

VĒRTĪBĀS BALSTĪTAS VESELĪBAS APRŪPES KONCEPCIJA

Autores: Daiga Behmane un Alina Dūdele

Rīgas Stradiņa universitātes
Sabiedrības veselības institūts

Rīga, 2022

Pētījums veikts pēc Amerikas Tirdzniecības palātas Latvijā pasūtījuma

Autores: Daiga Behmane, Alina Dūdele

ISBN 978-9934-23-612-9

Konsultatīvā darba grupa: Agris Bitāns, Daiga Behmane, Anda Blumberga, Alina Dūdele, Giedre Kuldmae, Edgars Labsvīrs, Kaspars Losāns, Zane Martinsone, Andrei Nahkala, Michal Pilkiewicz, Dita Erna Sīle, Līga Smildziņa-Bērtulsone, Olga Valciņa, Baiba Ziemele



Rīgas Stradiņa Universitāte
Dzirčiema 16, Rīga, LV-1007, Latvija
Tel: +371 67409230, +371 67409219
Email: rsu@rsu.lv
www.rsu.lv

AmCham Latvia
Thought leadership hub

Amerikas Tirdzniecības palāta Latvija
Dzirnavu iela 74/76-55
Rīga, LV-1050, Latvia
Tel: +371 67212204
Email: amcham@amcham.lv
www.amcham.lv

Korektore: Inga Lievīte
Maketētāja: Evija Gleške

© Amerikas Tirdzniecības palāta Latvijā, 2022
© Rīgas Stradiņa universitāte, 2022

Autores



Dr. Daiga Behmane

Daiga Behmane ir ieguvusi doktora grādu ekonomikā un uzņēmējdarbībā, un viņas galvenās akadēmiskās un pētnieciskās darbības jomas ir veselības aprūpes vadība un veselības ekonomika. Daiga Behmane ir izveidojusi un vada Rīgas Stradiņa universitātes starpaugstskolu maģistra programmu "Veselības vadība", kā arī vairākus studiju kursus, tostarp, veselības aprūpes organizācijā, ekonomikā un finansēšanā.

Daiga ir iesaistīta dažādos valsts un starptautiskajos veselības sistēmu pētniecības projektos un sadarbības tīkļos. Vērtībās balstītas veselības aprūpes stratēģiskās pieejas īstenošana un projektu ieviešana Latvijā šobrīd ir viņas aktuālā pētniecības un darbības joma.



Alina Dūdele

Alina Dūdele - MSc Sabiedrības veselība, pabeigtas mācības RSU doktorantūrā (Medicīna), docētājs RSU (lekciju kursi "Veselības ekonomika" un "Finanšu vadības pamati"). Pētnieciskās intereses: saistība starp resursiem, procesiem un iznākumu veselības aprūpē; vērtībās balstīta veselības aprūpe; inovatīvās sociālo un veselības aprūpes pakalpojumu finansēšanas metodes.

Vairāku gadu starptautiskā pieredze veselības aprūpes sistēmu sniegumu analīzē, ieteikumu izstrādē reformu plānošanai, pieredze veselības aprūpes resursu optimizācijā. Vairāk kā 20 gadu pieredze mācību programmu satura izstrādē, docēšanā un maģistra darbu vadīšanā un vērtēšanā.

Saturs

Lietotie termini	5
Ievads	9
1. Vērtībās balstītas veselības aprūpes koncepcija – definīcijas, izcelsme, zinātniskais pamatojums	10
2. Vērtībās balstītas veselības aprūpes koncepcijas saistība ar veselības aprūpes kvalitātes sistēmu	17
3. Citu valstu pieredze vērtībās balstītas veselības aprūpes konceptuālās pieejas īstenošanā	20
3.1. Politiskā un institucionālā gatavība vērtībās balstītas veselības aprūpes īstenošanai – Nacionālā veselības dienesta programma "Pareiza aprūpe" (Lielbritānija)	20
3.2. Rezultātu un izmaksu mērījumu pieejamība – privāto slimnīcu tīkls Santeon (Nīderlande)	22
3.3. Integrēta un pacientvērsta veselības aprūpe – integrēta pieeja gūžas un ceļa locītavas osteoartrīta ārstēšanā (Dānija)	23
3.4. Uz rezultātu balstīta veselības aprūpes apmaksas sistēma – speciālistu pakalpojumu apmaksā, balstoties uz sasniegtajiem ārstēšanas rezultātiem (Zviedrija)	24
4. Pašreizējās situācijas raksturojums Latvijā, galvenās problēmas un izaicinājumi	25
4.1. Situācijas novērtēšanas metodika	25
4.2. Pacientu biedrību un pakalpojumu sniedzēju fokusgrupu rezultāti	27
4.3. Politikas dokumentu, normatīvo aktu un datu analīzes rezultāti	28
4.3.1. Politika un institūcijas	29
4.3.2. Rezultātu un izmaksu mērījumi	31
4.3.3. Integrēta un pacientvērsta aprūpe	32
4.3.4. Uz rezultātu balstīta apmaksā	33
5. Vērtībās balstītas veselības aprūpes potenciālie ieguvumi (pacientiem, pakalpojumu sniedzējiem, maksātājiem, sabiedrībai kopumā)	35
6. Vērtībās balstītas veselības aprūpes koncepcijas ieviešanas stratēģiskie virzieni, aktivitātes un programmu izvēles kritēriji	37
6.1. Veselības aprūpes sistēmas stratēģiskie virzieni vērtībās balstītas veselības aprūpes ieviešanā nacionālajā līmenī	37
6.2. Vērtībās balstītas veselības aprūpes ieviešana programmu līmenī	39
Literatūra	41
Pielikums. Vērtībās balstītas veselības aprūpes indikatoru līmeņu novērtēšanas matrica	44

Lietotie termini

Elektroniskais veselības ieraksts – pacienta slimības vēstures elektroniskā versija, kuru laika gaitā uztur pakalpojumu sniedzējs un kurā ir iekļauti visi galvenie administratīvie klīniskie dati, kas attiecas uz šīs personas aprūpi pie konkrēta pakalpojumu sniedzēja, – demogrāfiskie dati, progresa piezīmes, problēmas, medikamenti, slimības vēsture, imunizācija, laboratorijas dati un radioloģijas ziņojumi.

Iedzīvotāju veselības aprūpes aptvere – normatīvajā regulējumā noteiktās iedzīvotāju juridiskās tiesības saņemt valsts apmaksātu veselības aprūpi.

Iesaistītās puses vērtībās balstīta veselības aprūpes ieviešana – vērtības jēdziens tiek vērtēts no sabiedrības kopējo vajadzību skatījuma, ietverot pacientu, tā pārstāvības institūciju, arī pakalpojumu sniedzēju un citu nozares spēlētāju skatījumu.

Integrēta veselības aprūpe – veselības pakalpojumi, kas tiek pārvaldīti un sniegti tā, lai cilvēki saņemtu nepārtrauktus veselības veicināšanas, slimību profilakses, diagnostikas, ārstēšanas, slimību pārvaldības, rehabilitācijas un paliatīvās aprūpes pakalpojumus, kas tiek koordinēti dažādos aprūpes līmeņos un vietās atbilstoši viņu vajadzībām visa mūža garumā.

Klīniskās vadlīnijas – apgalvojumi, kas ietver ieteikumus, kuru mērķis ir optimizēt pacientu aprūpi un kuri ir balstīti uz sistemātisku pierādījumu pārskatīšanu un alternatīvo aprūpes iespēju ieguvumu un kaitējuma novērtējumu.

Kompleksie maksājumi – viens maksājums, kas sedz pakalpojumus, ko vienas aprūpes epizodes laikā vai noteiktā laika periodā sniedz divi vai vairāki pakalpojumu sniedzēji.

Pacientvērsta veselības aprūpe – indivīda īpašās veselības vajadzības un vēlamie veselības rezultāti ir visu veselības aprūpes lēmumu un kvalitātes mērījumu virzītājs. Pacients saviem veselības aprūpes sniedzējiem ir partneris, un pakalpojumu sniedzēji ārstē pacientu ne tikai no klīniskā viedokļa, bet arī no emocionālā, garīgā, sociālā un finansiālā aspekta.

Sadarbspēja – sistēmas un ierīces spēja apmainīties ar datiem un interpretēt šos kopīgos datus. Lai divas sistēmas būtu sadarbspējīgas, tām jāspēj apmainīties ar datiem un pēc tam šos datus parādīt tā, lai lietotājs tos varētu saprast.

Samaksa par pakalpojumu – veselības aprūpes maksājumu pieeja, kurā ārstiem un citiem veselības aprūpes sniedzējiem maksā par katru sniegto pakalpojumu.

Samaksa par sniegumu – veselības aprūpes maksājumu pieeja, kurā maksātājs kompensē ārsta darbu saskaņā ar ārsta veikspējas novērtējumu.

Samaksa par vērtību – veselības aprūpes maksājumu pieeja, kurā ārsti un citi veselības aprūpes sniedzēji cenšas nodrošināt vislabākās kvalitātes aprūpi par viszemākajām izmaksām.

Uz pierādījumiem balstīta veselības aprūpe – aprūpe un pakalpojumi, kas izriet no pierādījumos balstītas medicīnas principu piemērošanas visos aprūpes līmeņos, ieskaitot pārvaldību un pakalpojumu sniegšanu.

Vērtībās balstīta veselības aprūpe – veselības aprūpes sniegšanas modelis, kurā pakalpojumu sniedzēji saņem samaksu, pamatojoties uz pacienta veselības rezultātiem.

Veselības tehnoloģiju novērtējums – veselības tehnoloģijas īpašību un ietekmes sistemātiska novērtēšana, kuras mērķis ir lēmumu pieņemšanas gaitā informēt par veselības tehnoloģiju izmaksu efektivitāti.

Avoti: Amerikas Medicīnas asociācija (American Medical Association, AMA), The Economist Intelligence Unit, Starptautiskā Veselības tehnoloģiju novērtēšanas asociācija (Health Technology Assessment International, HTAi), Starptautiskais veselības tehnoloģiju novērtēšanas aģentūru tīkls (International Network of Agencies for Health Technology Assessment, INAHTA), Pasaules Veselības organizācija (World Health Organization, WHO).

Galvenie faktori, kas izraisa nepārtrauktu pieprasījuma pieaugumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem un rada digitālās transformācijas nepieciešamību, ir populācijas novecošanās, hronisko un blakus slimību skaita pieaugums, jaunu ārstēšanas tehnoloģiju pieejamība un personalizētas medicīnas attīstība. Veselības aprūpes sistēmām ir jāmainās, lai radītu efektīvākus un ilgtspējīgākus modeļus, kas pacientiem spēj nodrošināt reālu vērtību ar optimizētām izmaksām. Līdzīgi kā citās valstīs, Latvijā veselības aprūpes izdevumu pieauguma temps pārsniedz iekšzemes kopprodukta pieauguma tempu, bet kopējie izdevumi veselības aprūpei uz vienu iedzīvotāju Latvijā joprojām ir vieni no zemākajiem Eiropas Savienības valstīs.

Vērtībās balstīta veselības aprūpe (VBVA) ir konceptuāla pieeja veselības aprūpes pārveidei visā pasaulē,² kas vērsta uz pacientu veselības aprūpes rezultātu un veselības aprūpes sistēmas snieguma uzlabošanu, vienlaicīgi kontrolējot veselības aprūpes izmaksu pieaugumu. VBVA balstās uz iepriekš izmantotām veselības sistēmas pārvaldības koncepcijām: pierādījumos balstītu veselības aprūpi, veselības ekonomikas principu lietojumu, visaptverošu kvalitātes un pacientu drošības sistēmu, tās papildinot ar veselības aprūpes samaksas sistēmas sasaisti ar sasniegto rezultātu.

Koncepcijā piedāvātā VBVA definīcija:



Vērtībās balstīta veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas un organizēšanas modelis ar mērķi uzlabot katra pacienta veselības rezultātus, ievērojot pacienta personīgos mērķus, samaksu par kvantitāti aizvietojo ar samaksu par rezultātu un kvalitāti, tādējādi nodrošinot izmaksu kontroli un taisnīgu ierobežoto resursu sadalījumu visām pacientu grupām.



²Harvard Business School. Key Concepts. Iegūts no: <https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/key-concepts/Pages/default.aspx> [sk. 11.03.2022.]

Sistēmas dalībnieku potenciālie ieguvumi no VBVA:

- 1 Pacientiem – izmaksu ietaupījums, samazināts ārstēšanas laiks, ārstēšanas rezultātu un pieredzes uzlabojums, uzlabota pieejamība inovācijām un personalizētai medicīnai;
- 2 Pakalpojumu sniedzējiem – darbības efektivitātes, profesionālā snieguma un pakalpojumu kvalitātes paaugstināšanās, zināšanu pārnese par jauniem ārstēšanas standartiem;
- 3 Maksātājiem – izmaksu kontrole un finanšu riska mazināšanās, ar esošajiem līdzekļiem nodrošinot labāko iespējamo ieguvumu veselībai;
- 4 Medicīnas tehnoloģiju piegādātājiem – tehnoloģiju pozitīvās ietekmes uz faktisko vērtību pacientiem nodrošināšana, paplašinātas individualizētas ārstēšanas pieejas īstenošana;
- 5 Veselības aprūpes sistēmai – iespēja pārvaldīt izmaksu pieaugumu un labāk izmantot ierobežotus resursus uzlabojot kopējos sabiedrības veselības rādītājus.

Vislabāko rezultātu ir iespējams sasniegt, ieviešot VBVA pieeju visas veselības aprūpes sistēmas mērogā, taču VBVA var ieviest arī atsevišķu programmu līmenī atbilstoši katras klīniskās jomas vai pakalpojumu sniedzēju gatavības pakāpei. VBVA programmas veido konkrētu slimību vai pacientu grupu kontekstā, vienojoties par standartizētiem pacienta rezultātu un izmaksu mērījumiem, to uzskaitē nepieciešamajām datu platformām, datu uzskaites procesu un izveidojot integrētus samaksas modeļus par pakalpojumiem pilnā aprūpes ciklā.³

VBVA ieviešanas uzsākšanai ir vairāki priekšnoteikumi:

- politiskā izšķiršanās par veselības aprūpes sistēmas virzību uz VBVA;
- veselības sistēmas vērtības jēdziena formulēšana konkrētajā jomā, sasaistot to ar noteiktiem mērķiem, ko izprot un atbalsta sistēmas dalībnieki;
- jauni partnerības veidi: pacienti, pētnieki, pakalpojumu sniedzēji, maksātāji un IT uzņēmumi, kas koncentrējas uz aprūpes rezultātu datu radīšanu un apstrādi ar mērķi demonstrēt augstas vērtības veselības aprūpi;
- investīciju plānošana un novirzīšana VBVA stratēģisko virzienu iniciatīvu atbalstam.

VBVA koncepcija ir visaptverošs dokuments, kas ietver pierādījumos balstītu informāciju par VBVA būtību, elementiem un īstenošanas iespējām, kā arī sniedz pārskatu par citu valstu pieredzi šajā jomā. Latvijas situācijas novērtēšanai tika izveidotas pacientu un pakalpojumu sniedzēju organizāciju pārstāvju fokusgrupas, kurās pēc starptautiski aprobētas metodikas tika novērtēta Latvijas veselības aprūpes sistēmas gatavība ieviest VBVA, uz kā pamata noteikti VBVA ieviešanas stratēģiskie virzieni un tiem atbilstošās veicamās aktivitātes Latvijā. Koncepcijas dokuments izmantojams kā vadlīnijas VBVA ieviešanā nacionālā vai konkrētu programmu līmenī.

³ Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Visu valstu veselības aprūpes sistēmas ir pakļautas nepārtrauktam vajadzību un pieprasījuma pieaugumam. Vajadzību pieaugumu nosaka populācijas novecošanās, hronisko slimību skaita pieaugums un jaunu ārstēšanas tehnoloģiju pieejamība. Savukārt pieprasījuma pieaugumu veicina sabiedrības labklājības paaugstināšanās un informācijas pieejamības uzlabošanās. Pieprasījuma pēc veselības aprūpes pakalpojumiem pieauguma temps pārsniedz ekonomiskās attīstības tempu,⁴ liekot valstīm pievērst arvien lielāku uzmanību ierobežoto resursu racionālai un efektīvai izmantošanai sabiedrības veselības mērķu sasniegšanai. Lai gan pēdējo 20 gadu laikā ar dažādām stratēģijām ir panākti ievērojami uzlabojumi, daudzās valstīs, tostarp Latvijā, veselības aprūpes pakalpojumu izmaksu efektivitāte un sniegums joprojām ir izaicinājums.

Starptautiskajos ziņojumos tiek rekomendēta tālāka Latvijas veselības aprūpes reformu veikšana, uzsverot arī labākas slimību pārvaldības un efektivitātes paaugstināšanas nepieciešamību.⁵ Arī Latvijas nacionālā līmeņa veselības jomas stratēģiskajos dokumentos atzīta virzība uz veselības aprūpes organizācijas uzlabošanu labāku sabiedrības veselības rezultātu sasniegšanai. Veselības sistēmu globālie izaicinājumi rosinājuši arī veselības aprūpes pārvaldības konceptuālo pieeju attīstību un jaunas veselības nozares ekosistēmas izveidi, lai attīstītu integrētu un personalizētu aprūpes pieeju, uzlabotu pakalpojumu sniedzēju produktivitāti un uzlabotu aprūpes rezultātus un pieejamību.

Viena no svarīgākajām konceptuālajām pieejām veselības aprūpes pārveidē visā pasaulē ir vērtībās balstīta veselības aprūpe,⁶ kas tiek atzīta par kritiski svarīgu pieeju, lai uzlabotu pacientu veselības rezultātus, vienlaicīgi kontrolējot veselības aprūpes izmaksu pieaugumu. Saskaņā ar citu valstu pieredzi, lai īstenotu vērtībās balstītu veselības aprūpi (VBVA), kā mērķis ir jāizvirza patiesi nozīmīgs uzlabojums pacientu veselības rezultātos un jāveic visaptverošas pārmaiņas veselības aprūpes organizācijā un pakalpojumu apmaksā.⁷

VBVA koncepcija ir visaptverošs dokuments, kas ietver pierādījumos balstītu informāciju par VBVA būtību, elementiem un īstenošanas iespējām, kā arī sniedz pārskatu par citu valstu pieredzi šajā jomā. Dokumentā īpaša vērība pievērsta Latvijas situācijas novērtējumam, kas balstīts uz pacientu un pakalpojumu sniedzēju organizāciju pārstāvju fokusgrupu diskusijām, kurās pēc starptautiski aprobētas metodikas tika novērtēta Latvijas veselības aprūpes sistēmas gatavība ieviest VBVA. Pamatojoties uz zinātniskās literatūras, starptautiskās pieredzes un Latvijas situācijas analīzi, dokumentā noteikti VBVA ieviešanas stratēģiskie virzieni un tiem atbilstošās veicamās aktivitātes Latvijā. Koncepcijas dokuments izmantojams kā vadlīnijas VBVA ieviešanā nacionālā vai konkrētu programmu kontekstā.

