic dokumentu izskatīšanu, kā arī veic sarunas ar personālu un vadību par tēmām, kas saistītas ar attiecīgā iestādes veida indikatoriem. Indikatori tiek izvēlēti, balstoties uz riska analīzi, bet iestādes tiek atlasītas pēc procedūras.
- **Reaktīvā (reaģējošā) organizatoriskā uzraudzība:** Veselības aprūpes iestādēs tiek pieteikti apmeklējumi, pamatojoties uz konkrētām bažām par pacientu drošību, piemēram, pamatojoties uz sūdzību vai citu informācijas avotu.
- **Administratīvā uzraudzība:** Veselības aprūpes iestādēm var tikt pieprasīts nodot atbilstošus dokumentus, piemēram, vadlīnijas un pacientu žurnālus rūpīgas pārbaudes veikšanai, lai nodrošinātu to atbilstību un noteikto pacientu drošības standartu ievērošanu.
- **Individuālā uzraudzība:** Pilnvarota veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja uzraudzība var tikt veikta, pamatojoties uz konkrētām bažām par pacientu drošību, piemēram, sūdzībām vai citiem informācijas avotiem. Tajā var ietilpt sarunas un/vai veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja uzraudzība zināmā laika periodā.

### 11.2. Zviedrija

Zviedrijā pastāv dažādas uzraudzības veikšanas metodes, piemēram, pieteiktās un nepieteiktās pārbaudes, dokumentu izskatīšana, koleģiāla uzraudzība, pašnovērtēšana un sistēmas uzraudzība. Veicot šo dažādu veidu uzraudzību, var tikt izmantotas dažādas metodes, piemēram, dokumentu izskatīšana, fokusa grupas, novērojumi, sarunas ar lietotājiem un pacientiem, privātas sarunas un aptaujas. Izvēloties, kurus rīkus izmantot, pamatnoteikums ir sākt ar mazāk radikāliem pasākumiem un vajadzības gadījumā ieviest stingrākus.

<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/om-ivo/andra-sprak/swedish-health-and-social-care-inspectorate-supervision-policy.pdf>

IVO tika izveidota 2013. gadā ar mērķi nostiprināt uzraudzību.

Daudzu privāto pakalpojumu sniedzēju reglamentācijas atcelšana apvienojumā ar jau esošo varas nodošanu ir atstājusi valstij maz iespēju pārvaldībai. Aizvien pieaug gaidas, ka valstu uzraudzības iestādes nodrošinās sniegto pakalpojumu kvalitāti un drošību, kam nepieciešama vairāk stratēģiska uzraudzība un kas veicina mācīšanos un kvalitātes uzlabošanu.

Lai varētu efektīvi veicināt kvalitātes uzlabošanu un mācīšanos, starp uzraudzības iestādi un uzraudzīto jāpastāv zināmam uzticības līmenim. Pēdējam jāuzticas, ka uzrauga galvenā uzmanība ir vērsta uz mācībām un kvalitātes uzlabošanu. Uzraudzības iestādei ir jāuzticas, ka uzraudzītais vēlas attīstīties, un jārīkojas tā, lai neradītu viņā bažas. Pretēji uzticībai – neuzticība, kā arī bailes kļūdīties un sekas, kas no tā izriet, ir šķērslis

mācībām un attīstībai. IVO uzskata, ka cieņpilns dialogs ir visveiksmīgākā metode līdzās uzticamai problēmas analīzei un strādāšanai pareizā organizatoriskā līmenī.

### 11.3. Anglija

CQC galvenais mērķis ir nodrošināt, lai veselības aprūpes un sociālās aprūpes pakalpojumi cilvēkiem būtu droši, efektīvi, līdzjūtīgi, kvalitatīvi, un mudināt aprūpes pakalpojumu sniedzējus pilnveidoties.

Lai to panāktu, CQC mērķa sasniegšana sākas ar:

- Darbu ar pakalpojumu sniedzējiem un sabiedrību, lai saprastu, ko CQC vajadzētu darīt un kā tai vajadzētu darboties, reaģējot uz mainīgajiem apstākļiem;
- Efektīvu sabiedrības izpratnes izmantošanu, lai sekmētupieceju organizācijas pārmaiņām.

Pieci galvenie CQC jautājumi ir:

- Vai tas ir droši?
- Vai tas ir efektīvi?
- Vai tas nodrošina labu aprūpi?
- Vai tas ir atsaucīgi?
- Vai tas tiek labi vadīts?
- KLOE (*Key Lines of Enquiry* – Galvenie pārbaudes aspekti) un konsultēšana vērsta uz pacientu un iesaistīšanos:
  - Viedoklis pirms pārbaudes
    - Priekšpārbaude
  - Viedoklis pārbaudes laikā
    - Eksperti ar pieredzi (ExE)
  - Viedoklis pēc pārbaudes
    - Tematiskās pārbaudes
    - Stāvoklis aprūpē (publiskais pārskats)

### 11.4. Portugāle

ERS – Portugāles inspekcija/regulators darbojas trīs atsevišķos virzienos:

- Izmeklēšana, nevis pārbaude;
- Galvenie mērķi ir garantēt piekļuvi veselības aprūpei un garantēt veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti un drošību ;
- Pētījumu un izpēti veikšana par konkrētām tēmām (tematiskā pārbaude), kuras rezultātā tiek sniegti ieteikumi un konsultācijas ar noteiktu termiņu to ieviešanai un pēcpārbaudes metodi.

[http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/171103\\_EPSO\\_Working\\_group\\_Effectiveness\\_Meeting\\_report\\_Iceland\\_Sept\\_2017\\_M.Murel.pdf](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/171103_EPSO_Working_group_Effectiveness_Meeting_report_Iceland_Sept_2017_M.Murel.pdf)

Konkrētās Portugāles Veselības sistēmas inspekcijas (ERS) īpatnības ir balstītas uz Valsts veselības dienesta līdzaspastāvēšanu ar valsts un privātā finansējuma apakšsistēmu un brīvprātīgo apdrošināšanu, kurā valsts, privātā un sociālā sektora veselības aprūpes pakalpojumi ir Veselības regulēšanas aģentūras (ERS) darbības pirmie mērķi, lai garantētu:

- Atbilstību prasībām, kas attiecas uz Portugāles veselības sistēmā ietilpstošo reglamentēto uzņēmumu darbību un funkcionēšanu, ieskaitot licencēšanu;
- Tiesības uz piekļuvi veselības aprūpei, kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošināšanu, kā arī pārējās lietotāju tiesības;
- Dažādu operatoru, finansēšanas struktūru un lietotāju ekonomisko attiecību likumību un pārredzamību. Šajā parastās tirgus darbības pastāvīgās uzraudzības ietvarā ir arī īpaši svarīgi, ka ERS uzņemas licencēšanas

struktūras lomu un ir atbildīga par minimālo tehnisko darbības prasību pārbaudi atbilstoši likumdošanai, kā arī lemj par licenču izsniegšanu privātajiem operatoriem. Tas ir nosacījums atvērtībai un funkcionēšanai. Ņemot vērā aprakstīto, ERS darbība šajā jomā būtībā balstās uz diviem lieliem snieguma vektoriem un trim darbības modeļiem.

Šie vektori ir prognozējamība un rīcības ātrums. Patiešām, ERS katru gadu uzņemas saistības regulāri veikt tirgus uzraudzību, pamatojoties uz plānotu un mērķtiecīgu pārbaudi gada plānu, kas balstīts uz stratēģisku iejaukšanos, kurā definēts mērķa apjoms(-i) un faktori, kas nosaka tā izvēli. Šis ir uzraudzības modelis pēc ERS iniciatīvas ar prognozējamību un proaktivitāti pārbaudi jomā. Tomēr ERS tiek iesaistīta arī pēc to operatoru iniciatīvas, kuri vēlas iekļūt veselības aprūpes tirgū un kuriem nepieciešams saņemt licenci darbībai, un vienmēr, kad pastāv apstākļi, kuri norāda uz traucējumiem darbības nozarē un kas attaisno tūlītēju iejaukšanos. Šajā jautājumā ERS uzņemas izteikti reaģējošu attieksmi, ņemot vērā nepieciešamo darbības elastību. Runājot par iejaukšanās darbības modeļiem, varam apstiprināt, ka tie ir vērsti uz periodiskiem novērtējumiem/uzraudzību: darbības, lai pārbaudītu atbilstību veselības aprūpes iestādēm piemērojamajiem tiesību aktiem, kvalitātes un drošības prasībām, tostarp minimālajām tehniskajām prasībām lietotājiem, dokumentācijai arhīvā, organizācijai un darbībai, elektroiekārtām, medicīniskajām gāzēm, mehāniskajām iekārtām, zonām, kā arī procedūrām. Parasti šīs darbības ietilpst plānotajā monitoringā. Pārbaudes: pirms lēmuma pieņemšanas par licences pieteikumiem un nosacījumiem par piekļuvi tirgum, un tās raksturo minimālo prasību novērtējums attiecībā uz darbību, kvalitāti un drošību. Šīs darbības ir atkarīgas no ieinteresētās puses iniciatīvas. Īpašās pārbaudes: tās var izrietēt no uzraudzības vai apstiprināšanas vajadzībām notiekošo ERS procesu ietvaros, sākot no ārējiem pieprasījumiem, sūdzībām, lietotāju sūdzībām vai lūgumiem attiecībā uz sadarbību starp iestādēm, un tie ir īpaši apmeklējumi ar specifiskiem mērķiem. Uzraudzības grupas ir multidisciplināras, un parasti to sastāvā ir vismaz viens tiesību, veselības un inženierijas eksperts, grupu var papildināt jomas speciālisti un tas tiek ieviests konkrētās jomās atkarībā no veselības aprūpes struktūrvienības lieluma un novērtējamo pakalpojumu skaita un sarežģītības. Ņemot vērā ERS misiju un pienākumus, pārbaudes darbība, kas tiek īstenota saskaņā ar juridiski ERS personālam atzītajām iestādes pilnvarām un ko īsteno, veicot nepieciešamās darbības uz vietas, ir nepieciešams instruments, lai garantētu tā veselības aprūpes tirgus funkcionēšanas pareizību un likumību, kura pirmais mērķis ir aizsargāt lietotāju intereses un tiesības, nodrošina to, ka uz vietas tiek pārbaudīta operatoru atbilstība noteiktajiem pienākumiem, ļauj identificēt riska situācijas un papildu reglamentācijas vajadzības.

#### 11.5. Nīderlande

Holandiešu aprūpes inspekcija<sup>68</sup> ir veikusi praktisku pētījumu, salīdzinot nepieteiktu pārbaudi rezultātus ar pieteikto pārbaudi rezultātiem. Šis pētījums tika veikts pansionātu vidē.

Praksē Nīderlandes Veselības aprūpes inspekcija parasti iepriekš piesaka pārbaudes pansionātos. Pārbaudi pieteikšana izriet no attiecībām starp inspektoru un aprūpes iestādi. Šīs attiecības balstās uz konsultācijām, sadarbību un uzticību iestāžu centienos nodrošināt kvalitatīvu aprūpi. No pirmā acu uzmetiena šķiet, ka nepieteiktas pārbaudes nesaskan ar šādu uzticēšanos. Tieši otrādi – tas liecina par to, ka inspekcijas mērķis ir vienkārši atklāt iestādes trūkumus attiecībā uz noteikumu ievērošanu.

Cits pārbaudes pieteikšanas iemesls ir tīri praktisks – lietas un protokoli jau ir sagatavoti, personālam ir ielānots laiks sarunām, un nodaļas ir sagatavotas pārbaudei.  
[http://epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2015/\\_un\\_announced\\_inspections\\_HEAP.pdf](http://epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2015/_un_announced_inspections_HEAP.pdf)

<sup>68</sup> Šobrīd apvienota ar IGI – Veselības aprūpes un jaunatnes inspekciju

## 12. Atsauksmes ziņojumu sniegšana un turpmākie pasākumi

### 12.1. Dānija (DPSA)

Uzraudzības vizītes beigās uzraugs – DPSA – nekavējoties sniedz informāciju vadībai, sniedzot kopsavilkumu par vizīti un norādot uz visām prasībām, kas nav izpildītas. Pēc vizītes iestāde saņem rakstisku ziņojumu ar kopsavilkumu un komentāriem par katru prasību, kas netiek pildīta. Ārstniecības iestādei var lūgt iesniegt rīcības plānu uzlabojumu veikšanai un, ja konstatēti nopietni riski pacientu drošībai, DPSA var izdot saistošu rīkojumu, ietverot specifiskas prasības.

Nopietnu risku gadījumos DPSA parasti veic papildu apmeklējumu un sagatavo jaunu ziņojumu, kurā atspoguļo visus iestādē veiktos uzlabojumus.

Pirms uzraudzības vizītes, tās laikā un pēc tam vairākas veselības aprūpes iestādes uzdod jautājumus par apmeklējumu un konkrētām prasībām, un uzraugi pavada daudz laika, atbildot uz jautājumiem un izskaidrojot ar dažādām prasībām saistīto likumdošanu.

DPSA mērķis ir publicēt gada ziņojumus, kuros apkopoti secinājumi par veselības aprūpes iestādēm, kurās notikušas uzraudzības vizītes. Šie ziņojumi ir balstīti uz kvalitatīviem datiem par atbilstību, kā arī kvalitatīviem datiem, kas balstīti uz sarunām starp uzraugiem un ārstniecības iestādi. Ziņojumos sniegts pārskats par pacientu drošības jautājumiem visās veselības aprūpes iestādēs, kā arī ieteikumi uz kuru pamata varētu veikt atbilstošas apmācības gan vietējā, gan reģionālā un valsts līmenī.

### 12.2. Zviedrija

IVO uzskata atgriezenisko saikni par izšķiroši svarīgu elementu tās darbībā. Izmaiņas ir iespējams veikt, veicot pārrunas ar dažādām pusēm, kuru rīcībā ir instrumenti izmaiņu veikšanai. IVO uzskata, ka ir nepieciešams šo pamata aspektu – atgriezenisko saikni – attīstīt vēl vairāk, lai veicinātu mācīšanos un pozitīvas pārmaiņas.

### 12.3. Portugāle

Pēc ERS veiktas pārbaudes ārstniecības iestādē notiek tai sekojošās darbības, lai noskaidrotu neatbilstību cēloņus. Piemēram, nevar vainot ārstniecības iestādes, ja valsts politikai trūkst īstenošanas pasākumu un atbalsta. Visbiežāk stacionāro ārstniecības iestāžu atbilde ir: "Mums nav pietiekami daudz cilvēku un/vai finanšu resursu, lai to izdarītu." Līdzīgu jautājumu risināšanai Portugālē ERS var sniegt ieteikumus veselības ministram un lūgt uzņemties atbildību par pieļautajām kļūdām.

Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju uzraudzībā naudas sodi ir pēdējais līdzeklis.

Portugālē procesos bieži iesaistās plašsaziņas līdzekļi, kuri izvēlas ziņot par traģēdijām, nevis sīkām problēmām. Diemžēl šādi gadījumi tiek izmantoti, lai gūtu priekšrocības politikā, nevis lai spēcinātu inspekciju. Konstatēto kļūdu gadījumā ir svarīgi saprast, kā rezultātus pasniegt sabiedrībai. Lai mazinātu politisko spriedzi, Portugālē parasti tiek sniegta informācija par 3 dažādiem starpgadījumiem no dažādām struktūrām. Tā kā bieži vien līdzīgi starpgadījumi tiek novēroti dažādās ārstniecības iestādēs, parasti izvēlētas tiek līdzīga līmeņa ārstniecības iestādes, lai parādītu aktuālo problēmu kopīgos aspektus. Jāatzīmē, ka būtiska ir efektīva komunikācija un sadarbības prakse.

### 12.4. EPSO Riska darba grupa

(Dānija, Zviedrija, Anglija). Ir daudz diskutēts par atvērtu ziņošanas kultūru un to, kā to izmantot uzraudzības mērķu sasniegšanai. Dānijā notiek diskusijas par kvalitātes datubāzu izmantošanu pārbaudēm, bet vismaz šobrīd tas netiek darīts, argumentējot šo izvēli ar kvalitātes izaugsmes ierobežošanas novēršanu, jo pakalpojumu sniedzēji vēlas ziņot par kvalitāti, kā rezultātā konkrētā ārstniecības iestāde varētu tikt atlasīta pārbažu veikšanai.

Zviedrijā līdzīgas diskusijas notikušas pirms vairākiem gadiem, un 2006. gadā tika ieviesti tā dēvētie “atklātie salīdzinājumi”. Par datu izmantošanu tika diskutēts arī uzsākot kvalitātes reģistru darbību, kur bija plānots izmantot datus pētniecībai un kvalitātes vadīšanai pētniecībā, nevis sabiedrības informēšanai. Diskusiju rezultātā parādījās jautājums, kādēļ nepadarīt datus pieejamus sabiedrībai? Arguments pret to bija tāds pats kā Dānijā – pieejamība patiešām samazinās kvalitātes datu kvalitāti utt., bet pēc publicēšanas gaidītais risks nepiepildījās un kvalitāte turpināja uzlaboties. Tagad tādas pašas diskusijas par kvalitātes datu izmantošanu pārbaudēm notiek atkal, un, šķiet, ka tagad Zviedrijā sabiedrība jau ir pieradusi pie atklātiem datiem.

Tādas pašas debates ar ļoti līdzīgu iznākumu ir notikušas Anglijā. Patiesībā, lai negatīvi neatspoguļotu datu kvalitāti pārskatos, kvalitāte faktiski ir uzlabojusies. Tagad Anglijas CQC monitorē, kuri pakalpojumu sniedzēji neiesniedz atskaides, pieņemot, ka pēdējiem ir datu kvalitātes problēmas un šī neziņošana sniedz netiešu informāciju par konkrēto ārstniecības iestādi. Tātad, iespējams, ir noticis pretējais. Līdz ar to, publicējot informāciju pirmo reizi, vienmēr rodas zināmas bažas, bet otrajā reizē bažu nav vai tās ir mazākas, un trešajā reizē ir skaidrs, ka tas patiesībā ir diezgan noderīgi, jo iespējams redzēt konkrētas iestādes sniegumu attiecībā pret salīdzināmām grupām. Lielbritānijā ir liels spiediens, lai nodrošinātu veselības aprūpes datu pārskatāmību. Arī saimnieciskais sektors uzskata, ka nepieciešams nodrošināt pārskatāmību, un NHS veic izpēti, lai visus datus varētu publicēt tiešaistē un ārstniecības iestādes varētu novērtēt, piemēram, kā to finansiālie rādītāji izskatās salīdzinājumā ar citām līdzīgām iestādēm. Pastāv liels spiediens attiecībā uz pārskatāmību, un, lielākā daļa datu no iestādēm tiek iegūti jebkurā gadījumā. Gadījumā, ja šie dati netiek izmantoti, rodas jautājums kas tiek izmantots darbībā un pārvaldībā? CQC jārisina lielāks jautājums, – kādiem nolūkiem izmantot iegūtos datus? Atbildot uz jautājumu, kādi tieši dati tiek apstrādāti, lai lemtu par kādas konkrētas ārstniecības iestādes pārbaudi, CQC nevarētu to pilnībā izskaidrot, un, pieņemot lēmumu par pārbaudi, vienmēr pastāvēs zināms inspektoru subjektīva vērtējuma aspekts. Tādējādi izvirzās jautājums - ja ārstniecības iestādes dati ir pieejami, kā CQC darbība var kļūt caurspīdīga šo datu izmantošanā?

