

VESELĪBAS APRŪPE

Uz pacientu rēķina nedrīkst pelnīt

Svarīga ir nevis īpašuma forma, bet pakalpojuma kvalitāte un efektivitāte



To DB un holdinga *Repharm* rīkotajā apaļā galda diskusijā par privāto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju vietu un lomu veselības aprūpē uzsvera diskusijas dalībnieki: veselības ministre Anda Čakša, RSU profesors Ģirts Briģis, Latvijas veselības ekonomikas asociācijas valdes priekšsēdētāja Daiga Behmane, holdinga *Repharm* ģenerāldirektors Dins Šmits, SIA *ARS* valdes priekšsēdētājs Māris Andersons un SIA *Deloitte Latvija* partneris Igors Rodins.

Es gribētu sākt diskusiju ar lūgumu profesoram Briģim raksturot veselības aprūpes pakalpojumu tirgu, ar ko tas atšķiras no citiem pakalpojumiem un vai arī šajā tirgū darbojas princips – jo lielāka konkurence, jo labāk pacientiem?

Ģ. Briģis: Tas ir viens no centrālajiem jautājumiem veselības aprūpē – kāda ir tirgus mehānismu īpašā loma. Parasti mācību grāmatās šai sadaļai ir virsraksts «Tirgus kļūdas», kas nozīmē, ka tirgus principi veselības aprūpē nestrādā tādā pašā veidā, kā citās nozarēs. Es minēšu galvenās atšķirības, kas veselības aprūpi atšķir no citām nozarēm. Visspirmis jau tā ir informācijas asimetrija, kas nozīmē, ka viena puse, mūsu gadījumā pakalpojuma sniedzējs, ir nesalīdzināmi labāk informēts, nekā pakalpojuma saņēmējs – pacients. Kad cilvēks vērsas pie ārsta, viņš precīzi nezina, vai un kāds pakalpojums viņam tieši ir nepieciešams. Pakalpojuma sniedzējs – ārsts – ir tas, kurš zina, vai un kādu pakalpojumu vajag. Pacients uzticas ārstam, kas viņam nozīmē kādu manipulāciju, taču viņš pats nekad līdz galam nezina, vai viņam tiešām to vajag, vai tas ir vienkārši bizness. Un šeit ir zināms interešu konflikts, jo tas, kurš nosaka, ka šāds pakalpojums ir nepieciešams, vienlaikus ir arī tā pārdevējs. Tā ir īpatna un no citām nozarēm atšķirīga situācija. Vēl viena veselības aprūpei raksturīga iezīme – tā ir ļoti reglamentēta. Cilvēkam ar ārsta diplomu, kurš redz, ka ir pieprasījums, piemēram, pēc sirds operācijām, nav ļauts vienkārši noīrēt telpas un pielikt šilti, ka šeit tiek veiktas sirds operācijas. Tā jau uzreiz ir tirgus regulēšana, kas nozīmē, ka tas vairs nav pilnībā brīvais tirgus.

Paldies par raksturojumu. Jautājums ministrei – kāda šajā regulētajā tirgū ir privāto veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju loma, kāda ir optimāla privātā un publiskā sektora sadarbība?

A. Čakša: Es vispār negribētu runāt tādās kategorijās kā privātais un publiskais pakalpojuma sniedzējs. Kā jau profesors Briģis teica, tirgus ir reglamentēts, un mums ir jārunā galvenokārt par pacientu un to, kādu ārstēšanu un pakalpojumu viņš saņems. Pašlaik valstī infrastruktūra ir tā izveidota, ka stacionāri ir pilnā valsts un pašvaldību pārziņā, bet ambulatorajā aprūpē piedalās arī privātie pakalpojumu sniedzēji. Mums jāsaprot, ko mēs ar šo privāto pakalpojumu sniedzēju domājam