⁴ Gray, M. (2017). Value based healthcare. *BMJ*. 356. Iegūts no: <https://www.bmj.com/content/356/bmj.j437> [sk. 11.03.2022.].

⁵ OECD (2021). Health at a Glance 2021. Iegūts no: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/> [sk. 11.03.2022.].

⁶ Harvard Business School. Key Concepts. Iegūts no: <https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/key-concepts/Pages/default.aspx> [sk. 11.03.2022.].

⁷ Putera, I. (2017). Redefining Health: Implication for Value-Based Healthcare Reform. *Cureus*. 9(3), e1067. Iegūts no: <https://doi.org/10.7759/cureus.1067> [sk. 11.03.2022.].

1. Vērtībās balstītas veselības aprūpes koncepcija – definīcijas, izcelsme, zinātniskais pamatojums

Vērtībās balstītas veselības aprūpes (VBVA) koncepcijas vai to elementu ieviešana nacionālās veselības aprūpes sistēmās ir un tuvākajā laikā būs viens no galvenajiem sistēmu reformu virzieniem.⁸ VBVA pieeja ir veidojusies pakāpeniski, balstoties gan uz laika gaitā noteiktajiem mūsdienu veselības aprūpes principiem, gan konceptuālajām pieejām – pacientvērstu aprūpi, integrēto aprūpi, hronisko slimību vadību u. c.

Pēdējās desmitgadēs veselības aprūpes sistēmās attīstītajās valstīs lielākā uzmanība bijusi pievērsta veselības tehnoloģiju salīdzinošās efektivitātes un relatīvās izmaksu efektivitātes noteikšanai. Šī pieeja pazīstama kā jēdziens "pierādījumos balstīta medicīna", kuru šobrīd papildina un paplašina jēdziens "vērtībās balstīta veselības aprūpe", koncentrējoties uz veselības aprūpes sniegtās vērtības palielināšanu un maksājumu veikšanu atbilstoši sasniegtajai vērtībai.

VBVA konceptuālas pieejas nepieciešamība izriet no veselības aprūpes sistēmu globālajiem izaicinājumiem, un tie ir:

- augstas un nepārtraukti pieaugošas izmaksas;
- ierobežoti un pacientu vajadzībām neatbilstoši pakalpojumi;
- pārmērīgs pieprasījums pēc veselības aprūpes pakalpojumiem;
- veselības aprūpes pakalpojumu neatbilstība standartam;
- diagnostikas un ārstēšanas kļūdas;

- nepietiekami profilakses pasākumi;
- ievērojamas veselības aprūpes pakalpojumu kvalitātes un izmaksu atšķirības starp pakalpojumu sniedzējiem;
- lēna inovāciju ienākšana ikdienas medicīnas praksē;
- ierobežota konkurence pakalpojumu sniedzēju starpā.

Vērtībās balstītas veselības aprūpes galvenais princips: veselības aprūpes sistēmu organizēšanā un pārvaldībā noteicošajiem kritērijiem ir jābūt pacienta vērtībām. Veselības aprūpes vērtību pacientam nosaka nevis apmeklējumu, procedūru vai pārbaūžu kvantitāte, bet gan veselības stāvokļa uzlabošanās un kopējā radītā vērtība. Ir nepieciešami instrumenti, lai novērtētu ārstēšanas rezultātus, kā arī ir jāņem vērā izmaksas, lai sasniegtu šos rezultātus. Rezultātus raksturo ne tikai mirstība un saslimstība, bet arī citi aprūpes ciklā pacientiem svarīgi aspekti, tostarp komplikācijas, atveseļošanās laiks un turpmākas ārstēšanas nepieciešamība. Rezultātus mēra un novērtē pilna aprūpes cikla ietvaros.

⁸ WHO (2020). Building on value-based health care. Iegūts no: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336134/policy-brief-37-1997-8073-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [sk. 11.03.2022.].

⁹ Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med.* 95(5): 682–685. Iegūts no: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185050/> [sk. 11.03.2022.].

Vērtībās balstītu veselības aprūpes koncepciju 2006. gadā pirmo reizi piedāvāja un definēja Hārvarda Universitātes profesors Maikls J. Porters grāmatā "Veselības aprūpes pārdefinēšana: uz rezultātiem balstītas konkurences veidošana" ("Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results").¹⁰ Pēc Portera teorijas, veselības aprūpes pakalpojums ir konkurētspējīgs tad, ja tas **pacientam rada papildu vērtību, ko raksturo veselības stāvokļa jeb rādītāju uzlabošanās pilnā veselības aprūpes organizatoriskajā ciklā**, uzņēmuma reputācija un pakalpojuma kvalitāti papildinoši ekonomiskie faktori.

Laika gaitā vērtībās balstītas veselības aprūpes konceptuālā pieeja ir ievērojami attīstījusies, ir papildināta gan zinātniski teorētiskā bāze, gan veikti starptautiski zinātniski un praktiski pētījumi.

Dažādi autori piedāvā šādas vērtībās balstītas veselības aprūpes definīcijas:

- veselības aprūpes sniegšanas modelis, kurā pakalpojumu sniedzēji, tostarp slimnīcas un ārsti, saņem samaksu, pamatojoties uz pacienta veselības rezultātiem;¹¹
- veselības aprūpes sniegšanas sistēma, kas mudina veselības aprūpes sniedzējus koncentrēties uz sniegto pakalpojumu kvalitāti, nevis kvantitāti;¹²

- veselības aprūpes pieeja ar mērķi uzlabot kvalitāti un pacientu veselības aprūpes rezultātus. Šī mērķa sasniegšana ir balstīta uz izmaiņu kopumu pacienta aprūpē;¹³
- izmērāms pacienta veselības aprūpes rezultātu uzlabojums, ņemot vērā šī uzlabojuma sasniegšanas izmaksas;¹⁴
- nepārtraukta virzība, cenšoties sniegt aprūpi, kas uzlabo pacientiem svarīgus veselības rezultātus, aprūpes saņemšanas un sniegšanas pieredzi, aprūpes un izmaksu efektivitāti;¹⁵
- atlīdzības veids, ar kuru veselības aprūpes sniedzējiem tiek piešķirts stimuls, pamatojoties uz viņu pacientiem sniegtās aprūpes kvalitāti.¹⁶

Apkopojot šīs definīcijas, redzams, ka pamatā runa ir par veselības aprūpes organizācijas modeli, kura centrā ir patients un viņa vajadzības, ārstēšanas rezultātu mērīšana un samaksas modeļa maiņa, aizvietojot samaksu par kvantitāti ar samaksu par kvalitāti jeb sasniegto rezultātu.

¹⁰ Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston, MA: Harvard Business School Press.

¹¹ NEJM Catalyst (2017). What Is Value-Based Healthcare? Iegūts no: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558> [sk. 11.03.2022.].

¹² Veradigm. What is Value-Based Healthcare? A Comprehensive Guide. Iegūts no: <https://veradigm.com/what-is-value-based-healthcare/> [sk. 11.03.2022.].

¹³ Cleveland Clinic (2020). Value-Based Care. Iegūts no: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/15938-value-based-care> [sk. 11.03.2022.].

¹⁴ Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston, MA: Harvard Business School Press.

¹⁵ NSW Health (2021). Value based healthcare. Iegūts no: <https://www.health.nsw.gov.au/Value> [sk. 11.03.2022.].

¹⁶ Business Insider (2022). How and why the value based payment (pay for performance) model is trending in the healthcare industry. Iegūts no: <https://www.businessinsider.com/value-based-care-pay-for-performance-healthcare-model> [sk. 11.03.2022.].

Vērtībās balstīta veselības aprūpe stimulē vērtības sasniegšanu caur plašāku ekonomikas pamatprincipu īstenošanu veselības sektorā, tostarp konkurences principu plašāku īstenošanu pakalpojumu sniedzēju starpā:¹⁷

- galvenā uzmanība jāpievērš pacienta ieguvumam (vērtībai), nevis tikai izmaksu samazināšanai;
- nepieciešama maksimāla uz sniegumu balstīta konkurence pakalpojumu sniedzēju starpā;
- pakalpojuma vērtība veidojas visa aprūpes cikla garumā;
- augstas kvalitātes aprūpe kļūst lētāka, koncentrējoties uz rezultātu;
- pakalpojuma vērtību nosaka pakalpojumu sniedzēja pieredze un prasmes ārstēšanā;
- nepieciešama konkurence pakalpojumu sniedzēju starpā reģionālā un nacionālā, nevis tikai vietējā līmenī;
- informācijai par pakalpojumu sniedzēju snieguma rezultātiem un izmaksām jābūt plaši pieejamai.

Pētījumi liecina, ka būtisks priekšnoteikums VBVA īstenošanai ir valsts izdevumu apjoms veselības aprūpei, jo tas nosaka valsts veselības aprūpes sistēmas brieduma pakāpi un iespēju nodrošināt priekšnoteikumus VBVA koncepcijas ieviešanai: visaptverošus pacientu reģistrus, sadarbībspējīgi elektroniskās veselības ieraksti (electronic health record, EHR), valsts politiska līmeņa izšķiršanos par

VBVA koncepcijas ieviešanas nepieciešamību, ieinteresēto pušu iesaistīšanos veselības aprūpes sistēmas pilnveidošanā, pacientu līmeņa ārstēšanas iznākumu un izmaksu datu pieejamību. Valstīs, kas veselības aprūpei tērē vairāk nekā 10 % no iekšzemes kopprodukta (Kanādā, Japānā, Nīderlandē, Francijā, Vācijā un ASV), ir spēcīgi stimuli atrast veidus, kā turpināt uzlabot iedzīvotāju veselību, nepalielinot kopējās sistēmas izmaksas, un VBVA koncepcijas ieviešana ir viens no iespējamiem risinājumiem.¹⁸

Veiksmīgai VBVA īstenošanai kritiski svarīgi ir pacientu ārstēšanas rezultātu dati un mērījumi, kas tiek apkopoti un uzglabāti strukturētā un sistematizētā veidā. Standartizētu, starptautiski akceptētu ārstēšanas rezultāta rādītāju pieejamība ļauj veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem dažādās ārstniecības iestādēs un reģionos salīdzināt savus darbības rezultātus un mācīties citam no cita. Elektroniskie veselības ieraksti ne tikai ļauj veselības aprūpes sniedzējiem vairāk koncentrēties uz konkrētu pacientu ārstēšanu, turklāt rezultātu un izmaksu izsekošana ļauj iegūt visaptverošu priekšstatu par to, kā veselības sistēma nodrošina ārstēšanas rezultātu jeb vērtību atsevišķiem pacientiem.

Attīstītajā pasaulē daudzās valstīs ir izveidotas sistēmas, kas apkopo pacienta līmeņa ārstēšanas izmaksu datus. Ārstēšanas izmaksu datu ieguvī nobriedušā ekonomikā stimulē ne tikai politikas veidotāji, bet arī iedzīvotāji – veselības aprūpes patērētāji, kas vēlas, lai veselības aprūpes cenu un izmaksu caurskatāmība ir lielāka.

¹⁷ Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston, MA: Harvard Business School Press.

¹⁸ The Economist Intelligence Unit (2016). Value-based healthcare: A global assessment. Findings and methodology. Iegūts no: https://impact.econ-asia.com/perspectives/sites/default/files/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology_1.pdf [sk. 11.03.2022.].

Mazāk attīstītās valstīs ir vājāka izmaksu caurspīdība un ierobežota pieejamība pacienta līmeņa izmaksu datiem. Pacientu elektroniskie veselības ieraksti ir zināšanu avots par aprūpes pieejām un tendencēm, kas veido pamatu uz pierādījumiem balstītai lēmumu pieņemšanai.

Pasaulē arvien vairāk tiek atzīts, ka integrēta pieeja veselības aprūpei, kas attālinās no samaksas par veiktajām manipulācijām un atsevišķiem pakalpojumiem, stimulē sistēmas efektivitāti, samazina pakalpojumu dublēšanos un kopējās pacienta aprūpes izmaksas, vienlaicīgi nodrošinot labāku pacientu aprūpi.

Pētījumi liecina, ka valstis saskaras ar ievērojamiem sistēmiska un kultūras rakstura šķēršļiem integrētas veselības aprūpes pieejas īstenošanā:

- aprūpes koordinēšana lielā mērā ir atkarīga no pacientu elektronisko karšu pieejamības un satura, kā arī sadarbīgām IT sistēmām, kas daudzām valstīm joprojām trūkst;
- sistēmas, kurās samaksa tiek veikta par katru konsultāciju vai izmeklējumu, ir jāpārveido tādējādi, lai radītu finansiālus stimulus koordinētai pieejai un kompleksa pakalpojuma cenas noteikšanai, kas ir ievērojami sarežģītāk nekā maksāt par katru manipulāciju.¹⁹

VBVA modeļa pamatā ir maksājumu mehānismi, kas veicina efektīvu ārstēšanu un to pakalpojumu kopu, kas sniedz vērtību, un atur no tiem, kas nav rentabli un nesniedz vērtību pacientam. Kompleksie maksājumi attiecas uz procedūrām no pacienta ārstēšanas sākuma līdz beigu rezultātam, piemēram, paredzot vienu maksājumu par visām gūžas

locītavas protezēšanas procedūrām, sākot no konsultācijām un procedūrām līdz rehabilitācijai, nevis maksājot par katru intervenci atsevišķi. Valstīm ir nepieciešami arī mehānismi, lai vērtētu izmantoto aprūpes pieeju izmaksu efektivitāti un neizmantotu resursus pasākumiem, kas izmaksu ziņā nav efektīvi.

Ekspertu grupa "Par efektīviem ieguldījumu veidiem veselības jomā" (*Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health, EXPH*) Eiropas Komisijas uzdevumā ir sniegusi ieteikumus "Kā definēt vērtību vērtībās balstītā veselības aprūpē".²⁰

Ekspertu grupa ierosina definēt vērtībās balstītu veselības aprūpi tās plašākajā nozīmē kā visaptverošu koncepciju, kas balstīta uz četriem vērtību pīlāriem:

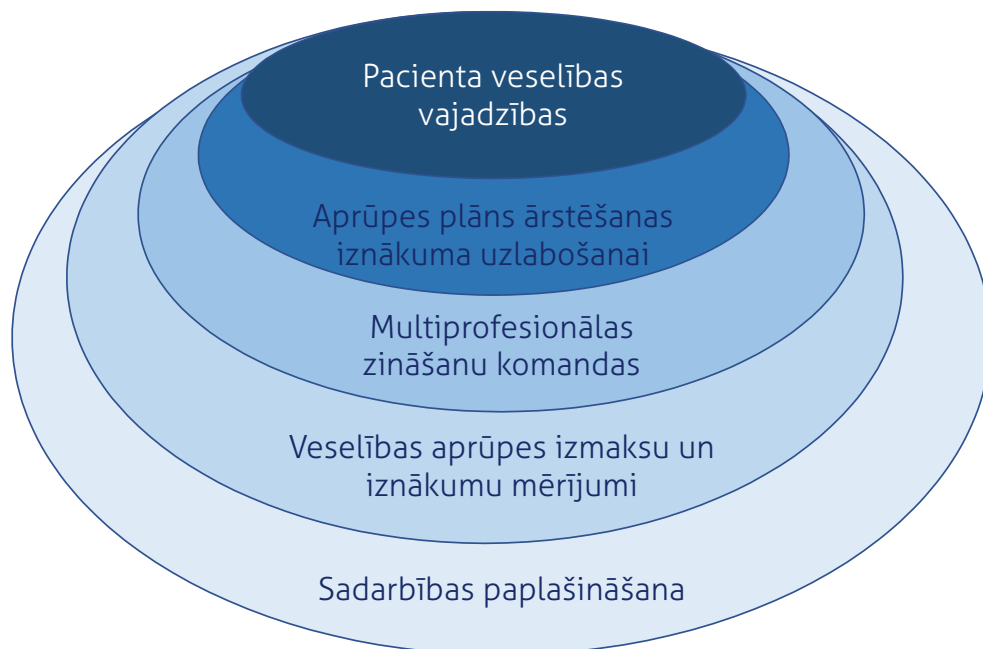
- 1 atbilstoša aprūpe, kurā tiek sasniegti pacientu personīgie mērķi (personiskā vērtība);
- 2 labāko iespējamo rezultātu sasniegšana ar pieejamiem resursiem (tehniskā vērtība);
- 3 taisnīgu resursu sadalījums visām pacientu grupām (alokatīvā vērtība);
- 4 veselības aprūpes ieguldījums sociālajā līdzdalībā un iekļaušanā (sabiedriskā vērtība).

Teisbergas un līdzautoru²¹ piedāvātais stratēģiskais ietvars VBVA koncepcijas ieviešanai palīdz organizācijām ieviest izmaiņas labāku ārstēšanas rezultātu sasniegšanai).

¹⁹ Raus, K., Mortier, E., & Eeckloo, K. (2020). Challenges in turning a great idea into great health policy: the case of integrated care. *BMC Health Services Research*. 20:130. Iegūts no: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-4950-z> [sk. 11.03.2022.].

²⁰ European Commission (2019). Opinion on defining value in "value-based healthcare": Report of the Expert Panel on effective ways of investing in health (EXPH). Iegūts no: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/024_defining-value-vbhc_en.pdf [sk. 11.03.2022.].

²¹ Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med*. 95(5): 682–685. Iegūts no: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185050/> [sk. 11.03.2022.].



1.attēls Vērtībās balstītas veselības aprūpes koncepcijas ieviešanas stratēģiskais ietvars (pēc Teisberg et al., 2020)

VBVA koncepcijas ieviešanas stratēģiskais ietvars paredz secīgus soļus:

- 1 tiek identificēta pacientu grupa ar līdzīgām veselības vajadzībām;
- 2 tiek izstrādāts aprūpes plāns identificētajai pacientu grupai;
- 3 multiprofesionāla speciālistu komanda izstrādā un sniedz nepieciešamos pakalpojumus;
- 4 pakalpojumu sniegšanas izmaksas un pacienta ārstēšanas rezultāts tiek mērīti, izmantojot standartizētus mērījumus;
- 5 iegūtie rezultāti tiek konsekventi analizēti un tiek īstenotas darbības labāku pacienta ārstēšanas rezultātu sasniegšanai, tādējādi nodrošinot iespējas sniegt vairāk pakalpojumu un paplašināt sadarbību starp pakalpojumu sniedzējiem.