#### 12.5. Jaunzēlande

Jaunzēlandes Veselības kvalitātes drošības komisija izstrādā ziņojumus, kuros atklāti tiek apskatītas neveiksmes un pozitīvie piemēri, no kā mācīties. <http://www.hqsc.govt.nz/assets/Reportable-Events/Publications/Learning-from-dverse-events-2015-16-Nov-2016.pdf>

#### 12.6. Nīderlande

Lai izplatītu procesā iegūtās zināšanas, uzraugs var publicēt rezultātus, kā arī izmantot rezultātus klātienē diskusijās ar ārstniecības iestāžu vadību, runājot par mācību procesa kvalitāti salīdzinājumā ar citām iestādēm. Nīderlandē uzraudzības iestāde saskata, ar ko jāsadarbības, lai notiktu pārmaiņas. Dažreiz tā nav viena persona/iestāde, bet gan to apvienība (organizācija), ar kuru palīdzību notiek pārmaiņas un uzraugošā iestāde iesaistās personu/iestāžu sadarbības veicināšanā.

#### 12.7. Skotija

Viena no stratēģisko pārbažu laikā gūtajām mācībām Skotijā ir tā, ka reģionālā līmenī, kad notiek saziņa starp uzraugiem un ārstniecības iestāžu vadību, tā vietā, lai vienkārši nodrošinātu atgriezenisko saikni starp viņiem, patiešām izšķiroši svarīgs ir profesionālais dialogs. Līdz ar to viena dialoga – atgriezeniskās saiknes – izmantošanas vietā tagad dažādos pārbaudes posmos ir līdz 6 oficiāliem profesionāliem dialogiem un, virzoties uz priekšu, tiek uzdoti jautājumi par vajajām vietām, kas varētu parādīties, mudinot ārstniecības iestāžu vadības kļūt atklātākiem ar dialoga palīdzību. Tādā veidā iespējams iegūt objektīvāku informāciju par pakalpojumu sniegšanu, pieņemot lēmumus par šo pakalpojumu sniegšanas atļaušanu un cenšoties ietekmēt

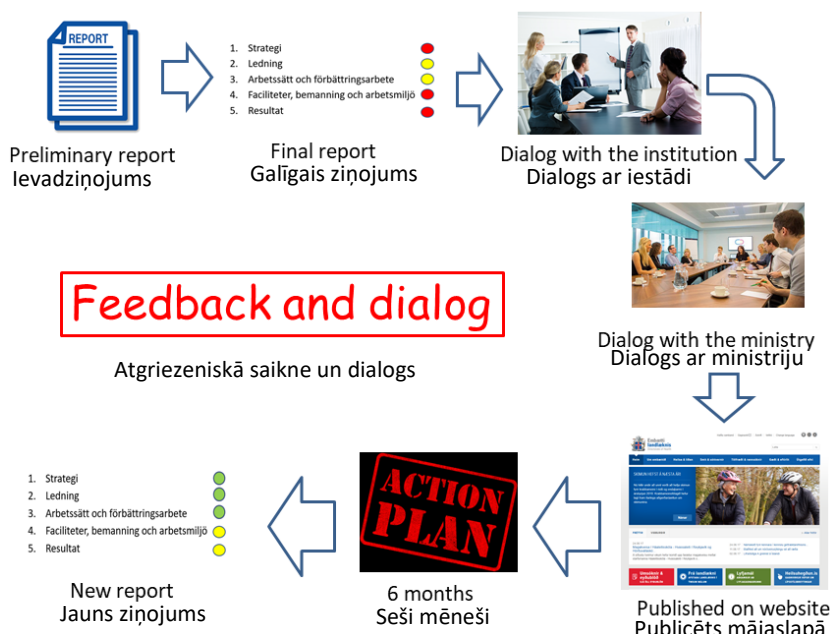
saistītos procesus. Profesionālais dialogs ir izšķiroši svarīgs, jo tas pats par sevi var radīt pārmaiņas un veicināt uzlabojumus. Atgriezeniskajai saiknei un profesionālajam dialogam var būt vēl lielāka ietekme nekā pārbaudes ziņojumam.

Vērtējot vadību, netiek vērtēta individuālā vadība, bet gan kolektīvā vadība un atbildība (stratēģiskā līmenī), lai veicinātu kolektīvo atbildību. Profesionālie dialogi sākas ar galvenajiem speciālistiem (izglītības, sociālā darba galvenais speciālists utt.) nevis vadītājiem. Tomēr vadītājiem vienmēr tiek sniegtas atsauksmes, un uzraugi vienmēr atkārtoti tiek ar augstākā līmeņa vadītājiem, lai pārliecinātos, ka šīs amatpersonas uzņemas atbildību – ne tikai par konkrētiem konstatētiem faktiem, bet arī par jautājumu risināšanu. Par svarīgu procesu tiek uzskatīta uzlabojumu virzīšana un atbildības uzņemšanās augstākajā līmenī.

## 12.8. Islande

Veselības direkcija (*Embætti Landlaeknir*), uzsākot pārbaudes ziņojumus par iestādes pārbaudes rezultātiem, pievērš uzmanību secīgai pieejai (sk. zīmējumu).

Uzraugošā iestāde cenšas nodrošināt, lai ziņojumi būtu skaidri saprotami un vienkārši.



[www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/Leifur\\_EPSO\\_17\\_april\\_Reporting\\_model\\_for\\_Landlaeknir\\_Iceland.pptx](http://www.epsonet.eu/mediapool/72/723588/data/2018/Leifur_EPSO_17_april_Reporting_model_for_Landlaeknir_Iceland.pptx)

## 12.9. Salīdzinošā novērtēšana ir atgriezeniskās saiknes instruments

### 12.9.1. Portugāle

Veselības aprūpes iestāžu salīdzinošajai novērtēšanai un klasificēšanai Portugālē tiek izmantota SINAS<sup>69</sup> sistēma – Nacionālā veselības kvalitātes novērtēšanas sistēma, kas ir pirmais projekts, kurš izveidots, lai novērtētu veselības aprūpi vairākos kvalitātes līmeņos Portugālē.

Lai sniegtu skaidru un noderīgu informāciju par veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti, ERS<sup>70</sup> – Portugāles Veselības aprūpi reglamentējošā iestāde – izveidoja SINAS, balstoties uz trim galvenajām vērtībām: precizitāte, pārskatāmība un objektivitāte.

<sup>69</sup> SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (Nacionālā veselības kvalitātes novērtēšanas sistēma)

<sup>70</sup> ERS – Entidade Reguladora da Saúde (Veselības reglamentācijas iestāde)

ERS periodiski publicē novērtēšanas rezultātus īpašā mājaslapā, ļaujot veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem pastāvīgi uzlabot savu pakalpojumu kvalitāti, nodrošinot salīdzinošo novērtēšanu gan iekšēji, gan starp līdzīgām iestādēm, un piedāvājot pacientiem un sabiedrībai saprotamu un noderīgu informāciju. SINAS ir izstrādāta, lai novērtētu veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējus atbilstoši konkrētajam sniegtās aprūpes veidam. Pašlaik tiek ieviesti divi moduļi: SINAS@Hospitals, kas paredzēta stacionārajām ārstēšanas iestādēm, un SINAS@Oral.Care, kas paredzēta zobārstniecības pakalpojumu sniedzējiem. Iekļaušanai katrā modulī tika atlasīti pieci kvalitātes rādītāji.

| SINAS ietvaros vērtētie kvalitātes rādītāji |                                    |
|---------------------------------------------|------------------------------------|
| SINAS@Hospitals                             | <i>Klīniskā izcilība</i>           |
|                                             | <i>Centrā pacients</i>             |
|                                             | <i>Telpu atbilstība un ērtības</i> |
|                                             | <i>Pacientu drošība</i>            |
|                                             | <i>Pacientu apmierinātība</i>      |
| SINAS@Oral.Care                             | <i>Reģistrācija un licencēšana</i> |
|                                             | <i>Organizācija un procedūras</i>  |
|                                             | <i>Telpu atbilstība un ērtības</i> |
|                                             | <i>Pacientu drošība</i>            |
|                                             | <i>Pacientu apmierinātība</i>      |

1. tabula – pieci kvalitātes rādītāji, kas tiek novērtēti divos SINAS moduļos

Rādītājs “Klīniskā izcilība” (modulī SINAS@Hospitals) novērtē procedūras un rezultātus ortopēdiskajā ķirurģijā, ginekoloģiskajā ķirurģijā, ambulatorajā ķirurģijā, dzemdniecībā, pediatrijā, akūta miokarda infarkta un insulta gadījumā. Lai varētu veikt dažādu slimnīcu veidu salīdzināšanu, visi izņēmuma gadījumi tiek izslēgti no aprēķiniem paredzētajiem datiem.

“Centrā pacients” (arī SINAS@Hospitals) nosaka, cik lielā mērā iestāžu sniegtie pakalpojumi ņem vērā pacientu un viņu ģimeņu īpašās vēlmes.

Visi pakalpojumu sniedzēji, kas neatbilst juridiskajām prasībām reģistrācijai ERS datubāzē un pieprasītajai nepieciešamajai darbības licencei, tiek izfiltrēti, novērtējot rādītāju “Reģistrācija un licencēšana” (modulī SINAS@Saúde.Oral).

“Organizācija un procedūras” (arī SINAS@Hospitals) sniedz informāciju par to, vai pakalpojumu sniedzēji ir ieviesuši pasākumus, kas veicina iestādes efektīvu darbību.

“Telpu atbilstība un ērtības”, “Pacientu drošība” un “Pacientu apmierinātība” ir kopīgi abiem SINAS moduļiem. SINAS sistēma paredz divpakāpju klasifikācijas sistēmu:

Pirmais posms: **Kvalitātes zvaigznes** – katram novērtētajam pakalpojumu sniedzējam, kas apliecina atbilstību obligātajiem kvalitātes kritērijiem, piešķir zvaigzni; šīs prasības nosaka ekspertu grupa dažādās jomās. Otrais posms: **Klasificēšana** – pakalpojumu sniedzēji, kas saņēmuši kvalitātes zvaigzni, tiek izvietoti klasifikācijas

skalā, kas sastāv no trim kvalitātes līmeņiem. Klasifikācijas aprēķins balstās uz informāciju, ko galvenokārt sniedz vērtētās iestādes; *ERS* periodiski veic nejauši izraudzītu iestāžu grupu revīzijas, lai apstiprinātu sniegto datu precizitāti.

SINAS izmanto struktūru, procesa un rezultātu kvalitātes rādītājus, kas atlasīti atbilstoši to piemērotībai novērtējamām jomām un datu pieejamībai. Datu vākšanas un statistiskās analīzes metodes tiek izvēlētas, lai tās atbilstu katra analizējamā kvalitātes rādītāja īpašajām prasībām. Visus novērtēšanas parametrus rūpīgi izvēlas, apspriež un vienprātīgi apstiprina eksperti un speciālisti.

Pirmie SINAS@Hospitals rezultāti tika publicēti 2010. gadā. Pašlaik šajā modulī (brīvprātīgi) piedalās 73 slimnīcas, un tās tiek vērtētas pēc četriem rādītājiem: “Klīniskā izcilība” (procedūras un rezultāti ortopēdiskajā ķirurģijā, ginekoloģiskajā ķirurģijā, ambulatorajā ķirurģijā, dzemdniecībā, pediatrijā, akūta miokarda infarkta un insulta gadījumā), “Centrā pacients”, “Telpu atbilstība un ērtības” un “Pacientu drošība” (drošības pasākumi un nelabvēlīgi notikumi).

Pirmā datu vākšana SINAS@Oral.Care vērtējumam sākās 2012. gada janvārī. Portugālē reģistrētie 4869 zobārstniecības pakalpojumu sniedzēji tiek vērtēti četru kvalitātes rādītāju kontekstā: “Reģistrācija un licencēšana”, “Organizācija un procedūras”, “Telpu atbilstība un ērtības” un “Pacientu drošība”.

## 6. pielikums. Ekspertu pakalpojumi Ārstniecības riska fonda darbības izvērtēšanā

### 1. Starptautiska prasība izveidot kompensācijas sistēmu

2011. gada 9. martā tika pieņemta Eiropas Parlamenta un Padomes Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē<sup>71</sup>. Saskaņā ar direktīvas 21.1. pantu dalībvalstīm līdz 2013. gada 25. oktobrim bija jāievieš normas, kas nepieciešamas, lai izpildītu direktīvas prasības. Vērts pieminēt, ka Eiropas Komisija līdz 2015. gada 25. oktobrim ir novērtējusi direktīvas transponēšanas formālo aspektu. Saskaņā ar direktīvas 20. pantu Eiropas Komisijai līdz 2018. gada 25. oktobrim jāveic dalībvalstīs ieviesto sistēmu un prakses novērtējums.

Galvenie jautājumi, kurus direktīva uzlika dalībvalstīm par pienākumu reglamentēt, bija, piemēram, pārrobežu veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas sistēmas; nacionālo kontaktpunktu izveide; iespējas izveidot obligātu iepriekšēju atļauju saņemšanu; profesionālās atbildības apdrošināšanas sistēmas vai garantijas, vai tamlīdzīgas sistēmas; informatīvu materiālu izdošana par pārrobežu pakalpojumiem u.c.

Lai pilnībā izprastu direktīvā noteikto pienākumu, būtu lietderīgi apskatīt ar apspriežamo jautājumu saistītos iepriekšējos aktus.

Eiropas Parlaments 2007. gada 15. martā pieņēma rezolūciju par Kopienas rīcību pārrobežu veselības aprūpes nodrošināšanai<sup>72</sup>. Rezolūcijas 8. punktā Parlaments uzsver nepieciešamību izveidot mehānismu pārsūdzību iesniegšanai par pārkāpumiem pārrobežu veselības aprūpē un pēc tam 14. punktā aicina dalībvalstis ieviest vienas pieturas aģentūras pieeju pacientu sūdzību procedūrām.

Priekšlikumā direktīvas<sup>73</sup> izstrādei apdrošināšanas jautājumi tika apskatīti ļoti konkrēti. 6.1. punktā teikts, ka ārstniecības dalībvalstij jānodrošina arī tas, lai būtu izveidoti mehānismi, ar kuru palīdzību pacientiem būtu iespējams saņemt atlīdzību un kompensāciju, ja pārrobežu veselības aprūpes saņemšanas rezultātā radies kaitējums. Tomēr šādu mehānismu raksturs un kārtība jānosaka dalībvalstij, piemēram, ieviešot profesionālās atbildības apdrošināšanu vai garantiju, vai tamlīdzīgu sistēmu, kas līdzvērtīga vai būtībā salīdzināma attiecībā uz tās mērķi. Šai prasībai būtu jānodrošina vismaz līdzvērtīga aizsardzība, sniedzot veselības aprūpi citās dalībvalstīs dzīvojošiem pacientiem. Šādiem pasākumiem jābūt atbilstošiem riska raksturam un apmēram, lai izvairītos no tā, ka šī prasība pārrobežu veselības aprūpes sniegšanas kontekstā būtu neproporcionāla un lai pienācīgi tiktu ņemtas vērā garantijas, kas jau pastāv veselības aprūpes sniedzēja mītnes dalībvalstī, ja tās ir atšķirīgas.

Attiecīgi preambulas 24. punktā<sup>74</sup>, kā arī 4.2.d pantā<sup>75</sup> direktīva 2011/24/EK norāda uz nepieciešamību noteikt profesionālās atbildības apdrošināšanu.

Eiropas Pacientu tiesību harta<sup>76</sup> 14. punktā (II daļa) apskata jautājumu par kompensāciju, norādot, ka ikvienam indivīdam ir tiesības saņemt pietiekamu kompensāciju saprātīgi īsā laikā, kad vien viņš vai viņa ir

<sup>71</sup>Teksts pieejams vietnē <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/LV/TXT/?uri=CELEX%3A32011L0024>.

<sup>72</sup> Teksts pieejams vietnē <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0073+0+DOC+XML+V0//EN>.

<sup>73</sup> Priekšlikums Eiropas Parlamenta un Padomes direktīvai par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē. Teksts pieejams vietnē <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0414:FIN:EN:PDF>.

<sup>74</sup> Dalībvalstīm būtu jānodrošina, ka attiecībā uz to teritorijā sniegto aprūpi pastāv mehānismi, kā aizsargāt pacientus un lūgt aizsardzības līdzekļus, ja ir nodarīts kaitējums, un ka šie mehānismi ir samērīgi ar riska veidu un apmēru. Tomēr šāda mehānisma veida un iezīmju izvēle ir dalībvalstu ziņā.

<sup>75</sup> Ārstniecības dalībvalsts nodrošina, ka: ... tās teritorijā sniegtai ārstēšanai atbilstoši riska veidam un apmēram ir profesionālās atbildības apdrošināšanas sistēmas vai garantija, vai cits līdzvērtīgs vai pamatā līdzīgs pasākums ar tādu pašu mērķi; ...

<sup>76</sup> Teksts pieejams vietnē

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co108\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf).

cietis vai cietusi fizisko vai morālo un psiholoģisko kaitējumu, ko radījis veselības aprūpes pakalpojums. Veselības aprūpes dienestiem jāgarantē kompensācija neatkarīgi no kaitējuma smaguma un tā cēloņa (no pārmērīgas gaidīšanas līdz pārkāpuma gadījumiem) pat tad, ja galīgo atbildību nav iespējams pilnībā noteikt. Pirms direktīvas ieviešanas Eiropas Savienībā nebija vienotu kompensācijas sistēmu, un arī vienotas pieejas pašlaik nav. Dalībvalstīs piemērojamās sistēmas atšķiras konceptuāli un niansēs. Vairākas sistēmas tiks sīkāk aplūkotas turpinājumā 4. nodaļā.

Vērts atzīmēt, ka, lai gan direktīvas projektā, kas pievienots paskaidrojumam, 4. panta 1. punktā “kaitējums” bija definēts kā nelabvēlīgs rezultāts vai kaitējums, kas rodas veselības aprūpes pakalpojuma sniegšanas rezultātā, pašā direktīvā tas netika iekļauts. Pašlaik direktīva nedefinē, kas ir “kaitējums”.