Ja dara to, ko grib pacients, tas ne vienmēr dod labāko rezultātu veselībai,

DINS ŠMITS,
HOLDINGA REPHARM
ĢENERĀLDIREKTORS

– vai uzņēmēju, kas sniedz maksas pakalpojumus, vai uzņēmēju, kas mēģina tikt pie valsts apmaksātu pakalpojumu sniegšanas. Pašlaik, piemēram, 95% ģimenes ārstu pēc uzņēmējdarbības formas ir privātu pakalpojumu sniedzēji. Arī 72% laboratoriju, kas sniedz valsts apmaksātus pakalpojumus, ir privātas. Būtiski ir tas, ka uz pacientu rēķina nedrīkst pelnīt. Tā ir vēl viena veselības aprūpes pakalpojumu tirgus īpatnība. Ir jāizvairās, lai nebūtu mākslīgas pacienta sūtīšanas pie dažādiem speciālistiem.

Behmanes kundze, kā jūs kā veselības ekonomiste, raugāties uz privāto pakalpojumu sniedzēju lomu kopējā sistēmā?

D. Behmane: Visos tirgos pastāv dažādas īpašuma formas. Ir pētījumi, kas liecina, ka tomēr ir atšķirības starp privātiem un publiskiem pakalpojumu sniedzējiem. Un šai juridiskās piederības formai ir nozīme gan pakalpojumu efektivitātes, gan kvalitātes nodrošināšanā. Tas lielā mērā ir saistīts ar valsts izvirzītajām prasībām, jo, kā jau tika minēts, veselības aprūpe ir ļoti regulēta. Arī citās valstīs, piemēram, Holandē, valstiskā līmenī tiek noteikti gan tarifi, gan valsts apmaksāto pakalpojumu grozs. Pēc šo noteikumu definēšanas tad tālāk var strādāt gan privātais, gan publiskais sektors. Taču ļoti svarīgi ir tas, kāda ir šī valsts regulācija, jo līdztekus tirgus kļūdām ir arī valdības kļūdas.

Vai varat minēt kādu piemēru?

D. Behmane: Latvijā tie, piemēram, ir pakalpojumu tarifi, kas reizēm ir zemāki par reālo pakalpojuma pašmaksu. Ja mēs esam tirgus ekonomika, tad arī tik regulēta tirgū kā veselības aprūpe ir tirgus elementi, kurus nevar neņemt vērā. Viens no tiem ir pieprasījums un piedāvājums, kuru attiecību rezultātā izveidojas cena par pakalpojumu. Mēs nevaram teikt, ka ārsts būs gatavs strādāt par 300 eiro lielu algu, jo tāds nav piedāvājums. Pašlaik tirgū ārsta «cena» ir 1000 eiro, un, ja valsts tomēr nosaka, ka tie ir 300 eiro, tad tā ir valdības kļūda, kas rada to, ka par šādu algu nevar dabūt darbiniekus.

A. Čakša: Man pašai nesen nācās izmantot maksas pakalpojumu laboratorijā, un neinformētības dēļ es to izdarīju privātā iestādē un pēc būtības es par konkrēto pakalpojumu pārmaksāju. Jo valsts laboratorijā, kurā tas arī ir maksas pakalpojums, tas tomēr bija krietni lētāks. Šis ir piemērs tam, ka privātais ne vienmēr ir efektīvāks. Taču tam, ka tarifi, kā minēja D. Behmane, ne vienmēr ir optimāli, gan es piekritu.

Šmita kungs, jūs savulaik esat vadījis lielu valsts slimnīcu, tagad esat privātajā sektorā. Kā tad ir ar uzņēmēju vēlmi pelnīt un pacientu interesēm? Kā to savienot?