Būtiskākais VBVA koncepta ieviešanā ir pacientu ārstēšanas rezultāta jeb iznākuma mērīšana. M. J. Porters piedāvā iznākumu hierarhiju.²² Iznākuma mērīšanai jāietver arī pacienta riska faktoru mērījumi vai nosacījumi, kas ļauj pielāgot un mazināt risku. Jebkuram stāvoklim rezultātu (iznākumu) nosaka vairāku pasākumu kopums. Sarežģītība veselības aprūpē ir saistīta arī ar to, ka bieži vien ir jāizvēlas starp konkurējošiem rezultātiem (piemēram, starp īstermiņa drošību un ilgtermiņa funkcionalitāti).

²² Porter, M. E. (2010). What is value in health care? N Engl J Med. 363(26): 2477–2481. Iegūts no: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1011024> [sk. 11.03.2022.].

Jebkura veselības stāvokļa rezultātus var sakārtot trīs līmeņu hierarhijā (2. attēls):



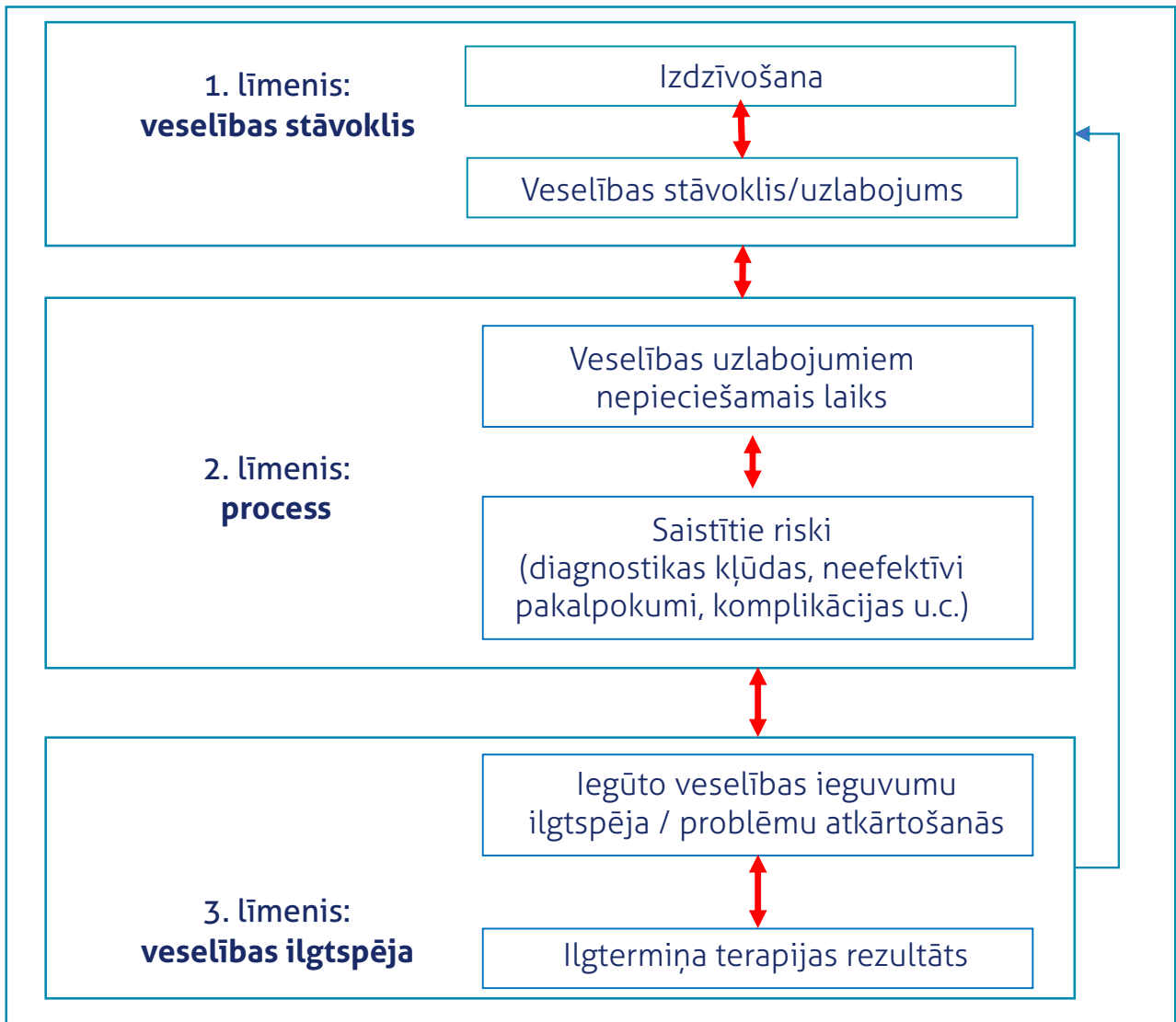
veselības stāvoklis (sasniegts vai saglabāts);



procesa atbilstība;



veselības ilgtspēja.



2.attēls

Pacienta veselības stāvokļa rezultātu trīs līmeņu hierarhija (pēc Porter, 2010)

Iznākuma mērījumi un uz rezultātiem balstīta samaksas sistēma ir ļoti svarīgi un nepieciešami nosacījumi VBVA koncepcijas ieviešanai. Tā kā VBVA koncepcijas ieviešana skar visu veselības aprūpes sistēmas organizāciju, tad, kardināli mainot pakalpojumu sniegšanas kārtību un pakalpojumu apmaksas

principus, īpaši sākumposmā, ir nepieciešams būtisks politisks un institucionāls atbalsts. Turklāt ļoti svarīga ir arī citu ieinteresēto pušu – pacientu, pakalpojumu sniedzēju un maksātāju – iesaistīšanās.

Vērtībās balstītas veselības aprūpes koncepcijas īstenošanu noteicošie aspekti:

- 1 VBVA koncepcijas vai to elementu ieviešana nacionālajās veselības aprūpes sistēmās ir un tuvākajā laikā būs viens no galvenajiem sistēmu reformu virzieniem;
- 2 Pakalpojumu organizācijai ir jāmainās, veidojot integrētus, pacientvērstus pakalpojumus katrai pacientu / slimību grupai, nodrošinot visu līmeņu pakalpojumu sniedzēju integrāciju;
- 3 Veiksmīgas un efektīvas mūsdienu veselības aprūpes pamatnosacījumi ir pacientālīmeņa datu par ārstēšanas iznākumu (rezultātu) un izmaksām pieejamība;
- 4 Mūsdienu veselības aprūpes ekosistēma balstās uz kvalitatīvu datu pieejamību un efektīviem informācijas un komunikācijas tehnoloģiju risinājumiem, to augstvērtīgu funkcionalitāti un sadarbību;
- 5 Veselības aprūpes izmaksu efektivitātes stimulēšanai ir nepieciešamas izmaiņas pakalpojumu apmaksas sistēmā, ieviešot kompleksus maksājumus (angl. bundled payments) par pilnu aprūpes ciklu noteiktā laika periodā.

2. Vērtībās balstītas veselības aprūpes koncepcijas saistība ar veselības aprūpes kvalitātes sistēmu

Tā kā VBVA pieeja pakāpeniski attīstās, pamatojoties uz laika gaitā pilnveidotajiem veselības aprūpes principiem, tad īpaša vieta VBVA koncepcijas īstenošanā ir veselības ekonomikas metožu lietojumam veselības tehnoloģiju klīniskās un ekonomiskās vērtības noteikšanai, kā arī visaptverošas nacionālās veselības aprūpes kvalitātes sistēmas īstenošanas līmenim.

Pārejā uz VBVA modeļiem no tradicionālajām maksas par pakalpojumu sistēmām, kurās prioritāte ir kvantitātei, nevis kvalitātei, ir likts jauns uzsvars uz to, kas ir kvalitāte veselības aprūpē. Ir ļoti svarīgi izprast, ko tieši termins "kvalitāte" nozīmē un kā tas tiek mērīts, lai iesaistītajām pusēm būtu viennozīmīga izpratne. Kvalitatīva aprūpe nozīmē arī drošu aprūpi, un pacientu drošības modeļi ir iekļauti arī VBVA modeļos. Piemēram, integrētas aprūpes komandas vienlaicīgi paaugstina pacientu iespēju saņemt tiem nepieciešamos pakalpojumus, uzlabo diagnostiku un ārstēšanu, tādējādi arī mazinot aprūpes kļūdas un paaugstinot pacientu drošību. Pacientu rezultātus mēra, izmantojot ārstēšanas kvalitātes indikatorus, kas kalpo kā vispārīgie snieguma indikatori ārstniecības iestādēm un personām.

Daudzas organizācijas visā pasaulē, piemēram, Starptautiskais veselības rezultātu mērīšanas konsorcijs (International Consortium for Health Outcomes Measurement, ICHOM), cenšas attīstīt VBVA potenciālu, definējot globālus rezultātu mērījumu standarta kopumus. ICHOM indikatorus izmanto arī VBVA modeļos. VBVA modeļu darbība būs veiksmīga, ja sākotnēji valstī būs nodrošināta visaptveroša veselības aprūpes kvalitātes politika un tās īstenošanas kapacitāte.

Visaptverošas veselības aprūpes sistēmas komponentes lielā mērā sasaucas un ir kritiski svarīgas vērtībās balstītas sistēmas komponentēm:

- 1 veselības aprūpes standarti un vadlīnijas kā labas kvalitātes nodrošināšanas sistēmas pamatprasība;
- 2 iekšējais un ārējais aprūpes kvalitātes monitorings;
- 3 ārstnieciskās darbības sertifikācija un pakalpojumu sniedzēju akreditācija;
- 4 medicīnas tehnoloģiju klīniskā un ekonomiskā novērtēšana;
- 5 pacientu tiesību aizsardzības un veicināšanas organizāciju izveide;
- 6 ziņošanas sistēma par ārstniecības kļūdām, negadījumiem u. c.

Jāsaprot, ka jēdzieni "kvalitāte" un "vērtībās balstīta veselības aprūpe" viens otru neaizvieto, bet gan papildina. Kvalitātes sistēmas vairāk koncentrējas uz ieguldījumu struktūru un procesu atbilstību vadlīnijām, kas var neuzlabot pacientu veselības rezultātus. Pat ņemot vērā līdzīgus procesus, dažādu komandu rezultāti var atšķirties. Turklāt prasība izsekot tikai procesa atbilstību un ziņot par to var novērst aprūpētāju uzmanību no svarīgākā mērķa – uzlabot pacienta veselības stāvokli.

Visaptverošas kvalitātes sistēmas esamība un uzraudzība lielā mērā sekmē VBVA ieviešanas iespēju un tempu. Latvijā ir ieviesti vairāki kvalitātes nodrošināšanas sistēmas struktūrelementi: ārstniecības personu sertifikācija, obligātās prasības ārstniecības iestādēm un to reģistrs, sistēma regulāru pārbažu veikšanai ārstniecības iestādēs, lai pārbaudītu atbilstību tiesību aktiem un noteikumiem, ir izveidota pacientu sūdzību izskatīšana sistēma un uzsākta klīnisko vadlīniju reģistrācija valsts līmenī. Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC) un Nacionālais veselības dienests apkopo veselības datus, primārajā aprūpē ir ieviesta kvalitātes piemaksu programma un tiek izstrādāta nacionālā sistēma "E-veselība". SPKC ir izveidota informācijas resursu atbalsta vienība, kuras kompetencē ir pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes jautājumi. Informācija par pacientu drošību un ieteikumiem ārstniecības iestādēm veselības aprūpes kvalitātes pilnveidošanai ir pieejama SPKC tīmekļa vietnē. Latvijā katra ārstniecības iestāde izstrādā, apstiprina un ievieš savu kvalitātes vadības sistēmu, kuras ietvaros tiek veikta tās sniegto pakalpojumu uzraudzība un pacientu sūdzību izskatīšana.

Atsaucoties uz Donabedian izveidoto aprūpes kvalitātes novērtēšanas sistēmu "struktūra–process–iznākums";²³ Latvijas kvalitātes nodrošināšanas sistēma pārsvarā ir vērsta uz veselības aprūpes strukturālo elementu (t. i., cilvēkresursu, telpu un aprīkojuma) monitoringu un uzlabošanu, bet mazāk pasākumu ir vērsti uz veselības aprūpes klīniskajiem un organizatoriskajiem procesiem, kā arī uz pacientu un iedzīvotāju ārstēšanas iznākumu.²⁴

Pasaules Bankas Kvalitātes pārskatā atzīmēti galvenie trūkumi, kuri raksturo veselības aprūpes kvalitātes sistēmas līmeni Latvijā. Lai arī kvalitātes sistēmas pilnveidošana minēta kā viena no Veselības ministrijas prioritātēm

Konceptuālajā ziņojumā "Par veselības aprūpes sistēmas reformu"²⁵; tomēr visaptveroša kvalitātes sistēma nav izveidota, un lielākā daļa Pasaules Bankas rekomendāciju nav īstenotas.

Aktuālākās ar kvalitātes un pacientu drošību saistītās problēmas:

- nav nacionālās kvalitātes nodrošināšanas stratēģijas;
- nav standartizēta klīnisko vadlīniju izstrādes / adaptēšanas procesa;
- nav integrētu aprūpes protokolu un slimību pārvaldības programmu;
- netiek veikts pastāvīgs aprūpes kvalitātes indikatoru monitorings;
- nav līdzbiedru pārbažu / klīniskā audita sistēmu, lai novērtētu procesa atbilstību vadlīnijām;
- normatīvais regulējums nosaka, ka jāievieš nevēlamu notikumu ziņošanas un apmācību sistēmas, taču tās lielā mērā darbojas formāli;
- nav nacionālās ārstniecības iestāžu akreditācijas sistēmas;
- nav visaptverošas veselības tehnoloģiju novērtēšanas (health technology assessment, HTA) programmas;
- nav līgumsaistību mehānismu un ierobežoti maksājumi par kvalitāti;
- netiek nodrošināts atbalsts pakalpojumu sniedzēju centieniem uzlabot kvalitāti.

²³ Donabedian, A. (2003). An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press.

²⁴ Pasaules Banka (2016). Kvalitātes nodrošināšanas pārskats. Iegūts no: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/298/download> [sk. 11.03.2022.].

²⁵ Veselības ministrija (2017). Konceptuālais ziņojums "Par veselības aprūpes sistēmas reformu". Iegūts no: <https://www.vm.gov.lv/lv/media/6086/download> [sk. 11.03.2022.].

Jāsecina, ka līdz ar ievērojamu kvalitātes uzraudzības elementu trūkumu sistēmā arī virkne ieviesto pasākumu darbojas formāli un izveidotajām sistēmām netiek veikts to snieguma novērtējums. Gan starptautiski, gan Valsts kontroles ziņojumi liecina, ka Latvijā joprojām pastāv ievērojamas sistē-

miskas ar veselības aprūpes kvalitāti un pacientu drošību saistītas problēmas, tostarp vāji darbojas mehānismi, lai ģimenes ārstu loma veselības aprūpē daudz vairāk atbilstu pacienta interesēm un uzlabotos šo ārstu pieejamība.²⁶

Vērtībās balstītas veselības aprūpes saistība ar visaptverošu veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības sistēmu:

- 1 VBVA pieeja liek jaunu uzsvāru uz jēdzieniem "kvalitāte" un "pacientu drošība" veselības aprūpē;
- 2 kvalitatīva aprūpe nozīmē arī drošu aprūpi, un pacientu drošības modeļi ir iekļauti arī VBVA pieejā;
- 3 labi funkcionējoša veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības sistēma īsteno vairumu VBVA pieejas elementu;
- 4 kvalitātes sistēmas vairāk koncentrējas uz ieguldījumu un procesu atbilstību, ne tik daudz uz pacientu veselības rezultātiem;
- 5 VBVA var uzskatīt par nākamo soli kvalitatīvas un pacientvērstas sistēmas attīstībā, kā galveno mērķi izvirzot pacientu labāku veselības rezultātu sasniegšanu.

²⁶ Latvijas Republikas Valsts kontrole (2016). Starpziņojums: Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama? Iegūts no: <https://www.lrvk.gov.lv/lv/revizijas/revizijas/noslegtas-revizijas/starpzinojums-vai-ambulatora-veselibas-aprupes-sistema-latvija-ir-pilnveidojama> [sk. 11.03.2022.].

3. Vērtībās balstītas veselības aprūpes koncepcijas saistība ar veselības aprūpes kvalitātes sistēmu

Citu valstu pieredzes analīze liecina, ka lielākā daļa valstu joprojām ir VBVA ieviešanas procesā, lai saskaņotu VBVA principus ar pastāvošās veselības sistēmas komponentēm. Daudzām valstīm, jo īpaši ar zemākiem ienākumiem un jaunattīstības valstīm, ir citas prioritātes, piemēram, uzlabot kvalitāti un palielināt piekļuvi veselības pamataprūpes pakalpojumiem. Arī valstīs ar nobriedušu ekonomiku var nebūt visi galvenie sistēmas elementi, ko paredz VBVA pieeja.

Valstis, kas izvēlas virzīties uz VBVA modeli, saskaras ar tādiem izaicinājumiem kā inerce, sadrumstalotas sistēmas un esošās veselības aprūpes infrastruktūras un darbības ierobežojumi. Tomēr daudzās vietās politiskā griba ir spēcīga, un politikas veidotāji virzās uz pacientvērstu pieeju.

Citu valstu pieredzes analīzei šajā ziņojumā izmantota zinātniski aprobētas VBVA situācijas novērtēšanas metodika, kas identificē četras dimensijas, kurās ir nepieciešams izveidot priekšnosacījumus sistēmiskai un kompleksai VBVA īstenošanai:

- 1 politiskā un institucionālā gatavība;
- 2 rezultātu un izmaksu mērījumu pieejamība;
- 3 integrēta un pacientvērsta veselības aprūpe;
- 4 uz rezultātu balstīta veselības aprūpes apmaksas sistēma.

Citu valstu pieredze aprakstīta šo dimensiju kontekstā, dziļāk izpētīt realizētos projektus, izdalot projekta mērķi, uzdevumus, elementus un sasniegtos rezultātus.