## 2. Ārstniecības riska fonda juridiskā un finanšu struktūra

### 2.1. Juridiskais ietvars

Kompensācijas sistēma Latvijā tika izveidota, izdarot grozījumus Pacientu tiesību likumā<sup>77</sup> (PTL). Šie jautājumi un kompensācijas līdzekļi ir aplūkoti 16. un 17. pantā un pārejas noteikumos. Ārstniecības riska fonds (ĀRF) sāka darboties 2013. gada 25. oktobrī. Paskaidrojumā, kas pievienots projektam, iekļauta arī skaidra atsauce uz Pacientu tiesību likumu, kā arī Direktīvu 2011/24/ES. Paskaidrojumā bija paredzēts, ka Fonda darbība būtu jāanalizē ilgtermiņā, jo, ņemot vērā finanšu iespējas un ekonomisko situāciju valstī, Fonda darbības sākumā nav iespējams nodrošināt visas materiālās un ar finansēm nesaistītās garantijas. Tāpēc ilgtermiņā visus jautājumus var atrisināt, izvērtējot jaunizveidotā tiesību aizsardzības institūta darbību, veselības aprūpes iestādēs pastāvošās problēmas, nepieciešamo finansējumu, sūdzības, riskus, piemērojamās profilaktiskos pasākumus, nepieciešamās kvalitātes kontroles sistēmas. Papildus tika norādīts, ka iesākumā likumā būtu jāparedz vismaz medicīniskās aprūpes kompensācija pacientam. Ilgtermiņā būtu jārisina jautājums par iespēju nodrošināt citas garantijas (piemēram, nākotnes ienākumu zudums, radnieku un apgādājamo bērnu apgādnieka zaudējums, pārkvalifikācija jaunas profesijas apguvei u.c.), bet arī šādi jautājumi jārisina pakāpeniski, jo tam nepieciešami papildu finanšu līdzekļi no valsts budžeta.

Turklāt Likums par prakses ārstiem<sup>78</sup> tika grozīts, atceļot tā 17. pantu, kas iepriekš noteica ārstiem saņemt civiltiesisko apdrošināšanu.

Lai ieviestu kompensācijas sistēmas *modus operandi*, tika pieņemti vai grozīti šādi normatīvie akti:

- Ministru kabineta 2013. gada 5. novembra noteikumi Nr. 1268 “Ārstniecības riska fonda darbības noteikumi” (Noteikumi Nr. 1268)<sup>79</sup>;
- Ministru kabineta 2011. gada 1. novembra noteikumi Nr. 850 “Nacionālā veselības dienesta nolikums” (Noteikumi Nr. 850)<sup>80</sup>;
- Ministru kabineta 2013. gada 17. decembra noteikumi Nr. 1529 “Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība” (Noteikumi Nr. 1529)<sup>81</sup>.

<sup>77</sup> Pacientu tiesību likums. Teksts pieejams vietnē <https://likumi.lv/doc.php?id=203008>. Kopā ar sākotnējo projektu Saeimā iesniegtais pavadraksts ir pieejams vietnē <http://titania.saeima.lv/LIVS11/SaeimaLIVS11.nsf/0/3D79353E2F730131C2257BDE00426F87?OpenDocument>.

<sup>78</sup> Par prakses ārstiem. Teksts pieejams vietnē <https://m.likumi.lv/doc.php?id=43338>.

<sup>79</sup> Teksts pieejams vietnē <https://likumi.lv/doc.php?id=262102>.

<sup>80</sup> Teksts pieejams vietnē <https://likumi.lv/doc.php?id=239184>.

<sup>81</sup> Teksts pieejams vietnē <https://likumi.lv/ta/id/263457-veselibas-aprupes-organizesanas-un-finansesanas-kartiba>.

Kompensācijas sistēmas galvenās iezīmes ir šādas:

1. Pacientam ir tiesības saņemt kompensāciju par jebkādu kaitējumu, ieskaitot morālo kaitējumu, nodarītā kaitējuma apmērā, bet ne vairāk kā 142 290 *euro*, par kaitējumu, kas nodarīts pacientam pēc 2013. gada 23. oktobra (PTL 16. panta 1. daļa un 16. panta 2. daļas 1. punkts, pārejas noteikumu 1. punkts);
2. Pacientam ir tiesības saņemt kompensāciju par viņam radītiem ārstniecības izdevumiem (par seku likvidēšanu vai samazināšanu) radīto izdevumu apmērā, bet ne vairāk kā 28 460 *euro* (PTL 16. panta 1. daļa un 16. panta 2. daļas 2.<sup>1</sup> punkts);
3. Kaitējumu jābūt nodarījušai ārstniecības iestādē strādājošai ārstniecības personai (PTL 16. panta 1. daļa). Nav nekādas atšķirības, vai pakalpojumu sniedzējs ir valsts vai privāta iestāde, kā arī, vai par sniegtajiem pakalpojumiem samaksāts no valsts līdzekļiem, vai samaksājis pats(-i) pacients(-e). Apdrošināšanas segums aptver ne tikai ārstus, bet arī visu sertificēto ārstniecības personālu;
4. Kaitējums nodarīts šādu personu darbības vai bezdarbības rezultātā (PTL 16. panta 1. daļa);
5. Fonds nesedz klīniskās izpētes ietvaros saņemto ārstēšanu (noteikumu Nr. 1268 1.<sup>1</sup> punkts);
6. Kompensāciju par kaitējumu un izdevumiem maksā Ārstniecības riska fonds pēc pieteikuma saņemšanas, kas iesniegts Nacionālajam veselības dienestam (PTL 16. panta 2. daļa un 16. panta 6. daļa). Pieteikuma formu nosaka noteikumi (noteikumu Nr. 1268 1. pielikums), tam jāpievieno izdevumus apliecinājoši dokumenti (noteikumu Nr. 1268 4. punkts). Gadījumā, ja pieteikums un/vai pielikumi ir nepilnīgi, NVD nosaka termiņu pareizas dokumentācijas iesniegšanai (noteikumu Nr. 1268 5. punkts).
7. Pacienta nāves gadījumā kompensāciju var pieprasīt mantinieki (noteikumu Nr. 1268 3.<sup>1</sup> punkts);
8. Kompensāciju neizmaksā novēlota pieteikuma gadījumā, kā arī tad, ja kompensācija ir izmaksāta cita procesa ietvaros (PTL 16. panta 5. daļa);
9. Process jāpabeidz 6 mēnešu laikā, izņēmuma gadījumos to var pagarināt līdz 1 gadam (PTL 16. panta 6. daļa);
10. Kompensācija jāpārskaita pieteikuma iesniedzējam 90 darba dienu laikā pēc pozitīva lēmuma pieņemšanas (noteikumu Nr. 1268 14. punkts).

Ārstniecības riska fonda galvenās iezīmes ir šādas:

1. To veido iemaksas, ko maksā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji Ministru kabineta noteiktajā apjomā (PTL 17. panta 1. daļa un 17. panta 3. daļa).
2. Fonda rīkotājs ir Nacionālais veselības dienests (PTL 17. panta 2. daļa, noteikumu Nr. 850 3.26. punkts), kuram ir arī pienākums iekasēt iemaksas un izmaksāt kompensācijas (noteikumu Nr. 850 4.21. punkts). Konkrētāk – Veselības inspekcija veic ekspertīzi, sagatavo atzinumu un nosaka kaitējuma apmēru procentos, kā arī vērtē ārstniecības izdevumu nepieciešamību pacientam nodarītā kaitējuma seku mazināšanai vai novēršanai (noteikumu Nr. 1268 2.1. punkts un 7. punkts). Izvērtēšanas ietvaros VI ir pieejami medicīniskie dokumenti, tā var lūgt eksperta atzinumu vai lūgt izveidot komisiju, kura izvērtēs lietu (noteikumu Nr. 1268 8. punkts). Nacionālais veselības dienests administrē Ārstniecības riska fonda līdzekļus un, pamatojoties uz VI atzinumu, pieņem lēmumu par atlīdzības izmaksāšanu vai par atteikumu to izmaksāt, kā arī izmaksā atlīdzību no Ārstniecības riska fonda (noteikumu Nr. 1268 2.2. punkts).
3. Kompensācijas apmēru % nosaka VI saskaņā ar noteikumu Nr. 1268 2. pielikumu, ņemot vērā 10 kritērijus (piemēram, cēloņsakarība, pacienta līdzdalība aprūpes procesā, kaitējuma smagums, pakalpojuma sniedzēja ieguldījums situācijas labošanai u.c.) (noteikumu Nr. 1268 9. punkts). VI ziņojumā NVD tiek iekļauts viedoklis par kaitējuma esamību un apmēru %, kā arī par apstākļiem,

- kas izraisa atteikumu izmaksāt kompensāciju (piemēram, ja nav cēloņsakarības, nav profesionālas kļūdas, nav kaitējuma u.c.) (noteikumu Nr. 1268 10. punkts un 12. punkts);
4. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju iemaksu apmēru Fondā aprēķina NVD un rēķinu par to nosūta reizi gadā (noteikumu Nr. 1268 18. punkts, metode noteikta 23.–26., 28. punktā), un tā gada laikā nemainās (noteikumu Nr. 1268 27. punkts). Maksājumi parasti tiek veikti reizi ceturksnī (noteikumu Nr. 1268 20. punkts). Katras ārstniecības iestādes maksājamo riska summu aprēķina, izmantojot īpašu formulu, pamatojoties uz darbinieku skaitu ārstniecības iestādē un šo veselības aprūpes speciālistu sadalījumu pa visām riska grupām.
  5. Nacionālajam veselības dienestam ir tiesības atskaitīt maksājamās apdrošināšanas maksājumus no maksājumiem, kurus dienestam būtu jāmaksā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem par viņu pakalpojumiem (noteikumu Nr. 1529 276. punkts; noteikumu Nr. 1268 21. punkts).
  6. Gan Nacionālajam veselības dienestam, gan Veselības inspekcijai ir pienākums publiski izplatīt informāciju par Ārstniecības risku fondu (noteikumu Nr. 1529 10.2.5. punkts).
  7. Fonda darbības balstās uz administratīvajām tiesībām (PTL 17. panta 2. daļa).
  8. Fondam ir atļauts izmantot savus resursus tikai prasījumu apmierināšanai (PTL 17. panta 4. daļa);
  9. Nacionālajam veselības dienestam ir tiesības piedzīt līdzekļus no pakalpojumu sniedzēja, kas nav samaksājis iemaksu, bet kura vārdā Fonds ir izmaksājis kompensāciju (PTL 17. panta 5. daļa; noteikumu Nr. 1268 22. punkts).

Salīdzinot Direktīvu 2011/24/EK un reglamentējošo ietvaru Latvijā, var izdarīt šādus novērojumus:

1. Informēšana par piemērojamiem noteikumiem: saskaņā ar Direktīvas 2011/24/ES preambulas 20. punktu dalībvalstis var uzlikt pienākumu citiem dalībniekiem, ne tikai veselības aprūpes sniedzējiem, bet arī, piemēram, apdrošinātājiem vai valsts iestādēm, sniegt informāciju par piedāvāto veselības aprūpes pakalpojumu īpašajiem aspektiem, ja tas būtu atbilstošāk attiecībā uz šīs dalībvalsts veselības aprūpes sistēmas organizāciju.  
Latvijā šāds pienākums apdrošinātājam, t. i., ĀRF, nav uzlikts.
2. Apdrošināšanas pret kaitējumu seguma paplašināšana, iekļaujot ārstēšanu ārzemēs: saskaņā ar Direktīvas 2011/24/ES preambulas 23. punktu sistēmām, kas risina ārstniecības dalībvalsts izraisīto kaitējumu, nevajadzētu skart dalībvalstu iespēju attiecināt savu valsts mēroga sistēmu darbību arī uz savas valsts pacientiem, kas vēlas saņemt veselības aprūpi ārzemēs, ja tas pacientam ir izdevīgāk. Papildus tam saskaņā ar direktīvas 7.7. pantu valsts var piemērot tādus pašus nosacījumus kā vietējā līmenī arī attiecībā uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kas tiek sniegti citās ES dalībvalstīs, arī izmantojot telemedicīnu.  
Latvijas situācijā nav skaidrs, vai apdrošināšana sedz arī ārpus Latvijas sniegtus veselības aprūpes pakalpojumus.
3. Kompensācijas sistēmu pastāvēšana: saskaņā ar Direktīvas 2011/24/ES preambulas 24. punktu dalībvalstīm būtu jānodrošina, ka attiecībā uz to teritorijā sniegto aprūpi pastāv mehānismi, kā aizsargāt pacientus un lūgt aizsardzības līdzekļus, ja ir nodarīts kaitējums, un ka šie mehānismi ir samērīgi ar riska veidu un apmēru. Tomēr šāda mehānisma veida un iezīmju izvēle ir dalībvalstu ziņā. Iepriekšējā punktā norādītajiem mērķiem Latvija ir izveidojusi ĀRF. Piemērotība vēl nav analizēta.
4. Saskaņā ar direktīvas 3. panta a) apakšpunktu "veselības aprūpe" ir veselības aprūpes pakalpojumi, tostarp zāļu un medicīnas ierīču izrakstīšana, izsniegšana un sniegšana, saistībā ar veselības aprūpi, ko pacientiem sniedz veselības nozares darbinieki, lai izvērtētu, uzturētu vai atjaunotu viņu veselības stāvokli.

Latvijā veselības aprūpe (“ārstēšana”, kam tiek piemēroti kompensācijas mehānismi) ir definēta kā profesionāla un individuāla slimību profilakse, diagnostika un ārstēšana, medicīniskā rehabilitācija un pacientu aprūpe<sup>82</sup>. Līdz ar to Latvijas definīcija neietver darbības ar zālēm un ierīcēm.

5. Saskaņā ar direktīvas 3. panta f) apakšpunktu “veselības nozares darbinieks” ir ārsts, vispārējās aprūpes māsa, zobārsts, vecmāte vai farmaceits Direktīvas 2005/36/EK nozīmē vai cits veselības aprūpes nozares darbinieks, kas darbojas reglamentētā profesijā, kā tā definēta Direktīvas 2005/36/EK 3. panta 1. punkta a) apakšpunktā, vai persona, ko saskaņā ar ārstniecības dalībvalsts tiesību aktiem uzskata par veselības nozares darbinieku.

Latvijā veselības nozares darbinieks (ārstniecības persona) ir definēts kā persona, kam ir medicīniskā izglītība un kas nodarbojas ar ārstniecību<sup>83</sup>. Tas izslēdz, piemēram, farmaceitus, uc.

6. Saskaņā ar direktīvas 3. panta g) apakšpunktu “veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs” ir jebkura fiziska vai juridiska persona vai cita organizācija, kas dalībvalsts teritorijā likumīgi sniedz veselības aprūpes pakalpojumus.

Latvijā veselības aprūpes sniedzējs ir definēts, ka ārstu prakses, valsts un pašvaldību iestādes, saimnieciskās darbības veicēji un komercsabiedrības, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus<sup>84</sup>.

7. Saskaņā ar direktīvas 4. panta 2. punkta b) apakšpunktu, veselības aprūpes sniedzēji nodrošina būtisku informāciju par pieejamo apdrošināšanu vai citiem personīgas vai kolektīvas aizsardzības veidiem attiecībā uz profesionālo atbildību.

Pakalpojumu sniedzējiem Latvijā, šķiet, nav pienākuma informēt pacientu par viņu apdrošināšanu un citiem tiesību aizsardzības līdzekļiem. Tā iemesls varētu būt tas, ka apdrošināšana ir obligāta, un pacientam nav svarīgi vai apdrošināšanas summas ir samaksātas, vai nē.

8. Saskaņā ar 4. panta 2. punkta c) un d) apakšpunktiem, pacientiem ir jābūt pieejamām pārredzamām sūdzību procedūrām un mehānismiem, kas dod iespēju tiem lūgt aizsardzības līdzekļus saskaņā ar ārstniecības dalībvalsts tiesību aktiem, ja sniegtās veselības aprūpes dēļ tiem nodarīts kaitējums, kā arī attiecībā uz tās teritorijā sniegtu ārstēšanu būtu jāpastāv profesionālās atbildības apdrošināšanas sistēmai vai garantijai, vai citam līdzvērtīgam vai pamatā līdzīgam pasākumam ar tādu pašu mērķi, kas ir atbilstošs riska veidam un apmēram.

Latvijā Pacientu tiesību likuma 18. pants nosaka, ka pacienti var izmantot visus tiesību aizsardzības līdzekļus, galvenokārt vēršoties Veselības inspekcijā. ĀRF darbības un lietu izskatīšana tajā ir aprakstīta Pacientu tiesību likuma 17. pantā, kā arī īpašajos noteikumos, kas minēti iepriekš.

9. Saskaņā ar direktīvas 6. panta 3. punktu nacionālajiem kontaktpunktiem būtu jāinformē pacienti no citām dalībvalstīm par, cita starpā, pacienta tiesībām, sūdzību procedūrām un mehānismiem, lai lūgtu aizsardzības līdzekļus, un strīdu risināšanai pieejamām juridiskām un administratīvām iespējām, tostarp – ja, sniedzot pārrobežu veselības aprūpi, ir nodarīts kaitējums.

<sup>82</sup>Ārstniecības likuma 1. panta 1) punkts. Teksts pieejams vietnē <https://likumi.lv/doc.php?id=44108>.

<sup>83</sup> Tā paša likuma 1. panta 2) punkts.

<sup>84</sup> Tā paša likuma 1. panta 3) punkts.

Latvijā Nacionālais kontaktpunkts ir izveidots NVD<sup>85</sup>. Kontaktpunkta mājaslapā<sup>86</sup> ir norādīta apdrošināšanas sistēmas esamība un izvietojums. Ir aprakstīta ARF darbība, kā arī prasības iesniegšanas metodes<sup>87</sup>.

## 2.2. Finanšu ietvars

Jāuzsver, ka valsts (likumprojekta paskaidrojumā) ir atzinusi, ka Veselības inspekcijai ir nepieciešams papildu finansējums, jo pieaugusi darba slodze. Jaunu uzdevumu izpildi nevajadzētu veikt uz citu uzdevumu izpildes rēķina, kā arī VI vajadzētu spēt savā darbā iesaistīt piemērotus ekspertus pēc nepieciešamības. Finansējums jaunas, atsevišķas nodaļas izveidei sākumā ar vismaz šādām amata vietām: Nodaļas vadītājs, 2 juriskonsulti, 1 vecākais eksperts un 1 eksperta palīgs. Papildus tam ekspertīžu veikšanai būs nepieciešami vismaz 10 eksperti-ārsti (7 vecākie eksperti un 3 eksperti-ārsti). Zemā atalgojuma līmeņa un citu pieejamo labumu dēļ bijis grūti aizpildīt ekspertu (ārstu) amata vietas arī pirms jauno uzdevumu saņemšanas. Tāpat no 2014. gada 1. janvāra tika mainīta veselības aprūpes pakalpojumu tarifu aprēķināšanas kārtība un ikgadējā riska maksājuma par medicīnisko aprūpi komponente tika iekļauta veselības aprūpes pakalpojumu tarifi. Šobrīd NVD Ārstniecības riska fonda nodaļā ir nodarbināti 3 cilvēki. Aptuveni divreiz gadā ĀRF darbā tiek iesaistīti arī 2 NVD Finanšu nodaļas ekonomisti.