D. Šmits: Sākšu ar filosofisku jautājumu – vai vispār ir ētiski pelnīt ar to, ka kāds ir slims. Esmu strādājis zāļu ražošanas uzņēmumā, kas arī pelnīja ar to, ka slimiem cilvēkiem ir vajadzīgas zāles. Taču pelnīšana ir vienīgais veids, kā zāļu ražotājiem rodas līdzekļi, lai izstrādātu jaunas zāles un tās kļūtu pieejamas pacientiem. Līdzīgi ir medicīnā. Ministrijas uzdevums ir nodrošināt, lai pacientiem ir pieejams īstais pakalpojums īstajā laikā un vietā un par īsto cenu. Svarīgi ir salikt pareizās sviras, lai tie, kuri ārstē, nevar apšmākt tos, kurus ārstē. Tas attiecas uz pieminēto informācijas asimetrijas principu. Savukārt tie, kuri maksā par pakalpojumu, vēlas, lai tas būtu par iespējami zemāku cenu. Man šķiet, ka vislabākais modelis veselības aprūpē ir tāds, kurā funkcijas ir sadalītas. Proti, ir jābūt nodalītiem tiem, kuri pērk pakalpojumu (valsts), no tiem, kuri sniedz šo pakalpojumu (ārstniecības iestādes). Un ir vēl trešais neatkarīgais spēlētājs – uzraugošās iestādes. Jautājums, kā to nodalīt.



Vadot valsts slimnīcu, es pieredzēju, ka šis nodalījums pilnībā nedarbojās. Varas centrs bija slimnīca, kurai Nacionālais veselības dienests īsti nevarēja noteikt, kādus pakalpojumus pirkts un kādus nē. Jo slimnīcas vara bija lielāka. Tas nav pareizi. Pasūtītājam, maksātājam, uzraugam un pakalpojuma sniedzējam ir jābūt savstarpēji nodalītiem. Un īpašuma tiesības ir viens no sadalījuma veidiem. Manuprāt, Veselības ministrijai un Nacionālajam veselības dienestam izlemt nopirkt vai nenopirkt pakalpojumu no subjekta, kas nepieder publiskajam sektoram, reizēm ir vieglāk nekā attiecībā uz iestādi, kas ir Veselības ministrijas pārziņā. Protams, ir arī izņēmumi, es negribu vispārīnāt. Pēc būtības neatkarīgs veselības ekonomikas centrs būtu tas, kurš izrēķinātu, cik un pēc kādiem kritērijiem ir jāmaksā par konkrēto pakalpojumu. Pašlaik aprēķina, nevis objektīvi, balstoties izmaksās, bet tik, cik ir naudas budžetā.

Ģ. Briģis: Teorija arī ir saka, ka ir jānodala tas, kurš maksā, no tā, kuram maksā. Tas Latvijā deviņdesmito gadu beigās un divtūkstošo gadu sākumā bija viens no galvenajiem uzstādījumiem. Parasti tie starptautiskie eksperti, kas vērtē mūsu veselības aprūpi, uzsver, ka mums šis nodalījums ir izdevies. Ir Nacionālais veselības dienests, kurš pērk pakalpojumus, un tas ir nodalīts no pakalpojumu sniedzējiem.

Čakšas kundze, vai stratēģisko iepirkumu, kurā brīvi konkurēs privātie un publiskie pakalpojumu sniedzēji, ir plānots attiecināt tikai uz ambulatorajiem pakalpojumiem vai arī uz stacionārajiem?

A. Čakša: Noteikti arī uz stacionārajiem. Pašlaik ir trīs pakalpojumu veidi, kuriem pilotprojekta veidā tiks piemērots stratēģiskais iepirkums – medicīniskā apaugļošana, mamogrāfija un stacionārs onkoloģijas pakalpojums. Stratēģiskā iepirkuma viens no mērķiem ir mazināt informācijas asimetriju. Ir izstrādātas pakalpojuma sniegšanas vadlīnijas, lai arī pacientam ir skaidrs, kas un kā notiek. Jo lielāka problēma par pakalpojuma



FOTO – RITVARIS SKUIJA DIENAS BUSINESS

sniedzēja īpašuma formu ir tā, ka nereti ārsti par maz runā ar pacientiem, neizstāsta visas iespējas, blaknes un iespējamās sarežģītības. Šī informācijas trūkuma dēļ pacientam nav iespēju piedalīties un līdzdarboties lēmumu pieņemšanā. Stratēģiskais iepirkums ir virzīts uz to, lai pacients varētu iegūt iespējami labāko rezultātu.