3.1. Politiskā un institucionālā gatavība vērtībās balstītas veselības aprūpes īstenošanai – Nacionālā veselības dienesta programma "Pareiza aprūpe" (Lielbritānija)

Nacionālā veselības dienesta (National Health Service, NHS) programma "Pareiza aprūpe" (Right Care),^{28,29} tika uzsākta ar mērķi uzlabot nacionālās veselības sistēmas ilgtspējību, taisnīgumu un vienlīdzību. Liekot uzsvāru uz universālās veselības aprūpes pieejamības nodrošinājumu, kas ir viens no ANO ilgtspējīgas attīstības mērķiem,³⁰ programmā tiek pētītas iespējas panākt optimālu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību.

Šobrīd veselības aprūpes pakalpojumu nepietiekamība pastāv līdzās nepamatoti lielam pakalpojumu patēriņam un arī būtiski atšķirīgiem ārstēšanas rezultātiem. Programma ir daļa no programmas "Kvalitāte, inovācija, produktivitāte un profilakse" (Quality, Innovation, Productivity and Prevention),³¹ kuru uzsāka Lielbritānijas Veselības departaments. Programma ir uz datiem balstīts sistēmas snieguma uzlabošanas rīks, kas izveidots, lai uzlabotu katra pacienta ārstēšanas rezultātus un iedzīvotāju kopējo veselību.

²⁷ The Economist Intelligence Unit (2016). Value-based healthcare: A global assessment. Findings and methodology. Iegūts no: https://impact.econ-asia.com/perspectives/sites/default/files/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology_1.pdf [sk. 11.03.2022.].

²⁸ The Lancet (2017). Right Care. Iegūts no: <https://www.thelancet.com/series/right-care> [sk. 11.03.2022.].

²⁹ NHS England. What is NHS RightCare? Iegūts no: <https://www.england.nhs.uk/rightcare/what-is-nhs-rightcare/> [sk. 11.03.2022.].

³⁰ UNDP. What are the Sustainable Development Goals? Iegūts no: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals> [sk. 11.03.2022.].

³¹ The Health Foundation (2009). Quality, Innovation, Productivity and Prevention (QIPP) programme. Iegūts no: <https://navigator.health.org.uk/theme/quality-innovation-productivity-and-prevention-qipp-programme> [sk. 11.03.2022.].

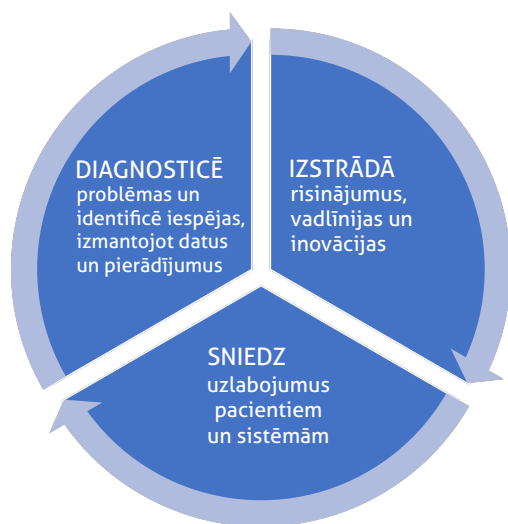
Programmas uzdevums:

indikatīvo datu pārskatīšana, lai noteiktu iespējas samazināt nepamatotas atšķirības aprūpē un uzlabotu iedzīvotāju veselības aprūpes rezultātus.

Programmas "Pareiza aprūpe" datu pakotnes (kas tiek apkopotas slimību grupās, piemēram, kardiovaskulārās, respiratorās, muskuļu un skeleta sistēmas slimības) ļauj plānot veselības aprūpes pakalpojumus iedzīvotājiem, pamatojoties uz izstrādātajām klīniskajām vadlīnijām un pacientu klīniskajiem ceļiem, lai īstenotu lielākos iespējamajos rezultātu uzlabojumus un izdevumu kontroli.

Programmas elementi (3.attēls):

- 1 diagnosticēt problēmas un noteikt iespējas, izmantojot datus, pierādījumus un apkopoto pieredzi;
- 2 izstrādāt risinājumus, vadlīnijas un inovatīvas pieejas;
- 3 nodrošināt uzlabojumus pacientiem, iedzīvotājiem un sistēmai kopumā.



3.attēls Programmas "Pareiza aprūpe" (Lielbritānija) darbības principi (pēc NHS England)

Programmas rezultāti:

- Bredfordā (Bradford), īstenojot paaugstinātu risku ietekmei pakļauto iedzīvotāju apmācības programmu, nodrošinot medikamentu pieejamību un uzlabojot hipertensijas kontroli, tika panākts, ka vairāk nekā 38 000 cilvēku kontrolēja asinsspiedienu, kā rezultātā tika samazināts pieprasījums pēc stacionārajiem pakalpojumiem. Insulta izraisīti nāves gadījumi bija par 210 mazāk, un sistēmā kopumā ietaupīti 1,6 miljoni mārciņu. Īstenotā pieeja valsts līmenī tika atzīta kā izcila sirds un asinsvadu slimību profilakses pieeja.
- Ziemeļkērkliisā (North Kirklees) slimnīcām un ārstu praksēm izstrādāja un ieviesa izglītojošu materiālu, kur izskaidrotas pretšāpju medikamentu izmaksas, rezultātā ietaupot ap 100 000 mārciņu ar salīdzinoši nelieliem ieguldījumiem.
- Slau (Slough) Veselības aprūpes pakalpojumu pirkšanas grupa (Clinical Commissioning Group) izveidoja jaunu kompleksu aprūpes gadījumu pārvaldības pieeju, kuru izmantojot pieprasījums pēc neatliekamās medicīniskās palīdzības samazinās par 24 % un neplānotu uzņemšanas nodaļas apmeklējumu skaits – par 17 %.
- Birmingemas Integrētas aprūpes partnerība (Birmingham Integrated Care Partnership), multiprofesionāla speciālistu komanda, iesaistot slimnīcas, sociālās aprūpes un garīgās veselības dienestus, kā arī brīvprātīgos, sniedza integrētus sociālās un veselības aprūpes pakalpojumus, un tas nodrošināja iespēju samazināt gan nepieciešamās aprūpes apjomu stacionārā, gan pacientu uzturēšanās ilgumu slimnīcā, ietaupot 90 000 gultas dienu gadā un nodrošinot, ka 45 % pacientu pēc izrakstīšanās no slimnīcas varēja doties mājās, nevis turpināja aprūpi ilgtermiņa aprūpes iestādēs. Tiek prognozēts, ka

³¹ The Health Foundation (2009). Quality, Innovation, Productivity and Prevention (QIPP) programme. Iegūts no: <https://navigator.health.org.uk/theme/quality-innovation-productivity-and-prevention-qipp-programme> [sk. 11.03.2022.].

kopējais ietaupījums būs 26,7 miljoni sterliņu mārciņu, kas var tikt novirzītas citu prioritāro pasākumu īstenošanai.

3.2. Rezultātu un izmaksu mērījumu pieejamība – privāto slimnīcu tīkls Santeon (Nīderlande)

Privāto slimnīcu tīkls Santeon³² ieviešot VBVA pieeju, vislielāko uzmanību pievērša datu standartizācijai un infrastruktūras attīstībai.

Programmas mērķis:

Izveidot standartizētu mērījumu sistēmu un ieviest datu analītiķa amatu, kas nodrošina vienotu standartizētu pacientu rezultātu un izmaksu datu uzkrāšanu, apkopošanu un analīzi septiņās tīkla slimnīcās. Izvēlēta slimība – krūts vēzis. Programmas ilgums – rezultātu uzskaitē sešus mēnešus pēc programmas ieviešanas.

Programmas uzdevums:

Izveidot un ieviest 19 standartizētus indikatorus četrās kategorijās:

- 1 Pirmā kategorija – rezultātu indikatori:
 - piecu gadu dzīvildze, nekoriģēta (%);
 - atkārtotas operācijas saistībā ar pēcoperācijas komplikācijām (brūces infekcija vai pēcoperācijas asiņošana, %);
 - neplānota uzņemšana, novirze no ārstēšanas plāna un/vai sirds mazspēja pēc sistēmiskas terapijas (%);
 - pacientu ziņoti rezultātu mērījumi (patient-reported outcome measures, PROM): dzīves kvalitāte, funkcionēšana, sāpes;
 - PROM: specifiski simptomi (krūšu, roku, vazomotorie) ārstēšanas rezultātā;

- 2 Otrā kategorija – izmaksu indikatori:

- stacionāro gultas dienu skaits vienam pacientam;
- primārā krūšu saglabāšanas operācija bez hospitalizācijas (%);
- operāciju zāles laiks vienam pacientam (minūtes);
- ambulatorās konsultācijas vienam pacientam (skaits);
- papildu diagnostikas darbības (MRI, PET, CT) katram pacientam;
- dārgu medikamentu lietošana;

- 3 Trešā kategorija – procesu indikatori:

- laiks no nosūtīšanas līdz pirmajam klīnikas apmeklējumam;
- laiks no pirmās vizītes klīnikā līdz diagnozes noteikšanai;
- laiks no diagnozes noteikšanas līdz ārstēšanas plāna apspriešanai;
- laiks no ārstēšanas plāna apspriešanas līdz ārstēšanas uzsākšanai;
- konkrēta kontaktpersona, kas uzrauga pacientu un ir pacientam zināma (%);

- 4 ceturta kategorija – ārstēšanas pieeja, indikatori: pacientu procentuālā daļa katrā ārstēšanas stratēģijā (piemēram, medikamentoza terapija, rekonstruējošā ķirurģija).

Visi izmantotie indikatori tika noteikti sadarbībā ar pacientu grupām.

Programmas elementi:

- Investīcijas – papildus finanšu ieguldījumiem Santeon iecēla datu analītiķi, kurš apkopja un analizēja datus no visām slimnīcām un gatavoja materiālus par iznākumu atšķirībām kopējai diskusijai;

³² BCG (2018). How Dutch Hospitals Make Value-Based Health Care Work. Iegūts no: <https://www.bcg.com/publications/2018/how-dutch-hospitals-make-value-based-health-care-work> [sk. 11.03.2022.].

- datu salīdzināšana (angl. benchmarking) – slimnīcu pakalpojumu sniedzēju komandas apsprieda iespējamus faktorus, kas noteica atšķirības starp slimnīcām, skaidrojot, vai tie var būt saistīti ar atšķirību datu reģistrācijā, ārstēšanas pieeju izvēlē vai pacientu raksturojumu;
- uzlabots sniegums visās slimnīcās – tas paveikts, pateicoties labākas prakses identificēšanai un savstarpējai informācijas apmaiņai;
- zināšanu sabiedrība – kā viens no būtiskiem priekšnosacījumiem iznākumu atšķirību un to iemeslu analīzē un labākas prakses identificēšanā tika atzīta drošas zināšanu apmaiņas vides (bez pārmetumiem un aizvainojumiem) esamība. Sadarbības pieeja tika izmantota, lai kopīgi meklētu labāku risinājumu, nevis kļūdas. Zināšanu apmaiņa veicināja vērtības pieaugumu.

Programmas rezultāti:

18 mēnešus pēc tam, kad tika uzsākta VBVA plāna ieviešana krūts vēža slimnieču ārstēšanai, Santeon samazināja:

- atsevišķās slimnīcās – līdz 74 % atkārtoto operāciju, kas ir saistītas ar komplikācijām;
- pacientu stacionāro ārstēšanas ilgumu līdz 30 %.

Kopš pirmajiem uz vērtībām balstītiem līgumiem ar Santeon slimnīcām 2017. gadā Holandes lielākā apdrošināšanas kompānija Menzis ieviesusi kompleksos maksājumus par krūts vēža, reimatoīdā artrīta, sirds mazspējas, depresijas ārstēšanu, gūžas un ceļa locītavas protezēšanu, kataraktas un bariatriskajām operācijām. Maksājumu paketes līgumi ir publiski pieejami, un tos var lejupielādēt, izmantojot portālu Menzis.³³Katra pakalpojumu sniedzēja rezultāti saskaņā ar līgumu ir publiski pieejami.

³³ Menzis. Iegūts no: <https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/> [sk. 11.03.2022.].

³⁴ GLA:D®. Iegūts no: <https://gladinternational.org/> [sk. 11.03.2022.].

3.3. Integrēta un pacientvērsta veselības aprūpe – integrēta pieeja gūžas un ceļa locītavas osteoartrīta ārstēšanā (Dānija)

Programma "Integrēta pieeja gūžas un ceļa locītavas osteoartrīta ārstēšanai", iniciatīva "Laba dzīve ar osteoartrītu: Dānija" (Good Life with osteoArthritis: Denmark, GLA:D®),³⁴ ir izglītības un vingrojumu programma, ko izstrādājuši pētnieki Dānijā cilvēkiem ar gūžas vai ceļa locītavas osteoartrīta simptomiem. Programmu uzsāka akadēmiskās vides uzņēmēji. Profesors Søren Thorgaard Skou, Dānija: "Gadiem redzot, cik daudz līdzekļu veselības aprūpē tiek tērēti nelietderīgi, es pateicu sev: darām to paši."

Programmas mērķis:

paradigmas maiņa hroniskas slimības agrīnas un izmaksu efektīvas ārstēšanas jomā.

Programmas elementi:

- datu reģistrācija – dati tiek apkopoti nacionālā elektroniskā datu bāzē un ietver ziņas par pacientu, simptomiem (sāpju intensitāti), funkcionālajiem rezultātiem (pārvietošanās ātrumu), dzīves kvalitāti, medikamentu lietošanu, darba nespējas ilgumu;
- investīcijas – programmas dibinātāji ieguldīja līdzekļus vadības komandas (klīniskie speciālisti, datu bāzes inženieri, biznesa attīstības vadītāji) izveidē. Ar Dānijas Fizioterapeitu asociācijas līdzdalību tika izveidots IT risinājums GLA:D® reģistram. Pagaidām nav ieviests kompleksais maksājums un pacienti finansē pakalpojumus paši;
- zināšanu sabiedrība – datu pieejamība tiešsaistes reģistros dod iespēju fizioterapeitiem salīdzināt savus rezultātus ar citu fizioterapeitu sasniegtajiem rezultātiem gan savā, gan arī citās valstīs. Programma nodrošina apmācību un publicē sasniegtos rezultātus.

Programmas rezultāti:

- uzreiz pēc GLA:D® apmācības pacientu pārvietošanās ātrums palielinājās par 10 %, sāpju intensitāte samazinājās par 25 % (vidēji);
- trīs mēnešus pēc programmas sākuma pacienti samazināja pretsāpju līdzekļu lietošanu par 29 % (vidēji);
- gada laikā pēc programmas uzsākšanas dzīves kvalitātes uzlabojums bija 20 % dalībnieku, darba nespējas dienu skaits samazinājās par 42 %.

3.4. Uz rezultātu balstīta veselības aprūpes apmaksas sistēma – speciālistu pakalpojumu apmaksā, balstoties uz sasniegtajiem ārstēšanas rezultātiem (Zviedrija)³⁵

Programmas mērķis:

speciālistu pakalpojumu apmaksā, balstoties uz sasniegtajiem gūžas un ceļa locītavas protezēšanas rezultātiem (Zviedrija).

Programmas elementi:

- datu reģistrācija – izšķiroša nozīme programmas ieviešanas nodrošināšanā ir piekļuvei labas kvalitātes datiem;
- sadarbība – tradicionāla pakalpojumu sniegšanas modeļa – ārstēšanas epizožu – nomaiņa ar integrēto pakalpojumu kopu pacientu vajadzību nodrošināšanai, uz sadarbības pamatiem iesaistot dažādus pakalpojumu sniedzējus;
- apmaksas sistēma – aprūpes apmaksā gada laikā (vai ilgāk), iekļaujot visus sniegtos pakalpojumus un sasaistot apmaksas lielumu ar sasniegto rezultātu.

Programmas rezultāti

pēcoperāciju komplikācijas samazinājās par 20%, vidējās izmaksas uz vienu pacientu samazinājās par 17 %.

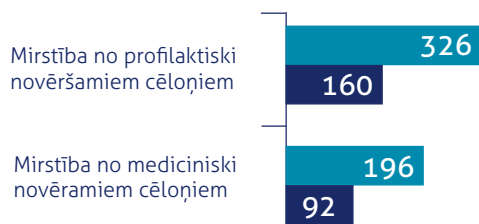
Raksturīgākās iezīmes citu valstu pieredzei ar vērtībās balstītas veselības aprūpes programmu īstenošanas pieeju:

- VBVA programmas var būt gan nozares vadības, gan arī atsevišķu sektoru, pakalpojumu sniedzēju vai to apvienību virzītas iniciatīvas;
- VBVA programmas tiek veidotas noteiktai slimību grupai, iesaistot pēc iespējas plašāku pakalpojumu sniedzēju loku un mainot aprūpes organizāciju integrētas pacientu aprūpes nodrošināšanai;
- VBVA programmu izveides pamatā ir standartizētu pacientu klīnisko ceļu un mērījumu sistēmu izveide, kas nodrošina vienotu standartizētu pacientu rezultātu un izmaksu datu uzkrāšanu;
- standartizēto mērījumu datu uzkrāšana notiek elektroniskās IT sistēmās un ietver datus par pacientu, simptomiem, ārstēšanu, dzīves kvalitāti, funkcionālajiem un klīniskajiem rezultātiem u. c., datu struktūru pielāgojot attiecīgajai slimību grupai;
- labas kvalitātes datiem ir izšķiroša nozīme programmas ieviešanas nodrošināšanā;
- būtiska nozīme ir zināšanu apmaiņas vietas esamībai, labākās prakses identificēšanai, apspriešanai un iznākumu analīzei;
- apmaksas sistēmas izmaiņas raksturo pāreja no samaksas par manipulāciju uz samaksu par integrētu pakalpojumu kopu, iekļaujot visus sniegtos pakalpojumus un sasaistot apmaksas lielumu ar sasniegto rezultātu.

³⁵ PWC (2021). Value based healthcare. Iegūts no: <https://www.pwc.com/m1/en/publications/documents/value-based-healthcare.pdf> [sk. 11.03.2022.].