Turpinājumā tabulā redzams NVD piešķirtais finansējums ĀRF uzdevumu veikšanai

*Izdevumi, EUR*

|                                                                            | 2014. gads | 2015. gads | 2016. gads | 2017. gads | 2018. gads<br>(plānots) |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|-------------------------|
| Atalgojums, tai skaitā:                                                    | 27 799     | 34 807     | 49 236     | 31 637     | 36 52                   |
| Atalgojums (Ārstniecības riska fonda nodaļa)                               | 26 571     | 33 579     | 48 008     | 30 409     | 35 013                  |
| Atalgojums (ekonomisti – 2 cilvēki, divas nedēļas gadā – aprēķina periods) | 1228       | 1228       | 1228       | 1228       | 1439                    |
| Pārējie izdevumi (darba vieta, papīrs, elektrība u.c.)                     | 1800       | 2700       | 2700       | 2700       | 1806                    |
| Pasta izdevumi (rēķini un oficiālā sarakste jāsūta pa pastu)               | 2499       | 2622       | 2466       | 2391       | 2307                    |
| Kopā                                                                       | 32 098     | 40 129     | 54 402     | 36 728     | 40 565                  |

<sup>85</sup> Ministru kabineta noteikumu Nr. 850 "Nacionālā veselības dienesta nolikums" 47.<sup>1</sup> pants. Teksts pieejams vietnē <https://likumi.lv/doc.php?id=239184>.

<sup>86</sup> Mājaslapa pieejama vietnē <http://www.vmnvd.gov.lv/en/cross-border-healthcare-contact-point/regarding-cross-border-directive>.

<sup>87</sup> Informācija pieejama vietnē <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/cross-border-healthcare-contact-point/treatment-risk-fund>.

VI eksperti-ārsti no Veselības aprūpes kvalitātes kontroles nodaļas izskata arī pieteikumus Ārstniecības riska fondam. Darba laiks vienai lietai ir 40 stundas.

Veselības inspekcijas piešķirtais finansējums ĀRF uzdevumu veikšanai (ieskaitot atalgojumu)

| Izdevumi       | Tiešie izdevumi (EUR) |            |            |            |
|----------------|-----------------------|------------|------------|------------|
|                | 2014. gads            | 2015. gads | 2016. gads | 2017. gads |
| Atalgojums     | 19 906                | 61 470     | 78 620     | 95 422     |
| Citas izmaksas | 271                   | 863        | 937        | 1347       |
| Kopā           | 20 177                | 62 333     | 79 557     | 96 769     |

Līdzekļi, kas piešķirti ĀRF kompensācijām, un izmantotie resursi

| Gads             | Piešķirtie resursi | Izmantotie resursi |
|------------------|--------------------|--------------------|
| 2013. gads       | 151 507,92         |                    |
| 2014. gads       | 1 466 773,49       | 19 353,17          |
| 2015. gads       | 1 368 225,16       | 1 037 119,94       |
| 2016. gads       | 1 426 426,46       | 1 738 776,98       |
| 2017. gads       | 1 366 558,02       | 1 015 853,72       |
| 2018. gada maijs | 760 690,96         | 272 700,18         |
| Kopā:            | 6 540 182,01       | 4 083 803,99       |

ĀRF iesniegtie pieteikumi

| Gads       | Saņemtie pieteikumi | Izskatītie pieteikumi | Izmaksātā zaudējumu atlīdzība |
|------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 2014. gads | 83                  | 36                    | 9                             |
| 2015. gads | 152                 | 116                   | 61                            |
| 2016. gads | 213                 | 127                   | 55                            |
| 2017. gads | 207                 | 165                   | 51                            |

Ilustratīvs piemērs: 2017. gadā lielākais pieteikumu skaits – 30 – tika iesniegts ginekoloģijas un dzemdniecības jomās. No tiem kompensācija tika izmaksāta 17 gadījumos. Sekojošās jomas bija ķirurģija ar 26 pieteikumiem un traumatoloģija ar 23 pieteikumiem. Tās pašās 3 veselības aprūpes jomas ir bijušas pirmās kopš ĀRF darbības sākuma.

Attiecībā uz iemaksājamo summu aprēķināšanu var norādīt šādu piemēru: Rīgas Austrumu universitātes slimnīcai aprēķinātais maksājums. Vienas riska vienības vērtība 2018. gadā ir 14,4379255410904 EUR. Šis koeficients jāaprēķina katru gadu, bet tas nedaudz mainās. Šo vienību aprēķina, izmantojot formulu  $M = AxS/P$  (2013. gada 5. novembra Ministru kabineta noteikumi Nr. 1268 "Ārstniecības riska fondu darbības noteikumi"). Mainīgā vērtība ir P (ārstniecības un ārstniecības atbalsta personu skaits).

| Riska grupa                       | Riska koeficients | Ārstniecības<br>personu skaits<br>atbilstoši<br>specialitātei | Riska maksājums,<br>EUR |
|-----------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Ārstniecības<br>atbalsta personas | 0,5               | 34                                                            | 245,44                  |
| I                                 | 10                | 204                                                           | 29 453,37               |
| II                                | 8                 | 274                                                           | 31 647,93               |
| III                               | 5                 | 512                                                           | 36 961,09               |
| IV                                | 2                 | 41                                                            | 1183,91                 |
| Nav iekļauts riska<br>grupā       | 0,5               | 184                                                           | 1328,29                 |
| V                                 | 1                 | 407                                                           | 5876,24                 |
| VI                                | 0,5               | 1504                                                          | 10 857,32               |
| Kopā                              |                   | 3160                                                          | 117 553,59              |

### 3. Pašreizējās sistēmas problēmas (no intervijām)

Novērtēšanas procesā notika sarunas ar vairākām ieinteresētajām personām, kā arī atbildīgajiem par atbildības apdrošināšanas sistēmu. Pamatojoties uz savāktajiem datiem, pašreizējās sistēmas galvenās problēmas ir:

12. Cilvēkresursu, profesionalitātes trūkums – NVD pašlaik ir 3 cilvēki, kas nodarbojas ar ĀRF jautājumiem, un papildus ekspertiem/citām amatpersonām VI ir pilnvaras veikt dažādus fonda uzdevumus. VI cilvēkiem tas ir papildus viņu parastajai darba slodzei. Sākumā VI ĀRF ekspertu nodaļa tika sadalīta divās daļās, lai viena nodarbotos tikai ar ĀRF ekspertīzi. Tomēr, tā kā piešķirtajām papildu amata vietām nebija papildu finansējuma, šāda kārtība radīja lielu darba slodzi ekspertiem, kuri nodarbojās ar citiem jautājumiem, nevis ĀRF. Līdz ar to īsā laikā nodaļa tika atkal apvienota.

Tāpēc lietu apstrāde aizņem relatīvi ilgu laiku.

Daudzas ieinteresētās personas uzsvēra, ka, tā kā pašreizējie VI pastāvīgie eksperti nav praktizējoši veselības aprūpes speciālisti, kuri nepārtraukti iesaistās profesionālā apmācībā, tie nespēj novērtēt un izvērtēt darbības, kas attiecas uz visām disciplīnām. Arī moderno rīku, tādu kā e-risinājumu, izmantošana ekspertu vidū un ĀRF procesos kopumā ir samērā neliela.

Ārējo ekspertu/profesionālo asociāciju iesaistīšanās ĀRF darbā, lai novērstu ekspertīzes nepilnības, ir ļoti ierobežota. Pacienti nav atļauts pašiem iecelt (neatkarīgus) ekspertus, lai iesaistītos procesā.

13. Nav prasības iepriekš sazināties ar pakalpojumu sniedzēju, nav mediācijas iespēju – pašlaik persona var tieši vērsties ĀRF, iepriekš nemēģinot lietu atrisināt ar pakalpojumu sniedzēju. Tas rada nevajadzīgu slogu fondam, jo vairākas lietas varētu atrisināt pakalpojumu sniedzējs un pacients savā starpā, bez iesaistes no ārienes. Tas galvenokārt attiecas uz attieksmes, komunikācijas un citiem jautājumiem.

Mediācijas, pacientu tiesībsarga vai tamlīdzīgas izveidotas iespējas pastāvēšana varētu ļaut arī mazināt spiedienu uz ĀRF.

14. Savākto datu pārvaldīšana – ĀRF apkopo un apstrādā datus par (iespējamām) ārstniecības kļūdām un notikumiem. Šādi dati netiek izsniegti mācību nolūkiem, kā arī vispārīgu problēmu identificēšanai, nevis tikai atsevišķu gadījumu risināšanai.

15. Sabiedrības izpratne par ĀRF – sabiedrības informētība par fondu ir ļoti neliela. Arī iesaistītās puses, tostarp pakalpojumu sniedzēji un viņu apvienības, nav visai zinoši par fonda darbību un struktūru. NVD interneta vietnē ir sadaļa par ĀRF<sup>88</sup>, bet tā nav pietiekami pamanāma, kā arī pacientiem ir grūti to lietot bez papildu profesionālas palīdzības. No mājaslapas netop pilnīgi skaidrs, kā ĀRF process atšķiras no tiesas procesa (piemēram, ātrāks, bez maksas, vienkāršāks pierādīšanas pienākums utt.) un vai tas ir draudzīgāks sūdzības iesniedzējam.
- Pakalpojumu sniedzējiem nav pienākuma izplatīt publiski pieejamu informāciju par sūdzību iesniegšanas metodēm, tostarp ĀRF, kā arī informēt pacientus par šādām iespējām.
16. Sadarbība ar ieinteresētajām pusēm – gan pirms sistēmas izveidošanas, gan arī tās darbības laikā nav tikusi īstenota rūpīga un plaša apspriešanās ar ieinteresētajām pusēm. Tajā pašā laikā visi galvenie iesaistītie – valsts iestādes, profesionālās apvienības vai veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji un darbinieki, pacientu organizācijas, apdrošināšanas sabiedrības u.c. – ļoti kritiski vērtēja esošās sistēmas modeli un struktūru, un tās rezultātus. Ieinteresēto personu viedokļi un ieteikumi netiek sistemātiski analizēti un apspriesti politikas veidotāju vidū. Tajā pašā laikā valsts plāno sākt reorganizēt ĀRF atrašanās vietu, un tas atkal notiek bez konsultēšanās ar ieinteresētajām pusēm, kā arī bez visaptverošas apspriedes ar attiecīgajām institūcijām.
17. Procesu ilgums – saskaņā ar visu aptaujāto teikto, process ĀRF ir pārāk ilgs. To ietekmē dažādi faktori, bet viens galvenais šķērslis ir efektīvas ekspertu darba metodoloģijas trūkums, kā arī laiks, kurā NVD jāveic izmaksa pēc lēmuma pieņemšanas (90 dienas).
- Tika ierosināts “vienkāršākām” sūdzībām ieviest ātrāku procesa sistēmu – kompensācijas summu sarakstu vai tamlīdzīgi.
18. ĀRF procesa pārskatāmība – atkal pakalpojumu sniedzēju, apvienību un pacientu kopējā nostāja bija tāda, ka procesa laikā iesaistītajām pusēm netiek izpausta gandrīz nekāda informācija. Veselības aprūpes speciālisti, kuriem ir jāsniedz sava atskaite par apstrīdētajām situācijām, nesaņem nekādu informāciju par šādas sūdzības/kompensācijas procesa rezultātiem, lai gan visām iesaistītajām pusēm varētu būt tiesības uzzināt gan ekspertu gala ziņojumu, gan arī ĀRF procesā pieņemto lēmumu, taču, tā kā viņi nav informēti par šādu iespēju, tā netiek izmantota.
- Arī pamats un metodes, lai lemtu par izmaksājamās kompensācijas apmēru, pusēm nav vienkāršas un saprotamas. Samērīgumam ar ciešanām vai tiešajiem zaudējumiem nebūtu reālas ietekmes uz gala rezultātu finansiālā ziņā.
19. Ārstniecības kļūdu/starpgadījumu paziņošanas sistēma – pašlaik nav saiknes starp veiktajām izmaksām, apdrošināšanas prēmijām, procesiem un paziņotiem iespējamo ārstniecības kļūdu gadījumiem. Saikne starp brīvprātīgu ziņošanu, atbildību un kompensāciju (kā arī, iespējams, disciplinārlietu) varētu padarīt sistēmu efektīvāku un mazāk vērstu uz sodīšanu.
20. Neapmierinātība ar lēmumiem – dažādu uzskaitīto iemeslu dēļ (pārskatāmības trūkums, vājās zināšanas, proporcionalitāte utt.) vairāk nekā 30% NVD pieņemto lēmumu tiek pārsūdzēti Veselības ministrijā. Pārsūdzības galvenokārt tiek iesniegtas tāpēc, ka ir domstarpības par noteikto kompensācijas apmēru.

<sup>88</sup> Pieejams vietnē <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/cross-border-healthcare-contact-point/treatment-risk-fund>.

## 4. Piemēri no citām Eiropas Savienības dalībvalstīm

### 4.1. Latvijas veiktā izpēte par citām medicīniskās atbildības sistēmām pirms ĀRF izveidošanas

Sagatavošanas procesā tika pētīta Dānijas un Zviedrijas pieredze ārstniecības riska fondu /iestāžu izveidošanā, kā arī to darbības principi un finansēšanas modeļi. Daži aspekti, piemēram, pieteikuma iesniegšanai vai noteiktu radušos izdevumus pamatojošu dokumentu iesniegšanai paredzētā laika ierobežošana, tika iekļauti arī Latvijas juridiskajā regulējumā. Tai pat laikā, paturot prātā finansiālo aspektu, kompensāciju amplitūda tika ierobežota (neietverot, piemēram, ienākumu zaudējumu nākotnē, radnieku un apgādājamo bērnu apgādājuma zaudēšanu, pārkvalifikāciju jaunas profesijas iegūšanai u.c.).

Finansējuma apjoms ilgtermiņā nav skaidrs, jo nav skaidrības par pieteikumu apjomu, kā arī ĀRF darbībai nepieciešamajiem resursiem.<sup>89</sup>

Ieviešot fondu, tika norādīta atsauce uz pozitīvo Skandināvijas valstu pieredzi<sup>90</sup>.

Tomēr ir skaidrs, ka Latvija ir izvēlējusies ārstniecības atbildības sistēmu, kas nav saistīta ar vainīgā atrašanu. Šāda izvēle nav neparasta, jo atbildības jautājuma regulējums kopumā ir atkarīgs no veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas un finansēšanas organizācijas. Valstīs, kur lielāko daļu pakalpojumu apmaksā valsts, parasti privātais liberālais apdrošināšanas tirgus netiek izmantots, lai nodrošinātu medicīniskās atbildības apdrošināšanu. Šādos gadījumos kompensāciju jautājumu risināšanai tiek izveidoti īpaši valsts finansēti fondi. Tai pat laikā valstīs, kurās veselības aprūpes pakalpojumu nozare ir galvenokārt privāta, arī privātais apdrošināšanas tirgus daudz vairāk paplašinās medicīniskās atbildības kompensācijas jautājumu virzienā<sup>91</sup>.

### 4.2. Pārskats par visbiežāk izmantotajiem modeļiem

Visbiežāk sastopamie apdrošināšanas varianti ir šādi:

1. Valsts un privātās apdrošināšanas apvienojums – obligātā apdrošināšana un arodbiedrības. Piemēram, pamatojoties uz Francijas pieredzi, var teikt, ka, plānojot obligāto apdrošināšanu, ir jāstiprina valsts loma un līdzdalība vai jāveido apvienības, lai nodrošinātu pienācīgu aizsardzību pakalpojumu sniedzējiem, kā arī apdrošinātāju maksātspēju. Šajā ziņā risinājums varētu būt elastīgāka tādu pārkāpumu novēršana, kas rodas augsta riska ārstēšanas laikā, tādējādi nodrošinot arī šādu gadījumu apdrošināšanu. Risinājums varētu būt arī no jauna definēt vainu un atbildību, kas ļautu darboties stabilai kompensāciju sistēmai.
2. Garantijas fondi – tie palīdz izvērtēt un segt lielus prasījumus un ilgtermiņā arī ierobežot riskus veselības aprūpes nozarē. Piemēram, Somijā apdrošinātāju sabiedrība vienlaikus darbojas arī kā garantijas fonds apdrošinātāja bankrota gadījumā.
3. Atbildības sadalīšana starp valsts un privāto sektoru pārkāpumu gadījumu segšanai – ja ir grūti konstatēt nolaidību vai veiktie pasākumi ir izraisījuši nopietnu kaitējumu, kompensāciju maksā no valsts sociālās apdrošināšanas fonda. Tajā pašā laikā dažos gadījumos (piemēram, Francijā) maksātājam ir regresa prasības tiesības pret ārstu/pakalpojumu sniedzēju. Papildus tam apdrošināšanas sistēmas, ko finansē no

<sup>89</sup> Likumprojekta pavadraksts. Teksts pieejams vietnē

<http://titania.saeima.lv/LIVS11/SaeimaLIVS11.nsf/0/3D79353E2F730131C2257BDE00426F87?OpenDocument>.

<sup>90</sup> Muciņš R. Ārstniecības riska fonds būtība un juridiskie aspekti. "Jurista Vārds", 08.10.2013., Nr. 41 (792). 11.–12. lpp.

<sup>91</sup> Apdrošināšanas politikas jautājumi Nr. 11. Pārkāpumi ārstniecībā: Profilakse, apdrošināšana un seguma iespējas. OECD Publishing, 2006. g. 10. lpp.

valsts, tostarp sociālās aprūpes līdzekļiem, var tikt piemērotas attiecībā uz noteiktiem pakalpojumu sniedzējiem, piemēram, valsts pakalpojumu sniedzējiem.

4. Ātra piedāvājuma modelis – to izmanto galvenokārt ASV. Šī modeļa galvenais mērķis ir mazināt pacientu vēlmi vērsties tiesā. Personai, pret kuru tiek iesniegta prasība, ir iespēja 180 dienu laikā vienoties par zaudējumu kompensēšanu ar periodiskiem maksājumiem. Šādā gadījumā pacients zaudē iespēju pieprasīt atlīdzību par jebkādiem tālākiem zaudējumiem nākotnē. Taču ir iespēja panākt ātru vienošanos un novērst dārgu sun laikietilpīgus tiesvedības procesus.

5. Vispārējā kompensācijas sistēma bez vainas noteikšanas – kompensācija tiek izmaksāta nekavējoties vai nu no valsts līdzekļiem (kā, piemēram, Zviedrijā), vai to dara privātie apdrošinātāji. Šādos gadījumos nolaidība tiesvedības ceļā netiek noteikta. Šīs sistēmas galvenās priekšrocības ir tādas, ka cietušajai personai ir iespēja ātri saņemt atlīdzību, un tajā pat laikā administratīvās un juridiskās izmaksas ir daudz mazākas nekā tiesvedības gadījumā. Taču šāda mehānisma pastāvēšana, var izraisīt vairāk prasījumu iesniegšanu, kā arī kompensācijas apjoms ir mazāks nekā tiesvedības gadījumā<sup>92</sup>.