Un tomēr, vai ir kādi pakalpojumi, par kuriem valsts pasaka: nē, šeit konkurences nebūs, tos sniegs tikai publiskais sektors?

A. Čakša: Šobrīd mēs tā esam pateikuši par onkoloģiskajiem pakalpojumiem, izņemot to, kurā būs stratēģiskais iepirkums, tāpat arī par kardioloģiskajiem pakalpojumiem. To attīstībā un infrastruktūrā valsts ir investējusi lielus līdzekļus, un tur, ņemot vērā Latvijas iedzīvotāju skaitu, nav nepieciešamības iepirkt pakalpojumu no privāta sektora. Tas gan neizslēdz, ka šajās jomās privātie var sniegt maksas pakalpojumus.

Behmanes kundze, kā jūs raugāties, vai ir jābūt pakalpojumiem, kas ir valsts monopols?

D. Behmane: Raugoties vēsturiski, to vajadzēja nedefinēt jau daudz agrāk. Līdz šim mēs neesam tā īsti nedefinējuši ne publisko, ne privāto pakalpojumu sniedzēju atbildības sfēras. Ir bijuši brīži, kad valsts ir vairāk pievērsusies privātajiem pakalpojumu sniedzējiem, arī ERAF finansējums bija pieejams privātajiem ambulatorajiem centriem. Pēc dažiem gadiem uzstādījums mainījās – teju visu tomēr darīs valsts. Vienreiz tomēr skaidri vajadzētu pateikt, kāda ir privāta pakalpojuma sniedzēja vieta un loma. Jo tas ir saistīts ar ieguldījumiem, turklāt arī valsts pusē. Ir bijis tā, ka valsts savās slimnīcās veic lielas investīcijas un pēc tam ar zemiem tarifiem padara šo slimnīcu darbību saimnieciski neizdevīgu. Te palīdzētu ekonomiskie aprēķini un skaidrāks plāns. Šāda diskusija ir vietā, jo konkurence pakalpojumu sniedzēju starpā ir stipri pieaugusi. Bažas ir par to, ka šī konkurence var kļūt pārāk liela un pašiznīcinoša. Būtu nepieciešams tūri ekonomiski

paskatīties, kas kurā konkrētā gadījumā ir izdevīgāk. Taču tad mums ir nepieciešama metodika, pēc kuras mēs to izrēķinām. Jo pašlaik nav vienotas metodikas, pēc kuras izrēķināt pakalpojuma sniedzēja efektivitāti. Līdz ar to tādas īstas skaidrības pašlaik tirgū nav.

A. Čakša: Mums tas arī ir jānodedinē skaidras prasības. Jo, piemēram, tas, kāds ir noteiktais māsu un ārstu skaits uz konkrēto pacientu, vai piemēram, cik kvadrātmetriem jābūt uz pacientu, maina arī pakalpojuma izmaksas. Ir svarīgi visas šīs prasības ierēķināt arī tarifā.

D. Šmits: Manuprāt, terciāros, sarežģītos pakalpojumus vajadzētu izvietot un iepirkt stratēģiski, pēc plāna un tur nekāds tirgus nebūtu. Savukārt dažādu ambulatoro pakalpojumu sniegšana notiktu, pakalpojuma sniedzējiem konkurējot. Piemēram, Somija plāno ambulatorajā un sekundārajā aprūpē atvērt tirgu, un rudenī par to ir gaidāms parlamenta balsojums.