4. Pašreizējās situācijas raksturojums Latvijā, galvenās problēmas un izaicinājumi

Starptautiskajos ziņojumos atzīts, ka Latvijā papildus profilaksei ievērojamu daļu nāves gadījumu varētu novērst ar labāku veselību aprūpi. Latvijā 2019. gadā bija otrais augstākais mirstības līmenis Eiropas Savienībā (ap 1700 novēršamu nāves gadījumu gadā) no medicīniski novēršamiem cēloņiem (4. attēls).³⁶



Vecuma standartizētais mirstības rādītājs uz 100 000 iedzīvotāju, 2018

4.attēls

Mirstība no profilaktiski un medicīniski novēršamiem nāves cēloņiem Latvijā un Eiropas Savienībā (pēc OECD, 2021)

Ir veikti uzlabojumi tādās jomās kā primārā aprūpe un vēža skrīnings, tomēr pastāv ievērojamas iespējas ieguldīt līdzekļus tādējādi, lai uzlabotu veselības aprūpes sistēmas kvalitāti. Tikai 61 % veselības izdevumu tiek finansēti no valsts līdzekļiem. Valsts apmaksāto pakalpojumu grozs ir salīdzinoši ierobežots, un pat tad, kad pakalpojumi vai preces tiek apmaksātas, gandrīz vienmēr tiek piemērots pacientu līdzmaksājums. Tādēļ Latvijā cilvēki veselībai tērē vairāk, nekā viņi spēj atļauties (15% mājsaimniecību bijuši katastrofāli veselības izdevumi), un iedzīvotāju skaits, kuri ziņo par neapmierinātām medicīniskām vajadzībām, ir viens no augstākajām Eiropā.³⁷

Latvijā veselības tehnoloģiju izmaksu un ieguvumu analīze jeb veselības tehnoloģiju ekonomiskā novērtēšana tiek izmantota ierobežoti. Tā tiek piemērota tikai daļai medikamentu, izvērtējot to iekļaušanu kompensācijas sistēmā, bet lēmumu pieņemšanai par

veselības tehnoloģiju apmaksu no valsts budžeta līdzekļiem kopumā tā netiek praktizēta. Latvijā ir dziļi iesakņojusies veselības aprūpes pakalpojumu apmaksas kultūra un uz piedāvājumu orientētais modelis: apmaksā ir balstīta uz pakalpojumu sniedzēju iniciētiem pakalpojumiem un sniegto pakalpojumu kvantitāti.

Līdz ar to jau sākotnēji ir skaidrs, ka, lai ieviestu VBVA Latvijā, ir jāveic ievērojami lielākas sistēmiskas izmaiņas, salīdzinot ar attīstītajām valstīm, kur liela daļa VBVA instrumentu jau tiek lietota reālajā praksē.

4.1. Situācijas novērtēšanas metodika

Lai novērtētu VBVA situāciju Latvijā, tika izmantota zinātniski aprobēta VBVA situācijas novērtēšanas metodika un indikatori,³⁸ kuri atspoguļo sistēmisku un kompleksu pieeju VBVA īstenošanā, metodiku adaptējot Latvijas situācijai. Novērtēšanas metodika ietver četras VBVA raksturojošas dimensijas un tām atbilstošus septiņpadsmit indikatorus (1. tabula):

- 1 Pirmā dimensija: politikas un institucionālā konteksta novērtējums (astoņi rādītāji);
- 2 Otrā dimensija: rezultātu un izmaksu mērījumu pieejamības novērtējums (pieci rādītāji);
- 3 Trešā dimensija: integrētas un pacientvērstas veselības aprūpes īstenošanas līmeņa novērtējums (divi rādītāji);
- 4 Ceturtā dimensija: uz rezultātu balstītas veselības aprūpes apmaksas īstenošanas novērtējums (divi rādītāji).

³⁶ OECD (2021). Health at a Glance 2021. Iegūts no: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/> [sk. 11.03.2022.].

³⁷ OECD iLibrary (2022). Latvija: Valsts veselības pārskats 2021. Iegūts no: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/latvija-valsts-veselibas-parskats-2021_11bb880a-lv [sk. 11.03.2022.].

³⁸ The Economist Intelligence Unit (2016). Value-based healthcare: A global assessment. Findings and methodology. Iegūts no: https://im pact.econ-asia.com/perspectives/sites/default/files/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology_1.pdf [sk. 11.03.2022.].

VBVA dimensiju raksturojums:

1 Politikas un institucionālais konteksts:

Nepieciešama institucionālo un politisko struktūru ekosistēma, kas atbalsta uz vērtībām balstītas pieejas īstenošanu veselības aprūpes sektorā. Svarīga ir arī ieinteresēto pušu – pakalpojumu sniedzēju, maksātāju un pacientu – iesaiste un dalība.

2 Rezultātu un izmaksu mērījumu pieejamība:

Nepieciešami dati un mērījumi, lai spētu veikt izmaksu un ieguvumu analīzi un izmantot pacientu ārstēšanas rezultātu datus, kas veido pamatu veiksmīgai VBVA īstenošanai. Būtiska loma ir slimību reģistriem (elektroniskajiem veselības datiem), kas ir kritiska nepieciešamās pamata infrastruktūras daļa.

3 Integrētas un pacientvērstas veselības aprūpes īstenošanas līmenis:

Integrēta pieeja aprūpei, kas attālinās no pakalpojumu sniegšanas organizēšanas tikai noteiktas medicīnas specialitātes ietvaros, bet virzās uz integrētu ārstēšanas pieeju un kopējā pacienta rezultāta uzraudzību, stimulē efektivitāti un kvalitāti, samazina pakalpojumu dublēšanos un nodrošina pacientvērstas aprūpes pieeju.

4 Uz rezultātu balstītas veselības aprūpes apmaksas īstenošana:

VBVA modeļa pamatā ir pakalpojumu apmaksas mehānismi, kas atbalsta integrētu un efektīvu ārstēšanas pieeju un metodes, kas sniedz vērtību, un neizmanto pieejas, kas nav rentablas un nesniedz vērtību. Piemēram, komplek-

sie maksājumi (angl. bundled payment) aptver pilnīgu ārstēšanas procesu – viens maksājums par visām veiktajām procedūrām (no konsultācijām līdz rehabilitācijai) –, aizstājot samaksas par manipulāciju (angl. fee-for-service) pieeju.

Novērtēšanai izmantota divpakāpju vērtēšanas pieeja:

1 Pirmais solis – indikatoru novērtēšana veikta pacientu biedrību, pakalpojumu sniedzēju un veselības aprūpes vadītāju fokusgrupu ietvaros:

- pēc konsensa principa fokusgrupas dalībniekiem vienojoties un katram indikatoram piešķirot tā snieguma līmeni punktos (0–1–2–3) saskaņā ar pielikumā atspoguļotajiem līmeņu aprakstiem;
- katra indikatora kopējā vērtība aprēķināta kā fokusgrupu vērtējumu vidējā vērtība;
- katras dimensijas īstenošanas līmenis aprēķināts kā attiecīgo indikatoru vidējā vērtība (rezultāti atspoguļoti 4.2. apakšnodaļā).

2 Otrais solis – indikatoru sniegums vērtēts Latvijas veselības aprūpes politikas dokumentu, normatīvā regulējuma un pieejamo raksturojošo datu kontekstā (rezultāti atspoguļoti 4.3. apakšnodaļā).

VBVA indikatori tiek novērtēti četros līmeņos: 0 – zems; 1 – vidējs; 2 – augsts; 3 – ļoti augsts. VBVA indikatoru līmeņu novērtēšanas matrica ar katra līmeņa aprakstu ietverta šī ziņojuma pielikumā.

1.tabula Vērtībās balstītas veselības aprūpes (VBVA) novērtēšanas indikatori

Dimensija	Nr.	Indikators
1. Politika un institūcijas	1.1.	Iedzīvotāju veselības aprūpes aptvere
	1.2.	Augsta līmeņa VBVA politika un rīcības plāns
	1.3.	VBVA priekšnoteikumu esamība: 1) pacientvērsta un uz rezultātu vērstā aprūpe; 2) kompleksās samaksas metodes un samaksa par rezultātu saistībā ar kvalitāti; 3) standartizēta pakalpojumu kvalitātes sistēma
	1.4.	Citu ieinteresēto pušu atbalsts
	1.5.	Izglītības programmas un apmācība VBVA īstenošanā
	1.6.	Neatkarīgas veselības tehnoloģiju novērtēšanas (health technology assessment, HTA) institūcijas esamība
	1.7.	Uz pierādījumiem balstītas veselības aprūpes vadlīnijas
	1.8.	Atbalsts zināšanu trūkumu novēršanai
2. Rezultātu un izmaksu mērījumi	2.1.	Nacionālie slimību reģistri
	2.2.	Pacientu ārstēšanas rezultātu pieejamība
	2.3.	Pacientu ārstēšanas rezultātu standartizācija
	2.4.	Pacientu ārstēšanas izmaksu datu pieejamība
	2.5.	Sadarbspējīga Elektronisko veselības ierakstu (electronic health record, EHR) datu bāze
3. Integrēta un pacientvērsta aprūpe	3.1.	Nacionālā politika integrētas un/vai pacientvērsta aprūpes īstenošanai
	3.2.	Pacientu klīniskie ceļi
4. Uz rezultātu balstīta apmaksā	4.1.	Kompleksās samaksas (angl. bundled payment) metode tiek īstenota kā pamatmetode
	4.2.	Izveidoti mehānismi, lai identificētu nevērtīgos pakalpojumus, kuri būtu izslēdzami no apmaksāto pakalpojuma groza

4.2. Pacientu biedrību un pakalpojumu sniedzēju fokusgrupu rezultāti

Kopumā tika organizētas trīs fokusgrupas, kurās piedalījās cilvēki no pacientu un pakalpojumu sniedzēju pārstāvošām organizācijām. Diskusijas tika organizētas attālināti Zoom platformā 2021. gada decembrī, katra apmēram 1,5 stundu garumā. Fokusgrupu dalībniekiem iepriekš tikai nosūtīta fokus-

grupu organizēšanas kārtība, mērķis un diskusijas jautājumi. Dalībnieki diskusijas rezultātā nonāca pie konsensa viedokļa par katra indikatora līmeni Latvijā bez ievērojamām viedokļu atšķirībām. Fokusgrupas rezultāti liecina, ka neviena no VBVA dimensijām trīs punktu skalā nepārsniedz viena punkta vērtējumu, kas uzskatāms par ļoti zemu līmeni (5. attēls).

Zemākais vērtējums piešķirts 2. dimensijai (rezultātu un izmaksu mērījumi) un 4. dimensijai (uz rezultātu balstīta aprūse).

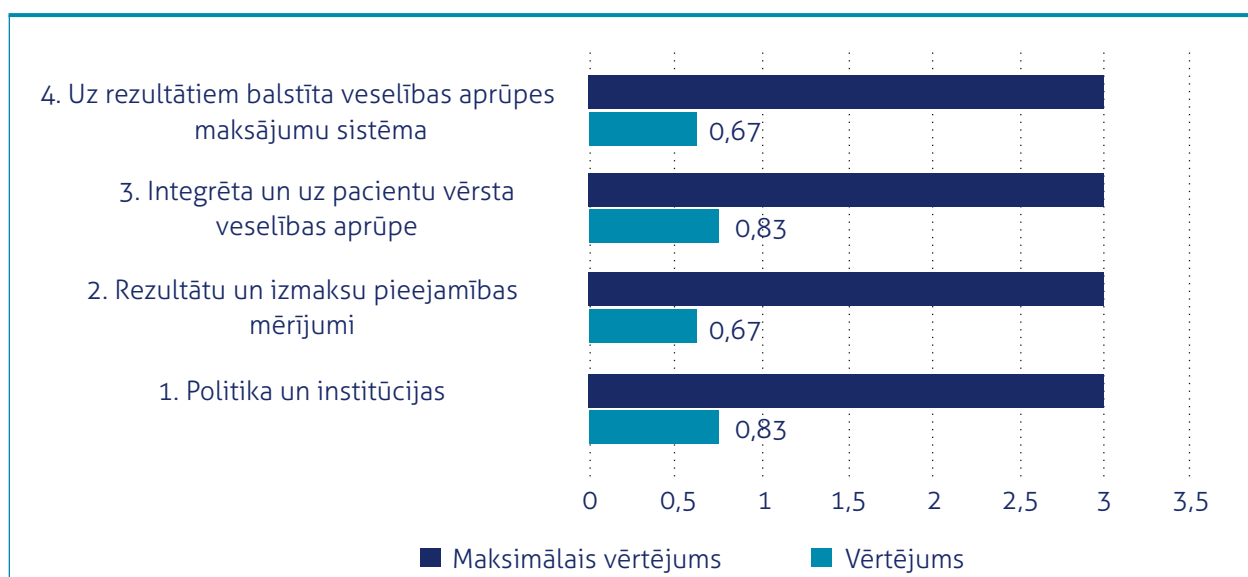
Indikatoru jomā zemākais līmenis (0,33) piešķirts šādiem indikatoriem:

- VBVA priekšnoteikumu esamība:
 - 1) pacientvērsta un uz rezultātu vērsta aprūpe,
 - 2) kompleksās samaksas metodes un samaksa par rezultātu saistībā ar kvalitāti,

3) standartizēta pakalpojumu kvalitātes sistēma;

- 1.8. Atbalsts zināšanu trūkumu novēršanai;
- 2.3. Pacientu ārstēšanas rezultātu standartizācija;
- 2.4. Pacientu ārstēšanas izmaksu datu pieejamība.

5.attēls Vērtībās balstītas veselības aprūpes dimensiju snieguma novērtējums: fokusgrupu vērtējuma rezultāti, 2021



Fokusgrupu vērtējuma rezultāti liecina, ka šobrīd pastāvošā veselības aprūpes organizācija Latvijā kopumā nav gatava VBVA pieejas īstenošanai, ko raksturo priekšnoteikumu zems vērtējuma līmenis. Starptautiski aprobētas un strukturētas novērtēšanas metodikas izmantošana ļauj spriest par nepieciešamajiem stratēģiskajiem virzieniem un risinājumiem VBVA kontekstā (sk. ziņojuma 5.1. apakšnodaļu).

4.3. Politikas dokumentu, normatīvo aktu un datu analīzes rezultāti

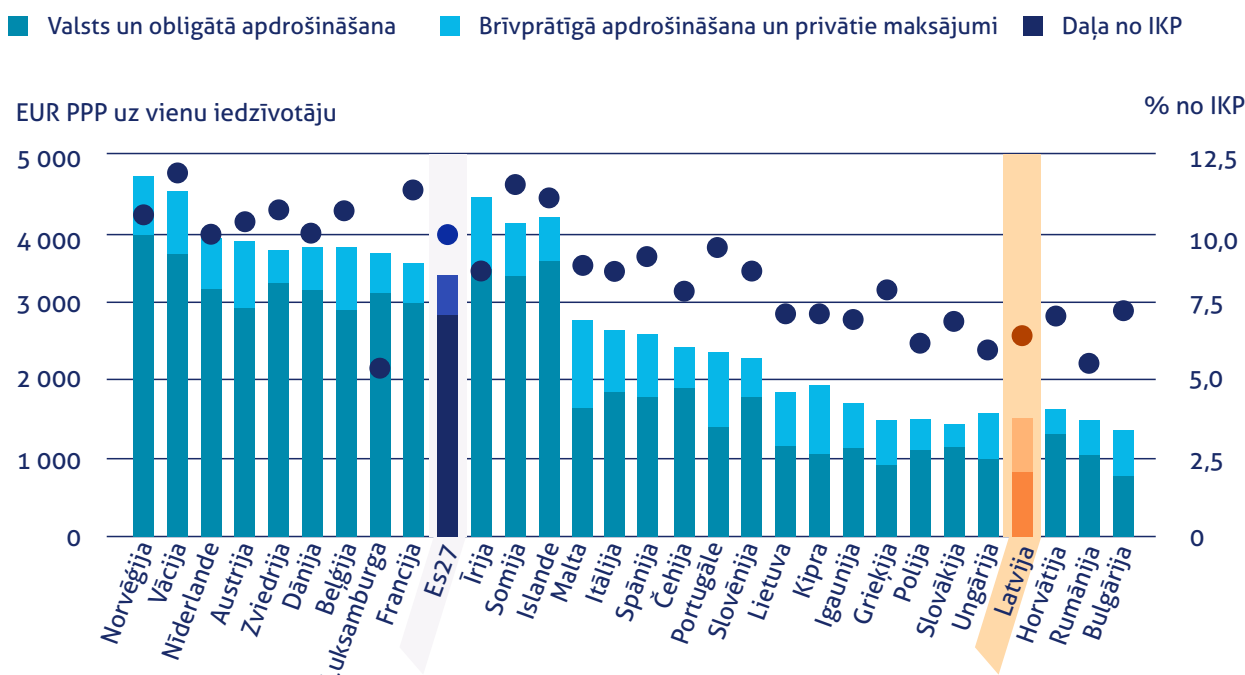
Lai pamatotāk spriestu par nepieciešamajiem risinājumiem VBVA ieviešanā, šajā ziņojumā veikta katra vērtējamā indikatora analīze no Latvijas normatīvo aktu, regulējuma un pieejamo datu aspekta.

4.3.1. Politika un institūcijas

Zemākais vērtējums piešķirts 2.dimensijai (rezultātu un izmaksu mērījumi) un 4.dimensijai (uz rezultātu balstīta apmaksā).

Iedzīvotāju veselības aprūpes aptvere. Latvijā ir ar vispārējiem nodokļiem finansēta veselības aprūpes sistēma un normatīvi noteikta universāla pakalpojumu pieejamība visiem Latvijas iedzīvotājiem un citām normatīvajos aktos noteiktajām grupām.³⁹Taču universālo pieejamību ietekmē kopējais valsts finansē-

jums veselības aprūpei, kas 2019.gadā vēl arvien bija ceturtais zemākais rādītājs Eiropas Savienībā pēc Bulgārijas, Rumānijas un Horvātijas (6.attēls). Izsakot šo rādītāju kā proporciju no iekšzemes kopprodukta, tas Latvijā ir palielinājies no 5,5 % 2014.gadā līdz 6,6 % 2019.gadā, kas kopumā vēl arvien ir krietni mazāk par Eiropas Savienības vidējo rādītāju (9,9 %).



Piezīme. ES norādīts vidējais svērtais rādītājs.

IKP – iekšzemes kopprodukts, PPP – pirktspējas paritāte (purchasing power parity).