Pakalpojumu sniedzēju atbildības apjoms dažādās valstīs atšķiras – piemēram, dažās valstīs (kā Austrijā, Grieķijā) slimnīcas neatbild par slimnīcu telpās strādājošā nolīgta personāla darbībām, ja personai nav līguma par ārstēšanos. Citās valstīs, piemēram, Nīderlandē vai Spānijā, slimnīca vienmēr ir atbildīga par visiem zaudējumiem, kas nodarīti tās iestādē. Beļģijā tiek izmantota “pusceļa” sistēma – ārstniecības iestādes var atteikties atlīdzināt jebkādu kaitējumu, kas nav tieši saistīts ar ārstēšanās līgumu<sup>93</sup>.

Nepieciešamību noteikt obligātu mediāciju pirms kompensācijas noteikšanas ir jāanalizē no ekonomiskā un efektivitātes viedokļa. Mediācijas izmaksu segšana, kā arī tās organizatoriskā struktūra ir atkarīga no izvēlēta apdrošināšanas modeļa.

#### 4.3. Citu valstu piemēri

Attiecībā uz atbildības sistēmu, kas nav saistīta ar vainīgā meklēšanu, kompensācijas metodes var atšķirties. Dažās valstīs ar zaudējumu atlīdzināšanu nodarbojas parastās apdrošināšanas sabiedrības vai to apvienības (Somija, Slovēnija), citās valstīs ir izveidota valsts struktūra (Dānija) vai procesu var uzsākt kāda valsts iestāde (Zviedrija, Norvēģija, Apvienotā Karaliste).

Turpinājumā aprakstītas dažas izvēlētas Eiropas Savienībā pastāvošas atbildības sistēmas, kas nav saistītas ar vainīgā meklēšanu<sup>94</sup>.

<sup>92</sup> Apdrošināšanas politikas jautājumi Nr. 11. Pārskatīti ārstniecībā: Profilakse, apdrošināšana un seguma iespējas. OECD Publishing, 2006. g. 43.–49. lpp.

<sup>93</sup> Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E. Pārrobežu veselības aprūpe Eiropas Savienībā.

Kartēšanas un analīzes prakses un politika. Pasaules Veselības organizācija, 2011. g. 204. lpp. Pieejams vietnē [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135994/e94875.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf).

<sup>94</sup> Valstis, kurās tiek izmantotas sistēmas, kas balstītas uz vainīgā meklēšanu: Čehija, Francija, Vācija, Ungārija, Itālija, Polija, Slovēnija, Lietuva. Lielākajā daļā šo valstu pastāv mediācija un citas ārpustiesas procedūras.

#### 4.3.1. Zviedrija

Zviedrijā kompensācijas mehānismus reglamentē Pacienta aizskārums likums<sup>95</sup>. Apdrošināšanas sistēmu vada Zviedrijas Pacientu apdrošināšanas asociācija<sup>96</sup>, kas ir savstarpējās apdrošināšanas sabiedrība, kura pieder tās apdrošinājuma ņēmējiem, novadu un reģionu pašvaldībām. Iemaksas veic reģioni, un iemaksu apmērs ir atkarīgs no iedzīvotāju skaita noteiktajā teritorijā. Privātie veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji iegādājas apdrošināšanu parastās apdrošināšanas sabiedrībās.

Ar veselības aprūpi saistītie kaitējumi, par kuriem var saņemt kompensāciju, ir fizisks vai psiholoģisks kaitējums, slimība vai nāve, ko izraisījusi sniegtā veselības aprūpe un no kā ir bijis iespējams izvairīties; kaitējumi, kas saistīti ar medicīnas ierīcēm vai nepareizu zāļu lietošanu; nelaimes gadījumi saistībā ar aprūpi (transports, telpas utt.). Kompensāciju izmaksā tikai par kaitējumu, ko izraisījis veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs Zviedrijā. Asociācija izvērtē un izmaksā finansiālu kompensāciju pacientiem, kuriem radies kaitējums, saņemot veselības aprūpes pakalpojumu, kā arī palīdz mazināt ar veselības aprūpi saistītu traumu skaitu. Kompensāciju izmaksā tikai, lai segtu faktiskās izmaksas, īpašuma zaudējumus neatlīdzina, kā arī pastāv kompensācijas maksimālais limits. Kompensācijas apmērs tiek izvērtēts katrā gadījumā atsevišķi, un to dara vērtēšanas komisija. Galvenokārt prasījumu var iesniegt tikai pacients.

Par kaitējumu jāpaziņo trīs gadu laikā no dienas, kad persona uzzina, ka varētu iesniegt prasījumu, bet ne vairāk kā desmit gadu laikā no kaitējuma nodarīšanas dienas. Likums neparedz obligātu mediācijas procesu.

Kopš 1976. gada Zviedrijā nav atļauts atgūt kompensāciju no apdrošinātajiem. Tomēr pēdējā laikā ir radušās zināmas šaubas, vai šis risinājums ir pamatots<sup>97</sup>.

#### 4.3.2. Dānija

Pacientu apdrošināšanas sistēma Dānijā tika izveidota 1992. gadā, to reglamentē Likums par apelācijām un kompensācijām veselības aprūpē<sup>98</sup>. Shēmu pārvalda Pacientu kompensācijas asociācija<sup>99</sup>. Sistēma aptver pacientus, kas ārstēti valsts slimnīcās un privātās slimnīcās, kā arī privātajā praksē, piemēram, pie ģimenes ārstiem, speciālistiem, zobārstiem, manuālajiem terapeitiem u.c. Ir iekļauti arī sertificētie veselības aprūpes speciālisti, kas strādā pašvaldības veselības aprūpes programmās un novada zobārstniecības programmās.

Kaitējumi, par kuriem var saņemt kompensāciju, var būt radušies saistībā ar ārstēšanu, pārbaudi vai zāļu dēļ. Arī donori un klīnisko izmēģinājumu dalībnieki var pieprasīt kompensāciju par kaitējumiem. Netiek ietverti pakalpojumi, kas sniegti ārzemēs bez nosūtījuma, kā arī saņemti tādas ārstēšanas gadījumā, ko īsteno pastāvīgi nodarbināts veselības aprūpes personāls, piemēram, sociālajās iestādēs vai pansionātos, vai pastāvīgi darbinieki, kuri strādā pie uzņēmumu veselības aprūpes programmas pakalpojumu sniedzēja.

<sup>95</sup> Teksts pieejams vietnē [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientskadelag-1996799\\_sfs-1996-799/?bet=1996:799http://](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientskadelag-1996799_sfs-1996-799/?bet=1996:799http://).

<sup>96</sup> Timekļa vietne <https://lof.se/>.

<sup>97</sup> Koch B A, Koziol H (red.) **Kompensācija par miesas bojājumiem salīdzinošā skatījumā.** Wien; Ņujorka, Springer, 2003. g. 295. lpp.

<sup>98</sup> Teksts pieejams vietnē <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=192623>.

<sup>99</sup> Timekļa vietne <https://pebl.dk/en>.

Kompensācija tiek piešķirta, ja eksperti nosaka, ka pieredzējis speciālists būtu rīkojies citādi, vai ja pacientiem radušās reti sastopamas un smagas komplikācijas, kas bijušas “lielākas, nekā pacientam parasti būtu jāpacieš”, vai ja ir bijusi novirze medicīnas iekārtā, vai ja no kaitējuma varētu izvairīties, ja tiktu izmantota cita līdzvērtīga metode. Kompensācija tiek aprēķināta katrā gadījumā atsevišķi. Lēmumus var pārsūdzēt 5 gadu laikā no dienas, kad persona uzzina, ka varētu iesniegt prasījumu, bet ne vairāk kā desmit gadu laikā no kaitējuma nodarīšanas dienas<sup>100</sup>. Likums neparedz obligātu mediācijas procesu.

#### 4.3.3. Norvēģija

Norvēģijā saskaņā ar Pacientu kaitējuma likumu<sup>101</sup> pacients var iesniegt pieteikumu Norvēģijas Pacientu traumu kompensācijas sistēmai (NPE), kas ir valsts aģentūra un atrodas Norvēģijas Veselības un aprūpes pakalpojumu ministrijas pakļautībā<sup>102</sup>. Kompensācija attiecas tikai uz veselības aprūpes pakalpojumiem, kas sniegti Norvēģijā, izņemot gadījumus, kad veikta plānota ārstēšanās ārzemēs. Aptverti ir arī zāļu radīti kaitējumi un klīniskie izmēģinājumi. Par sāpēm un ciešanām kompensāciju nemaksā. Kompensējamus zaudējumus novērtē katrā gadījumā atsevišķi.

Lai varētu saņemt kompensāciju par kaitējumu, ir jābūt izpildītiem trim nosacījumiem:

- pacientam kaitējums radies ārstēšanas kļūdas dēļ;
- pacientam kaitējumam jābūt radījušam finansiālus zaudējumus (piemēram, izdevumi par ārstēšanu, medikamentiem, transportu vai tamlīdzīgi, ienākumu zudums). Finansiālos zaudējumus mazāk nekā 10 000 NOK apmērā jākompensē veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam;
- kaitējums nedrīkst būt pārāk sens (līdz trim gadiem no konstatēšanas brīža).

Pretenzijas jāiesniedz pacientam. Pacienta nāves gadījumā – mantiniekiem.

Pieteikšanās kompensācijas saņemšanai nav vērtējums par to, vai ir pamats kritizēt šajā lietā iesaistītos veselības aprūpes darbiniekus.

Visiem licencētajiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem jāreģistrējas NPE un jāmaksā apdrošināšanas iemaksas. Rēķini tiek izrakstīti reizi gadā, februārī/martā. NPE saistošs ir publiskajiem pakalpojumu sniedzējiem, bet privātajiem pakalpojumu sniedzējiem tikai gadījumos, ja tie sniedz pakalpojumus, kurus apmaksā valsts.

#### 4.3.4. Somija

Saskaņā ar Likumu par kaitējumu pacientam<sup>103</sup> visiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem ir jābūt pacientu apdrošināšanai, kas paredz kompensāciju par šajā likumā norādītajiem kaitējumiem. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, pašnodarbinātiem veselības aprūpes speciālistiem, aptiekām un valsts iestādēm, kas sniedz veselības aprūpes pakalpojumus, ir pienākums apdrošināt darbību. Pacientu

<sup>100</sup> Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E. Pārrobežu veselības aprūpe Eiropas Savienībā. Kartēšanas un analīzes prakses un politika. Pasaules Veselības organizācija, 2011. g. 200. lpp. Pieejams vietnē [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135994/e94875.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf).

<sup>101</sup> Teksts pieejams vietnē <http://www.lovdato.no/all/hl-20010615-053.html>.

<sup>102</sup> Timekļa vietnē <https://www.npe.no/en/>.

<sup>103</sup> Potilasvahinkolaki. 25.7.1986/585. Teksts pieejams vietnē <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

apdrošināšanu iespējams iegādāties vai nu savā apdrošināšanas kompānijā vai Somijas Pacientu apdrošināšanas centrā. Valsts uzņēmumus apdrošina Centrā. Pats Somijas Pacientu apdrošināšanas centrs apvieno apdrošināšanas sabiedrības, kas iesaistītas pacientu apdrošināšanas darbībās Somijā. Centra uzturēšanas izmaksas tiek segtas no apdrošināšanas prēmijām. Izmaksas un prēmiju apmēru nosaka valdība.

Prēmijas summa ir atkarīga no ar darbībām saistīto risku klasifikācijas. Apdrošināšanas sabiedrība nosaka prēmijas saskaņā ar prēmiju bāzi. Pašnodarbināto veselības aprūpes speciālistu prēmija parasti ir fiksēta summa. Prēmiju privātam uzņēmumam vai to apvienībai parasti aprēķina, pamatojoties uz kopējo uzņēmuma izmaksāto algu apmēru un izmantojot koeficientu, kas atbilst tā darbību riska klasifikācijai. Prēmijas valsts sektorā strādājošiem tiek noteiktas katrai apdrošinātai personai individuāli, galvenokārt saskaņā ar pilnīgas atbildības principu.

Likumā par kaitējumu pacientam ir uzskaitīti septiņi kompensācijas kritēriji jeb kaitējuma veidi: ārstēšanas kaitējums, infekcijas kaitējums, nelaimes gadījuma kaitējums, ar iekārtām saistīts kaitējums, kaitējums, kas radies ārstniecības telpu vai ārstēšanā izmantoto iekārtu bojājuma dēļ, kaitējums nepareizu zāļu dēļ un nepamatots kaitējums. Kompensāciju par miesas bojājumiem var saņemt saskaņā ar pacienta apdrošināšanu, ja tiek izpildīts kāds no likumā minētajiem kompensācijas kritērijiem.

Tomēr ir vairāki kaitējumi, kas nav ietverti: ja kaitējums radies ārpus Somijas, ar kaitējumu saistīti materiālie zaudējumi; tīrie finansiālie zaudējumi, palīdzības pakalpojumi (sociālā aprūpe); kaitējums, kura apmērs ir līdz 200 EUR.

Kompensācija, kuru jāmaksā saskaņā ar Pacienta apdrošināšanu, tiek noteikta, piemērojot Likumā par atbildību par pārkāpumiem ietvertos noteikumus un Ceļu satiksmes negadījumu padomes izdotās vadlīnijas. Kompensācijas gadījumā tiek ņemti vērā arī Pacientu Kaitējumu padomes pieņemtie lēmumi. Parasti no kaitējuma izrietošās izmaksas un zaudējumus kompensē pilnībā. Jebkuri pabalsti, kas ir primāri attiecībā pret Pacientu apdrošināšanas centra izmaksāto atlīdzību, piemēram, slimības pabalsts, valsts pensija un Somijas sociālās apdrošināšanas iestādes (*Kela*) izmaksātā garantētā pensija, tiek atskaitīti no kompensācijas, kuru pacientam izmaksā Pacientu apdrošināšanas centrs. Centra lēmumus var pārsūdzēt.

#### 4.3.5. Apvienotā Karaliste – Anglija

Apvienotajā Karalistē – Anglijā visi Nacionālajā veselības dienestā (NHS) strādājošie ārsti ir tieši apdrošināti ar valsts finansētu apdrošināšanas sistēmu. Šo sistēmu vada ar NHS rīkojumu<sup>104</sup>, kas, cita starpā, nosaka NHS atlīdzības shēmas Anglijā un godīgi atrisina kompensācijas pieprasījumus. Visiem pakalpojumu sniedzējiem, kas ietilpst NHS sistēmā, ik gadu jāveic maksājumi sistēmai. Sistēma nosaka iemaksu apmēru, ņemot vērā lielumu, darbību un sūdzību uzskaiti par konkrēto pakalpojumu sniedzēju. Līdz ar to medicīnas kļūdu reģistrā esošie dati tiek izmantoti.

Izmantojot šo sistēmu, kompensācija tiek izmaksāta, ja prasītājs ir pierādījis klīnisku nolaidību un tās dēļ radītus finansiālus zaudējumus. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji, kas darbojas ārpus NHS sistēmas, iegādājas apdrošināšanu parastajā apdrošināšanas tirgū<sup>105</sup>.

<sup>104</sup> Timekļa vietne <https://resolution.nhs.uk/about/>.

<sup>105</sup> Apdrošināšanas politikas jautājumi Nr. 11. Pārkāpumi ārstniecībā: Profilakse, apdrošināšana un seguma iespējas. OECD Publishing, 2006. g. 12. lpp.

#### 4.3.6. Apvienotā Karaliste – Skotija

Diezgan interesanti ir aplūkot civiltiesiskās atbildības, kas nav saistīta ar vainīgā meklēšanu, apdrošināšanas izveides procesu Skotijā. Kā piemērs tika izmantots Zviedrijas modelis. Pēc visaptverošām konsultācijām tika secināts, ka civiltiesiskās atbildības, kas nav saistīta ar vainīgā meklēšanu, apdrošināšanas sistēmas pamatā jābūt šādiem principiem<sup>106</sup>:

- sistēma nodrošina atbilstoša līmeņa kompensāciju pacientam, viņa ģimenei;
- sistēmai būtu jāaptver cietušie datu aizsardzības pārkāpumu rezultātā;
- sistēma ir saderīga ar Eiropas Cilvēktiesību konvenciju;
- sistēma ir viegli pieejama un izmantojama bez novēršamiem šķēršļiem, piemēram, tādiem, ko rada izmaksas vai grūtības saņemt padomu vai atbalstu;
- izmantojot sistēmu, cilvēki var saņemt attiecīgo speciālistu konsultācijas;
- lēmumi par kompensāciju tiek pieņemti savlaicīgi;
- cilvēki, kuri ir izmantojuši sistēmu, uzskata, ka viņi saņēmuši vienlīdzīgu attieksmi;
- sistēma proporcionāli izmanto laiku un resursus;
- sistēmā ir atbilstošs līdzsvars starp administrēšanas izmaksām (piemēram, finansiālajām vai laika) un piešķirtās kompensācijas līmeni;
- lēmumi par kompensāciju tiek pieņemti, izmantojot stabilu un neatkarīgu procesu;
- sistēmā ir neatkarīga pārsūdzības kārtība;
- sistēmas attieksme pret pakalpojumu sniedzējiem un pacientiem ir godīga/vienlīdzīga;
- kompensācijas prasījumiem ir noteikts saprātīgs termiņš.

Attiecībā uz sistēmas darbību tika uzskatīts, ka ir svarīgi arī, lai:

- sistēma veicinātu organizatorisko, vietēja un valsts mēroga mācīšanos, pacientu drošību un kvalitātes uzlabošanu;
- gūto pieredzi varētu izmantot, lai nākotnē ietekmētu organizatorisko risku pārvaldību;
- sistēma veicinātu un atbalstītu informācijas par nevēlamiem notikumiem drošu atklāšanu;
- sistēma neliktu šķēršļus tādu lietu nodošanai regulatoriem, kas rada pamatu bažām par profesionālu pārkāpumu vai piemērotību darbam.

Iepriekš noteiktas kompensāciju summas (vai nu tabulas formā, vai kā maksimālās robežas) izslēdz personiskas pieejas risku<sup>107</sup>.

<sup>106</sup> Konsultāciju ziņojums – Konsultācijas par ieteikumiem attiecībā uz kompensāciju izveidi bez vainīgā meklēšanas Skotijā par klīniskas ārstēšanas rezultātā gūtiem savainojumiem. 2014. gada aprīlis Teksts pieejams vietnē <http://www.gov.scot/Publications/2014/04/6437/5>.

<sup>107</sup> Pētījums par prasībām par neuzmanību ārstniecībā Skotijā. Pielikums: piedāvātās sistēmas bez vainīgā meklēšanas ietekme uz izdevumiem. 2012. gada jūnijs 4. lpp. Teksts pieejams vietnē <http://www.gov.scot/Publications/2012/06/2348/5>.