A. Čakša: Latvijas gadījumā ir ļoti grūti uzturēt konkurenci augsti intensificētos pakalpojumos, jo, piemēram, ķirurgam ir nepieciešams noteikts pacientu skaits gadā, lai viņš varētu uzturēt savu profesionālo kapacitāti. Ja runājam par mazāk intensīviem pakalpojumiem, tad ļoti būtiski pirms kāda tirgus atvēršanas ir skaidri definēt nosacījumus un aprakstīt procesus. Tas ir svarīgi, lai peļņas nolūkos pacients netiktu rotēts starp dažādiem ārstiem. Ir jābūt pietiekami spēcīgiem kontroles mehānismiem. Tad īpašuma formai tiešām nav nozīmes.

Vai pašlaik valstij ir pietiekama kapacitāte, lai nodrošinātu šādu kontroli?

A. Čakša: Lai to izdarītu, ir jābūt ar procesu aprakstiem. Tas ir izdarīts, piemēram, onkoloģijā, iezīmējot zaļo koridoru. Ir aprakstīta izmeklējumu secība, lai mēs nesāktu ar smago artilēriju, lai ietu no vienkāršākā uz sarežģītāko. Ja visiem pakalpojumiem process ir šādi saņemts, tad to arī iespējams normāli uzraudzīt.

D. Šmits: Runājot par uzņēmuma ilgtspēju, ja psūtījuma struktūra ir pareiza, ja pakalpojuma sniedzējam ir

Diskusijas dalībnieki ir vienprātīgi, ka beidzot jābūt mērīt sniegto pakalpojumu kvalitāte un efektivitāte, koncentrējoties uz procesa un iznākuma rādītājiem.



Pie mums vienmēr ir bijis tā, ka ārstu intereses vienmēr ir prevalējušas pār sistēmas interesēm,

DAIGA BEHMANE,
LATVIJAS VESELĪBAS
EKONOMIKAS
ASOCIĀCIJAS VALDES
PRIEKŠSĒDĒTĀJA

izdevīgi visu darīt pareizi, tad viņš tā arī darīs.

D. Behmane: Veselības nozarei ir ļoti grūti, jo sastopas daudzas intereses. Un pie mums vienmēr ir bijis tā, ka ārstu intereses vienmēr ir prevalējušas pār sistēmas interesēm. Veselības ministrijai ir jābūt visās šīs daudzās interesēs sabalansēt. Es par algoritmiem esmu runājusi ļoti sen, un ārsti vienmēr ir teikuši, ka medicīna ir māksla un, lūdzu, nejaucieties ar saviem algoritmiem. Mana atbilde bija – jūs paši sistēmiski cietīsiet no tā, ka šādu algoritmu nav.

Rodina kungs, ko liecina jūsu pētījumi par dažādu ārstniecības iestāžu kvalitāti un efektivitāti?

I. Rodins: Mūsu pētījumi neļauj izdarīt skaidrus, pamatotus un visaptverošus secinājumus. Es esmu studējis Hārvarda universitātes biznesa skolā un stažējies vienā amerikāņu slimnīcā. Mani novērojumi par informācijas asimetriju ir ļoti interesanti. ASV speciāli nodrošina zināmu informācijas vakuumu, lai neizceltu reitingos kādas atsevišķas slimnīcas. Reāli izvērtēt ļoti augstu profesionāļu līmeni ir ļoti sarežģīti. Ja kāds ir labs profesionālis, viņš kļūst aizvien populārāks un līdz ar to it kā arī aizvien labāks. Taču reālu un objektīvu kritēriju, lai šos profesionāļus izvērtētu, nav. Tā arī ir zināma informācijas asimetrija. Tie labākie profesionāļi ir ļoti augsti atalgoti, visi grib pie viņiem ārstēties, taču kāpēc viņi ir tik labi, vai tiešām tas atbilst patiesībai, neviens nezina. Nereti šo augsto efektivitāti nosaka šī informācijas asimetrija. Un ar to valsts līmenī var cīnīties, piemēram, neveidot slimnīcu reitingus, neveidot ārstu reitingus. Pašlaik ASV aktuāla ir diskusija tieši par to, lai efektivitāte nebalstītos informācijas asimetrījā.