6.attēls Veselības aprūpes izdevumi, Latvija un ES valstis (OECD, 2021)

Valsts finansējums sedz tikai 61 % veselības aprūpes izdevumu, kas ir daudz mazāka proporcija nekā kopumā vidēji Eiropas Savienībā – 80%.⁴⁰ Nepietiekamais valsts finansējums ir galvenais iemesls ļoti lielai izdevumu da-

ļai, kas tiek finansēti ar iedzīvotāju tiešajiem maksājumiem, tādējādi mazinot gan sociālo aizsardzību, gan piekļuvi veselības sistēmai. Tiešo maksājumu īpatsvars veido ap 37 %, kas ir viens no lielākajiem rādītājiem Eiropā.

³⁹ Veselības aprūpes finansēšanas likums: Latvijas Republikas likums. 14.12.2017. Latvijas Vēstnesis. 259, 31.12.2017.

⁴⁰ OECD iLibrary (2022). Latvija: Valsts veselības pārskats 2021. Iegūts no: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/latvija-valsts-veselibas-parskats-2021_11bb880a-lv [sk. 11.03.2022].

2.tabula Izdevumi veselības aprūpei Latvijā 2013.–2019. gadā (milj. EUR)

Izdevumi	2013. gads	2014. gads	2015. gads	2016. gads	2017. gads	2018. gads	2019. gads
Izdevumi kopā	1233	1291	1389	1556	1610	1804	2001
Valsts izdevumi	740	770	815	869	923	1080	1217
Privātie izdevumi	474	504	562	674	673	707	712
Citi finanšu avoti	19	16	12	13	14	17	72
	izdevumi (%) no kopējiem						
Valsts izdevumi	60	60	59	56	57	60	61
Privātie izdevumi	38	39	40	43	42	39	36
Citi finanšu avoti	2	1	1	1	1	1	4

Avots: Nacionālais veselības dienests, 2020

Universālo piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem mazina arī gaidīšanas rindu rādītājs. Saskaņā ar Nacionālā veselības dienesta informāciju rindā uz valsts apmaksātiem dienas stacionāra pakalpojumiem oftalmoloģijā jāgaida 360–1250 dienas, uz ceļa locītavas endoprotezēšanas plānveida operāciju ir reģistrēti vairāk kā 6000 pacientu, uz gūžas locītavas endoprotezēšanu – vairāk nekā 3000 pacientu. Pēc nesaņemto veselības aprūpes pakalpojumu īpatsvara Latvija ierindojas vienā no augstākajām vietām Eiropā.⁴¹ Neskatoties uz normatīvi noteikto universālo pakalpojumu pieejamību, faktiski universālā piekļuve medicīniski pamatotā laikā un apjomā netiek nodrošināta.

Augsta līmeņa vērtībās balstītas veselības aprūpes politika un rīcības plāns

Veselības nozares politikas plānošanas dokumentos nav noteikta viennozīmīga virzība uz VBVA pieejas ieviešanu Latvijā. Atsevišķos dokumentos parādās kāds no VBVA elementiem, piemēram, Nacionālā līmeņa stratēģiskās plānošanas dokumentā "Latvijas Nacionālais attīstības plāns"⁴² ir iezīmēts svarīgs

veselības aprūpes attīstības virziens – integroto veselības aprūpes pakalpojumu attīstība –, bet tālākā ieviešanas stadijā konsekventa aktivitāšu īstenošana visos organizācijas līmeņos (pakalpojumu plānošanā, izvietojumā, apmaksā u. c.) līdz šim nav rezultējiesies.

VBVA priekšnoteikumu esamība:

- pacientvērsta un uz rezultātu vērsta aprūpe – veselības aprūpē prevalē fragmentēti, savstarpēji nesaistīti pakalpojumi, pietrūkst informācijas apmaiņa starp dažādiem veselības aprūpes līmeņiem par pacienta ārstēšanas procesu;
- kompleksās samaksas metodes un samaksa par rezultātu saistībā ar kvalitāti – Latvijā tiek piemērotas atsevišķas kompleksās samaksas metodes, bet lielākoties kvantitatīvo, bet ne kvalitatīvo rādītāju kontekstā;
- standartizēta pakalpojumu kvalitātes sistēma – ir ieviesti atsevišķi tās elementi, bet visaptveroša sistēma nepastāv.

⁴¹ OECD (2021). Health at a Glance 2021. Iegūts no: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/> [sk. 11.03.2022.].

⁴² Pārresoru koordinācijas centrs (2020). Latvijas nacionālais attīstības plāns 2021.–2027. gadam. Iegūts no: https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/NAP2027_apstiprin%C4%81ts%20Saeim%C4%81_1.pdf [sk. 11.03.2022.].

Citu ieinteresēto pušu atbalsts

Šobrīd nozares plānošanas dokumentu izstrādē arvien aktīvāk iesaistās arī pacientu organizācijas, pamatā darba grupu ietvaros, taču iesaiste vērtējama kā fragmentāra.

Izglītības programmas un apmācība VBVA īstenošanā

Ārstu profesionālās izglītības un apmācības programma nesatur atsevišķus kursus vai programmas, kas būtu veltītas tieši VBVA pieejai. Tēmas vai tās elementu atspoguļojums parādās atsevišķos profesionālās pilnveidesursos.

Neatkarīgas veselības tehnoloģiju novērtēšanas (HTA) institūcijas esamība

Latvijā ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanu un izvērtēšanu un ārstniecībā lietojamo zāļu, medicīnisko ierīču un medicīnisko tehnoloģiju izmaksu efektivitātes novērtēšanu, sākot ar 2019. gada 1. jūliju, veic Zāļu valsts aģentūra. Šī funkcija pamatā tiek veikta tikai attiecībā uz ambulatori lietojamiem medikamentiem. Zāļu valsts aģentūra uztur arī Latvijā reģistrēto Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāzi.⁴³

Uz pierādījumiem balstītas veselības aprūpes vadlīnijas

Šo vadlīniju izstrādes, izvērtēšanas un reģistrēšanas kārtību nosaka 2010. gada 25. maija Ministru kabineta noteikumi Nr. 469 "Kārtība, kādā izstrādā, izvērtē, reģistrē un ievieš klīniskās vadlīnijas". Reģistrēto vadlīniju datubāzi uztur Slimību kontroles un profilakses centrs.⁴⁴ Veselības aprūpes vadlīniju izstrāde ir ārstu profesionālo asociāciju brīvprātīga darbība, funkcijai nav valsts finansējuma atbalsta. Pašlaik datu bāze ir nepilnīga, tajā ir reģistrētas 34 vadlīnijas.

Eiropas Sociālā Fonda līdzfinansētā projekta Nr. 9.2.3.0./15/I/001 "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros" rezultātā izstrādāti pacientu klīniskie algoritmi un klīniskie ceļi sešās diagnožu grupās:⁴⁵ sirds un asinsvadu slimības, garīgā veselība, perinatālā perioda aprūpe, bērnu aprūpe, onkoloģija un bērnu garīgā veselība. Taču jāatzīmē, ka veselības aprūpes klīniskās vadības dokumentu izstrādei Latvijā trūkst sistēmiskas pieejas, atbildīgās institūcijas, metodiskās vadības un valsts finansējuma. Projektu gaitā izstrādātajiem dokumentiem ir īslaicīgs raksturs un fragmentēts lietojums. Līdz ar to arī pakalpojuma groza veidošana Latvijā nav sistēmiski sasaistīta ar pierādījumos balstītu sistēmisku pieeju.

Atbalsts zināšanu trūkumu novēršanai

Latvijā nav izveidota valsts atbalstīta pētniecības pieeja un institūcija, kura primāri nodarbotos ar veselības aprūpes sistēmas pētījumiem, analizētu sistēmas sniegumu un izstrādātu zinātniski pamatotus priekšlikumus nozares attīstībai. Ar sistēmas pētniecības jautājumiem nodarbojas vairākās zinātniskajās institūcijās strādājoši pētnieki, taču pētījuma jautājumi ir saistīti ar konkrētām pētniecības interesēm, un nozares vadība tos nekādā veidā neregulē.

4.3.2. Rezultātu un izmaksu mērījumi

Nacionālie slimību reģistri

Normatīvie akti regulē ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistru izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtību, kā arī reģistros ievietojamo informāciju,⁴⁶ tie ir iekļauti Vienotajā veselības nozares elektroniskās informācijas sistēmā un pamatā paredzēti statistiskās informācijas vajadzībām. Pašlaik

⁴³ Zāļu valsts aģentūra. Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze. Iegūts no: <https://dati.zva.gov.lv/mtdb/> [sk. 11.03.2022.].

⁴⁴ Slimību profilakses un kontroles centrs. Kopējais reģistrēto klīnisko vadlīniju saraksts. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/kopejais-registro-klinsko-vadliniju-saraksts> [sk. 11.03.2022.].

⁴⁵ Slimību profilakses un kontroles centrs (2020). Klīniskie algoritmi un pacientu ceļi. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/klinskie-algoritmi-un-pacientu-celi> [sk. 11.03.2022.].

⁴⁶ Ministru kabinets. 15.09.2008. MK noteikumi Nr. 746 "Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība". Latvijas Vēstnesis. 146, 19.09.2008.

reģistri neparedz ne pacienta ārstēšanas rezultātu, ne izmaksu uzskaiti. Vienlaicīgi noris diskusija un aktivitātes vēža reģistra izveidē, kas iezīmē procesa uzsākšanu pacientu reģistru pārveidē.

Pacientu ārstēšanas rezultātu pieejamība

Pacientu ārstēšanas rezultāti tiek fiksēti ārstniecības iestādes medicīniskajā dokumentācijā,⁴⁷ kas neparedz apkopot informāciju par pacienta ārstēšanas iznākumu ne ārstniecības iestāžu, ne arī nacionālajā līmenī.

Pacientu ārstēšanas rezultātu standartizācija

Pašlaik informācijas standartizācija paredz tikai trīs iznākumu veidus: izrakstīts, pārvietots vai miris. Slimību grupu specifiskie ārstēšanas rezultāti netiek izmantoti, kā arī netiek izstrādāti un lietoti standartizēti rezultātu mērījumi.

Pacientu ārstēšanas izmaksu datu pieejamība

Lielākajā daļā ārstniecības iestāžu netiek veikta ārstēšanas izmaksu uzskaitē pacientu līmenī. Bieži vien iespēju uzskaitīt pacienta līmeņa izmaksu datus ierobežo esošās pacientu uzskaites sistēmas un datu bāzu ierobežotā funkcionalitāte. Valsts apmaksāto pakalpojumu informācija tiek reģistrēta pacientu līmenī, un ir iespējams iegūt informāciju par valsts līdzekļiem, kas tika samaksāti par katru pacientu un katru ārstēšanas epizodi. Pakalpojumu apmaksa tiek veikta, pamatojoties uz Nacionālā veselības dienesta noteiktiem manipulāciju tarifiem, kuri var atšķirties no faktiskajām izmaksām. Kopumā sistēmā nav uzskaites par pacientu tiešajiem maksājumiem. Atsevišķi pakalpojumu sniedzēji (piemēram, Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca un Bērnu klīniskā universitātes slimnīca) ir izveidojuši savas faktisko izmaksu uzskaites sistēmas. Tālāk būtu nepieciešama

Nacionālā veselības dienesta apstiprināta vienota metodika, pēc kuras katra līgumslēdzēja organizācija uzskaitītu savas faktiskās izmaksas aprūpes gadījuma līmenī.

Sadarbspējīga Elektronisko veselības ierakstu datu bāze

E-veselības sistēmā elektroniskā veselības ieraksta (EVI) sistēmā paredzētie pacientu veselības pamatdati, kas ietver diagnožu sarakstu, informāciju par alerģijām un medikamentiem, kā arī par nozīmīgām ķirurģiskām procedūrām, nav pilnībā nodrošināti. Latvijā nav izstrādātas vienotas nacionālā līmeņa EVI vadlīnijas, kas ļautu izveidot efektīvu EVI datu apmaiņu, izmantojot integrācijas platformu, kas prasa visu lokālo IS pielāgošanu datu apmaiņas nodrošināšanai. Sistēmā daļēji tiek izmantoti Eiropas Savienības rekomendētie datu apmaiņas standarti, bet pilnvērtīga datu apmaiņa starp veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem nenotiek.⁴⁸

4.3.3. Integrēta un pacientvērsta aprūpe

Nacionālā politika integrētas un/vai pacientvērsta aprūpes īstenošanai

Integrētu veselības aprūpes pakalpojumu attīstība ir izvirzīta kā viena aktivitāte dokumentā "Ieguldījumi veselības jomā. Darbības programma 2021.–2027.gada plānošanas periodam. Atveseļošanās un noturības mehānisma plāns"⁴⁹ Uz personu vērsta veselības aprūpe ir noteikta kā viens no rīcības virzieniem, paredzot veikt šādas aktivitātes: stiprināt primārās veselības aprūpes lomu, uzlabot pakalpojumu pieejamību, attīstīt multidisciplināru pieeju hronisko pacientu aprūpē primārās veselības aprūpes līmenī un attīstīt telemedicīnu.

⁴⁷ Ministru kabinets. 04.04.2006. MK noteikumi Nr. 265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība". Latvijas Vēstnesis. 57, 07.04.2006., sk. 10. pantu.

⁴⁸ Laumane, A. (2022). Nacionāla līmeņa elektroniskā veselības ieraksta sadarbība Latvijas veselības aprūpē: maģistra darbs. Pieejams pēc pieprasījuma.

⁴⁹ Veselības ministrija (2021). Ieguldījumi veselības jomā. Darbības programma 2021.–2027. gada plānošanas periodam. Atveseļošanās un noturības mehānisma plāns. Iegūts no: [https://komitejas.esfonda.lv/anm_rrf/Plnoanas%20dokumenti%20ANMRRF/Tematisk%C4%81s%20diskusijas/2021_gads/10.03.2021_tematiskas_diskusijas_\(ANM_DP21-27_4_Veseliba\)/1_VM_Veseliba_10032021.pdf](https://komitejas.esfonda.lv/anm_rrf/Plnoanas%20dokumenti%20ANMRRF/Tematisk%C4%81s%20diskusijas/2021_gads/10.03.2021_tematiskas_diskusijas_(ANM_DP21-27_4_Veseliba)/1_VM_Veseliba_10032021.pdf) [sk. 11.03.2022.].

Uz cilvēku centrēta un integrēta veselības aprūpe ir iekļauta kā viens no rīcības virzieniem Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2021.–2027.gadam projektā,⁵⁰ nosakot apakšmērķi veicināt uz cilvēku centrētas un integrētas veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un paredzot trīs rīcības apakšvirzienus:

- 1 Zāļu un veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība;
- 2 Veselības aprūpes pakalpojumu koordinēšana un pēctecība;
- 3 Pacienta un viņa ģimenes iesaiste veselības aprūpē.

Pacientu klīniskie ceļi

Eiropas Sociālā fonda projekta "Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro veselības jomu ietvaros laika periodā no 2018.līdz 2020.gadam" tika izstrādāti klīniskie algoritmi, klīniskie ceļi un indikatori prioritārajās veselības jomās: sirds un asinsvadu, garīgās (psihiskās) veselības, perinatālā perioda, bērnu un onkoloģijas jomā.⁵¹ Taču valstī nav izveidota sistēma esošo klīnisko ceļu pārskatīšanai un jaunu izveidei, aktivitātei ir projekta raksturs un nav pēctecības. Dokumentiem ir rekomendējošs raksturs, turklāt tie ir izveidoti statistisku dokumentu formā, kas ievērojami sarežģī to izmantošanu datu sistēmās.

4.3.4. Uz rezultātu balstīta apmaksā

Latvijas nacionālajā attīstības plānā 2020.–2027.gadam⁵² ir atzīmēta nepieciešamība uzlabot veselības aprūpes kvalitāti un efektivitāti, attīstīt veselības aprūpes kvalitātes sistēmu un plašāk lietot uz rezultātu vērstu pakalpojumu apmaksas sistēmu. Šobrīd samaksas metodes un samaksas kārtību par valsts

apmaksātiem veselības aprūpes pakalpojumiem nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība"⁵³. Atkarībā no pakalpojumu veida tiek lietotas vairākas atšķirīgas pakalpojumu apmaksas metodes: fikssētais maksājums, tāmes finansējums, faktiskās izmaksas atbilstoši rēķiniem, kapitācijas maksājums, aprūpes epizodes tarifi, manipulācijas tarifi, gultasdienas tarifi, viena pacienta ārstēšanas tarifi. Nevienā no samaksas veidiem netiek ietverta samaksa par pacienta ārstēšanas rezultātu. Kā virzību uz rezultātu uzskaiti var minēt to, ka ir izveidota iestāžu līmeņa rezultātu uzskaitē diagnozēm piesaistīto grupu (diagnosis-related group, DRG) maksājuma aprēķina ietvaros, kā arī tiek īstenota ģimenes ārstu darba kvalitātes uzskaitē un attiecīga samaksa par šo kvalitātes indikatoru izpildi.

Kompleksās samaksas (angl. bundled payment) metode tiek īstenota kā pamatmetode

No visām pakalpojumu apmaksas metodēm vairākas var raksturot kā kompleksās samaksas metodes: kapitācijas maksājumu, aprūpes epizodes tarifu un viena pacienta ārstēšanas tarifu. Šīs samaksas metodes tiek lietotas, apmaksājot viena pakalpojuma sniedzēja pakalpojumus. Pašlaik Latvijā netiek izmantotas metodes, kas apietu pakalpojumu fragmentāciju un veidotu plašāku speciālistu līdzatbildību un iesaisti gadījuma apmaksā.

Izveidoti mehānismi, lai identificētu nevērtīgus pakalpojumus, kuri būtu izslēdzami no apmaksāto pakalpojuma groza

Valsts apmaksāto pakalpojumu tarifu datu bāzi uztur Nacionālais veselības dienests, kura atbildība ir arī regulāra tarifu pārskatīšana, jauno manipulāciju iekļaušana un novecojušo manipulāciju izslēgšana. Nacionālais veselības dienests ir izveidojis kritērijus,

⁵⁰ Veselības ministrija (2020). Publiskai apspriešanai Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2021.–2027. gadam projekts. Iegūts no: <https://www.v.m.gov.lv/lv/jaunums/publiskai-apspriesanai-sabiedribas-veselibas-pamatnostadnu-2021-2027-gadam-projekts> [sk. 11.03.2022.].

⁵¹ Slimību profilakses un kontroles centrs (2020). Klīniskie algoritmi un pacientu ceļi. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/kliskie-algoritmi-un-pacientu-celi> [sk. 11.03.2022.].