#### 4.3.7. Beļģija

Saskaņā ar Likumu par veselības aprūpes rezultātā ciesto zaudējumu atlīdzināšanu<sup>108</sup>, kopš 2010. gada personas var vērsties Ārstniecības nelaimes gadījumu fondā (FMA)<sup>109</sup>. FMA sniegs konsultāciju par attiecīgā veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja atbildību. Šī procedūra rit pārrunu ceļā un ir bez maksas. Noteiktos apstākļos FMA izmaksās kompensāciju pieteikuma iesniedzējam nekavējoties. Piemēram, tas būtu gadījumā, ja ir bijuši nopietni kaitējumi, pat ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nav vainojams profesionālā neuzmanībā, ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja atbildība nav vai nav pietiekami apdrošināta, ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs vai tā apdrošinātājs iesniedz priekšlikumu par atlīdzību, kas ir acīmredzami nepietiekama.

Kompensācijas kritēriji ir tādi, ka kaitējums radies, sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus, un pakalpojuma sniedzēja atbildībai jābūt konstatētai. Atsevišķos gadījumos atbildību konstatēt nav nepieciešams (neparasti nelaimes gadījumi, kas rada nopietnu kaitējumu).

Pārējos gadījumos FMA lūgs veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja apdrošinātājam izmaksāt kompensāciju cietušajam. Persona var arī lūgt FMA konsultāciju par atlīdzību, ko piedāvājis veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja apdrošinātājs. Ja FMA uzskata, ka priekšlikums ir acīmredzami nepiemērots, iestāde var sagatavot citu priekšlikumu par atlīdzību. Ja cilvēks priekšlikumam nepiekrīt, viņš(-a) var vērsties pirmās instances tiesā.

Maksājumi tiek aprēķināti, pamatojoties uz vispārējās tiesībās pastāvošiem precedentiem<sup>110</sup>.

#### 4.3.8. Slovēnija

Slovēnijā veselības aprūpes nozares darbinieki ir jāapdrošina pret atbildību par zaudējumiem (pacientu vai viņu tuvinieku kompensācijas prasības gadījumā), jo to profesionālās atbildības apdrošināšana ir obligāta. Ārstiem, kuri strādā tieši ar pacientiem, jābūt apdrošinātiem pret zaudējumiem, kas varētu rasties viņu darbības dēļ. Nodarbinātos ārstus apdrošina veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs kā viņu darba devējs, savukārt privātie ārsti apdrošinās paši.

Ja kompensācijas pieprasījums izriet no profesionālas kļūdas, veicot veselības aprūpes darbību vai pakalpojumu, radušās izmaksas sedz apdrošināšanas sabiedrība. Kompensācijas pieprasījuma gadījumā apdrošināšanas sabiedrība, ar kuru veselības aprūpes darbinieks ir noslēdzis profesionālās atbildības apdrošināšanas līgumu, izskata pieprasījumu un noteiktos gadījumos ir atbildīga par apdrošinātā civilprocesu un par izdevumiem, kas saistīti ar apdrošinātā aizstāvību kriminālprocesā. Cietušais pacients var iesniegt pieprasījumu arī tieši apdrošināšanas sabiedrībai, kura apdrošinājusi veselības aprūpes darbinieka

<sup>108</sup> Teksts pieejams vietnē

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2010033102&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2010033102&table_name=wet).

<sup>109</sup> Timekļa vietnē <http://www.riziv.be/nl/themas/medische-ongevallen/Paginas/default.aspx#.Wy342kgiM2x>.

<sup>110</sup> Informācija pieejama vietnē <https://www.health.belgium.be/en/health/taking-care-yourself/patient-related-themes/national-contact-point-cross-border-healthcare#information>. Beļģijā tiesas, kas izskata strīdus par

kompensācijām, neskaitāmos gadījumos ir secinājušas, ka ir jāvirzās uz atbildības sistēmu, kas nav saistīta ar vainīgā meklēšanu. Galu galā valsts uzlika visiem veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem pienākumu saņemt civiltiesiskās atbildības apdrošināšanu. Skatīt arī Koch B A, Koziol H (red.) **Kompensācija par miesas bojājumiem salīdzinošā skatījumā**. *Wien; Ņujorka, Springer, 2003. g. 64. lpp.*

profesionālo atbildību. Tā kā uzņēmumi, kas nodrošina šo apdrošināšanu, ir atšķirīgi, arī noteikumi, kas piemērojami kompensācijas saņemšanas procesam, atšķiras.

Ārstiem un zobārstiem saskaņā ar individuālajām specializācijām apdrošinājuma summu katru gadu jānosaka Slovēnijas Ārstu palātai. Pēdējais lēmums, kas pieņemts 2001. gadā, paredz, ka ārsts un zobārsts, kas atrodas tiešā saskarē ar pacientiem, jāapdrošina pret atbildību par zaudējumiem, kas varētu rasties viņa darbības rezultātā, par minimālo summu 12 519 EUR. Praksē veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji slēdz darījumus tieši ar apdrošināšanas sabiedrībām, kur apdrošināšanas summas ir ievērojami lielākas<sup>111</sup>.

## 5. Ieteikumi

### 5.1. Pakalpojumu sniedzēja izvēle – valsts vai privāts

Galvenās alternatīvas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju atbildības apdrošināšanas, kas nav saistīta ar vainīgā meklēšanu, sistēmai ir vai nu valsts uzturēts riska fonds vai obligāta privātā profesionālās atbildības apdrošināšana.

#### 5.1.1. Valsts riska fonds

Valsts riska fonds izmaksās kompensāciju par pacientam nodarīto kaitējumu gadījumos, kad šādu kaitējumu varēja novērst. Kompensācijas lietas tiek izskatītas saskaņā ar normatīvajiem aktiem. Iespējams noteikt konkrētus kompensācijas apmērus (tabulas veidā) vai izmantot maksimālos izmaksājamo summu limitus. Kompensācija tiek izmaksāta gadījumā, ja pastāv cēloņsakarība starp nodarīto kaitējumu un veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Prasījumu pamatotību izvērtē neatkarīgi riska fonda eksperti.

Likums nosaka pakalpojumu sniedzējiem pienākumu veikt iemaksas fondā. Šīs iemaksas veido fonda budžetu. Iemaksu veikšanas pienākuma dēļ veselības aprūpes pakalpojumu cenas pieaug gan valsts veselības aprūpes budžetā, gan privātajā tirgū. Procentuālais pieaugums ir atkarīgs no noteikto iemaksu apmēra. Iemaksas atšķiras atkarībā no riska, sniegtajiem pakalpojumiem, profesijas (ārsts, medicīnas māsa, vecmāte utt.), specializācijas (ķirurģija, iekšējo orgānu ārstniecība, zobārstniecība utt.), izmaksātajām kompensācijām, bet iemaksu līmeni regulē valsts ar tiesību aktu palīdzību.

#### 5.1.2. Privātais apdrošināšanas tirgus

Šajā gadījumā apdrošināšanu piedāvā parastās apdrošināšanas sabiedrības, kas izveidocentru. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja atbildība attiecībā pret pacientu ir apdrošināta. Apdrošināšanas atlīdzība tiek izmaksāta, ja kaitējums tiek nodarīts, sniedzot veselības aprūpes pakalpojumus, un no tā varēja izvairīties. Pacientam savs prasījums jāiesniedz centram, kurš konstatē apdrošināšanas gadījuma un kaitējumu esamību un tā smagumu. Pakalpojumu sniedzēju maksājumi ir atkarīgi no apdrošinātāju novērtētā riska, un apdrošināšanas cenas ietekmē veselības aprūpes pakalpojumu cenas, neskatoties uz pakalpojumu sniedzēju.

Kompensāciju apmēru var kontrolēt, nosakot maksimālo izmaksājamo summu limitu.

---

<sup>111</sup> Informācija pieejama vietnē [http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home/healthcare/pli/!ut/p/b1/04\\_Sj9CPykyssy0xPLMnMz0vMAfGjzOLNDHwdPTwNDD38Q\\_yNDTzDvAxc3U39jCz8TIEKlpEVVWHibOQEVuPobhJo6GroHGxDS76UflZ6TnwS0KIw CIUxFrPACgxwAEcD CZYGJjr-3nk56bqF-RGVAZ76joCACRAMmU!dl4/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmtFL1o2XzQxRUlHM08wSTBOUjAwQUdLMFZMRTQwMFEx/](http://www.nkt-z.si/wps/portal/nktz/home/healthcare/pli/!ut/p/b1/04_Sj9CPykyssy0xPLMnMz0vMAfGjzOLNDHwdPTwNDD38Q_yNDTzDvAxc3U39jCz8TIEKlpEVVWHibOQEVuPobhJo6GroHGxDS76UflZ6TnwS0KIw CIUxFrPACgxwAEcD CZYGJjr-3nk56bqF-RGVAZ76joCACRAMmU!dl4/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmtFL1o2XzQxRUlHM08wSTBOUjAwQUdLMFZMRTQwMFEx/)

Atšķirībā no valsts sistēmas, lemjot par apdrošināšanas cenu, tiek ņemta vērā arī apdrošināšanas sabiedrību peļņa, kā arī pārāpdrošināšanas nepieciešamība. Tai pat laikā apdrošināšanas cenas ir individuāli pielāgojamas un precīzākas nekā valsts pārvaldītas sistēmas gadījumā. Privātas sistēmas priekšrocības ir politiskās ietekmes neesamība, kā arī mazāk birokrātisks un ātrāks process. Arī konkurence starp apdrošināšanas sabiedrībām var atstāt savu ietekmi.

Neatkarīgi no sistēmas ir jāsedz darbības izmaksas (ieskaitot algas, maksu ekspertiem). Tāpat – arī lai samazinātu apdrošinātāja slogu – ir jāapsver iespēja noteikt (obligātu) mediāciju vai līdzīgu sākotnējo procedūru. Tam vajadzētu palielināt sistēmas efektivitāti un palīdzēt kontrolēt tās izmaksas.

## 5.2. Ieteikumi

Pamatojoties uz informāciju, kas iegūta no dažādām ieinteresētajām pusēm, varam sniegt šādus tūlītējus priekšlikumus ārstniecības atbildības apdrošināšanas sistēmas pārskatīšanai Latvijā:

1. Kā nākamos soļus Veselības ministrs varētu veikt visaptverošu analīzi par šādiem jautājumiem:  
tā rīcībā esošie finanšu resursi ĀRF sistēmas pārvaldīšanai īstermiņā un ilgtermiņā; iespējamā fonda vieta esošajā institucionālajā struktūrā (ņemot vērā valsts iestādes, profesionālās apvienības utt.); kompetences un resursi, kas nepieciešami mērķtiecīgai medicīniskās atbildības apdrošināšanas sistēmai īstermiņā un ilgtermiņā; metode lēmumu pieņemšanai par kompensācijām (balstīta uz ekspertu viedokli vai uz iepriekš izveidotu sarakstu); iepriekšējās obligātas mediācijas procedūras starp pusēm izveidošana; ziņošanas un kompensāciju sistēmu apvienošanas iespējas u.c.
2. Politikas līmenī veikto analīžu rezultātus var apvienot ziņojumā, kuru būtu vispusīgi, konstruktīvi un atklāti jāapspriež ar ieinteresētajām pusēm. Tās būtu citas valsts iestādes, asociācijas, akadēmiskās aprindas (ieskaitot ekonomikas zinātnes pārstāvjus) u.c. Konsultācijas varētu būt tematiskas, t. i., darba grupās, kas maksimāli palielinātu pušu ieguldījumu.  
Pēc visu ieinteresēto pušu uzklauššanas un rūpīgi apsverot viņu ieguldījumu, var sagatavot gala ziņojumu, nodrošinot pamatu lēmumam par Latvijai atbilstošu modeli.  
Palīdzību ieinteresēto pušu iesaistīšanas ietvara izveidošanā varētu lūgt citām valstīm, piemēram, Igaunijai un Skotijai, kuras ir veiksmīgi īstenojušas šādu darbību ārstniecības atbildības apdrošināšanas ietvara izveidē.
3. Lai arī kāds modelis nākotnē tiktu izmantots atbildības apdrošināšanai, sistēmai būtu skaidri jārisina vismaz šādi jautājumi:
  - sūdzības iesniedzēja definēšana;
  - apdrošināšanas darbības joma;
  - pārrobežu elementi;
  - pārskatāms un efektīvs process prasītājiem;
  - kompensācijas aprēķināšanas metodikas;
  - atlīdzināmie zaudējumi;
  - informācija par sistēmu;
  - pieejama palīdzība strīdu izšķiršanai pirms pieteikuma iesniegšanas un procesa laikā;

- iespējamās darbības pēc lēmuma pieņemšanas.

Kā apdrošināšanas sistēmas izveides izraisītājs kalpoja ES direktīvas 2011/24 ieviešana, un jāpatur prātā, ka apdrošināšanas segumam un pārējām iezīmēm jābūt saskaņā ar direktīvas noteikumiem.



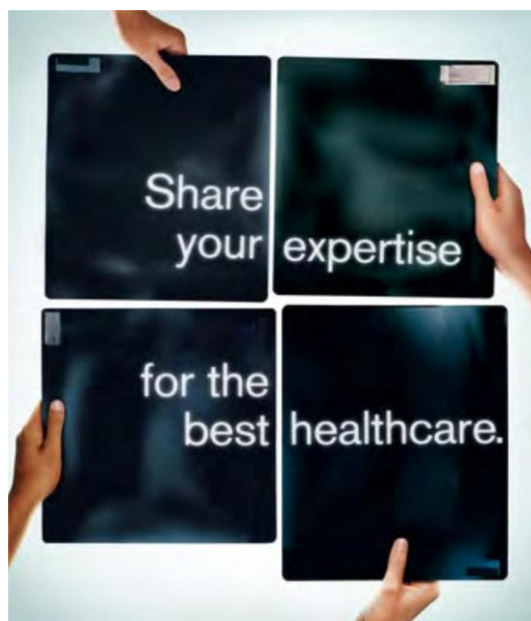
European  
Reference  
Networks

6. pielikums. PAŠNOVĒRTĒJUMA KONTROLSARAKSTS VESELĪBAS APRŪPES  
PAKALPOJUMU SNIEDZĒJIEM

- ERN novērtēšanas rokasgrāmata pretendentiem<sup>112</sup>

## ERN novērtēšanas rokasgrāmata pretendentiem

**Pašnovērtējuma kontROLSaraksts veselības  
aprūpes pakalpojumu sniedzējiem aktīvā PDF  
formātā**



Dalieties ar savām zināšanām, lai  
sasniegtu labāko veselības aprūpi.

**Versija 1.1, 2016. gada aprīlis**

*Iniciatīva nākusi no*



<sup>112</sup> [http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/8-self-assessment-for-hcp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/8-self-assessment-for-hcp_en.pdf)

## Preambula

Šajā dokumentā iekļauts Pašnovērtējuma kontrolsaraksts veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem aktīvā PDF formātā. Tas ir viens no **deviņiem** dokumentiem, kuri ir šādi:

1. ERN novērtēšanas rokasgrāmata pretendentiem: Apraksts un procedūras
2. ERN novērtēšanas rokasgrāmata pretendentiem: Tehniskie rīki pretendentiem
3. ERN novērtēšanas rokasgrāmata pretendentiem: Tīklu vērtēšanas operatīvie kritēriji
4. ERN novērtēšanas rokasgrāmata pretendentiem: Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju vērtēšanas operatīvie kritēriji
5. Tīkla pieteikuma veidlapa
6. Dalības pieteikuma veidlapa
7. Pašnovērtējuma kontrolsaraksts tīkliem aktīvā PDF formātā
8. Pašnovērtējuma kontrolsaraksts veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem aktīvā PDF formātā
9. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju valsts apstiprinājuma paraugs

Šī novērtējuma rokasgrāmatas un Eiropas references tīklu dokumentu sērija ir izstrādāta saskaņā ar pakalpojumu līgumu, ko finansē atbilstoši Eiropas Savienības veselības aizsardzības programmai.

## **PAŠNOVĒRTĒJUMA KONTROLSARAKSTS VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU SNIEDZĒJIEM**

### **IEVADS**

Saskaņā ar Īstenošanas lēmuma 2014/287/ES II pielikuma b) punktā izklāstītajām prasībām, pieteikumu dalībai Tīklā jāiesniedz, reaģējot uz Komisijas publicēto uzaicinājumu izteikt ieinteresētību, un tajā jāiekļauj aizpildīta pieteikuma veidlapa ar pašnovērtējuma anketu un pamatojošo dokumentāciju, kāda pieprasīta novērtēšanas rokasgrāmatā (sk.23.lapu *ERN novērtēšanas rokasgrāmatā pretendentiem*).

Pašnovērtējums nodrošina veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem iespēju pirms pieteikuma iesniegšanas Eiropas Komisijai pašiem novērtēt sevi attiecībā uz atbilstību konkrētiem tiesību aktu kritērijiem un nosacījumiem.

Papildus tam pašnovērtēšana nodrošina mehānismu gan Neatkarīgai novērtēšanas iestādei, gan veselības aprūpes sniedzējam, lai sadarbotos, novērtējot atbilstību Darbības kritērijiem. Iesniegtā informācija palīdzēs rūpīgi pārbaudīt dokumentāciju un plānot revīziju uz vietas.

### **PAŠNOVĒRTĒŠANAS RĪKA APRAKSTS**

Sekojošais pašnovērtējuma kontrollsaraksts ir sadalīts deviņās (9) atsevišķās sadaļās. Tās ir šādas:

#### ***Vispārīgie kritēriji un nosacījumi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem<sup>1</sup>***

1. Pacientu pilnvaras un uz Pacientu orientēta aprūpe
2. Organizācija, vadība un darbības nepārtrauktība
3. Izpēte, izglītība un apmācība
4. Ekspertīze, informācijas sistēmas un e-veselības rīki
5. Kvalitāte un drošība

#### ***Specifiskie kritēriji un nosacījumi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem attiecībā uz ekspertīzes jomu, slimību vai stāvokli<sup>2</sup>***

6. Kompetence, pieredze un aprūpes rezultāti
7. Cilvēkresursi
8. Pacientu aprūpes organizācija
9. Telpas un aprīkojums

---

<sup>1</sup> Komisijas deleģētais lēmums (2014/286/ES) – II pielikums

<sup>2</sup> Komisijas deleģētais lēmums (2014/286/ES) – II pielikums

Šīs deviņas (9) sadaļas ir balstītas uz prasībām, kas izklāstītas deleģētā lēmuma 2014/286/ES II pielikumā. Katrā sadaļā ietverti vairāki posteņi, lai palīdzētu Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam novērtēt savu gatavību iesniegt pieteikumu. Šie posteņi ir balstīti uz tiem Darbības kritērijiem, kurus Eiropas Komisija un Neatkarīgā novērtēšanas iestāde izmantos, lai novērtētu atbilstību tiesību aktiem. Ņemiet vērā, ka aizpildīts pašnovērtējums jāpievieno pieteikuma veidlapai, lai pieteikums varētu tikt izskatīts.