Čakšas kundze, vai jūs neprognozējat, ka ieviešot stingrus kvalitātes kritērijus un pēc tiem izvērtējot ārstniecības iestādes, nebūs jāstopas ar tādu pašu pretestību, ar kādu sastapās Izglītības un zinātnes ministrija pēc pētījuma par skolu kvalitāti publiskošanas?

A. Čakša: Tādēļ ļoti svarīgi ir visas slimnīcas iesaistīt šajā procesā. Un man labs piemērs ir Vidzeme, kur ap reģionālajām slimnīcām veidojas sadarbības teritorijas un tiek domāts, kā maksimāli efektīvi iedzīvotājus nodrošināt ar veselības aprūpes pakalpojumiem.

D. Behmane: Latvijas veselības ekonomikas asociācija izstrādāja 50 kvalitātes kritērijus, un ārstniecības iestādes brīvprātīgi varēja pieteikties kvalitātes balvai. Bija ļoti rezultāti, bet jāteic, ka privātie pakalpojumu sniedzēji bija daudz aktīvāki. Bet bija arī valsts un pašvaldību slimnīcas. Jāteic, ka ļoti daudz kas ir atkarīgs no slimnīcas vadītāja.

Brīga kungs, vai ir korelācija starp īpašuma formu un kvalitāti un efektivitāti?

Ģ. Brīgis: Tādu pētījumu nav, taču problēmas rodas, ja šis jautājums tiek ideoloģizēts, ja tiek uzskatīts, ka viss privātais ir labs un publiskais slikts vai otrādi. Var būt efektīvs un labs gan publiskais, gan privātais. Lai vērtētu efektivitāti, izšķiroša ir informācija, lai zinātu, ko un kāpēc mērīt. Ir trīs stūrakmeņi, ko vērtēt: resurss, procesi un iznākums. Lai gan ne vienmēr visu var mērīt pēc iznākuma, jo jebkurā gadījumā visi cilvēki ir mirstīgi. Tāpēc ļoti svarīgi ir mērīt arī procesu.

Andersona kungs, vai jūs zināt, ko mērīt un kā mērīt?

M. Andersons: Daļēji. Bet mēs esam procesā, piemēram pēc ISO standartiem akreditējam nodaļas. Tomēr es gribētu piebilst, ka tirgus ekonomikā ir uzskats, ka privātais ir efektīvāks un valstij vajag darīt tikai to, ko privātais nevar izdarīt. Pirms kāda pusgada Veselības aprūpes darba devēju asociācija pasūtīja kompānijai SKDS pētījumu par pacientu apmierinātību publiskās un privātas ārstniecības iestādēs. Jāteic godīgi, ka lielas atšķirības starp pacientu apmierinātību ar privātām un publiskām iestādēm nebija. Privātie pacienti nereti grib nopirkt ārstēšanas rezultātu, bet tas nav iespējams. **D. Šmits:** Minētais pētījums ir zināms pierādījums, ka pacientu apmierinātība un medicīniskais galarezultāts nereti ir apgriezti proporcionāli. Ja dara to, ko grib pacients, tas ne vienmēr dod labāko rezultātu veselībai. Nereti tieši pacienti ir tie, kas grib dažādus liekus izmeklējumus.

Sarunu noslēdzot, vai mēs zinām, cik mēs esam efektīvi un kvalitatīvi un kā to vispār var izmērīt?

D. Šmits: Ir tikai viens veids, kā to noteikt – sākt mērīt. Var mērīt iznākumu un procesu, abi kritēriji ir vienlīdz svarīgi. Un tad, protams, ir ekonomiskie mērījumi, ar kādiem ieguldījumiem mēs sasniedzam rezultātu.

Rūta Kesnere