⁵² Pārresoru koordinācijas centrs (2020). Latvijas nacionālais attīstības plāns 2021.–2027. gadam. Iegūts no: https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/NAP2027_apstiprin%C4%81ts%20Saeim%C4%81_1.pdf [sk. 11.03.2022.].

⁵³ Ministru kabinets. 28.08.2018. MK noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība". Latvijas Vēstnesis. 176, 05.09.2018.

pēc kādiem tiek noteikti prioritāri pārrēķināmie veselības aprūpes pakalpojumu manipulāciju tarifi grupās,⁵⁴ bet nenotiek valsts ap-

maksāto pakalpojumu izmaksu efektivitātes novērtēšana to iekļaušanai pakalpojumu grozā vai izslēgšanai no tā.

Vērtībās balstītas veselības aprūpes īstenošanas priekšnoteikumu novērtējums liecina par sistēmiskas pieejas un instrumentu trūkumu Latvijā

- 1 Nepieciešamas ievērojamas sistēmiskas izmaiņas veselības aprūpes organizācijas jomā, kam pamatā ir domāšanas un pieejas paradigmas maiņa – organizēt darbības un vērtēt sistēmas sniegumu nevis pēc kvantitatīviem, bet kvalitatīviem indikatoriem.
- 2 Visu pētīto VBVA dimensiju īstenošana Latvijā ir kritiski zemā līmenī: tas attiecas gan uz politikas plānošanas un institucionālo sniegumu, rezultātu un izmaksu mērījumu pieejamību, integrētas un pacientvērstas veselības aprūpes īstenošanu, gan arī uz rezultātos balstītas veselības aprūpes apmaksas pieejas īstenošanu.
- 3 Kritiskākie elementi VBVA īstenošanā:
 - visaptverošas veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības sistēmas neesamība;
 - uz pierādījumiem balstītas pētniecības atbalsta trūkums veselības politikas īstenošanā;
 - pacientu ārstēšanas rezultātu uzskaites standartizācijas trūkums;
 - standartizētu pacientu ārstēšanas izmaksu datu nepieejamība.

⁵⁴ Nacionālais veselības dienests. Kritēriji, pēc kādiem tiek noteikti prioritāri pārrēķināmie veselības aprūpes pakalpojumu manipulāciju tarifi grupās. Iegūts no: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/5664/download> [sk. 11.03.2022.].

5. Vērtībās balstītas veselības aprūpes potenciālie ieguvumi (pacienti, pakalpojumu sniedzējiem, maksātājiem, sabiedrībai kopumā)

Pacienti ir primārie un svarīgākie ieguvēji VBVA koncepcijas ieviešanas rezultātā.

Pacientu būtiskākie ieguvumi:

- iespējami īsāks pakalpojumu saņemšanas laiks (rindas, kvotas utt.) veselības problēmu risināšanā;
- ārstēšanas rezultātu un līdzestības uzlabojums;
- ārstniecības personāla attieksmes maiņa pacienta kompleksas ārstēšanas pieejas kontekstā;
- iesaistes un informācijas par plānoto ārstēšanu, tās ieguvumiem, riskiem pieejamības un izpratnes uzlabošanās.

Vērtībās balstīti aprūpes modeļi ir vērsti uz to, lai palīdzētu pacientiem izvairīties no hroniskām slimībām, lai viņi ātrāk atgūtos no slimībām un traumām, kā arī tiktu ārstēti kompleksi, iesaistot dažādus specialistus vienā ārstēšanas epizodē. Rezultātā pacientiem ir mazāk ārsta apmeklējumu, medicīnisko pārbaūžu un procedūru un viņi tērē mazāk naudas gan medikamentiem, gan pakalpojumiem kopumā, jo uzlabojas veselība gan īstermiņā, gan ilgtermiņā.

Pakalpojumu sniedzēji panāk efektivitāti un lielāku pacientu apmierinātību. Lai gan pakalpojumu sniedzējiem, iespējams, nepieciešams pārveidot un pārstrukturēt pakalpojumu organizāciju un veltīt vairāk laika jauniem, uz profilaksi balstītiem pakalpojumiem, viņi tērē mazāk laika hronisku slimību un komplikāciju ārstēšanai. Kvalitātes un pacientu iesaistīšanas pasākumi palielinās, ja uzmanība tiek pievērsta vērtībai, nevis apjomam. Nepārtraukti palielinoties ārstējamo slimību klāstam, arvien kritiskāka kļūst ārstniecības un aprūpes personāla nepietiekamība un ar to saistītā klīnicistu izdegšana, ko var risināt VBVA pieeja.

Ārstiem ir būtiski šādi ieguvumi:

- laika (visierobežotākā ārsta resursa) izmantošanas efektivitāte;
- labāku ārstēšanas metožu pieejamība;
- profesionālā pilnveide un reputācija.

Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem

VBVA principi kopumā nodrošina noteiktas konkurētspējas priekšrocības, jo to darbība kļūst rentablāka, paaugstinās darbinieku profesionālais sniegums un apmierinātība un darbības stratēģija vislielākajā mērā atbilst klientu vajadzībām un interesēm.

Veselības aprūpes uzņēmumu ieguvumi:

- uzņēmuma efektivitāte, rentabilitāte un produktivitāte;
- ilgtermiņa līgumi ar pakalpojumu pircējiem;
- investīciju plānošanas principu attīstība;
- ilgtermiņa finanšu plānošanas iespēja.

Maksātāji kontrolē izmaksas un samazina risku.

VBVA koncepcija dod iespēju nodrošināt pieejamo ierobežoto finanšu resursu sadalījumu starp vairākām pacientu grupām ar atšķirīgām slimībām, nodrošinot labāko iespējamo veselības ieguvumu ar iespējami zemākām ārstēšanas izmaksām kopumā un veicinot kopējo ietekmi uz sabiedrības veselību un darbaspēka produktivitāti.

Iedzīvotāji ar labāku veselību un mazāku pieprasījumu pēc veselības aprūpes pakalpojumiem nozīmē mazākas kopējās sistēmas izmaksas. Uz vērtību balstīts maksājums ļauj maksātājiem palielināt efektivitāti, apvienojot maksājumus, kas aptver visu pacienta aprūpes ciklu noteiktā periodā. Mazākas izmaksas akūto gadījumu ārstēšanai nozīmē lielus resursus citiem, līdz šim pakalpojumu grozā neiekļautiem pakalpojumiem vai slimību grupām, ļaujot sasniegt lielāku kopējo veselības ieguvumu ar esošajiem resursiem.

Medicīnas tehnoloģiju piegādātāji pielāgo cenas potenciālajiem pacientu rezultātiem. Piegādātāji gūst labumu no iespējas pozicionēt savus produktus un pakalpojumus pozitīvu pacientu rezultātu un samazinātu izmaksu kontekstā, kas ir svarīgs pārdošanas piedāvājums situācijā, kad valsts izdevumi me-

dikamentiem un citām tehnoloģijām nepārtraukti pieaug. VBVA pieeja aicina ražotājus saistīt zāļu cenas ar to faktisko vērtību pacientiem, un šis process, visticamāk, paplašināsies, palielinoties individualizētajām terapijām.

Koncentrējoties uz veselības rezultātiem, vērtībās balstīta veselības aprūpe palīdz **veselības aprūpes sistēmā** pārvaldīt izmaksu pieaugumu, pēc iespējas labāk izmantot ierobežotus resursus un nodrošināt pacientiem labāko iespējamo aprūpi. Sabiedrība kļūst veselīgāka, vienlaikus samazinot kopējos veselības aprūpes izdevumus. Tiek tērēts mazāk naudas, palīdzot cilvēkiem pārvaldīt hroniskas slimības un mazinot hospitalizācijas un neatliekamās medicīniskās palīdzības gadījumu skaitu.⁵⁵

Vērtībās balstītas veselības aprūpes koncepcijas ieviešanas rezultātā galvenie ieguvumi prognozējami pacientiem, taču sagaidāmi ieguvumi arī visām pārējām iesaistītajām pusēm:

- 1 Pacientiem** – īsāks pakalpojumu saņemšanas laiks, ārstēšanas rezultātu un līdzes-tības uzlabojums, sadarbības un ārstniecības personāla attieksmes maiņa, infor-mācijas par plānoto ārstēšanu pieejamības uzlabošanās;
- 2 Pakalpojumu sniedzējiem** – darbības efektivitātes, profesionālā snieguma un kva-litātes paaugstināšanās, kā arī lielāka pacientu apmierinātība ar saņemto pakal-pojumu;
- 3 Maksātājiem** – izmaksu kontrole un finanšu riska mazināšanās, nodrošinot labāko iespējamo veselības ieguvumu ar iespējami zemākām ārstēšanas izmaksām;
- 4 Medicīnas tehnoloģiju piegādātājiem** – iespējas pozicionēt savus produktus un pakalpojumus pozitīvu pacientu rezultātu un samazinātu izmaksu kontekstā, saistīt tehnoloģiju cenas ar to radīto faktisko vērtību pacientiem, paplašināt individualizē-tas ārstēšanas pieejas;
- 5 Veselības aprūpes sistēmai** – iespēja pārvaldīt izmaksu pieaugumu un labāk iz-mantot ierobežotus resursus, nodrošinot pacientiem iespējami labāku aprūpi un uzlabojot kopējos sabiedrības veselības rādītājus.

⁵⁵ NEJM Catalyst (2017). What Is Value-Based Healthcare? Iegūts no: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558> [sk. 11.03. 2022.].

6. Vērtībās balstītas veselības aprūpes koncepcijas ieviešanas stratēģiskie virzieni, aktivitātes un programmu izvēles kritēriji

Kā liecina gan zinātniskās literatūras analīze, gan citu valstu pieredze un Latvijas situācijas novērtējums, VBVA koncepcijas ieviešanai Latvijā nepieciešamas stratēģiskas pārmaiņas veselības aprūpes sistēmas organizācijā un visos tās elementos. Lielākais ieguvums saistāms ar VBVA ieviešanu nacionālajā līmenī, taču, ņemot vērā būtisku priekšnoteikumu nepieciešamību, ir ieteicama pakāpeniska virzība uz vērtībās balstītu sistēmu, vispirms koncentrējoties uz jomām, kur tas varētu radīt vislielāko ieguvumu.

Viennozīmīgai izpratnei par VBVA būtību un tās sekmīgai īstenošanai autores piedāvā izmantot šādu VBVA definīciju:

Vērtībās balstīta veselības aprūpe ir veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas un organizēšanas modelis ar mērķi uzlabot katra pacienta veselības rezultātus, ievērojot pacienta personīgos mērķus, samaksu par kvantitāti aizvietojo ar samaksu par rezultātu un kvalitāti, tādējādi nodrošinot izmaksu kontroli un taisnīgu ierobežoto resursu sadalījumu visām pacientu grupām.

Lai sekmētu VBVA pieejas īstenošanu, jāizdala priekšnoteikumi, kuri realizējami gan veselības aprūpes sistēmas, gan atsevišķu VBVA programmu līmenī to ieviešanas kontekstā.

6.1. Veselības aprūpes sistēmas stratēģiskie virzieni vērtībās balstītas veselības aprūpes ieviešanā nacionālajā līmenī

VBVA ieviešana ir pakāpenisks process, un parasti tas sākas ar atsevišķām programmām tajās klīniskajās jomās, kurās ir profesionāļi, kas par savu mērķi izvirza sasniegt labākos pacientu aprūpes rezultātus.

Tā kā jebkura klīniskā joma vai pakalpojumu sniedzējs darbojas vienotā veselības aprūpes sistēmā, ir vairāki būtiski priekšnoteikumi, kas nepieciešami VBVA iniciatīvu īstenošanā:

- politiskā izšķiršanās par veselības aprūpes virzību uz VBVA;
- veselības sistēmas vērtības jēdziena formulēšana, sasaistot to ar konkrētiem mērķiem, ko izprot un atbalsta iesaistītie sistēmas dalībnieki;
- jauni partnerības veidi: pacienti, pētnieki, pakalpojumu sniedzēji, maksātāji un IT uzņēmumi, kas koncentrējas uz aprūpes rezultātu datu radīšanu un apstrādi ar mērķi demonstrēt augstas vērtības veselības aprūpi;
- investīciju plānošana un novirzīšana VBVA stratēģisko virzienu iniciatīvu atbalstam, tostarp sistēmisku risinājumu īstenošanai nozarē (vairāk par priekšnoteikumiem sk. 1. nodaļā).

lai ieviestu sistēmiskā līmeņa priekšnoteikumus, kā pamatietvaru iespējams izmantot šī

ziņojuma 4.nodaļā izvirzītās VBVA dimensijas un tām atbilstošās aktivitātes.

Stratēģiskie virzieni vērtībās balstītas veselības aprūpes (VBVA) ieviešanā un tiem atbilstošās aktivitātes

1. virziens. Politika un institūcijas

1.1.	Virzības uz VBVA ietveršana nozares stratēģiskajā attīstības plānā
1.2.	VBVA priekšnoteikumu ietveršana politikas plānošanas dokumentos: 1) pacientvērsta un uz rezultātu vērsta aprūpe; 2) kompleksās samaksas metodes un samaksa par rezultātu saistībā ar kvalitāti; 3) standartizēta pakalpojumu kvalitātes sistēma
1.3.	Izglītības programmas un apmācība VBVA īstenošanā
1.4.	Neatkarīga veselības tehnoloģiju novērtēšanas (health technology assessment, HTA) procesa īstenošana
1.5.	Uz pierādījumiem balstītu veselības aprūpes vadlīniju un pacientu klīnisko ceļu sistēmiska izveide, atbildīgās institūcijas noteikšana
1.6.	Veselības aprūpes kvalitātes un pacientu drošības sistēmas pārskatīšana
1.7.	Veselības sistēmas un organizācijas pētniecības sistēmiskas pieejas izveide

2. virziens. Rezultātu un izmaksu mērījumi

2.1.	Sadarbspējīgas elektronisko veselības ierakstu (electronic health record, EHR) datu bāzes un nacionālo slimību reģistru arhitektūras un tehnoloģisko risinājumu noteikšana un izveide
2.2.	Pacientu ārstēšanas rezultātu standartizācija pa klīniskajām jomām
2.3.	Pacientu ārstēšanas izmaksu datu uzskaites tehnoloģisko risinājumu pārskatīšana

3. virziens. Integrēta un pacientvērsta aprūpe

3.1.	Integrētas un/vai pacientvērsta aprūpes īstenošana konkrētu klīnisko jomu stratēģijās
3.2.	Veselības aprūpes pakalpojumu groza veidošana un pārskatīšana atbilstoši pacientu klīniskajiem ceļiem un tehnoloģiju izmaksu efektivitātes rādītājiem

4. virziens. Uz rezultātu balstīta apmaksā

4.1.	Kompleksās samaksas metodes kā pamatmetodes īstenošana VBVA programmu ieviešanas gadījumā
4.2.	Mehānismu izveidošana nevērtīgo pakalpojumu izslēgšanai no apmaksāto pakalpojuma groza

6.2. Vērtībās balstītas veselības aprūpes ieviešana programmu līmenī

VBVA ieviešanā ir svarīgi vienoties par ieviešanas mērogu, kas atbilst sistēmas gatavības pakāpei. VBVA ieviešanai ir nepieciešams noteikt slimību (slimību grupu) un pacientu grupu.

Katrai VBVA programmu ieteicams veidot, ietverot sešas komponentes un atbilstoši tām izveidojot projekta plānu un aktivitātes:

- 1 Aprūpes organizēšana saistībā ar medicīniskajiem stāvokļiem**, nevis ar ārstniecības personu kvalifikāciju un prasmēm (pakalpojumu organizācija līdzīgu pacientu grupās, nevis slimnīcu nodaļu griezumā);
- 2 Sistemātiska pacienta rezultātu un izmaksu mērīšana**, iepriekš nosakot un izmantojot standartizētus mērījumus;
- 3 Virzība uz kompleksajiem maksājumiem** par aprūpes cikliem (pretstatā atsevišķu pakalpojumu apmaksai);
- 4 Pakalpojumu sniedzēju integrācija**, skaidri nosakot atbildības jomas, sadarbības modeļus, apvienojot pakalpojumu sniedzējus, kas atrodas dažādās vietās, un nodrošinot iespējami labāku klīnisko kompetenci un efektīvāku resursu nodrošinājumu, izvairoties no pakalpojumu dublēšanās;
- 5 Pakalpojumu sniedzēju ģeogrāfiskās sasniedzamības paplašināšana**, īpaši specializētiem pakalpojumu sniedzējiem un veidojot plašus sadarbības tīklus;
- 6 Informācijas tehnoloģiju platformas izveide**, kas nodrošina standartizētu datu iegūvi, apkopošanu un analīzi.⁵⁶

Sekmīgas VBVA programmas ieviešanai svarīgi izvēlēties programmu pēc šādiem kritērijiem:

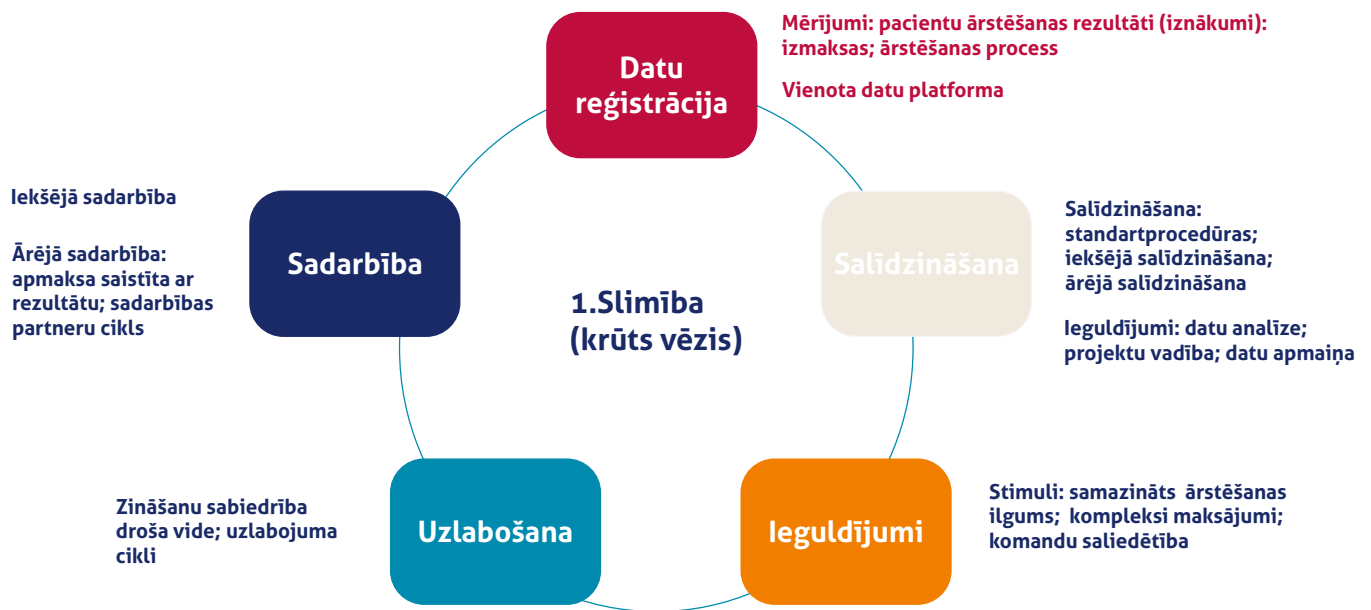
- ievērojams slimības slogs;
- augstas izmaksas, tostarp sociālās;
- plānveidā nodrošināma veselības aprūpe;
- ir pieejamas starptautisko ekspertu grupu vadlīnijas (piemēram, ICHOM standarti) un citu valstu pieredze;
- motivēts, uz sadarbību vērsts medicīniskais personāls.