## NORĀDĪJUMI PAŠNOVĒRTĒJUMA VEIKŠANAI

1. Izveidojiet starpdisciplināru grupu, kuras sastāvā būtu Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja un aprūpes pakalpojumu sniedzēja pārstāvji.

Grupai jādod pietiekami ilgs laiks, lai veiktu pašnovērtējumu. Pašnovērtēšanas veikšana grupā palielina procesa vērtību un informācijas precizitāti. Tiek lēsts, ka būs nepieciešamas aptuveni trīs līdz četras sanāksmes, atkarībā no to lietu apjoma, kuras nepieciešams tālāk izpētīt, vai arī atkarībā no nepieciešamības iesniegt dokumentāciju, lai pamatotu pierādījumus par atbilstību attiecīgajā jomā. Grupas darba organizēšanai, uzdevumu došanai un pašnovērtējuma darbību koordinēšanai jāieceļ grupas vadītājs.

2. Pirms pašnovērtēšanas procesa uzsākšanas pilnībā izlasiet un pārskatiet Darbības kritērijus. Ja iespējams, izgatavojiet kopijas un nosūtiet tās grupas locekļiem pirms pirmās sanāksmes.
3. Apspriediet katru atsevišķo pašnovērtējuma kontrolsaraksta sadaļu un novērtējiet tā īstenošanas gaitu. Ja nepieciešams, pārbaudiet īstenošanas līmeni attiecībā uz citām personām, kas neietilpst grupā. Dokumentējiet šo informāciju kontrolsaraksta "Komentāru" sadaļā.
4. Kad panākta vienprātība, aizpildiet zemāk esošo tabulu, atzīmējot lodziņu, kas vislabāk atbilst pašreizējam kritērija ievērošanas statusam, izmantojot sekojošo vērtējumu skalu un vērtēšanas ceļvedi:

| Vērtējums                                 | Vadlīnijas                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>0: Darbība nenotiek / Nav ieviests</b> | <b>Visi kritēriji:</b> šo vērtējumu izmanto, ja rīcības plāna nav vai nav pietiekamu pierādījumu, kas apliecina atbilstību. Šo vērtējumu var izmantot arī tad, ja prakse nav ieviesta nevienā no tīkla veselības aprūpes iestādēm (ja piemērojams). |
| <b>1: Daļēji ieviests</b>                 | <b>Visi kritēriji:</b> šo vērtējumu izmanto, ja ir ieviests rīcības plāns vai ir daži pierādījumi, kas apliecina atbilstību. Šo vērtējumu var izmantot arī tad, ja praksi ieviesušas dažas no tīkla veselības aprūpes iestādēm (ja piemērojams).    |
| <b>2: Pilnībā ieviests</b>                | <b>Visi kritēriji:</b> šo vērtējumu izmanto, ja ir pietiekami pierādījumi, kas apliecina atbilstību. Šo vērtējumu var izmantot arī tad, ja praksi ieviesušas visas tīkla veselības aprūpes iestādes (ja piemērojams).                               |

5. Atkārtojiet procesu katrai sadaļai. Kad pabeigts, sakārtojiet rezultātus katrā sadaļā, izmantojot **A pielikumā** doto veidni. Skatiet tās jomas, kurās sasniegtais procentuālais rādītājs norāda uz par nepieciešamību pēc lielākajiem uzlabojumiem.

6. Izmantojiet šo informāciju rīcības plāna izstrādē, lai uzlabotu gatavību iesniegt pieteikumu un pabeigtu novērtēšanas procesu.

1. Pirms pašnovērtējuma pabeigšanas un iesniegšanas ir jāiziet rezultātu iekšējās apstiprināšanas process. Iekšējās apstiprināšanas mērķis ir:

- Nodrošināt kvalitātes līmeni.
- Pārbaudīt, vai pašnovērtējumi ir precīzi un tos var izpaust sabiedrībai.
- Identificēt jebkādas neatbilstības praksē visā tīklā.
- Identificēt labākās prakses jomas, kuras varētu izplatīt visā tīklā.

Tīkla pienākums ir noteikt iekšējās apstiprināšanas veikšanas kārtību. Tīklam jānodrošina, lai izmantotais process atbilstu šādām prasībām:

- Process ir godīgs un stabils.
- Procesam piekrīt visi veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji.
- Atbildību par pašnovērtējumu uzņemas veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja izpilddirektors.
- Process ietver pacienta un ģimenes iesaistīšanu.

7. Iekšējās apstiprināšanas noslēgumā pašnovērtējuma grupai jāpārbauda un jāfiksē visas pašnovērtējumā veiktās izmaiņas.

8. Aizpildiet un parakstiet pašnovērtējuma **C pielikumā** esošo *Deklarācijas veidlapu*.

9. Iesniedziet aizpildīto pašnovērtējumu kopā ar pieteikuma veidlapu ***ne vēlāk kā līdz termiņam***, kas norādīts pieteikumu iesniegšanai, atbildot uz aicinājumu izrādīt interesi. Pieteikuma iesniegšanas laikā veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja rīcībā jābūt visiem **B pielikumā** uzskaitītajiem pamatojuma dokumentiem.

Šie dokumenti jāiesniedz IAB pēc pieprasījuma.



## PAŠNOVĒRTĒJUMA KONTROLSARAKSTA RĪKS

### VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU SNIEDZĒJIEM

| 1. PACIENTU PILNVARAS UN UZ PACIENTU ORIENTĒTA APRŪPE                                                                                                                           |                                 |           |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|---|
| 1.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir izstrādātas stratēģijas, lai nodrošinātu, ka aprūpe ir orientēta uz pacientu un ka tiek ievērotas pacientu tiesības un vēlmes. |                                 |           |   |
| Mērījuma elementi                                                                                                                                                               | Vērtējums<br>(0 vai 1<br>vai 2) | Komentāri | * |
| 1.1.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja apņemšanās nodrošināt uz pacientu vērstu aprūpi tiek formāli un konsekventi nodota pacientiem un viņu ģimenēm.                   |                                 |           |   |
| 1.1.2. Ir ieviesti procesi, lai palīdzētu pacientiem un viņu ģimenēm izprast, kas nodrošina viņu aprūpi, un katras personas lomu multidisciplinārajā aprūpes grupā.             |                                 |           |   |
| 1.1.3. Ir pieejami izglītojošie materiāli pacientiem, kas piemēroti lasītājiem ar dažādu lasītprasmes līmeni un dažādās dzimtajās valodās runājošajiem.                         |                                 |           |   |
| 1.1.4. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nodrošina pacientiem un viņu ģimenēm rakstisku informāciju par iestādi, organizāciju un tās specifisko kompetences jomu.         |                                 |           |   |

| 1.1.5. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs sniedz pacientiem un viņu ģimenēm rakstisku informāciju par viņu tiesībām un pienākumiem.                                                                                                                                                                                                               |                              |           |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1.6. Ir ieviesta politika un kārtība, kādā atklāt informāciju par neparedzētiem rezultātiem un komplikācijām pacientiem un viņu ģimenēm, kā attiecīgi nepieciešams.                                                                                                                                                                                  |                              |           |                                                                                         |
| 1.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs sniedz pacientiem skaidru un pārskatāmu informāciju par sūdzību iesniegšanas kārtību un tiesiskās aizsardzības līdzekļiem, kā arī kompensācijas veidiem, kas pieejami gan vietējiem, gan ārvalstu pacientiem.                                                                                             |                              |           |                                                                                         |
| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Vērtējums<br>(0 vai 1 vai 2) | Komentāri |  *   |
| 1.2.1. Pacientiem un viņu ģimenēm tiek sniegta informācija par to, kā iesniegt sūdzību, ziņot par viņu tiesību pārkāpumiem un paust bažas par viņu aprūpi un/vai drošību.                                                                                                                                                                              |                              |           |                                                                                         |
| 1.3. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs regulāri apkopo informāciju par pacientu aprūpes pieredzi Tīkla kompetences jomā un izmanto šo informāciju pastāvīgai uzlabojumu veikšanai.                                                                                                                                                               |                              |           |                                                                                         |
| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Vērtējums<br>(0 vai 1)       | Komentāri |  * |
| 1.3.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs regulāri vērtē vai veicina pacienta un ģimenes pieredzes vērtēšanu, izmantojot standartizētu, pārbaudītu anketu. Šī informācija tiek periodiski darīta zināma visiem veselības aprūpes speciālistiem un vadītājiem, kas iesaistīti aprūpes sniegšanā, pacientiem un ģimenēm, kā arī sabiedrībai kopumā. |                              |           |    |

| 1.4. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs aizsargā pacientu veselības informācijas konfidencialitāti.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |           |                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Vērtējums<br>(0 vai 1<br>vai 2) | Komentāri |  *   |
| 1.4.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nodrošina, ka piekļuve medicīniskajiem datiem un klīniskajai informācijai atbilst ES datu aizsardzības noteikumiem un nacionālajiem ieviešanas pasākumiem, konkrēti Direktīvai 95/46/EK.                                                                                                                                                                                  |                                 |           |                                                                                         |
| 1.5. Pacienta informētā piekrišana personiskās veselības informācijas izpaušanai atbilst Direktīvas 2014/286/ES 2. panta e) apakšpunktā noteiktajām prasībām.                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |           |                                                                                         |
| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Vērtējums<br>(0 vai 1<br>vai 2) | Komentāri |  *   |
| 1.5.1. Pacienta personiskā informācija par veselības stāvokli tiek izpausta, pacienti tiek informēti par viņu tiesībām saskaņā ar piemērojamajiem datu aizsardzības noteikumiem un tiek saņemta informēta piekrišana. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ir izstrādājis noteikumus un standarta procedūru informētas piekrišanas saņemšanai. Informētā piekrišana tiek dokumentēta pacienta medicīniskajā reģistrā. |                                 |           |      |
| 1.6. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs saglabā pārskatāmību, sniedzot informāciju pacientiem un plašākai sabiedrībai par klīniskajiem rezultātiem, ārstēšanas iespējām un ieviestajiem kvalitātes un drošības standartiem.                                                                                                                                                                                         |                                 |           |                                                                                         |
| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Vērtējums<br>(0 vai 1<br>vai 2) | Komentāri |  * |
| 1.6.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs sniedz pacientiem un viņu ģimenēm uzticamu informāciju par klīniskajiem rezultātiem tiem pieejamā formā.                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |           |                                                                                         |
| 1.6.2. Visu attiecīgo informāciju jāsniedz pacientiem anonimizētā formā, ieskaitot datus par prasījumiem, pacientu reģistra datus, klīniskos datus un pacientu ziņotos rezultātus.                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |           |                                                                                         |

|                                                                                                                                                                                                            |                                 |           |                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.6.3. Katram pacientam tiek nodrošināts pilns apraksts par pieejamajām pārbaudi un ārstēšanas alternatīvām, kā arī katras plusiem un mīnusiem un iespējamiem riskiem un ieguvumiem.                       |                                 |           |                                                                                       |
| 1.6.4. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs izplata pacientiem un viņu ģimenēm informāciju par pacientu drošības standartiem un drošības pasākumiem kļūdu mazināšanai vai novēršanai.                   |                                 |           |                                                                                       |
| 1.7 Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja darbība ir pārskatāma attiecībā uz jebkādiem iespējamiem interešu konfliktiem, kas saistīti ar ārstēšanu un/vai pētniecību.                                    |                                 |           |                                                                                       |
| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                          | Vērtējums<br>(0 vai 1<br>vai 2) | Komentāri |    |
| 1.7.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nodrošina, ka tiek atklāta informācija par visiem finanšu un ar finansēm nesaistītu interešu konfliktiem saistībā ar ārstēšanu un/vai pētniecības darbībām. |                                 |           |  |

## 2. ORGANIZĀCIJA, VADĪBA UN DARBĪBAS NEPĀRTRAUKTĪBA

2.1. Iestāde ievēro dokumentētu organizatorisko un pārvaldības noteikumu kopumu un procedūras attiecībā uz tīkla kompetences jomā sniegtajiem pakalpojumiem.

| Mērījuma elementi                                                                                                                                                           | Vērtējums<br>(0 vai 1) | Komentāri |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|--|
| 2.1.1. Vadības un personāla, un/vai ārstu uzdevumi un pienākumi, kas attiecas uz speciālo zināšanu jomu, ir skaidri definēti iestādes darbības plānā.                       |                        |           |  |
| 2.1.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs izveido un uztur politiku un procedūru kopumu vadības un darbību vai pakalpojumu aspektu risināšanai tīkla kompetences jomā. |                        |           |  |
| 2.1.3. Ir izveidoti noteikumi un kārtība darbībām saistībā ar pacientiem ārpus valsts robežām tīkla kompetences jomā.                                                       |                        |           |  |

2.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs sniedz informāciju pacientiem un viņu ģimenēm par visiem tarifiem, kas var būt paredzēti atlīdzībai par aprūpi, ieskaitot to, kā tie tiek aprēķināti.

| Mērījuma elementi                                                                                                                                                  | Vērtējums<br>(0 vai 1) | Komentāri |  * |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.2.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nodrošina pacientiem un viņu ģimenēm vieglu piekļuvi informācijai par visiem tarifiem, pakalpojumiem un ieguvumiem. |                        |           |                                                                                       |

2.3. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir nepārtrauktas darbības plāns.

| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Vērtējums | Komentāri |  * |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.3.1. Plāns ietver būtiskas medicīniskās aprūpes sniegšanu neparedzētas resursu atteices gadījumā vai nodošanu alternatīviem resursiem, ja nepieciešams, un pakalpojumu sniedzēja stabilitātes, tehnisko iespēju un zināšanu uzturēšanu, piemēram, cilvēkresursu plānu un tehnoloģiju atjaunināšanu. |           |           |    |

aprūpes līgumus, lai atvieglotu piekļuvi un koordināciju ar citiem resursiem, specifiskām vienībām vai pakalpojumiem, kas nepieciešami pacientu pārvaldībai.

| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                        | Vērtējums<br>(0 vai 1) | Komentāri |  * |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.4.1. Ir izveidotas procedūras attiecībā uz ārkārtas situācijām un pacientiem ārpus parastā darba laika. Pacienti tīkla kompetences jomā, ja nepieciešams, var tikt bez kavēšanās uzņemti piemērotā ārstniecības iestādes nodaļā vai apkalpošanas zonā. |                        |           |                                                                                         |

| <p>2.4.2. Ja nepieciešams, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir viegli piekļūt citiem centriem vai specializētām vienībām ārpus paša telpām, ja tas nepieciešams diagnostikai, ārstēšanai un aprūpes sniegšanai pacientiem.</p>        |                                 |           |                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>2.5. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir pieejamas piemērotas telpas, ko as uztur labā kārtībā atbilstoši tā kompetences jomai.</b></p>                                                                                         |                                 |           |                                                                                       |
| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                             | Vērtējums<br>(0 vai 1<br>vai 2) | Komentāri |    |
| <p>2.5.1. Pacientu aprūpe notiek specializētās klīnikas telpās, kas ir viegli pieejamas, tīras, ērtas, klusas un piemēroti aprīkotas.</p>                                                                                                     |                                 |           |    |
| <p><b>2.6. Ir ieviesti noteikumi un kārtība, lai sazinātos ar ārstiem pēc izrakstīšanas, tai skaitā saziņai ārpus valsts robežām.</b></p>                                                                                                     |                                 |           |                                                                                       |
| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                             | Vērtējums<br>(0 vai 1<br>vai 2) | Komentāri |  |
| <p>2.6.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nodrošina vietējiem ārstiem pilnus izrakstus pēc visu pacientu izrakstīšanas.</p>                                                                                                           |                                 |           |  |
| <p>2.6.2. Ja nepieciešams, veselības aprūpes pakalpojuma sniedzējs izmanto informācijas un komunikāciju tehnoloģijas, piemēram, e-veselības rīkus, telemedicīnu/tele-eksptīzi un lietu pārvaldības rīkus pēc pārbaudēm pēc izrakstīšanas.</p> |                                 |           |                                                                                       |

### 3. IZPĒTE, IZGLĪTĪBA UN APMĀCĪBA

3.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs piedalās izglītības un apmācības pasākumos, piemēram, nepārtrauktā medicīniskā izglītībā un tālmācībā, kas paredzēta personālam, studentiem un citiem aprūpes speciālistiem.

| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                         | Vērtējums<br>(0 vai 1) | Komentāri |  * |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs nodrošina universitātes, pēcdiploma vai specializētas izglītības un apmācības līmeni tīkla kompetences jomā.                                               |                        |           |                                                                                       |
| 3.1.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir noteikts mērķu kopums tā izglītības un apmācības darbībām.                                                                                             |                        |           |    |
| 3.1.3. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs sniedz pierādījumus tam, ka resursi ir pieejami, t. i., pastāv cilvēku, tehniskās vai fiziskās struktūras, lai veicinātu izglītības un apmācības darbības. |                        |           |  |
| 3.1.4. Izglītība un apmācības tiek nodrošinātas pakalpojumu sniedzējiem, kas iesaistīti vienā aprūpes ķēdē veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja telpās un ārpus tām.                                   |                        |           |                                                                                       |
| 3.1.5. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs novērtē savu izglītības un apmācības darbību efektivitāti reizi gadā.                                                                                      |                        |           |                                                                                       |

**3.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs spēj veikt pētniecības pasākumus un tam ir pierādīta pieredze pētījumu veikšanā.**

| Mērijuma elementi                                                                                                                                                                                        | Vērtējums<br>(0 vai 1) | Komentāri |  * |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.2.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs sniedz pierādījumus tam, ka ir pieejami piemēroti resursi, t. i., pastāv cilvēku, tehniskās vai fiziskās struktūras, lai veicinātu pētnieciskās darbības. |                        |           |                                                                                       |
| 3.2.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs vada un/vai piedalās pētniecības darbībās un klīniskajā izpētē gan valsts, gan starptautiskā līmenī tīkla kompetences jomā.                               |                        |           |    |
| 3.2.3. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ievēro Standarta darbības kārtību (SOP) kopumu, kas reglamentē pētniecības darbības.                                                                      |                        |           |  |
| 3.2.4. Pastāv kārtība, kā izskatīt izpētes darbību ētisko pusi.                                                                                                                                          |                        |           |  |
| 3.2.5. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs uztur un pārvalda uzskaiti par izpētes darbībām un klīnisko izpēti atbilstoši institucionālajai politikai un tiesību aktiem.                              |                        |           |                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 3.2.6. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs informē par savas pētnieciskās darbības un klīnisko pētījumu rezultātiem, izmantojot zinātniskās publikācijas. Rezultātus vajadzētu izplatīt pārējiem centriem un profesionālajām un pacientu asociācijām. |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
| 3.2.7. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs izvērtē pētniecības darbības.                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |

#### 4. EKSPERTĪZE, INFORMĀCIJAS SISTĒMAS UN E-VESELĪBAS RĪKI

4.1 Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs var apmainīties ar pieredzi ar citiem pakalpojumu sniedzējiem un sniegt tiem atbalstu.

| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Vērtējums<br>(0 vai 1) | Komentāri |  * |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.1.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs piedāvā konsultāciju pakalpojumus pieredzes apmaiņai ar citiem speciālistiem un aprūpētājiem, kas iesaistīti pacientu ārstēšanā.                                                                                                                    |                        |           |                                                                                       |
| 4.1.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs uztur precīzu datubāzi par tā aprūpē esošajiem pacientiem tīkla kompetences jomā.                                                                                                                                                                   |                        |           |                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |           |                                                                                       |
| 4.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs aizsargā medicīnisko datu izmantošanu tīkla kompetences jomā.                                                                                                                                                                                         |                        |           |                                                                                       |
| 4.2.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ievēro izveidotās procedūras, lai pārvaldītu, aizsargātu un apmainītos ar medicīniskajiem datiem. Šīs procedūras atbilst ES datu aizsardzības tiesību aktiem, konkrēti Direktīvai 95/46/EK un Deleģētā lēmuma 2014/286/ES 2. panta e) apakšpunktam. |                        |           |                                                                                       |

**4.3. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs veicina telemedicīnas un citu e-veselības rīku izmantošanu tā uzņēmumā un ārpus tā.**

|                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 4.3.1. Lai atbalstītu telemedicīnas un citu e-veselības rīku izmantošanu, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs izpilda minimālās savietojamības prasības un, ja iespējams, izmanto noteiktos standartus un ieteikumus. |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |

**4.4. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja kodēšanas un informācijas sistēma atbilst valsts un starptautiski atzītām sistēmām.**

| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                   | Vērtējums<br>(0 vai 1) | Komentāri |  * |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.4.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs izmanto standartizētu informācijas un kodēšanas sistēmu, kas paredzēta retām vai maz izplatītām, sarežģītām slimībām vai stāvokļiem. |                        |           |                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                     |                        |           |                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                     |                        |           |                                                                                       |
| 4.4.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs ir ieviesis procedūras, lai kontrolētu un uzturētu datu kvalitāti.                                                                   |                        |           |                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                     |                        |           |                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                     |                        |           |                                                                                       |

## 5. KVALITĀTE UN DROŠĪBA

5.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs regulāri uzrauga aprūpes kvalitāti un drošību, ko tas sniedz pacientiem ar retām vai maz sastopamām slimībām vai stāvokļiem.

| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Vērtējums<br>(0 vai 1<br>vai 2) | Komentāri |  * |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir ieviesta kvalitātes nodrošināšanas vai pārvaldības sistēma, kurā ietilpst procesi, lai regulāri uzraudzītu tā izpildes kvalitāti tīkla kompetences jomā. Informācija, ko tā apkopo, tiek izmantota, lai nepārtraukti veiktu kvalitātes uzlabojumus. |                                 |           |    |
| 5.1.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs regulāri apkopo un uzrauga procesu un rezultātu indikatorus.                                                                                                                                                                                            |                                 |           |  |
| 5.1.3. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir ieviesta pacientu drošības programma vai plāns, kas piemērots tīkla kompetences jomā.                                                                                                                                                               |                                 |           |  |
| 5.1.4. Pastāv kārtība, kādā ziņot, dokumentēt, izmeklēt un mācīties no nevēlamiem notikumiem un komplikācijām. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs izmanto šo informācijas nepārtrauktai uzlabojumu veikšanai.                                                                                     |                                 |           |  |

| <p>5.1.5. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs sniedz datus par izpildi un rezultātiem, lai novērtētu tīklu kopumā.</p>                                                                                                                                     |                              |           |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>5.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs apliecina apņemšanos izmantot zināšanas par labo praksi un uz pierādījumiem balstītas veselības aprūpes tehnoloģijas un ārstēšanu.</b></p>                                                                  |                              |           |                                                                                         |
| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                              | Vērtējums<br>(0 vai 1 2)     | Komentāri |  *   |
| <p>5.2.1. Pastāv process, lai periodiski pārskatītu un dalītos ar labās prakses piemēriem, izskatītu klīniskās revīzijas rezultātus, izskatītu jaunas, uz pierādījumiem balstītas ārstēšanas metodes un terapijas, kā arī apspriestu sarežģītus gadījumus.</p> |                              |           |                                                                                         |
| <p><b>5.3. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs savā kompetences jomā izstrādā un/vai izmanto klīniskās prakses vadlīnijas.</b></p>                                                                                                                         |                              |           |                                                                                         |
| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                              | Vērtējums<br>(0 vai 1 vai 2) | Komentāri |  * |
| <p>5.3.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs sadarbojas ar citiem tīkla dalībniekiem vai ekspertu centriem, lai izstrādātu un/vai atlasītu klīniskās prakses vadlīnijas saskaņā ar standarta procedūru, kas balstīta uz pierādījumiem.</p>                |                              |           |    |



|                                                                                                                                                             |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 5.3.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, ja iespējams, īsteno klīniskās prakses vadlīnijas, par kurām bijusi vienošanās vai kuras izstrādājis tīkls. |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |
| 5.3.3. Klīniskās prakses vadlīnijas tiek regulāri pārskatītas, lai nodrošinātu, ka tās atspoguļo jaunākos pētījumus un informāciju par labāko praksi.       |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |
|                                                                                                                                                             |  |  |  |

## 6. KOMPETENCE, PIEREDZE UN APRŪPES REZULTĀTI

### 6.1. Veselības aprūpes pakalpojumu speciālists uztur savas zināšanas tīkla kompetences jomā.

| Vērtējums<br>Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                           | (0 vai 1 vai 2) | Komentāri |  * |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.1.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs regulāri uzrauga un dokumentē savas darbības ar pacientiem, kas raksturīgas tīkla kompetences jomai, slimībai vai stāvoklim.                                                                              |                 |           |                                                                                       |
| 6.1.2. Lai uzturētu savu kompetenci un zināšanas, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs apkalpo minimālu/optimālu skaitu pacientu un/vai procedūru gadā, kā noteicis tīkls, pamatojoties uz profesionālajiem/tehniskajiem standartiem vai ieteikumiem. |                 |           |                                                                                       |

### 6.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs uzrāda labu klīnisko aprūpi un rezultātus.

| Vērtējums<br>Mērījuma elementi                                                                                                                                                               | (0 vai 1 vai 2) | Komentāri |  * |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 6.2.1. Ir pierādījumi, ka piedāvāto ārstēšanu un konsultācijas atzinusi starptautiskā medicīnas zinātne attiecībā uz drošību, efektivitāti un/vai potenciālu pozitīvu klīnisko rezultātu.    |                 |           |                                                                                         |
| 6.2.2. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs uzrāda pierādījumus par labu klīnisko aprūpi un rezultātiem saskaņā ar pieejamajiem standartiem, indikatoriem un zināšanām kā noteicis tīkls. |                 |           |                                                                                         |

## 7. CILVĒKRESURSI

7.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir apmācītu speciālistu komanda, kam ir nepieciešamās zināšanas tīkla kompetences jomā.

| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                                                  | Vērtējums<br>(0 vai 1<br>vai 2) | Komentāri |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|--|
| 7.1.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs identificē un dokumentē prasmes un profesionālo kvalifikāciju, kāda nepieciešama personālam, kurš īsteno darbības, kas ir būtiski svarīgas pacientu aprūpes kvalitātei.                                             |                                 |           |  |
| 7.1.2. Specializēto funkciju īstenošanai ir pietiekams skaits darbinieku ar nepieciešamo kvalifikāciju.                                                                                                                                                            |                                 |           |  |
| 7.1.3. Katram galvenajam komandas loceklim vajadzētu veikt minimālo skaitu procedūru un/vai aprūpes darbību minimālam pacientu skaitam konkrētā gada laikā saskaņā ar tīkla noteikto. Multidisciplinārai grupai vajadzētu apspriest minimālo pacientu skaitu gadā. |                                 |           |  |
| 7.1.4. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs uztur reģistru par personāla apmācību, profesionālo attīstību un kompetenču uzturēšanu. Pastāv kārtība, kā regulāri novērtēt darbinieku prasmes, lai nodrošinātu specializētu uzdevumu pienācīgu izpildi.           |                                 |           |  |

20.

## 8. PACIENTU APRŪPES ORGANIZĀCIJA

8.2 Visaptverošu aprūpi nodrošina multidisciplināra un specializēta aprūpētāju grupa.

| Mērījuma elementi                                                                                                  | Vērtējums<br>(0 vai 1<br>vai 2) | Komentāri |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|--|
| 8.2.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs dokumentē multidisciplinārās grupas raksturīgās iezīmes.            |                                 |           |  |
| 8.2.2. Ir iecelts multidisciplinārās grupas vadītājs un priekšsēdētājs.                                            |                                 |           |  |
| 8.2.3. Pastāv dokumentēta kārtība, lai atbalstītu multidisciplinārās aprūpes grupas organizāciju un funkcionēšanu. |                                 |           |  |

|                                                                                                                                                                                         |                                     |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <p>8.2.4. Notiek regulāras, strukturētas multidisciplinārās grupas locekļu tikšanās.</p>                                                                                                | <div></div> <div></div> <div></div> |  |  |
| <p>8.2.5 Pacienti saņem periodisku klīnisko vai multidisciplināro pārskatu. Laika grafiks ir noteikts, pamatojoties uz kompetences jomu, slimību vai stāvokli un tā smaguma pakāpi.</p> | <div></div> <div></div> <div></div> |  |  |
| <p>8.2.6. Multidisciplinārā grupa izvērtē paveikto reizi gadā.</p>                                                                                                                      | <div></div> <div></div> <div></div> |  |  |

## 9. TELPAS UN APRĪKOJUMS

9.3. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir nepieciešamās telpas un aprīkojums, lai aprūpētu pacientus, kas atbilst tīkla definētajai kompetences jomai, slimībai vai stāvoklim.

| Mērījuma elementi                                                                                                                                                                                                                   | Vērtējums<br>(0 vai 1<br>vai 2) | Komentāri |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|--|
| 9.3.1. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam centrā ir pieejamas vai tam ir viegli piekļūt nepieciešamajam aprīkojumam un telpām, lai nodrošinātu labas kvalitātes pacientu aprūpes kvalitāti.                                   |                                 |           |  |
| 9.3.2. Ir pieeja specializētiem laboratorijas pakalpojumiem, kas spēj veikt visus testus, kādi nepieciešami, lai diagnosticētu retas vai maz izplatītas, sarežģītas slimības vai stāvokļus saskaņā ar tīkla noteikto.               |                                 |           |  |
| 9.3.3. Ir pieeja veselam klāstam diagnostikas tehnoloģiju, kas piemērotas retām vai maz izplatītām, sarežģītām slimībām vai stāvokļiem saskaņā ar tīkla noteikto.                                                                   |                                 |           |  |
| 9.3.4. Pamatojoties uz kompetences jomu, veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējam ir spēja apstrādāt, pārvaldīt un apmainīties ar informāciju un biomedicīniskajiem attēliem vai klīniskajiem paraugiem ar ārējiem nodrošinātājiem. |                                 |           |  |

\* Simbols norāda uz prasību, lai pieteikuma iesniegšanas laikā būtu gatavs konkrēts dokuments kā atbilstības apliecinājums. Šie dokumenti jāiesniedz IAB pēc pieprasījuma. Pilnu nepieciešamo pamatojošo dokumentu sarakstu skatīt B pielikumā.

## PIELIKUMS A: REZULTĀTU TABULA

| Pašnovērtējuma rezultātu tabula                              |   |                |       |
|--------------------------------------------------------------|---|----------------|-------|
| VISPĀRĪGIE KRITĒRIJI UN NOSACĪJUMI                           |   |                |       |
| <b>Pacientu pilnvaras un uz Pacientu orientēta aprūpe</b>    |   |                |       |
| Kopējais rezultāts no iespējamajiem 30                       | 0 | Kopā procentos | 0,00% |
| <b>Organizācija, vadība un darbības nepārtrauktība</b>       |   |                |       |
| Kopējais rezultāts no iespējamajiem 20                       | 0 | Kopā procentos | 0,00% |
| <b>Pētniecība, izglītība un apmācība</b>                     |   |                |       |
| Kopējais rezultāts no iespējamajiem 24                       | 0 | Kopā procentos | 0,00% |
| <b>Ekspertīze, informācijas sistēmas un e-veselības rīki</b> |   |                |       |
| Kopējais rezultāts no iespējamajiem 12                       | 0 | Kopā procentos | 0,00% |
| <b>Kvalitāte un drošība</b>                                  |   |                |       |
| Kopējais rezultāts no iespējamajiem 18                       | 0 | Kopā procentos | 0,00% |
| <b>Vispārīgie kritēriji un nosacījumi</b>                    |   |                |       |
| <b>Kompetence, pieredze un aprūpes rezultāti</b>             |   |                |       |
| Kopējais rezultāts no iespējamajiem 8                        | 0 | Kopā procentos | 0,00% |
| <b>Cilvēkresursi</b>                                         |   |                |       |
| Kopējais rezultāts no iespējamajiem 8                        | 0 | Kopā procentos | 0,00% |
| <b>Pacientu aprūpes organizācija</b>                         |   |                |       |
| Kopējais rezultāts no iespējamajiem 12                       | 0 | Kopā procentos | 0,00% |
| <b>Telpas un aprīkojums</b>                                  |   |                |       |
| Kopējais rezultāts no iespējamajiem 8                        | 0 | Kopā procentos | 0,00% |
| <b>KOPĀ</b>                                                  |   |                |       |
| <b>Starprezultāts</b> vispārējiem kritērijiem                | 0 | Kopā procentos | 0,00% |
| <b>Starprezultāts</b> specifiskajiem kritērijiem             | 0 | Kopā procentos | 0,00% |
| KOPĒJAIS REZULTĀTS no iespējamajiem 140                      | 0 | Kopā procentos | 0,00% |

## **B PIELIKUMS: PAMATOJOŠO DOKUMENTU SARAKSTS VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMU SNIEDZĒJIEM (šajā ziņojumā nav iekļauts)**

### **A PIELIKUMS – STRATĒGISKĀ PLĀNOŠANA UN PĀRVALDĪBA**

- 1.1.1. pasākums. Misija un/vai pamatvērtības (Kopsavilkums angļu valodā)
- 2.1.1. pasākums. Organizācijas shēma (Kopsavilkums angļu valodā)
- 1.7.1. pasākums. Interesešu konflikta politika (Kopsavilkums angļu valodā)
- 2.3.1. pasākums. Darbības nepārtrauktības plāns (Kopsavilkums angļu valodā)

### **B PIELIKUMS – PACIENTU PILNVAROJUMS (Kopsavilkums angļu valodā par visiem B pasākumiem)**

- 1.1.3. pasākums. Pacientu izglītojošo materiālu paraugi
- 1.1.5. pasākums. Rakstveida materiāls, kurā aprakstītas pacientu un ģimenes tiesības un pienākumi
- 1.3.1. pasākums. Pacientu pieredzes apsekojums un pacientu pieredzes ziņojumu paraugs
- 1.5.1. pasākums. Informētas piekrišanas politika un procedūra (Viena parauga tulkojums angļu valodā + dokumenti oriģinālvalodā)

### **C PIELIKUMS – APRŪPES ORGANIZĀCIJA (Kopsavilkums angļu valodā par visiem C pasākumiem)**

- 2.1.3. pasākums. Politikas un procedūras pārrobežu pacientu pārvaldībai vai plānotās darbības un termiņi politiku un procedūru izstrādei (Kopsavilkums angļu valodā)
- 2.6.1. pasākums. Izrakstīšanas kārtība un izrakstīšanas veidne (Kopsavilkums angļu valodā)
- 5.3.1. pasākums. Klīniskās prakses vadlīnijas

### **D PIELIKUMS – KVALITĀTES UN INFORMĀCIJAS SISTĒMA (Kopsavilkums angļu valodā par visiem D pasākumiem)**

- 2.5.1. pasākums. Trešo pušu ziņojumi un/vai pārbaudes par aprūpes vides kvalitāti (Kopsavilkums angļu valodā)
- 5.1.1. pasākums. Kvalitātes uzlabošanas plāns
- 5.1.2. pasākums. Procesa un rezultātu indikatori (informācijas panelis) un to definīcijas
- 5.1.3. pasākums. Pacientu drošības plāns
- 5.1.4. pasākums. Detalizēts cēloņu analīzes piemērs un procesa pilnveidošanas apraksts

### **E PIELIKUMS – IZPĒTE UN APMĀCĪBA (Kopsavilkums angļu valodā par visiem E pasākumiem)**

- 3.1.2. pasākums. Mācību mērķu saraksts (Kopsavilkums angļu valodā)
- 3.1.3. pasākums. Mācību personāla un kvalifikācijas saraksts (Kopsavilkums angļu valodā)
- 3.2.2. pasākums. Grantu un pētniecības projektu saraksts par pēdējiem 5 gadiem (Kopsavilkums angļu valodā)
- 3.2.3. pasākums. Pētniecības darbības reglamentējošo standarta darbības kārtību (SOP) saraksts (Kopsavilkums angļu valodā)
- 3.2.4. pasākums. Izpētes politika un kārtība

## PIELIKUMS C: DEKLARĀCIJAS VEIDLAPA

### AIZPILDA PAŠNOVĒRTĒŠANU VADOŠĀ PERSONA

#### Pašnovērtēšanu vadošā persona

|                        |  |
|------------------------|--|
| Vārds:                 |  |
| Amats:                 |  |
| E-pasta adrese saziņai |  |

#### Novērtēšanas mērķis

|                  |                                                                                                   |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pieteikuma veids | Sākotnējais apstiprinājums<br>Tīkla un/vai veselības aprūpes pakalpojumu<br>sniedzēja atjaunošana |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### Pašnovērtējums

|           |                                                                                                                         |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Datums:   |                                                                                                                         |
| Rezultāts | Pilnīga atbilstība darbības kritērijiem<br>Daļēja atbilstība darbības kritērijiem<br>Vēl neatbilst darbības kritērijiem |

#### Piezīmes attiecībā uz pašnovērtējumu (ja tādas ir)

|  |
|--|
|  |
|--|

#### Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja pārstāvja paraksts

|           |  |
|-----------|--|
| Paraksts: |  |
|-----------|--|

#### Tīkla koordinators deklarācija

Apliecinu, ka šis pašnovērtējums precīzi un patiesi atspoguļo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēja atbilstības darbības kritērijiem statusu un ka visi **B pielikumā** uzskaitītie pamatojuma dokumenti ir sagatavoti un gatavi iesniegšanai pēc IAB pieprasījuma.

|           |  |        |  |         |  |
|-----------|--|--------|--|---------|--|
| Paraksts: |  | Vārds: |  | Datums: |  |
|-----------|--|--------|--|---------|--|