Eksperti ir izveidojuši VBVA ieviešanas matricu, kas ietver svarīgākos universālos VBVA programmas izveides soļus:⁵⁷

- 1** Slimības izvēle (pēc iepriekš aprakstītajiem kritērijiem);
- 2** Iesaistīto personu un institūciju sadarbības plāna, struktūras un procesa izveide, tostarp primārās aprūpes lomas noteikšana;
- 3** Standartizētas pacientu ārstēšanas datu kopas un procesa mērījumu indikatoru kopas izveide;
- 4** Datu platformas izveide;
- 5** Standartprocedūru izveide datu salīdzināšanai un analīzei;
- 6** Projekta vadības, kapacitātes un resursu noteikšana;
- 7** Stimulu noteikšana un ieviešana programmas realizācijā;
- 8** Zināšanu sabiedrības veidošana, labākās prakses popularizēšana, regulāra informācijas apmaiņa starp programmas dalībniekiem;
- 9** Ārējo saišu veidošana ar citām iesaistītajām pusēm, tostarp maksātāju ar komplekso samaksas metodi.

⁵⁶ Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston, MA: Harvard Business School Press.

⁵⁷ EIT Health (2020). Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers. Iegūts no: <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/06/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe.pdf> [sk. 11.03.2022.].



7. attēls Vērtībās balstītas veselības aprūpes ieviešanas matrica (pēc EIT Health, 2020)

VBVA ieviešanas principiem ir noteicošā loma koncepcijas īstenošanā. Attiecībā uz valsts apmaksātiem pakalpojumiem ieteicams dot iespēju Nacionālā veselības dienesta līmenī pieņemt lēmumu, ka katras jaunas programmas ieviešana īstenojama saskaņā ar VBVA principiem un ar iepriekš aprakstīto VBVA ieviešanas matricu.

VBVA ieviešanai ir svarīgi 6.1. apakšnodaļā aprakstītie stratēģiskie virzieni sistēmā kopumā, taču, ņemot vērā mērogu, ir ieteicams ieviešanu sākt pakāpeniski tajā jomās, kuras

atbilst iepriekš aprakstītajiem kritērijiem, un izmantot 6.2. apakšnodaļā aprakstīto ieviešanas matricu. Labās prakses īstenošana un pieredzes popularizēšana noteiktā jomā stimulētu arī citas jomas vienoties par VBVA pieejas realizēšanu un nepieciešamību veikt tālākas izmaiņas veselības aprūpes sistēmā kopumā.

BCG (2018). *How Dutch Hospitals Make Value-Based Health Care Work*. Iegūts no: <https://www.bcg.com/publications/2018/how-dutch-hospitals-make-value-based-health-care-work>

Business Insider (2022). *How and why the value based payment (pay for performance) model is trending in the healthcare industry*. Iegūts no: <https://www.businessinsider.com/value-based-care-pay-for-performance-healthcare-model>

Cleveland Clinic (2020). *Value-Based Care*. Iegūts no: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/15938-value-based-care>

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.

EIT Health (2020). *Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers*. Iegūts no: <https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/06/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe.pdf>

European Commission (2019). *Opinion on defining value in "value-based healthcare": Report of the Expert Panel on effective ways of investing in health (EXPH)*. Iegūts no: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/024_defining-value-vbhc_en.pdf

GLA:D®. Iegūts no: <https://gladinternational.org/>

Gray, M. (2017). *Value based healthcare*. BMJ. 356. Iegūts no: <https://www.bmj.com/content/356/bmj.j437>

Harvard Business School. *Key Concepts*. Iegūts no: <https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/key-concepts/Pages/default.aspx>

ICHOM. *About patient-centered outcome measures*. Iegūts no: <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/>

Latvijas Republikas Valsts kontrole (2016). *Starpziņojums: Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama?* Iegūts no: <https://www.lrvk.gov.lv/lv/revizijas/revizijas/noslegtas-revizijas/starpzinojums-vai-ambulatora-veselibas-aprupes-sistema-latvija-ir-pilnveidojama>

Laumane, A. (2022). *Nacionāla līmeņa elektroniskā veselības ieraksta sadarbība Latvijā veselības aprūpē*: maģistra darbs. Pieejams pēc pieprasījuma.

Menzis. Iegūts no: <https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/>

Ministru kabinets. 04.04.2006. MK noteikumi Nr. 265 "Medicīnisko dokumentu lietvedības kārtība". Latvijas Vēstnesis. 57, 07.04.2006.

Ministru kabinets. 15.09.2008. MK noteikumi Nr. 746 "Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistra izveides, papildināšanas un uzturēšanas kārtība". Latvijas Vēstnesis. 146, 19.09.2008.

Ministru kabinets. 28.08.2018. MK noteikumi Nr. 555 "Veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanas un samaksas kārtība". Latvijas Vēstnesis. 176, 05.09.2018.

Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med.* 95(5): 682–685. Iegūts no: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185050/>

The Economist Intelligence Unit (2016). Value-based healthcare: A global assessment. Findings and methodology. Iegūts no: https://impact.econ-asia.com/perspectives/sites/default/files/EIU_Medtronic_Findings-and-Methodology_1.pdf

The Lancet (2017). Right Care. Iegūts no: <https://www.thelancet.com/series/right-care>

UNDP. What are the Sustainable Development Goals? Iegūts no: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>

Veradigm. What is Value-Based Healthcare? A Comprehensive Guide. Iegūts no: <https://veradigm.com/what-is-value-based-healthcare/>

Veselības aprūpes finansēšanas likums: Latvijas Republikas likums. 14.12.2017. *Latvijas Vēstnesis.* 259, 31.12.2017.

Veselības ministrija (2017). Konceptuālais ziņojums "Par veselības aprūpes sistēmas reformu". Iegūts no: <https://www.vm.gov.lv/lv/media/6086/download>

Veselības ministrija (2020). Publiskai apspriešanai Sabiedrības veselības pamatnostādņu 2021.–2027. gadam projekts. Iegūts no: <https://www.vm.gov.lv/lv/jaunums/publiskai-apspriesanai-sabiedribas-veselibas-pamatnostadnu-2021-2027gadam-projekts>

Veselības ministrija (2021). Ieguldījumi veselības jomā. Darbības programma 2021.–2027. gada plānošanas periodam. Atveseļošanās un noturības mehānisma plāns. Iegūts no: [https://komiteja.s.esfondi.lv/anm_rrf/Plnoanas%20dokumenti%20ANMRRF/Tematisk%C4%81s%20diskusijas/2021_gads/10.03.2021_tematiskas_diskusijas_\(ANM_DP21-27_4_Veseliba\)/1_VM_Veseliba_10032021.pdf](https://komiteja.s.esfondi.lv/anm_rrf/Plnoanas%20dokumenti%20ANMRRF/Tematisk%C4%81s%20diskusijas/2021_gads/10.03.2021_tematiskas_diskusijas_(ANM_DP21-27_4_Veseliba)/1_VM_Veseliba_10032021.pdf)

WHO (2020). Building on value-based health care. Iegūts no: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336134/policy-brief-37-1997-8073-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zāļu valsts aģentūra. Ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju datu bāze. Iegūts no: <https://dati.zva.gov.lv/mtdb/>

Nacionālais veselības dienests. Kritēriji, pēc kādiem tiek noteikti prioritāri pārrēķināmie veselības aprūpes pakalpojumu manipulāciju tarifi grupās. Iegūts no: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/5664/download>

NEJM Catalyst (2017). What Is Value-Based Healthcare? Iegūts no: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558>

NHS England. What is NHS RightCare? Iegūts no: <https://www.england.nhs.uk/rightcare/what-is-nhs-rightcare/>

NSW Health (2021). Value based healthcare. Iegūts no: <https://www.health.nsw.gov.au/Value>

OECD (2021). Health at a Glance 2021. Iegūts no: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

OECD OECD iLibrary (2022). Latvija: Valsts veselības pārskats 2021. Iegūts no: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/latvija-valsts-veselibas-parskats-2021_11bb880a-lv

Pasaules Banka (2016). Kvalitātes nodrošināšanas pārskats. Iegūts no: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/298/download>

Pārresoru koordinācijas centrs (2020). Latvijas nacionālais attīstības plāns 2021.–2027. gadam. Iegūts no: https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/NAP2027_apstiprin%C4%81ts%20Saeim%C4%81_1.pdf

Porter, M. E., Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? N Engl J Med. 363(26): 2477–2481. Iegūts no: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1011024>

Putera, I. (2017). Redefining Health: Implication for Value-Based Healthcare Re-form. Cureus. 9(3), e1067. Iegūts no: <https://doi.org/10.7759/cureus.1067>

PWC (2021). Value based healthcare. Iegūts no: <https://www.pwc.com/m1/en/publications/documents/value-based-healthcare.pdf>

Raus, K., Mortier, E., & Eeckloo, K. (2020). Challenges in turning a great idea into great health policy: the case of integrated care. BMC Health Services Research. 20:130. Iegūts no: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-4950-z>

Slimību profilakses un kontroles centrs. Kopējais reģistrēto klīnisko vadlīniju saraksts. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/kopejais-registreto-klinisko-vadliniju-saraksts>

Slimību profilakses un kontroles centrs (2020). Klīniskie algoritmi un pacientu ceļi. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/kliniskie-algoritmi-un-pacientu-celi>

Vērtībās balstītas veselības aprūpes indikatoru līmeņu novērtēšanas matrica

Nr.	0 punktu	1 punkts	2 punkti	3 punkti
1.1.	Mazāk nekā 25–50 % populācijas saņem valsts veselības aprūpi	51–75 % populācijas saņem valsts veselības aprūpi	Vairāk nekā 76 % populācijas saņem valsts veselības aprūpi	Universāla piekļuve – 90–100 % populācijas saņem valsts veselības aprūpi
1.2.	Nav politiskā plāna pāriet no samaksas par pakalpojumu uz integrētu veselības aprūpi	Atsevišķos dokumentus paredzēta pāreja uz integrētu veselības aprūpi	Atsevišķās jomās ir izstrādāta un darbotas integrētas veselības aprūpes rīcības politika	Ir izstrādāta valsts mēroga visaptveroša integrētas veselības aprūpes politika, tā tiek īstenota un uzraudzīta
1.3.	Nav ieviests neviens no trim norādītajiem VBVA elementiem	Ir ieviests viens no trim norādītajiem VBVA elementiem	Ir ieviesti divi no trim norādītajiem VBVA elementiem	Ir ieviesti visi trīs norādītie VBVA elementi
1.4.	Citas ieinteresētās puses nav iesaistītas VBVA politikas izveidē	Citas ieinteresētās puses ir piedalījušās VBVA politikas izstrādē	Citas ieinteresētās puses piedalās atsevišķās VBVA aktivitātēs	Citas ieinteresētās puses visaptveroši piedalās VBVA aktivitātēs
1.5.	Izglītības programmas un apmācība VBVA netiek īstenotas	Minimāla apmācība (mazāk nekā 10 stundu) atsevišķu kursu veidā	VBVA tēma iekļauta atsevišķās izglītības programmās	VBVA tēma ir visu medicīnas izglītības programmu neatņemama sastāvdaļa
1.6.	Nav neatkarīgas veselības tehnoloģiju novērtēšanas institūcijas	Veselības tehnoloģiju novērtēšanas funkcija daļēji tiek veikta maksātāja institūcijas sastāvā	Pastāv neatkarīga veselības tehnoloģiju novērtēšanas institūcija	Pastāv neatkarīga veselības tehnoloģiju novērtēšanas institūcija, kas veic veselības tehnoloģiju novērtēšanu VBVA īstenošanai
1.7.	Valstij nav izveidota uz pierādījumiem balstītu vadlīniju izstrādes (pārņemšanas) institūcija	Valsts ir nodibinājusi nacionālo vadlīniju izstrādes organizāciju vai ir oficiāli iesaistījusies vadlīniju izstrādes institūcijās starptautiskā līmenī	Valsts ir izveidojusi nacionālo atbildīgo organizāciju un uz pierādījumiem balstītu vadlīniju izstrādes procesu	Valsts ir izveidojusi nacionālo atbildīgo organizāciju, uz pierādījumiem balstītu vadlīniju izstrādes procesu, vadlīniju īstenošana tiek uzraudzīta un ietver virzību uz VBVA

1.8.	Valstī nav izveidota un finansēta veselības aprūpes sistēmu pētniecības institūcija	Valstī ir pētniecības institūcija, kas veic veselības aprūpes sistēmas pētniecību, bet valsts finansējums tam netiek piešķirts	Valstī ir pētniecības institūcija, kam ir skaidras pilnvaras veikt veselības aprūpes sistēmas pētniecību, un tam ir piešķirts valsts finansējums	Valstī ir izveidota un finansēta pētniecības institūcija, kas pēc pilnvarojuma veic veselības sistēmu pētniecību, identificē zināšanu trūkumus un sagatavo ieteikumus politikas veidošanai
2.1.	Valstī nepastāv nacionālie slimību reģistri	Pastāv atsevišķi nacionālie slimību reģistri, kas satur ierobežotu informāciju analīzes veikšanai	Pastāv nacionālie slimību reģistri elektroniskā formā, kuru dati tiek regulāri atjaunināti un ir pieejami veselības aprūpē iesaistītajām personām	Visaptveroša elektroniska sistēma apvieno esošos slimību reģistrus, dati tiek regulāri atjaunināti un izmantoti veselības aprūpes procesā
2.2.	Valstī nepastāv slimību reģistri, kas satur informāciju par pacientu rezultātiem	Valstī ir atsevišķi slimību reģistri, bet pamatā tie nesatur pacientu ārstēšanas rezultātus	Valstī ir slimību reģistri (vai elektroniskie veselības ieraksti), kas satur atsevišķu slimību pacientu ārstēšanas rezultātus	Valstī ir nacionāla līmeņa slimību reģistri (vai elektroniskie veselības ieraksti), kas satur visaptverošus pacientu ārstēšanas rezultātus un kas tiek izmantoti pētniecībā un politikas izstrādē
2.3.	Valstī nepastāv slimību reģistru sistēma ar standartizētu informāciju (vai elektroniskie veselības ieraksti)	Dati atsevišķos reģistros ir standartizēti, bet nav integrējami	Atsevišķu reģistru dati ir standartizēti un integrēti izmantotajam pacientu aprūpē un pētniecībā	Nacionālie reģistri ir standartizēti un integrēti izmantotajam aprūpē un pētniecībā
2.4.	Valsts politika neparedz iegūt pacienta līmeņa ārstēšanas izmaksas datus	Valdībai / Nacionālajam veselības dienestam ir plāns apkopot pacienta līmeņa ārstēšanas izmaksas	Valdība / Nacionālais veselības dienests apkopo pacientu ārstēšanas izmaksas atsevišķās jomās	Valdība / Nacionālais veselības dienests visaptveroši apkopo pacientu ārstēšanas izmaksas
2.5.	Nav plānots izveidot sadarbīgu Elektronisko veselības ierakstu datu bāzi	Ir plānots izveidot sadarbīgu Elektronisko veselības ierakstu datu bāzi	Sadarbīgu Elektronisko veselības ierakstu datu bāze ir izveidota, bet neno drošina pilnvērtīgus datus pētniecībai	Sadarbīgu Elektronisko veselības ierakstu datu bāze ir izveidota un nodrošina pilnvērtīgus datus pētniecībai VBVA jomā

3.1.	Nacionālā politika integrētas un/vai pacientvērsta aprūpes īstenošanai nav izstrādāta	Ir plānots (dokumentos) izstrādāt nacionālo politiku integrētas aprūpes īstenošanai	Nacionālā politika integrētas aprūpes īstenošanai ir izstrādāta (ir dokuments)	Nacionālā politika integrētas aprūpes īstenošanai tiek īstenošana un uzraudzīta
3.2.	Pacientu klīniskie ceļi netiek izstrādāti (adaptēti)	Ir izstrādāti atsevišķi klīniskie ceļi, bet nav sistēmiskas pieejas (metodikas, institūcijas, kvalitātes kritēriju) pacientu klīnisko ceļu izstrādē	Ir izstrādāti klīniskie ceļi atbilstoši vienotai metodikai un noteiktiem kvalitātes kritērijiem	Ir izstrādāti un ieviesti klīniskie ceļi, notiek to uzraudzība un izvērtēšana
4.1.	Nav plāna virzībai uz kompleksās samaksas metodēm, pamatā ir samaksas par manipulāciju (angl. fee-for-service metodes)	Ievērojamā apjomā tiek izmantota kapitācijas samaksas metode, atsevišķos gadījumos – diagnozēm piesaistīto grupu (diagnosis-related group, DRG) samaksas metode	Ir nacionālais lēmums virzībai uz kompleksās samaksas metodēm, ir plāns to ieviešanai	Kompleksās samaksas metode (angl. bundled payment) tiek īstenošana kā pamatmetode
4.2.	Nav nacionālās politikas un mehānisma pakalpojumu izmaksu efektivitātes novērtēšanai	Nav mehānisma neefektīvu pakalpojumu izslēgšanai no pakalpojumu groza	Atsevišķi neefektīvi pakalpojumi tiek izslēgti no pakalpojumu groza	Pakalpojumu grozs tiek sistemātiski pārskatīts, izvērtējot grozā iekļauto pakalpojumu izmaksu efektivitāti